T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MAHREMİYETİ UYGULAMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA MAHREMİYETİNE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

SEÇİL VAROL

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ALİ ARSLANOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
OCAK/2024

İTHAF

“Canım kızım Kumsal’a, kıymetli eşim Erkan’a ve aileme ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başından sonuna kadar katkıları ve yardımlarıyla, tecrübelerinden faydalandığım çok saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmama katkı sağlayan 20 katılımcıya ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olan ve beni motive eden eşim Erkan VAROL'a, biricik kızım Kumsal'a ve canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR xvi
ÖZET xvii
ABSTRACT xix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE 3
2.1.1. Kalitenin Tanımı 3
2.1.2. Hizmet Kalitesi 5
2.1.2.1. Hizmet kalitesinin boyutları 7
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı 8
2.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde kalitenin özellikleri 8
2.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde kalitenin önemi 9
2.1.4. Hasta Memnuniyeti 9
2.1.5. Hasta Hakları 11
2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ 12
2.2.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci 12
2.2.1.1. Sağlıkta Kalite sistemi 13
2.2.1.2. Sağlıkta Kalite Standartları hedefleri 16
2.2.1.3. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (Sürüm 6.1)'deki boyut ve bölümler 18
2.2.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Gelişim Süreci 19
2.2.2.1. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının hedefleri 19
2.2.2.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Hasta Seti-v.1.0/2020'deki boyut ve bölümler 21
2.3. HASTA MAHREMİYETİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ 23
2.3.1. Mahremiyet Tanımı ve Kapsamı 23
2.3.2. Hasta Mahremiyeti Kavramı 24
2.3.3. Hasta Mahremiyetinin Boyutları 25
2.3.3.1. Fiziksel mahremiyet 25

2.3.3.2. Psikolojik mahremiyet 27
2.3.3.3. Sosyal mahremiyet 27
2.3.3.4. Bilişsel mahremiyet 28
2.3.4. Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Önemi 29
2.3.5. Mahremiyet Kavramının Tarihsel Gelişimi 30
2.4. SAĞLIK MEVZUATINDA HASTA MAHREMİYETİ 32
2.4.1. Anayasada Hasta Mahremiyeti 32
2.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Hasta Mahremiyeti 33
2.5. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VE SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARINDA HASTA MAHREMİYETİ 35
2.5.1. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ile İlgili Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de Yer Alan Bölüm ve Standartlar 35
2.5.2. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ile İlgili Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de Yer Alan Bölüm ve Standartlar 45
3. GEREÇ VE YÖNTEM 50
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI 50
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 51
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 51
3.4. ARAŞTIRMANIN TASARIMI 52
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 52
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARACI 53
3.7. VERİLERİN ANALİZ YÖNTEMİ 54
3.8. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK 55
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 56
3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLARI 56
4. BULGULAR 57
4.1. GÖRÜŞMECİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 57
4.2. GÖRÜŞMECİLERİN MAHREMİYET İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA DURUMU 58
4.3. BULGULARIN TEMATİK GÖSTERİMİ 59
4.4. HASTA MAHREMİYETİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 60
4.4.1. Bilişsel Boyut 61
4.4.2. Fiziksel Boyut 65
4.4.3. Psikolojik Boyut 68
4.4.4. Sosyal Boyut 70
4.5. HASTA MAHREMİYETİ UYGULAMALARI TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 71
4.6. MAHREM BİLGİLER TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 77

4.7. FİZİKSEL MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 82
4.7.1. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu 83
4.7.1.1. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu 83
4.7.1.2. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu 84
4.7.2. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması 88
4.7.2.1. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması 89
4.7.2.2. Fiziksel mahremiyet uygulamaları 89
4.8. PSİKOLOJİK MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 97
4.8.1. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu 98
4.8.1.1. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu 98
4.8.1.2. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu 99
4.8.2. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması 103
4.8.2.1. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması 104
4.8.2.1. Psikolojik mahremiyet uygulamaları 104
4.9. BİLİŞSEL MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 111
4.9.1. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu 112
4.9.1.1. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu 112
4.9.1.2. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu 113
4.9.2. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması 116
4.9.2.1. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması 117
4.9.2.1. Bilişsel mahremiyet uygulamaları 118
4.10. BİLGİ VE BELGELERİN HASTA DIŞINDAKİ KİŞİLERLE PAYLAŞIMI TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 123
4.10.1. Bilgi ve Belgelerin Paylaşımını Bilme Durumu 124
4.10.1.1. Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını kendi ifadesine göre bilme durumu 124
4.10.1.2. Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını görüşme verilerine göre bilme durumu 125
4.10.2. Bilgi ve Belgelerin Paylaşıldığı Durumlar 129

4.11. HASTA MAHREMİYETİNİ SAĞLARKEN YAŞANAN SORUNLAR TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 135
4.12. YAŞANAN SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 145
4.13. HASTA MAHREMİYETİNİN İHLAL EDİLDİĞİ DURUMLAR TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 152
4.14. HASTA MAHREMİYETİ HAKKINDA HİZMET İÇİ EĞİTİM GEREKLİLİĞİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 158
4.15. KATILIMCILARIN DİĞER ÖNERİLERİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR 162
5. TARTIŞMA 165
5.1. KATILIMCILARIN HASTA MAHREMİYETİ KONUSUNDA DAHA ÖNCE EĞİTİM ALMA DURUMLARI 165
5.2. ARAŞTIRMA BULGULARINDAN ELDE EDİLEN ANA TEMALAR 166
5.2.1. Hasta Mahremiyeti Teması 166
5.2.2. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları Teması 168
5.2.3. Mahrem Bilgiler Teması 168
5.2.4. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması 169
5.2.5. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması 171
5.2.6. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması 172
5.2.7. Bilgi ve Belgelerin Hasta Dışındaki Kişilerle Paylaşımı Teması 174
5.2.8. Hasta Mahremiyetini Sağlarken Yaşanan Sorunlar Teması 175
5.2.9. Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerileri Teması 176
5.2.10. Hasta Mahremiyetinin İhlal Edildiği Durumlar Teması 177
5.2.11. Hasta Mahremiyeti Hakkında Hizmet İçi Eğitim Gerekliliği Teması 178
5.2.12. Katılımcıların Diğer Önerileri Teması 178
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 180
KAYNAKÇA 184
EKLER 190

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Kurumsal Hizmetler" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütü 36

Tablo 2.2: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri 37

Tablo 2.3: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri 40

Tablo 2.4: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Destek Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri 44

Tablo 2.5: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Hasta Deneyimi" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ve standart gereklilikleri 46

Tablo 2.6: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Destek Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ve standart gereklilikleri 47

Tablo 2.7: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve standart gereklilikleri 48

Tablo 4.1: Katılımcı profili 57

Tablo 4.2: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce eğitim alma durumlarının kod matris gösterimi 58

Tablo 4.3: Katılımcı ünvanına göre bilişsel boyut kod matris gösterimi 64

Tablo 4.4: Katılımcı ünvanına göre fiziksel boyut kod matris gösterimi 67

Tablo 4.5: Katılımcı ünvanına göre psikolojik boyut kod matris gösterimi 69

Tablo 4.6: Katılımcı ünvanına göre sosyal boyut kod matris gösterimi 70

Tablo 4.7: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti uygulamaları kod matris gösterimi 76

Tablo 4.8: Katılımcı ünvanına göre mahrem bilgiler kod matris gösterimi 81

Tablo 4.9: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi 83

Tablo 4.10: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi 84

Tablo 4.11: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi 89

Tablo 4.12: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi 96

Tablo 4.13: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi 98

Tablo 4.14: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi 99

Tablo 4.15: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi 104

Tablo 4.16: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi 110

Tablo 4.17: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi 112

Tablo 4.18: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi 113

Tablo 4.19: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi 117

Tablo 4.20: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi 122

Tablo 4.21: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi 124

Tablo 4.22: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi 125

Tablo 4.23: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar kod matris gösterimi 135

Tablo 4.24: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar teması kod matris gösterimi 144

Tablo 4.25: Katılımcı ünvanına göre yaşanan sorunlara çözüm önerileri teması kod matris gösterimi 151

Tablo 4.26: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar teması kod matris gösterimi 157

Tablo 4.27: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği teması kod matris gösterimi 161

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Türkiye sağlıkta kalite sisteminin yapı taşları 14

Şekil 2.2: Sağlıkta kalite sisteminde kurumsal yapı 14

Şekil 2.3: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane hedefleri 16

Şekil 2.4: Güvenli hastane 17

Şekil 2.5: Kalitenin hedefleri 20

Şekil 4.1: Katılımcıların hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce eğitim alma durumlarının yüzdelik dağılımı 58

Şekil 4.2: Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının hiyerarşik kod-alt kod modeli ... 59

Şekil 4.3: Hasta mahremiyeti temasının hiyerarşik kod-alt kod modeli 60

Şekil 4.4: Hasta mahremiyeti temasının alt kod yüzdelik dağılımı 61

Şekil 4.5: Hasta mahremiyeti teması bilişsel boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli 61

Şekil 4.6: Hasta mahremiyeti teması fiziksel boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli 65

Şekil 4.7: Hasta mahremiyeti teması psikolojik boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli 68

Şekil 4.8: Hasta mahremiyeti teması sosyal boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli 70

Şekil 4.9: Hasta mahremiyeti uygulamaları temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli 71

Şekil 4.10: Hasta mahremiyeti uygulamaları temasının alt kod yüzdelik dağılımı 72

Şekil 4.11: Mahrem bilgiler temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli 77

Şekil 4.12: Mahrem bilgiler temasının alt kod yüzdelik dağılımı 77

Şekil 4.13: Fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 82

Şekil 4.14: Fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 83

Şekil 4.15: Fiziksel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 88

Şekil 4.16: Fiziksel mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli 89

Şekil 4.17: Psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 97

Şekil 4.18: Psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 98

Şekil 4.19: Psikolojik mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 103

Şekil 4.20: Psikolojik mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli. 104

Şekil 4.21: Bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 111

Şekil 4.22: Bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 112

Şekil 4.23: Bilişsel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 116

Şekil 4.24: Bilişsel mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli 118

Şekil 4.25: Bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 123

Şekil 4.26: Bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli 124

Şekil 4.27: Bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar kategorisine ilişkin kod-alt kod bölümler modeli 129

Şekil 4.28: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar temasına ait kod-alt kod bölümler modeli 135

Şekil 4.29: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar temasının alt kod yüzdelik dağılımı 136

Şekil 4.30: Yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasına ait hiyerarşik kod-alt kod modeli 145

Şekil 4.31: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasının alt kod yüzdelik dağılımı 146

Şekil 4.32: Hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli..... 152

Şekil 4.33: Hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar temasının alt kod yüzdelik dağılımı 153

Şekil 4.34: Hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli..... 158

Şekil 4.35: Hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği temasının alt kod yüzdelik dağılımı 158

Şekil 4.36: Katılımcıların diğer önerileri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli 162

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

EKT **:** Elektrokonvulsif Tedavi

FTR **:** Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

HHY **:** Hasta Hakları Yönetmeliği

HKS **:** Hizmet Kalite Standartları

IOM **:** Institute of Medicine

SAS **:** Sağlıkta Akreditasyon Standartları

SKS **:** Sağlıkta Kalite Standartları

TDK **:** Türk Dil Kurumu

TÜR-GÖS **:** Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MAHREMİYETİ UYGULAMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA MAHREMİYETİNE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma keşifsel bir nitel araştırma niteliğinde olup gömülü teori yaklaşımı esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir ilçede birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan hekim ve hemşire/ebeler oluşturmaktadır. Amaçlı, maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak 10 hekim ve 10 hemşire/ebeden oluşan örneklem grubu oluşturulmuştur. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yüz yüze görüşme tekniğinden faydalanılarak derinlemesine, bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında toplanan veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, verilerin analizinde MAXQDA 2022 Analytics Pro programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında yapılan içerik analizi sonucunda on iki ana tema belirlenmiştir. Katılımcıların %60'ının mahremiyet ile ilgili daha önce bir eğitim almadığı, hasta mahremiyetini %49 bilişsel, %34 fiziksel, %11 psikolojik, %6 ise sosyal boyut bağlamında değerlendirdikleri, mahremiyeti sağlarken en çok hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmadıkları, hastaların en çok muayene/tanı/tedavisi/ kişisel sağlık bilgileri ve kişisel bilgilerini mahrem olarak değerlendirdikleri, hasta ile ilgili bilgi ve belgelerin yalnızca kendisiyle paylaşılması gerektiği hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri, hasta mahremiyetini sağlarken odaya başka hastaların girmesini daha çok sorun olarak belirttikleri, yaşanan sorunlara çözüm önerilerinde en çok hastalara mahremiyet hakkında eğitim verilmesini vurguladıkları, daha çok hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmasını mahremiyetin ihlal edildiği durum olarak

değerlendirdikleri, %90'nının hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre; birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetini en çok bilişsel, daha sonra fiziksel boyutta ele aldıkları, hasta mahremiyeti uygulamalarına önem verdikleri ve alanda uyguladıkları belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunların ve mahremiyetin ihlal edildiği durumların sebeplerinin daha ayrıntılı araştırılması, yaşanan sorun ve ihlallere karşı önlemlerin alınması, hasta mahremiyetine yönelik hem topluma hem de sağlık çalışanlarına gerekli eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Mahremiyeti, Hasta Hakları, Sağlık Çalışanları, Sağlıkta Kalite Standartları, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.

AN INVESTIGATION INTO THE HEALTCARE PROFESSIONALS' ATTITUDE TOWARDS PATIENT PRIVACY AND IMPLEMENTATIONS OF PATIENT PRIVACY IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine patient privacy practices in primary healthcare institutions and the attitudes of healthcare professionals towards patient privacy.

Materials and Methods: The research is an exploratory qualitative research and was conducted based on the grounded theory approach. The population of the research consists of physicians and nurses/midwives working in primary health care institutions in a district in Istanbul. A sample group consisting of 10 physicians and 10 nurses/midwives was created using the purposive maximum diversity sampling method. A semi-structured interview form was used as a data collection tool. In-depth, individual interviews were conducted using the face-to-face interview technique. The data collected within the scope of the research was evaluated with the content analysis method, and MAXQDA 2022 Analytics Pro program was used to analyze the data.

Results: As a result of the content analysis conducted within the scope of the research, twelve main themes were determined. %60 of the participants had not received any training on privacy before, %49 evaluated patient privacy in terms of cognitive, %34 physical, %11 psychological, and %6 in the context of social dimension. While ensuring privacy, they did not share patient information with third parties, and patients were most frequently examined/diagnosis/treatment /personal health information and their personal information as confidential, they expressed a more intense opinion that information and documents about the patient should be shared only with them, they stated that it was more of a problem for other patients to enter the room while ensuring patient privacy, and they mostly suggested solutions to the problems experienced. It was determined that they emphasized that patients should be educated about privacy, that they mostly considered sharing patient information with third parties as a situation in which privacy was violated, and that %90 of them stated that in-service training should be given about patient privacy.

Conclusion: According to the research results; It has been determined that healthcare professionals working in primary health care institutions address patient privacy mostly in the cognitive dimension, then in the physical dimension, care less about psychological and social privacy, and attach importance to patient privacy practices and implement them in the field. It is recommended to investigate in more detail the problems experienced while ensuring patient privacy in primary health care institutions and the reasons for violations of privacy, to take precautions against the problems and violations experienced, and to provide necessary training to both the society and healthcare professionals regarding patient privacy.

Key Words: Patient Privacy, Patient Rights, Healthcare Professionals, Quality Standards in Health, Primary Health Care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan onuruna saygı duymak, kişilerin kendi ilgilerine, amaçlarına, ahlaki değerlerine ve kişisel seçimlerine göre davranılması ve bireylerin mahremiyetlerinin korunması gerekliliğini kabul etmeyi gerektirmektedir. Geçmiş tarihte mahremiyetin korunması görevinin etik kodlarda ve tıbbi antlarda yerini alması, mahremiyet kavramının ahlaki yönden de öneminin güçlü bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Sağlık çalışanları, hastaların tıbbi ve kişisel bilgilerinin özel ve hassas içeriklere sahip olmasından dolayı hastaların gizliliklerini ve mahremiyetlerini hem yasal hem de etik açıdan korumaları gerekmektedir (2,3). Hasta mahremiyeti kavramı yasal çerçevede genel itibari ile "Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)" ve "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" içerisinde açıklanmaktadır (4).

Kalite kavramı dinamik bir süreçtir; sürekli değişime, gelişime ve yeniliğe açıktır. Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan kalite sistemi kapsamında, ülke genelinde bir çok hizmet alanı için kalite kültürü oluşturulması ve kalite adına ortak bir dil kullanılması amacıyla standart setleri geliştirilmiştir. Bu setler üzerinde dünyadaki değişim ve gelişmeleri takip edebilmek adına güncel gelişmeler, ulusal ve uluslararası uygulamalar doğrultusunda revizyon çalışmaları yapılmaktadır. Geliştirilen SKS setleri aracılığı ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilmektedir (5).

Sağlık çalışanlarının hastaların mahremiyetlerini koruyacak şekilde davranması ve özen göstermesi, mahremiyet konusunda hastaların beklentilerini ve bilgi gereksinimlerini karşılaması sunulan bakımın kalitesini artıran dolayısı ile hasta memnuniyetini arttıran önemli unsurlardan biridir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti ve uygulamaları konusunda gösterdikleri özen onları yasal sorumlulukları karşısında da olumsuz bir duruma düşmekten korumaktadır (6).

Literatür incelemesi sonucunda daha önce hasta mahremiyeti konusu hakkında yapılan araştırmaların hasta hakları bağlamında ele alındığı ve genel olarak hasta mahremiyetinin tanımı, kapsamı, meslek etiğindeki önemi ve yeri, mevcut durumun hangi düzeyde olduğu vb. konularının araştırıldığı görülmektedir (7-11). Ancak SKS ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) çerçevesinde sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti hakkındaki bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının incelendiği sınırlı

sayıda araştırmaya rastlanmıştır (4,6,12). Sonuç olarak, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını araştıran bu çalışma gerek amacı gerekse de benimsediği yöntem açısından özgündür. Dolayısıyla bu anlamda literatürde önemli bir boşluğu gidermeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı; birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının sağlıkta kalite standartları çerçevesinde detaylı bir şekilde incelenmesidir.

Araştırmanın ilk bölümü olan "Giriş ve Amaç" açıklandıktan sonra araştırmanın ikinci bölümü olan "Genel Bilgiler" başlığına yer verilmiştir. Genel bilgiler başlığının birinci kısımda; kalite, hizmet kalitesi ve boyutları, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta hakları kavramları tanımlanmış önemleri hakkında bilgi verilmiştir. İkinci kısımda, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, SKS ve SAS setlerinin gelişim süreci ve hedefleri, SKS Hastane seti Sürüm 6.1 ve SAS Ayaktan Hasta Hizmetleri-v.1.0/2020'deki boyut ve bölümler hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü kısımda mahremiyet ve hasta mahremiyeti kavramlarının tanımları yapılmış mahremiyetin boyutları, hasta mahremiyeti uygulamalarının önemi ve mahremiyet kavramının tarihsel gelişim sürecine yer verilmiştir. Dördüncü kısımda Türkiye sağlık mevzuatında hasta mahremiyetinin yeri hakkında bilgi verilmiştir. Beşinci kısımda ise hasta mahremiyeti uygulamaları ile ilgili SKS Hastane Seti Sürüm 6.1'de ve SAS Ayaktan Hasta Hizmetleri-v.1.0/2020'de yer alan bölüm ve standartlar sunulmuştur.

İkinci bölümde genel bigiler verildikten sonra üçüncü bölümünde araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmıştır. Dördüncü bölümde araştırma bulgularına yer verilmiş beşinci bölümde tartışma kısmında literatür ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Altıncı bölümde ise araştırmanın sonuçlarına ve önerilere yer verilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalite, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, hasta mahremiyeti kavramı ve tarihsel gelişimi, sağlık mevzuatında hasta mahremiyeti, SKS ve SAS'ta hasta mahremiyeti konuları ele alınmıştır.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Bu kısımda kalite, hizmet kalitesi ve boyutları, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta hakları kavramları tanımlanmış önemleri hakkında bilgi verilmiştir.

2.1.1. Kalitenin Tanımı

Kalitenin tanımı çok eski tarihlere dayanmaktadır. Yunan felsefesinde kalite, mükemmel bir üretim için eldeki tüm imkânların kullanılarak mükemmeliyetçilik temeline dayanan bir kavram olarak yorumlanmıştır. Günümüzde ise kalite, kişilerin beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasını hatta beklenenin de ötesine geçilmesini ifade etmektedir (13).

Kalite (Qualities) "qualis" kelimesinden gelen "nasıl oluştuğu" anlamına gelen Latince kökenli bir kelimedir (14). Kalite kavramı pek çok araştırmacının ilgisini çekmiş ve farklı bakış açılarıyla çeşitli tanımlar geliştirilmiştir (13).

Kalite, her bireyin veya sektörün kendi tanımına sahip olduğu öznel bir kavramdır. Teknik kullanımda kalitenin iki anlamı bulunmaktadır: Birincisi "Bir ürün veya hizmetin belirtilen veya ima edilen beklentileri karşılama kabiliyetine dayanan özellikler"; ikincisi "Eksiksiz bir ürün veya hizmet"'tir (15).

Joseph Juran'a göre kalite, "kullanıma uygunluk" anlamına gelmektedir (16, kaynak: 17 p. 24). Philip Crosby'ye göre ise, "gereksinimlere uygunluk" olarak tanımlanmıştır (18, kaynak: 17 p. 23). Deming'e göre kalite "Müşterinin ödemeyi kabul edebileceği bir fiyatla memnunluk verecek bir ürünün tasarlanması ve üretilmesi için, müşterinin gelecekteki ihtiyaçlarının ölçülebilir özellikler haline sokulmasıdır." (19, kaynak: 17 p. 23). Donabedian ise kaliteyi "Hizmet sürecinde kazançlar ve kayıplar dengesinin hesabı yapıldıktan sonra hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet." olarak değerlendirmiştir (20, kaynak: 21 p. 127).

Ishikawa'ya göre ise "Kalite; kalite kontrolü uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli bir ürün geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası her türlü servis hizmetini vermektir." şeklinde tanımlanmıştır. Başka bir kaynakta kalite "Herkesin istediği, beklediği ve arzu ettiği soyut ve somut şeylerdir." olarak tanımlanmıştır. Kalite, elinden gelenin en iyisini yaparak beklenin de üzerinde ihtiyaçların karşılanmasıdır (22).

Hasta bakış açısından ise kalite "Hangi hastane veya hizmet sağlayıcı bana mümkün olan en iyi sağlık hizmetini sağlayacaktır?" gibi sorularla ifade edilmektedir. Hastalar yüksek kaliteli bakımı aynı zamanda uygun fiyata almak istedikleri için sağlık kuruluşları açısından da artan rekabet ortamında sunulan bakımın kalitesi son derece önem arz etmektedir. Birçok sağlık kuruluşunun itibarı bakım kalitelerine bağlıdır. Hastaların kaliteli bir yaşam sürmeleri de tam anlamıyla buna bağlıdır (23).

Kalite farklı uygulamalarda, kişilere göre farklı şekilde yorumlanabilen bir kavramdır. Bunun sebebi ise kalitenin çok geniş bir içeriğe sahip olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Kalite kişilerin ihtiyaçlarının, istek ve beklentilerinin hatta beklemediklerinin karşılanabilme oranı şeklinde tanımlanmaktadır (24). Kalitenin çeşitli boyutları vardır. "Performans, zamanlılılık, güvenirlilik, dayanıklılık, estetik, kişisel temas, itibar, kullanım kolaylığı, talimatlara uygunluk, özellikler, tutarlılık, tek tiplilik, doğruluk, çevreye etkisi, insan sağlığına etkisi, bağlam ve algılama" kalitenin en önemli boyutları arasındadır. Bu boyutlar arasında yer alan "algılama" kalitenin kişilerin algısına ve algılamasına bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Bir ürün ya da hizmetin, kişilerin algıladığı kadar kaliteli ya da kalitesiz olduğu söylenebilmektedir (22).

Kalitenin üç türü bulunmaktadır. Bunlardan ilki "ürün kalitesi"dir (22). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre ürün "1. Doğadan elde edilen, üretilen yararlı şey, mahsul. 2.Türlü endüstri alanlarında ham maddelerin işlenmesiyle elde edilen şey. 3. Eser 4. Bir tutum veya davranışın ortaya çıkardığı şey." şeklinde tanımlanmaktadır (22,25). Kaliteli bir ürün üretmek bir süreçtir ve bu sürecin iyi bir şekilde yönetilmesi, kontrol edilmesi ve sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca kaliteli bir ürün üretebilmek için kaliteli hammaddelere, cihazlara, makinelere, yöntemlere, insan kaynaklarına ve kaliteli bir yönetime ihtiyaç duyulmaktadır. Ürünün kaliteli olması, kişilerin

beklentilerinin ve daha fazlasının karşılanmasını sağlamak açısından oldukça önemlidir (22).

Kalite türlerinin ikincisi "hizmet kalitesi" dir. TDK'ya göre hizmet "1. Birinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma 2. Görev, iş 3. Bakım, özen, ihtimam" anlamlarına gelmektedir (24,26). Hizmet gözle görülemeyen, elle tutulamayan, sayılamayan, ölçülemeyen, depolanamayan soyut bir kavramdır. Hizmet alanında kalite, hizmet alan kişilerin aldıkları hizmetten memnun olması ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanmaktadır (24). Hizmet alan kişilerin bekledikleri kalite ile algıladıkları kalite arasındaki fark ve kişilerin aldıkları hizmetten memnun olma dereceleri hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilebilmesi açısından oldukça önemlidir (22).

Kalite türlerinin üçüncüsü ise "bireysel kalite"dir. Hizmet ya da ürünün kaliteli olması için bireysel kalitesi yüksek insan kaynağına ihtiyaç duyulmaktadır. Bireysel kalitenin boyutlarına bakıldığında; "Zeki ve akıllı olmak, çalışkanlık, işe bağlılık, dürüstlük ve güvenilirlik, iletişim gücü, organizasyona ve müşteriye saygı, yenilik ve yaratıcılık, kararlılık, hoşgörü, sorumluluk, temizlik, planlı ve sistematik olmak, dinamik olmak, sabırlı olmak" gelmektedir (22). Ürün ve hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için tüm süreç içerisinde yer alan bireylerin kalitesi büyük önem arz etmektedir (24).

Günümüzde hizmet sektörünün gelişmesinde kilit role sahip olan kalite unsuru, kurum itibarının ve rekabet üstünlüğünün sağlanması açısından daha da önemli hale gelmiştir. Dolayısı ile kurumlar hizmet alıcılarının ihtiyaçlarını dikkate alarak kişilerin beklentilerini hatta beklemediklerini karşılamak için çaba göstermelidirler. Bu amaçla yeteri kadar iyi olmaktan fazlası gerekmektedir (27).

2.1.2. Hizmet Kalitesi

Artan rekabet ortamında ülkemizde ve dünyada yaşanan her alanda yaşanan değişiklikler ve gelişmelerle beraber üretim sektörünün yanında hizmet sektörünün de değişimlere ve gelişmelere uyum sağlaması, kuruluşların rakiplerinden bir adım önde olması ve varlığını devam ettirebilmesi açısından bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu bağlamda günümüzde hizmet alanında faaliyet gösteren kuruluşlar hizmet kalitesini arttırma yolundaki çalışmalarına daha fazla önem vermeye başlamışlardır (14).

Hizmet kavramının tanımına bakıldığında kesin bir tanımının olmadığı ve araştırmacılara göre farklı tanımların yapıldığı görülmektedir. Bunun sebebinin ise, tanımı yapan araştırmacının ilgilendiği bilim dalının ve etkisinde olduğu yaklaşımların farklı olması gösterilmektedir (28). Hizmet, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile belirli bir fiyattan satışa sunulan ve mal mülkiyeti gerektirmeyen, fayda ve doyum sağlayan soyut faaliyetlerin tamamı şeklinde tanımlanmaktadır (28,29).

Hizmet, soyut bir kavramdır. Kalite algısı ise kişiye göre değişkenlik gösterdiği için öznel yargılar içermektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesinin değerlendirme aşamasında kişilerin hizmeti aldıkları sıradaki ve hizmet alımı sonrasındaki algıları önem kazanmaktadır. Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi yalnızca alınan hizmetin sonuçlarını değil hizmetin tüm sunum süreçlerini de içinde barındırmaktadır. Bu bağlamda hizmet kalitesi kavramı "algılanan hizmet kalitesi" ile açıklanabilmektedir. Algılanan hizmet kalitesi ise sunulan hizmet performansı ile kişilerin beklentilerinin karşılaştırılmasıdır (14,30,31).

Hizmet ve üretim sektörlerinde "kalite" birbirlerinden farklı kavramlardır. Üretim sektörüne bakıldığında önce ürün elde edilmekte fakat hizmet sektöründe üretim ve tüketim neredeyse aynı anda gerçekleşmektedir. Dolayısıyla hizmet stoklanamaz, soyut bir kavramdır. Bu sebeple hizmet kalitesinde bir denge üçgeni söz konusudur. Bu üçgenin bileşenlerine bakıldığında: Çevre, insan ve süreçler ile profesyonel özellikler şeklinde açıklanmaktadır. Hizmet kalitesini bu özelliklerden birine öncelik ya da ağırlık vermenin etkilediği düşünülmektedir. Sağlıkta kalite uzmanı olan Donabedian'a göre "Sağlık hizmetlerinde kalite, teknik kişiler ve çevresel etkenlerin bir ürünüdür." Bu yaklaşım İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri sisteminin düzeltilmesi için resmen kabul görmüş bir yaklaşımdır (32,33).

Aydın ve Dikmetaş Yardan (34), hastaların sağlık hizmeti kalitesi beklentileri ve algılamaları üzerine bir üzerine bir üniversite hastanesinde yaptıkları araştırmada verilen hizmetin kaliteli olmasının sağlanması, hastaların beklentilerinin karşılanması ve sunulan hizmetin daha kaliteli hale getirilmesi ile kurumun tercih edilme oranının artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda kurumların hasta beklentilerini dikkate alarak gerekli iyileştirmelerin mümkün olduğunca yapılması gerektiği önerilmektedir.

2.1.2.1. Hizmet kalitesinin boyutları: Hizmetin soyut bir kavram olması hizmet kalitesi kavramının da soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla hizmet kalitesinin açıklanması ve ölçülmesinde de birtakım zorluklarla karşılaşılmaktadır (22). "Ölçemediğiniz şeyi iyileştiremezsiniz." felsefesinden yola çıkılarak sistematik çalışmalar ile hizmet kalitesi ölçülebilmektedir (35). Hizmet kalitesini açıklayabilmek için boyutlarını bilmek gerekmektedir. Bu boyutlar (22,24,36):

- **Güvenirlik:** Kurumların imajı ile verdikleri hizmetin uyumlu olmasıdır. Kurumların sözünü tutması, dürüstlük, tutarlılıkla da ifade edilmektedir. Hizmetin doğru zamanda ve doğru bir şekilde yapılmasını kapsamaktadır.
- **Heveslilik (Karşılık Vermek):** Kurum personelinin hizmet sunumu sırasında her daim hazır ve istekli olmasıdır. Hizmetin zamanında verilmesini içermektedir.
- **Yeterlilik (Yetkinlik):** Kurum personelinin hizmeti sunak için gerekli ve yeterli yetenek, bilgi ve beceriye sahip olması anlamına gelmektedir.
- **Ulaşılabilirlik (Erişebilirlik):** Kuruma ve hizmet sunan personele kolay bir şekilde ulaşılabilmesidir.
- **Saygı (Nezaket):** Hizmet sunan personelin kibar olması, dostça davranmasını ve nezaketli bir şekilde ilişkilerini sürdürmesini ifade etmektedir.
- **İletişim:** Hizmeti sunan personelin hizmet alan kişileri dinlemesi, bilgilendirmesi, kurumu tanıtacak ortak bir dilin olması anlamına gelmektedir.
- **İnanırlık (İtibar):** Kredibilite, dürüstlük, inanılır olmak anlamına gelmektedir. Hizmet alan kişilerin hizmet sunan kurum ve personel hakkındaki algısını ifade etmektedir.
- **Güvenlik:** Hizmet alan kişilerin tehlikeden, riskten, şüpheden uzak olması ve kişilerin bilişsel, finansal ve fiziksel açıdan güvenliklerinin sağlanması anlamına gelmektedir.
- **Fiziksel Varlıklar:** Hizmet sunumu için gerekli olan ekipman, araç-gereç, personel görünümü, tesis fiziki şartlarını kısaca kurumun iç ve dış çevresinin görünümünü içermektedir.

- **Müşteriyi Anlamak, Bilmek:** Hizmet alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerini anlamak için çaba göstermek anlamına gelmektedir.

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Bu bölümde "Sağlık hizmetlerinde kalite nedir?" sorusunun yanıtı aranmış sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerine ve önemine değinilmiştir.

2.1.3.1. Sağlık Hizmetlerinde kalitenin özellikleri: Sağlık hizmetleri; bireylerin ve toplumun sağlık alanındaki ihtiyaçlarını karşılayan, ulusal ve uluslararası sağlık faaliyetleri ve organizasyonlarını içerisinde barındıran, birlikte faaliyet gösterdiği çeşitli meslek grupları ile işbirliği içerisinde, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini de kapsayan, süreklilik arz eden ve sistematik bir şekilde devam eden bir yapıya sahip hizmetlerin bütünüdür (37,38).

Tengilimoğlu ve ark. (39) sağlık hizmetlerini "Bireylerin ve toplumun sağlığını koruma altına almak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşemeyecek olanların ise başka kimselere bağımlılıkları bulunmadan yaşamlarını idame ettirmelerini sağlayarak toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sürdürülen ve sürekli olarak geliştirilen planlı çalışmalar." şeklinde tanımlamışlardır.

Sağlık hizmetleri sisteminde temel amaç; hedef toplumda yaşayan bireylerin öncelikle sağlıklarını sürdürmelerini sağlamak, hastalık halinde ise en kısa sürede sağlık hizmetini kaliteli bir şekilde sunarak bireylerin eski sağlıklarına dönmelerini sağlamaktır (40,41). Etkili sağlık hizmetinin özelliklerine bakıldığında "kalite", "kolay kullanılabilirlik", "süreklilik" ve "verimlilik" gelmektedir (38,40,42). Sağlık hizmetlerinde bu özelliklerden herhangi birinin eksikliği durumunda sunulan sağlık hizmetinin toplumun ve bireylerin sağlığı üzerinde istenilen etkileri sağlayamayacağı söylenebilir (40).

Institute of Medicine (IOM) tarafından sağlık hizmetlerinin kalitesi "Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi." olarak tanımlanmıştır (35). IOM, çığır açan 2001 raporunda, kaliteli bir sağlık sistemi için altı amacın olduğunu önermektedir. Bunlar "hasta güvenliği, hasta merkezlilik, etkinlik, verimlilik, zamanlılık ve eşitlik." tir (24,43).

Sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası geçerliliğe sahip göstergelerdeki standartlara uygun olarak sunulan tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde kişilerin ihtiyaç ve beklentilerinin tam anlamıyla karşılanması şeklinde tanımlanabilmektedir (44).

Sağlık hizmetleri süreklilik gerektiren ve insan merkezli olan karmaşık bir yapıya sahiptir. Hizmet sunumunda gerçekleşen en ufak bir hata bile geri dönüşü olmayan sonuçlara sebep olabilmektedir. Bu sebeple sıfır hataya yakın bir şekilde hizmet sunmak en önemli hedeflerden biridir. Bu bağlamda "sağlık hizmetlerinde kalite" çok önemli bir kavram olmakla beraber olmazsa olmaz bir gerekliliktir (30).

2.1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde kalitenin önemi: Kaliteli hizmet sunumuna öncelikle tıbbi hataların engellenmesi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hasta memnuniyetinin arttırılması gibi sebeplerden dolayı ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hata kabul etmemesi, ikame edilememesi ve ertelenemez oluşu gibi sebepler sağlık kurumlarının bireylere karşı sorumluluklarını artırırken bireylerin de sağlık kuruluşlarından beklentilerini yükseltmektedir. Sağlık hizmet sunum sürecinin herhangi bir adımında yaşanan aksaklık geri dönüşü olmayan hatalara sebep olabileceğinden kaliteli hizmet sunumu oldukça gerekli ve önemlidir (37).

Sağlık hizmetlerinde kalite sunulan tüm hizmet sürecinin ve kullanılan kaynakların öznel bir göstergesidir. Sağlık hizmetlerinde kalite ile birlikte (44) ;

- Kaynaklar verimli bir şekilde dağıtılır ve kullanılır,
- Hizmete erişimde hakkaniyete önem verilir,
- Hizmet etkili bir şekilde sunulur,
- Tüm sağlık hizmeti sunumu süreci ve sonrasında hasta memnuniyeti sağlanır.

2.1.4. Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden biri de hasta memnuniyetidir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar açısından kaliteli bir hizmet sunulması ve hasta beklentilerinin karşılanması açısından hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda, hasta memnuniyeti "Hastalarının beklentilerinin karşılanarak hatta beklentilerinin de üzerine çıkacak şekilde sağlık hizmetlerinin sunulması." olarak tanımlanabilmektedir (45).

Carr-Hill (46-50) tarafından hasta memnuniyeti "Hastaların beklentileri ve değerlerinin hangi seviyede tatmin edildiği konusunda bilgiler veren ve asıl otoritenin hastalar olduğu bakımın kalitesini ortaya koyan esas ölçüt." olarak tanımlanmaktadır.

Hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Hasta memnuniyeti, hasta deneyimleriyle ölçülmektedir ve birçok faktörden etkilenmektedir. Hastaya ait faktörlere bakıldığında yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, öğrenim düzeyi, beklentiler, medeni durum ve yaşanılan çevre gibi unsurlar yer almaktadır. Sağlık kuruluşuna ait faktörlere bakıldığında ise, bekleme süreleri, alt yapı ve çevre, personel, sunulan sağlık hizmeti süreçleri, tesisler gibi unsurlar hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. Bu sebeplerden ötürü memnuniyet anlaşılması zor ancak yaygın olarak ölçülen bir kavramdır (51).

Küçükkendirci, Batı ve Ulusal (52) Konya'da 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri inceledikleri bir araştırmanın sonucunda hastaların mahremiyet uygulamalarına gösterilen özenin memnuniyet düzeyini en olumlu etkileyen faktör olduğu saptanmıştır. Nayeri ve Aghajani'nin (53) sağlık çalışanları tarafından hasta mahremiyetinin korunması ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada korunan mahremiyet düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında çeşitli boyutlarda güçlü bir ilişki saptanmıştır. Sağlık bakım hizmetlerinde kaliteyi iyileştirmek ve hasta memnuniyetini arttırmak için sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetinin korunmasına yönelik daha fazla girişimde bulunması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaya kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak ve tedavi hizmetlerinin etkin bir şekilde verilerek hastanın kısa bir süre içinde sağlığına kavuşmasını sağlamak, sağlık hizmeti sunan kurumların önemli amaçlarından biridir. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri sunumunun sürekliliğinin sağlanması, hizmet sunan kişilerin yeterliliği, iletişim beceleri ve hasta ile olan etkileşimleri gibi unsurları kapsayan bir kavramdır. Ayrıca hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında sunulan hizmetin hasta gereksinimlerinin ne kadarını karşıladığını, hastanın aldığı hizmetten gerçekte ne kadar fayda sağlığını ve hizmet alım süreci bittiğinde hastanın kurum hakkında ne düşündüğünü göstermektedir. Bu sebeplerden dolayı hasta memnuniyeti sağlık hizmet sunum sürecinin önemli bir sonucu olarak kabul edilmektedir (54,55).

2.1.5. Hasta Hakları

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre hak "Adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç." olarak tanımlanmıştır (56). Hak kavramı denilince ilk akla gelen "insan hakları" olmaktadır. İnsanlar doğuştan birçok hakka sahip olmakla beraber bu hakların hukuk düzeni ile tanınıp korunması önemlidir. Hakların kullanımı kişilerin hangi haklara sahip olduğunun bilincinin güçlenmesi ile değer, anlam ve önem kazanmaktadır (57). İnsan haklarının önemli bir kısmı da hasta hakları olarak ortaya çıkmıştır.

Dünyada 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği "Hasta Hakları Bildirgesi"ni açık bir şekilde yayınlayan ilk sağlık kurumu olarak kabul edilmektedir. Bildirgede hastanın hastalığı, teşhisi, prognozu hakkında tam bilgi alma, tedaviyi reddetme, saygılı bir bakım alma, araştırmalara katılma zorunda olmamak, mahremiyet ve gizliliklerinin korunmasının sağlanması, isteklerine makul yanıtlar almak gibi unsurları içeren 12 madde listelenmiştir. Bu bildirge 1992 yılında güncellenmiştir. Yayınlanan ilk bildirgeden sonra hasta hakları kavramı gelişimini sürdürmeye devam etmiştir (58).

Türkiye'de hasta hakları kavramının ortaya çıkması ve uygulanmaya başlaması 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren başlamıştır. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk yıllarında sağlık hizmetlerini düzenleyen yasalar temel insan hakları kapsamında ele alınmıştır. Hasta hakları alanındaki dünyadaki gelişmelere paralel olarak 1980'li yılların sonlarında hasta haklarına ilişkin tartışmalar başlamıştır. 1 Ağustos 1998'de Sağlık Bakanlığı tarafından HHY yürürlüğe girmiş ve hasta hakları yasal çerçevede uygulamaya konulmuştur. Bu yönetmelik hasta hakları alanında yayınlanan en önemli yasal düzenleme olarak kabul görmektedir (59,60). HHY 2014, 2016 ve 2019 yıllarında revize edilmiştir (61).

Hasta hakları kavramı HHY'nin 4. Maddesi e bendinde "Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder" şeklinde açıklanmıştır (62).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de hasta hakları ile ilgili olarak "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutunun "Hasta Deneyimi" bölümünün amacı "Sağlık hizmeti sunumunda temel hasta hakları esas alınarak tüm süreçlerde

hasta katılımının sağlanması, hasta memnuniyetinin arttırılması ve hastanın özenle hizmet almasının temin edilmesidir." şeklinde tanımlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek amacıyla standartlar ve değerlendirme ölçütleri belirlenmiştir. Ayrıca hasta hakları konusunda çalışanlara, hastalara ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi hususuna dikkat çekilmiştir (5). SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti'nde "Hasta Deneyimi" boyutunun "Temel Hasta Hakları" bölümünde hasta haklarının önemine değinilmiş "Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir." standartına ve bu standarta ait değerlendirme ölçütlerine yer verilerek hasta haklarının önemi vurgulanmıştır (63).

2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlıkta kalite yönetim sistemine özgü olarak geliştirilen kalite yapılanması iki kısımdan oluşmaktadır (63):

1. Sağlıkta Kalite Sistemi
2. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi

Bu bölümde sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemlerinin gelişim süreçlerine değinilmiş, sistemlerin önemi hakkında bilgi verilmiştir. Ayrıca SKS Hastane Seti Sürüm 6.1 ve SAS Ayaktan Hasta Seti' ndeki boyut ve bölümlere yer verilmiştir (5,63).

2.2.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Gelişim Süreci

Her alanda olduğu gibi hizmet sektöründe de yaşanan gelişim ve değişimler ile sağlık kuruluşlarının da değişen bu koşullara uyum sağlaması, kaliteli ve hasta merkezli bakım sunması günümüz şartlarında daha da önemli bir hale gelmiştir. Hasta bakımının ve beklentilerinin daha kaliteli, esnek ve verimli bir biçimde karşılanması, rekabet gücünün arttırılırken işlem maliyetlerinin düşürülmesi, kanıta dayalı yönetim ilkeleri ve doğru karar verme oranının artması, hasta merkezli bakım ilkelerinin benimsenmesi gibi unsurların bir gereklilik haline gelmesi ile beraber yaşanan değişim ve gelişmelere uyum sağlamak, kar edebilmek ve artan rekabet ortamına ayak uydurabilmek amacıyla sağlıkta sürekli iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır. Bu amaçla sağlık kuruluşlarında kalite yönetim sistemleri oluşturulmuş, uluslararası standartlar belirlenerek uygulanmaya başlanmıştır (64,65). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sekiz ana bileşenin altıncı bileşeni olan "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon" kapsamı

dahilinde kaliteli sağlık hizmeti sunmak Sağlık Bakanlığı'nın öncelikli hedefleri içinde yer almaktadır (66).

Günümüzde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde kalite ve performans değerlendirme çalışmaları son yıllarda büyük bir hız kazanmıştır. İlk zamanlarda özel hastaneler bünyesinde başlayan bu çalışmalar, daha sonra Sağlık Bakanlığı bünyesinde de ivme kazanarak kalite ve performans departmanı kurulmasına kadar yaygınlaşmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları (HKS) oluşturulmuştur (32).

Türkiye'de sağlıkta kalite yönetim sisteminin amacı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, etkin, zamanında ve hakkaniyetli bir şekilde sunulmasını sağlarken; çalışan ve hasta güvenliği ile çalışan ve hasta memnuniyetinin en üst seviyeye çıkarılmasını temin etmektir (66).

Sağlıkta kalite yönetim sistemi Türkiye'de hizmet sunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşları kapsamaktadır. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin yasal dayanağına bakıldığında; 1 No'lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. maddesinin "h" bendinde "Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulanmasını sağlamak" görevinin gereğince sistem dahilindeki çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı" tarafından yürütülmektedir. Ayrıca 27.06.2015 tarihli ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" kapsamında Türkiye'de sağlıkta kalite yönetim sistemi çalışmaları gerçekleştirilmektedir (66).

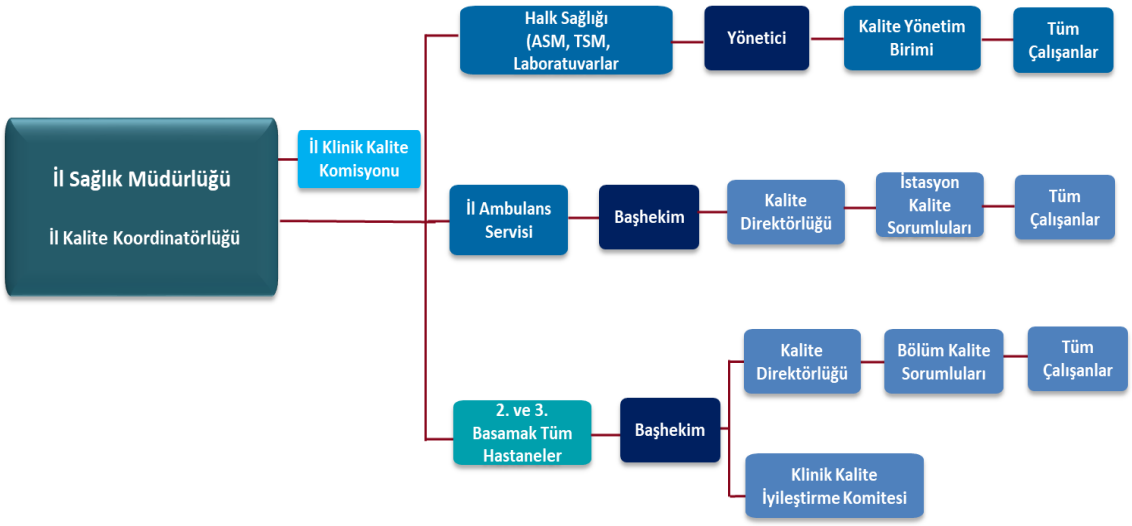
2.2.1.1. Sağlıkta Kalite sistemi: Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin üç yapı taşı bulunmaktadır (66):

- Kurumsal Yapı
- Sağlık Hizmet Kalitesi
- Klinik Kalite



Şekil 2.1: Türkiye sağlıkta kalite sisteminin yapı taşları (66)

2.2.1.1.a. Kurumsal yapı: "Sağlıkta Kalite Sisteminin kurumsal yapısı, Bakanlık merkez teşkilatından başlayarak tüm sağlık hizmeti sunan kurum veya kuruluşlarında görev alan tüm çalışanlara kadar hizmetin tüm üyelerini kapsayacak şekilde kurgulanmıştır." (66).



Şekil 2.2: Sağlıkta kalite sisteminde kurumsal yapı (66)

2.2.1.1.b. Sağlık hizmet kalitesi: "Sağlık hizmet kalitesi kapsamında Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile SKS göstergeleri geliştirilmekte, geliştirilen standart ve göstergelerin sağlık kuruluşlarında uygulanma düzeyi sağlıkta kalite değerlendirme süreçleri ile değerlendirilmektedir.

Sağlıkta Kalite Standartları, SKS setleri, sağlık hizmeti sunumunun, belirlenen ilke ve standartlar esas alınarak ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacı ile hazırlanmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında ilk kez hastaneler için geliştirilen standartların sahada bıraktığı etki, farkındalık ve iyileşme sürecinin öne çıkmasının ardından farklı sağlık kuruluşlarına yönelik SKS setleri (SKS Diyaliz-ADSH-Evde Sağlık-112 Setleri) de hazırlanarak ilgili sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur. Standartlar, uluslararası standart geliştirme algoritmaları doğrultusunda, güncel bilimsel kaynaklar, Bakanlık politikaları ve öncelikleri esas alınarak hazırlanmaktadır.

Sağlıkta Kalite Göstergeleri, Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında hizmet sürecinin ve çıktılarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için kullanılan bir diğer unsur sağlıkta kalite göstergeleridir. Sağlıkta kalite göstergeleri bu sistem içinde iki başlıkta ele alınmaktadır: SKS göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri. SKS göstergeleri, Bakanlık tarafından belirlenen ve sağlık kuruluşlarında izlenmesi gereken, yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçlarıdır. Söz konusu göstergeler, Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan Kalite Göstergeleri bölümünde tanımlanmaktadır. SKS gösterge sonuçları sağlık kuruluşları tarafından Kurumsal Kalite Sistemi bünyesinde oluşturulan Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilmektedir.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Sağlık Bakanlığınca kalite çalışmalarına öncelikle kalite kriterleri hazırlanarak başlanmış ve bu kriterler ile hastanelerde öz değerlendirmeler yapılmıştır. Sonrasında değerlendirmeler il sağlık müdürlüğü bünyesinde yer alan performans ve kalite koordinatörlüklerince yapılmaya başlanmıştır. 2007 ve 2010 yılları arasında iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla “Çapraz Değerlendirme” adı altında değerlendirme süreci devam etmiştir. 2010 yılı sonunda Türkiye genelindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında "Merkezi Değerlendirmeler" gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Süreç içinde değerlendirici kapasitesi nicelik ve nitelik olarak gelişmeye devam etmiştir. Nihayetinde tüm sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliğinin temin edilmesi amacıyla gerçekleştirilen sağlıkta kalite değerlendirmeleri 2017 yılından beri, Bakanlıkça eğitilen sertifikalı SKS değerlendiricileri marifeti ile ülke genelinde kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında yürütülmektedir.” (66).

2.2.1.1.c. Klinik kalite: “Bakanlık tarafından oluşturulan klinik kalite programı ile tıbbi süreçler ve klinik çıktıların izlenmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Söz konusu çalışmalar kapsamında ülkemiz için öncelikli sağlık olgularına yönelik standart ve göstergeler belirlenmektedir. Belirlenen sağlık olgularına yönelik ölçme ve değerlendirme rehberleri geliştirilmektedir. Klinik kalite göstergelerinin ölçülmesine yönelik Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi geliştirilmiştir. Sistemden elde edilen veriler doğrultusunda kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde klinik süreçler ve sonuçlara yönelik analizler yapmak mümkün olacaktır.” (66).

2.2.1.2. Sağlıkta Kalite Standartları hedefleri: Sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin “kaliteli” olduğunu söyleyebilmek için Şekil 2.3’te sunulan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir. Hedeflerin bir bütün olarak ele alınması, hedefler arasında öncelik sıralaması yapılmadan uygulanması büyük bir önem arz etmektedir. Hedeflerin birbiri ile ahenk içinde gerçekleştirilmesi SKS’nin bakış açısını oluşturmaktadır (5).

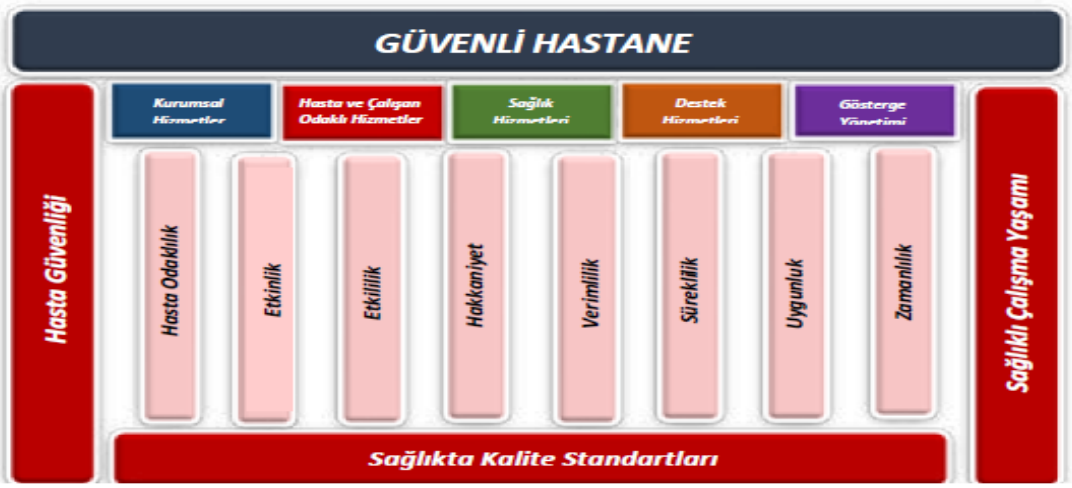


Şekil 2.3: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane hedefleri (5)

“SKS hedeflerine ilişkin tanımlar (5):

- **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.

- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.
- **Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.”



Şekil 2.4: Güvenli hastane (5)

2.2.1.3. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (Sürüm 6.1)'deki boyut ve bölümler: "SKS Hastane, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberlik ifadelerinden oluşmaktadır. SKS Hastane setinde, 5 Boyut, 46 Bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır. SKS Hastane;

- Kurumsal Hizmetler,
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler,
- Sağlık Hizmetleri,
- Destek Hizmetler,
- Gösterge Yönetimi

olarak 5 boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetimsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

- **Kurumsal Hizmetler Boyutu:** Hastanede, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.
- **Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu:** Hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.
- **Sağlık Hizmetleri Boyutu:** Hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler Alan ve Süreç Bazlı Sağlık Hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.
- **Destek Hizmetler Boyutu:** Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

- **Gösterge Yönetimi Boyutu:** Hizmet sunum performansını sürekli izleyerek kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde Bakanlık tarafından yayınlanan SKS göstergelerine atıfta bulunulmaktadır.” (5).

2.2.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Gelişim Süreci

Akreditasyon, sağlık kuruluşlarının belirlenen performans standartlarını ne derece karşıladığını gösteren bir kalite sembolü olarak kabul edilmektedir. Bu da sağlık kuruluşunun faaliyetlerini ulusal ve uluslararası standartlara göre değerlendirme fırsatı sunmaktadır (67). Akreditasyon ve sürekli kalite iyileştirme çalışmaları sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır (68).

“Sağlıkta Akreditasyon Sistemi, SAS esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllülük esası ile başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemdir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi; sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile ülke genelinde elde edilen kalite düzeyinin ötesine geçmek ve kurumsal farkını ortaya koymak isteyen sağlık kuruluşlarının başvurabilecekleri bir sistemdir. Uluslararası alanda onaylanmış bir belge içermesi sebebi ile de özellikle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizmini teşvik edici olarak kurgulanmıştır. Türkiye’de Akreditasyon çalışmalarının temelleri ilk kez sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile 2005 yılında atılmış ve değerlendirmelere ait hizmet standartları belirlenmiştir. Bu standartlar, zaman içinde sayı ve yapısal anlamda gelişerek dört ayrı versiyon halinde uygulamaya geçirilmiştir. 2013 yılına gelindiğinde Akreditasyona ilişkin dört temel ilke ve on hedef doğrultusunda standartlar yeniden yapılandırılmış ve beşinci versiyon olarak “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” adı ile son şeklini almıştır.” (63).

2.2.2.1. Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının hedefleri: “SAS, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri, ISQua ilkeleri, dünya genelinde gerçekleştirilen akreditasyon programları ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak ayaktan sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.” (63).



Şekil 2.5: Kalitenin hedefleri (63).

"SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir (63):

- **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm bireylerin zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilen tüm tehlikeleri önlemek veya kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak için gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleridir.
- **Hakkaniyet:** Hizmet alanların, tedavi ve bakım ihtiyaçları çerçevesinde hiç bir fark gözetmeksizin eşit haklardan yararlanmasının güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Kanıta dayalı tıp uygulamalarına bağlı kalmak koşulu ile sağlık hizmetinin, hastanın güvenliği, memnuniyeti ve tercihleri dikkate alınarak planlanması ve uygulanmasıdır.
- **Uygunluk:** Sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın sağlığına daha çok fayda sağlayacak tercihlerin yapılması ve uygulanmasıdır.

- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Hastanın ihtiyacı olan teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin disiplinler arası geçişi veya tedavinin tamamlanması sonrasını da kapsayacak şekilde sağlanmasıdır."

2.2.2.2. Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Hasta Seti-v.1.0/2020'deki boyut ve bölümler: "Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında, 7 Boyut, 31 Bölüm, 57 Standart, 217 değerlendirme ölçütü yer almaktadır. SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti, Standartlardan, Değerlendirme Ölçütlerinden ve bunlara ilişkin kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, hedefleri ve standart gereklilikleri yer almaktadır. Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

- **Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Boyutlandırılması**

  Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:

  » Yönetim ve Organizasyon
  » Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme
  » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
  » Hasta Deneyimi
  » Sağlık Hizmetleri
  » Destek Hizmetleri
  » Acil Durum Yönetimi.

- **Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı**

SAS'nda yer alan boyutlar; sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak sağlık kuruluşunun tüm bölümlerini kapsayacak aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

» **Yönetim ve Organizasyon:** Yönetim ve Organizasyon boyutunda, sağlık kuruluşu işleyişinde süreklilik sağlanarak çalışma faaliyetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak bir yönetim yapısı oluşturmak, beraberinde üst yönetim ve tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kurum kalite yönetim yapılanması meydana getirmek amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için; sağlık kuruluşu organizasyon yapısı oluşturulmalı, temel politika ve değerler belirlenmeli, kalite yönetim yapısı oluşturulmalı,

doküman yönetimi sağlanmalı, istenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalı, risk yönetimi ve eğitim yönetimi sağlanmalı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çalışılmalı, kurumsal iletişim sağlanmalıdır.

» **Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme:** İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunları zamanında belirleyerek düzeltmek ve kalite iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılması amaçlanmaktadır. Kurumsal olarak belirlenen göstergeler ve SAS göstergelerinin kullanılması sureti ile bu amaçların gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

» **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Bu boyutta, kaliteli sağlık hizmet sunumu için çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmaları ve sağlık kuruluşu organizasyonlarına çalışan perspektifinden bakılması amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda; insan kaynakları yönetimine yönelik bir yapı oluşturulmalı, çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmelidir.

» **Hasta Deneyimi**: Hasta Deneyimi Boyutu; temel hasta haklarının, hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflerine yönelik olarak, hizmetlere hasta perspektifinden bakmayı amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için; sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetler, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek, hizmetlere zamanında ulaşılmasını ve hasta konforunun teminini sağlayacak ve hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde düzenlenmelidir.

» Sağlık Hizmetleri: Sağlık kuruluşunda verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SAS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, ilaç yönetimi, transfüzyon yönetimi, radyasyon güvenliği, hasta bakımı, laboratuvar hizmetleri, güvenli cerrahi ve acil sağlık hizmetleri bölümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

» Destek Hizmetleri: Destek Hizmetleri boyutunda, tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için; otelcilik hizmetlerine yönelik çalışmalar yürütülmeli, tesis yönetimi, atık yönetimi, bilgi yönetimi ile malzeme ve cihaz yönetimi sağlanmalı, dış kaynak kullanımına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.

» **Acil Durum Yönetimi**: Bu boyutta; sağlık kuruluşunda karşılaşılacak deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama vb. acil durumlar ile bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eylemi, solunum veya kardiyak arrest olayları ve çalışanların şiddete uğraması durumlarında en hızlı ve en etkin şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlike ve zararların önlenmesi amaçlanmaktadır." (63).

2.3. HASTA MAHREMİYETİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Bu bölümde mahremiyet ve hasta mahremiyeti kavramlarının tanımları yapılmış mahremiyetin boyutları, hasta mahremiyeti uygulamalarının önemi ve mahremiyet kavramının tarihsel gelişim sürecine yer verilmiştir.

2.3.1. Mahremiyet Tanımı ve Kapsamı

Mahremiyet kelimesi "mahrem" kelimesinden türetilmiş olup Arapça'dan dilimize geçmiştir. Mahrem "Yakın akrabadan olduğu için nikâh düşmeyen (kimse), başkalarına söylenmeyen, gizli, sırdaş." anlamlarına gelmektedir. TDK'nın mahremiyet tanımına göre ise; "gizlilik" anlamını taşımaktadır. Bir kişinin mahremiyetine girmek demek bir kimsenin özel hayatını öğrenecek kadar ona yakın olmak anlamına gelmektedir (69). İngilizcede ise "confidentiality", "privacy" ve "intimacy" vb. sözcüklerle ifade edilen mahremiyet, bu terimlerin cümledeki anlamlarına göre birbirini tamamlamaktadır (70).

Kelvin (71,72), mahremiyeti "Bir birey (veya grup) tarafından kasıtlı olarak seçilen ve korunan bir ayrılık durumu" olarak tanımlamıştır.

Mahremiyet insanların tercihlerinde, davranışlarında ve değerlerinde meydana genel temel insan gereksinimlerinde biridir. Altman (73, kaynak: 74 p. 88) tarafından mahremiyet "Kişinin kendisine veya grubuna erişimin seçici kontrolü" şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak mahremiyetin evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. Farklı bakış açılarına rağmen mahremiyetin sağlanması kişilerin benlik saygılarının sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından oldukça önemli bir konudur (74).

Mahremiyet, kişilerarası ilişkileri doğru bir şekilde yönetmek ve insan onurunu korumak için gerekli olan bir insan hakkıdır. Dolayısıyla hastaların sağlık hizmeti aldıkları süre boyunca mahremiyetlerinin korunmasını talep etmeleri en temel haklarından biridir. Evrensel bir kavram olan mahremiyet kavramını toplum bilimciler

yüzyıllardır tanımlamaya ve sınırlarını çizmeye çalışsalar da her çağda mahremiyet algısının farklı olduğu görülmektedir. Mahremiyet, kişilerin yalnız kaldıklarında istedikleri şekilde düşündükleri ve davranabildikleri, kişiler arası ilişkilerini nasıl şekilde düzenleyeceklerine karar verebildikleri özel bir alan olarak tanımlanabilmektedir (75,76).

Mahremiyet, istenen bir durum veya ulaşılan bir son durum olarak tanımlanabilmektedir. İstenen mahremiyet, başkalarıyla ideal bir etkileşim seviyesinin, herhangi bir anda ne kadar çok veya ne kadar az temasın istendiğinin öznel bir ifadesidir. Erişilen mahremiyet, başkalarıyla etkileşimden kaynaklanan gerçek temas derecesidir. İstenen mahremiyet ile elde edilen mahremiyet seviyeleri birbirine eşitse kişilerin mahremiyetlerinin en yüksek düzeyde korunduğu söylenebilmektedir (77).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda günümüz koşullarında belirli standartların olması ve bu standartların belirli kurum ve kuruluşlar tarafından denetlenmesi bir zorunluluktur (57). Bu bağlamda SKS ve SAS'ta hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik standartlara yer verilmiştir. Mahremiyet SKS ve SAS'ta "Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir." şeklinde tanımlanmaktadır (5,63,78).

2.3.2. Hasta Mahremiyeti Kavramı

Hasta mahremiyeti, hastaya ait ve özel olan, hastaların başka kişi ve kişiler tarafından öğrenilmesini istemediği bütün bilgilerin gizli kalmasını ifade etmektedir (7,11). Hasta mahremiyeti başka bir kaynakta "Kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanı." şeklinde tanımlanmıştır (79).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hasta mahremiyeti kavramı "Bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişebilmeyi belirleme hakkı" şeklinde açıklanmıştır (4).

Sağlık hizmetlerinde hastalar, teşhis ve tedavi süreçlerinin doğru bir şekilde yürütebilmesi açısından başka kişilerle paylaşmak istemedikleri sırlarını bile sağlık çalışanları ile paylaşmak zorunda kalmaktadırlar. Bir hastanın hastalığı ile bilgileri ve

bazı hallerde yine özel hayatı ile alakalı tüm bilgileri öğrenecek kadar ona yakın olmak demek hastanın mahrem alanına girmek anlamına gelmektedir. Bu durumda hastanın teşhis ve tedavi sürecinde birebir görev alan sağlık çalışanları, hastaların mahrem alanlarına girebilecek güce sahiptirler (10,11).

Sağlık çalışanları hastaların bir başkası tarafından bilinmeyen hatta kendisinin bile farkında olmadığı sırlarına erişebilmektedirler. Bu bağlamda sağlık çalışanları tarafından hastaların mahremiyetlerinin korunması ve sürdürülmesi oldukça önemlidir. Sağlık çalışanları konu ile ilgili düzenlenen ulusal ve uluslararası yasal sorumlulukları yerine getirmekle yükümlüdürler (10,11).

2.3.3. Hasta Mahremiyetinin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde mahremiyet önemli bir konudur, hastaların fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal yönden gizliliklerinin korunmasını ve sağlanmasını içermektedir (74,77). SKS Hastane Seti'nde mahremiyet fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel olmak üzere dört boyutta ele alınmıştır (78).

2.3.3.1. Fiziksel mahremiyet: Fiziksel mahremiyet, bedensel mahremiyet olarakta bilinmektedir. Bireylerin başkaları tarafından fiziksel olarak erişilebilir olma derecesi, bireylerin kendi özel alanları üzerinde kontrol sağlaması anlamına gelmektedir (77).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti'nde fiziksel mahremiyet "Bedensel mahremiyetin de ele alındığı, bireyin kendi çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Ayrıca, bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar." şeklinde tanımlanmaktadır (5,78).

Fiziksel (bedensel) mahremiyet kavramı kişisel alan ya da kişisel mesafe kavramı ile ilgilidir. Kişisel alan insan vücudunda görünmeyen ancak insanları diğerlerinden ayıran koruyucu, mahrem alan olarak tanımlanmaktadır (77). Kişisel alan; samimi, kişisel, sosyal ve kamusal olmak üzere dört mesafe bölgesine ayrılmaktadır. Seçilen mesafeler kişilere ne yapıldığına, kişilerin ne hissettğine ve kişiler arasındaki ilişkiye bağlı olarak adlandırılmaktadır. Mahrem bölge, duygusal olarak yakın olunan kişilere ayrılmıştır, kişilerin izni gereklidir ve sağlık çalışanları

çoğu zaman kişilerin mahrem bölgelerine müdahale etmek durumundadırlar. Sağlık çalışanları, alanın kültürel ve kişisel kullanıma bağlı olarak hem hastaların hem kendilerinin daha rahat hissedebilmesi açısından fiziksel mesafenin sınırlarını bilmeli ve saygı duymalıdırlar. Çoğu zaman izin istemeden gerçekleştirilen uygulamalar hastaların utanç duymasına, korkmasına, mahçup hissetmelerine, şaşkınlık ve sinirlilik gibi olumsuz duyguları tecrübe etmelerine sebep olabilmektedir. Bu sebeple uygulanacak her işlem öncesi sağlık çalışanları mutlaka açıklama yaparak izin almalıdırlar (80).

Fiziksel (bedensel) mahremiyet bir çok çalışmada mekânsal mahremiyet ile birlikte kullanılmaktadır. Mekân mahremiyeti kişilerin kendilerine özel olan olayları yaşadığı ortamın kendilerine ait ve kişiye özel olmasını gerektirmektedir. Yaşanılan olaylar kadar bu olayların gerçekleştiği mekânda önemlidir ve kişiye özeldir (81). Proksemik açıdan üç tür mekân tanımlanmaktadır: sabit özelliklere sahip mekân (duvar gibi), yarı sabit özelliklere sahip mekan (mobilyalar, dekorasyon düzenlemeleri gibi) ve resmi olmayan alan (bir kişinin vücudu etrafındaki kişisel alan). Resmi olmayan alan özellikleri bakımınından kişilerin çevresinde, yetiştiği yerin nüfusunun yoğunluğuna göre değişiklik gösteren bir mahrem alanı bulunmaktadır. Dolayısıyla kişilerin alanları kültürlerinden etkilenmektedir (80).

Sağlık kuruluşlarında her odanın kapısının kapalı olması, poliklinik odalarında perde ve paravan olması mekânsal mahremiyete örnek olarak gösterilebilmektedir (70,81). Hartigan ve ark.'nın (82) yoğun bir kadın doğum hastanesinin acil servisinde hastaların mahremiyetlerinin ve mahremiyet algılarının incelenmesi üzerine yaptıkları bir araştırmada acil ünitesinin perdeli olan bölümlerinin duvarlı kabinlere yenilenmesi sonucunda öncesi ve sonrası yapılan anketlerde hastaların mahremiyet ve mahremiyet algılarının önemli ölçüde iyileştiği sonucuna varılmıştır.

Hastaların bedenlerine ya da odalarına doğrudan müdahale edilmemesi, herhangi bir tıbbi müdahale öncesinde hastaların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması, bilgilendirme sonrası izin vermediği ve talep etmediği sürece (tıbbi sakınca olmadıkça) işlemlere tabi tutulmaması hastaların beden mahremiyeti hakkının sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu hususlara dikkat edilmemesi ve hastanın talep etmediği tıbbi müdahalenin uygulanması hastaların fiziksel mahremiyetlerinin ihlal edildiği anlamına gelmektedir. Hastaların bedenleri üzerinde yapılacak olan

müdahaleler konusunda bir başka kişinin karar verme sürecine dahil olması hususuna dikkat edilmesi ve özen gösterilmesi gereken bir konu olduğu unutulmamalıdır (9,83).

2.3.3.2. Psikolojik mahremiyet: Psikolojik mahremiyet, bireylerin bilişsel ve duygusal süreçlerini kontrol edebilmesi, değerlerin oluşturulması, kimlerle ve hangi şartlarda düşüncelerini paylaşacağını veya mahrem bilgilerinin ne kadarını paylaşacağını belirleme yeteneği ile ilgilidir (77). Psikolojik mahremiyet bireylerin duyguları ile ilgili süreci yönetebilmesi, kararlarını verebilmesi, değerlerine yön verebilmesi ve bir birey olarak varlığını sürdürebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (8,81).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti'nde psikolojik mahremiyet "Bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsar." şeklinde açıklanmaktadır (78).

Hastalara ad ve soyadlarıyla hitap edilmesi, her işlem öncesi izin alınması, hastaların ağrıları, korkuları, görünüşleriyle ve aksanlarıyla alay etmekten kaçınılması, kibar bir şekilde iletişim kurulması, kişisel değerlerine ve inançlarına saygı duyulması gibi davranışlar hastaların psikolojik mahremiyet alanlarıyla ilgilidir (84).

Sağlık hizmet sunumu sırasında hastaların psikolojik mahremiyetlerinin ihlal edilmesi sonucunda hastalar kendilerini değersiz hissedebilmekte, topluma açık alanlardan geri çekilebilmekte, kendilerine olan güvenlerini yitirebilmekte ve kendilerini huzursuz, rahatsız hissedebilmektedir (9,77,85). Bulaşıcı hastalıklara sahip ya da transseksüel olup hasta olan bireylerin izni olmadan teşhis, tedavileri ve bilgileri onayları alınmadan paylaşılmamalıdır. Bu kişiler toplum ve aileleri tarafından damgalanması ile psikolojik problemler yaşamaktadadırlar. Bu bağlamda psikolojik mahremiyetin korunması ayrıca önem taşımaktadır (86).

2.3.3.3. Sosyal mahremiyet: Sosyal mahremiyet, bireyin sosyal ilişkilerini hem bireysel hem diğer insanlarla etkileşimini kontrol etme becerisini ve ilişkilerin yönetim sürecini içermektedir. Sosyal mahremiyetin güçlü bir kültürel çağrışımı bulunmaktadır (77).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti'nde sosyal mahremiyet "Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmayı gerektirir. Çeşitli kültürlerde bu nedenle mahremiyet kapsamı, önemi ve mahremiyeti sağlama yöntemleri farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır." şeklinde tanımlanmaktadır (78).

Sosyal mahremiyet kişilerin toplumsal sözleşmelerini yönetebilme yeteneği ve çabası ile ilgilidir. Sosyal mahremiyet ihlallerine bakıldığında; çok yakın mesafeden konuşmak ya da konuşma kaidelerine uygunsuz davranmak, istenmedik şekilde konuşmayı başlatmak ve sevginin açık bir şekilde ifade edilmesi şeklinde örneklendirilmiştir (87).

Sağlık hizmetlerinde hasta-sağlık çalışanı etkileşiminde sosyal mahremiyet kontrolü iletişiminin özelliği gereği genellikle sağlık çalışanlarına geçmektedir. Profesyonellik temeline dayanan bu etkileşimde mahremiyetin sağlanması ve devam ettirilebilmesi temel mahremiyet haklarındandır. Hastaların sosyal ortamı ile ilgili olan bu hakkı boyutunda sağlık profesyonellerinin edinmiş oldukları bilgileri saklama ve başkaları ile paylaşmama sorumlulukları oldukları unutulmamalıdır (77,88).

2.3.3.4. Bilişsel mahremiyet: Bilişsel mahremiyeti, bireyin kişisel bilgilerini başka bir kişi veya bir kuruluşa nasıl, ne zaman ve ne ölçüde erişebileceğini belirleme hakkı ile ilgilidir (77). Mahremiyetin bu boyutu, kişilere ait bütün bilgilerin sadece istediği kişilerle ve kuruluşlarla paylaşmasını, paylaşılan bu bilgilerin de koruma altında olmasını ancak toplum sağlığını etkileyecek ya da zarar verebilecek bir durum gelişmesi halinde belirlenen kanunlar dahilinde başka kurum ya da kuruluşlar tarafından ulaşılabilir olması durumunu ifade etmektedir (89).

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti'nde bilişsel mahremiyet "Bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılma durumunu kontrol edebilmesidir. Bireyin kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkı" olarak tanımlanmaktadır (78).

Teknolojinin gelişmesi ile kişisel bilgiler dijitalleşmiş elektronik ortamda saklanmaya başlamıştır. Hastaların teşhisleri, kullandıkları ilaçlar, geçmişte geçirdikleri operasyonlar, tahlil sonuçları gibi önemli bilgiler elektronik ortamda depolanmaktadır. Hekimlerin bu bilgilere erişimi ile yeni tanıların daha doğru ve hızlı bir şekilde konulması sağlanabilmektedir. Ancak hastaların sağlık durumuna ilişkin bu bilgiler oldukça kişiseldir. Bu veriler yasal olarakta yüksek düzeyde korunması gereken hassas bilgileri içermektedir. Hastalar bazen bu bilgilerin gizli kalmasını da isteyebilmektedirler. Çünkü hastalar bu bilgilerin açığa çıkması sebebiyle sosyal ayrımcılığa maruz kalabilmekte, sigorta hizmetlerine erişimde sorun yaşabilmekte hatta sevdikleri tarafından terk edilebilmektedir. Bu sebeplerden dolayı korku yaşayan hastalar yalnızca özel hayatın gizliliğinin ihlal edilmesi tehdidi ile karşı karşıya kalmaz bununla birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanmayı istememesi halinde yaşamını tehdit edecek derecede tehlikeye maruz kalabilmektedirler. Dolayısı ile tüm sağlık çalışanları hastaların bilişsel mahremiyetini korumak ve kollamak hususunda yükümlülük taşımaktadır (90).

2.3.4. Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Önemi

Sağlık hizmetlerinde ve teknoloji alanında yaşanan hızlı gelişmeler ile sağlık kuruluşlarının hizmet bakım kalitesini sürekli iyileştirme geliştirme çalışmaları, hasta mahremiyeti ve hasta mahremiyetini korumaya yönelik uygulamalara olan ilginin artmasına sebep olmuştur. Hastaların mahremiyet haklarının korunması ve saygı gösterilmesi kendileri ile ilgili alınacak olan kararlara katılımının sağlanması, terapötik iletişimin kurulması, hasta memnuniyetinin sağlanması gibi konular "temel kalite göstergeleri" arasında yerini almıştır. Hastaların mahremiyetlerinin korunmasına ve sürdürülmesine yönelik kurumsal politikaların geliştirilmesi ve buna yönelik uygulamaların yapılması kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen sağlık kuruluşlarının vazgeçilmez konularından olmuştur (91).

Sağlık hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan hasta mahremiyetinin korunması ve sürdürülmesi oldukça önemli bir konudur (91). Sağlık hizmetlerinde mahremiyet uygulamalarına diğer disiplinlere nazaran daha fazla özen gösterilmesi ve dikkat edilmesi gerekmektedir. Çünkü hastalar en özel bilgilerini, sırlarını sağlık çalışanları ile paylaşmak zorunda kalabilmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hastaların mahremiyetlerini koruyacak uygulamaları yerine

getirmesi, hasta-sağlık çalışanı arasındaki güven ilişkisinin sağlanması ve terapötik iletişimin kurulabilmesi açısından oldukça önemlidir (77,92,93).

Mahremiyet kavramı hasta bakımının en önemli bileşenlerinden biridir. Sağlık çalışanları etik olarak hastaların mahremiyetini korumakla ve takdir yetkilerini sağlamakla yükümlüdürler. Sağlık kuruluşlarının her bölümünde hastaların sağlık bilgilerinin gizliliğine ve mahremiyet haklarına saygı gösterilmelidir. Bu, gayri resmi durumları da içermelidir ki; hasta bilgilerinin koridorda ya da sosyal ortamlarda konuşulması üçüncü kişilerin hasta bilgilerine kulak misafiri olmasına sebep olabilmektedir. Bu durum hastaların güvenini olumsuz olarak etkilemekte ve hasta-sağlık çalışanları arasındaki ilişkisinin bozulmasına sebep olabilmektedir (82).

Mahremiyet temel insan gereksinimlerinden biridir ve etik, tedavi ve bakım alanında sağlık sisteminde oldukça önemli bir yere sahiptir. Sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyetine dikkat edilmemesi bakım kalitesini düşürmekte ve hastalara zarar verebilmektedir (94). Hastaların mahremiyetlerinin ihlal edilmesi, hastalar açısından bir çok olumsuz etkiye neden olabilmektedir. Örneğin hastanın beden mahremiyetinin ihlal edilmesi hastanın utanmasına sebep olabilirken iken en ağır etkisi olarak hastanın ölümüne dahi yol açabilmektedir. Hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi, iş disiplini ve etik kuralları açısından aykırılık oluşturmaktadır. Ayrıca mahremiyet ihlali "sözleşmeye aykırılık" ve "kişilik haklarına saldırı" durumuna sebep olabileceği için ceza hukuku bağlamında suç teşkil etmektedir. Buna sebep olan kamu görevlisi ise idari sorumluluk hükümleri uygulanabilmekte ve tazminat sorumluluğuna da neden olabilmektedir (95).

Hastaların mahremiyetlerinin korunmasına yalnızca yaşarken değil öldüklerinde de dikkat etmek gerekmektedir. İnsanlar vefat etmiş yakınlarına saygı duymayı ve onlara saygı duyulmasını istemektedirler. Ölüm durumunda, hala birileri için kişi olarak kabul edilen ancak kendini ifade edemeyen, sadece fiziki olarak bir beden söz konusudur. Bu sebeple vefat eden kişilere de aynı şekilde insan onuruna yakışır şekilde muamele edilmeye devam edilmelidir (7).

2.3.5. Mahremiyet Kavramının Tarihsel Gelişimi

Mahremiyet kavramına çok eski çağlardan itibaren rastlanmaktadır ancak modern çağ toplumlarında özel yaşam ve kamusal yaşam arasındaki ayrımın belirginlik

kazanmasıyla birlikte mahremiyet kavramının önemi de artmıştır. Geleneksel toplumlarda kişiler üyesi olduğu toplumsal gruba göre tanımlanmaktaydı. Ayrıca yaşanılan fiziki çevre koşulları da bireyleri sınırlayıcı nitelikteydi. Bir topluluğun veya grubun üyesi olan kişiler sadece geniş bir odada yaşamaktaydı. Bu kişilerin sosyal konumu; cinsiyeti, yaşı, soy bağı gibi faktörler tarafından büyük ölçüde belirlenmekteydi. Bu baskılardan dolayı modern öncesi geleneksel toplumlarda mahremiyet var olmakla beraber sınırları dar bir mahremiyet alanından söz etmek mümkündü (96).

Bilinen en eski metin olarak kabul edilen, kesin olarak bilinmese de yazılış tarihi M.Ö. 4 yüzyıla dayanan, Yunanlı Hekim Hipokrat tarafından yazılmış Hipokrat yemini'nde mahremiyet kavramına "Gerek hastanın tedavisi sırasında gerekse tedavi dışında olsun gördüğüm ve duyduğum [ama] dışarıda konuşulmayacak olan insanların tasarrufundaki şeyleri saklayacak ve buna benzer şeyleri konuşmayacağım." şeklinde yer verilmiştir (97,98). Dolayısı ile mahremiyet kavramının çok eski tarihlerden beri önemli olduğu sonucuna varılmaktadır (99).

Rönesans ve Reform hareketleri ile başlayarak Aydınlanma felsefesi ve Modem Bilim anlayışı ışığında gelişen modernleşme süreci ile birlikte bir taraftan "birey", "bireycilik", ''bireysel kimlik" ve ''bireysel alan" gibi değerler yükselmiştir. Bir diğer yandan da mahremiyet hakkının da kapsamına dahil olduğu "kişilik hakları" akabinde ise tek başına "mahremiyet hakkı" veya "özel yaşam hakkı" alanında hukuki düzenlemeler yapılarak mahremiyet bir hak kategorisinde koruma altına alınmaya başlanmıştır (96).

1787 yılında "Amerika Birleşik Devletleri Anayasası" ve 1791 yılında "Fransız Anayasası" ile "kişi" kavramı bir hak olarak kabul edilmeye başlanmıştır. 1948 yılında "Birleşmiş Milletler Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi" ve 1950 yılında "Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi" ile kişilerin özel hayatının korunmasına dair haklar tanımlanmaya başlanmıştır. Böylece kişilik hakları çerçevesinde mahremiyet kavramına yer verilmiştir (96,100). Brandeis ve Warren'ın kaleme aldığı "Right to privacy (Mahremiyet Hakkı)" makaleleriyle beraber mahremiyet kavramının ilk kez hak olarak ele alınması gerektiği dile getirilmiştir. 1965'li yıllar sonrasında mahremiyet hakkı anayasalar tarafından korunmaya başlanmıştır. 1970'li yıllarda mahremiyet kavramının toplumsal yönü, 1980'li yıllarda ise mahremiyetin bireysel

yönü önem kazanmıştır. Modern çağlarda ise teknolojinin gelişmesi ve dijital platformlar mahremiyet kavramına bakış açısını değiştirmiş, özel alan kavramı kamusallıkla iç içe geçmeye başlamıştır (100).

2.4. SAĞLIK MEVZUATINDA HASTA MAHREMİYETİ

Hastanın gizliliğinin ve özel hayatının bir parçası olan hasta mahremiyeti çeşitli yasal düzenlemeler ile koruma altına alınmıştır. Bu bölümde Türkiye sağlık mevzuatında hasta mahremiyetinin detaylı bir şekilde açıklandığı "T.C. Anayasası" ve "HHY" hakkında bilgi verilmiştir (62,101).

2.4.1. Anayasada Hasta Mahremiyeti

T.C. Anayasası'nın dördüncü bölümünde "Özel hayatın gizliliği ve korunması" başlığı altında 20. Maddesinde özel hayatın gizliliği ve hasta mahremiyetinin korunmasına dair gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Madde metni aşağıdaki şekildedir (101);

> "*Madde 20. – Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz (Mülga cümle: 03/10/2001-4709/5 md.).*
>
> *(Değişik: 03/10/2001-4709/5 md.) Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya birkaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış merciin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranamaz ve bunlara el konulamaz. Yetkili merciin kararı yirmidört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim, kararını el koymadan itibaren kırksekiz saat içinde açıklar; aksi halde, el koyma kendiliğinden kalkar.*
>
> *(Ek fıkra: 7/5/2010-5982/2 md.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda*

kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir."

2.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Hasta Mahremiyeti

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin dördüncü bölümü olan "Hasta Haklarının Korunması" başlığı altında "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" Madde 21'de hasta mahremiyeti konusuna ait hükümler ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Madde metni şu şekildedir (62);

"Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır."

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. Maddesi uyarınca hastaların kişisel verileri, teşhisleri, tedavileri, özel hayatlarına ve gizlilik alanlarına ait bilgileri ifade etmektedir ve bu bilgiler sağlık çalışanları ve hasta arasında sır niteliğinde olup hasta mahremiyeti kapsamına girmektedir. Bu bilgiler hastalar tarafından sağlık çalışanlarına aktarılabilmekte ya da teşhis, tedavi ve muayene işlemleri sırasında sağlık çalışanları tarafından öğrenilmiş olabilmektedir. Bu durumunda sağlık çalışanları hastaların görüşünü alarak başkalarının öğrenmesini istemeyeceği bilgileri tespit etmeli ve sır saklama yükümlüğünü yerine getirmelidirler (62,102).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölümü olan "Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı" başlığı altında "Bilgi Verilmesini Yasaklama" Madde 20'de hasta mahremiyeti konusuna ait hükümler yer almaktadır. Madde metni şu şekildedir (62);

> *"Madde 20- (Değişik: RG-8/5/2014-28994)*
>
> *İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."*

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 20. Maddesi uyarınca hastalar, tıbbi durumlarına ilişkin (tıbbi sakınca bulunmadıkça) ailesine ve yakınlarına bilgi verilmemesini talep edebilecektir ki bu hüküm de doğrudan hastaların mahremiyet hakkı ile ilgilidir (103).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin dördüncü bölümü olan "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlığı altında sunulan Madde 23'te de hastanın sağlık bilgilerinin mahremiyetinin korunmasına dair hükümler belirtilmiştir. Madde metni şu şekildedir (62);

> *"Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.*
>
> *Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.*

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz."

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 23. Maddesi uyarınca sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların bilgi ve belgeleri başka sağlık çalışanları ile ve hatta hasta yakınları dahil olmak üzere (hastanın sağlık durumu zorunlu kılmadıkça) üçüncü kişilerle paylaşılmaması gerekmektedir. Hastanın ayırt etme gücü bulunmaktayken yalnızca yasal varisinin aydınlatılması da hastanın mahremiyetinin ihlal edildiği anlamına gelmektedir (102). HHY maddelerinden de anlaşılacağı üzere hasta mahremiyeti konusu yalnızca hastanın kişisel ya da tıbbi bilgilerine ait gizlilik değildir. Hastanın muayenesi, teşhisi ve tedavisi sırasında yapılan müdahalenin gizlilik çerçevesinde gerçekleşmesi ve kişinin tedavisi ile ilgisi olmayan başka bir kimsenin rızası alınmadıkça odada bulunmasının engellenmesi, sağlık harcamaları finansmanının açıklanmaması, kişinin sağlığını etkileyecek herhangi bir sorun olmadıkça hastanın kişisel ya da aile hayatına müdahale edilmemesi gibi mahremiyet uygulamalarına özen gösterilmesi hasta mahremiyetinin korunması ve sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise ölüm olayının sağlık çalışanlarına hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi hakkını vermediğinin bilinmesidir (10).

2.5. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VE SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARINDA HASTA MAHREMİYETİ

Bu bölümde hasta mahremiyeti uygulamaları ile ilgili SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de ve SAS Ayaktan Hasta Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de yer alan bölüm ve standartlar sunulmuştur (5,63).

2.5.1. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ile İlgili Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de Yer Alan Bölüm ve Standartlar

Tablo 2.1'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Kurumsal Hizmetler" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili bir bölüm, bir standart ve bir değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (5).

Tablo 2.1: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Kurumsal Hizmetler" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütü

Kurumsal Hizmetler Boyutu				
Kalite Yönetimi Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
(Ç) KKY07 (S:85-86)	Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır.	**KKY07.01**	Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: • Hastaların doğru kimliklendirilmesi • Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması • İlaç güvenliğinin sağlanması • Radyasyon güvenliğinin sağlanması • Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması • Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması • Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması • **Hasta mahremiyetinin sağlanması** • Hastaların güvenli transferi • Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi • Bilgi güvenliğinin sağlanması • Enfeksiyonların önlenmesi • Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması	**50**

Tablo 2.1'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Kurumsal Hizmetler" boyutunun "Kalite Yönetimi" bölümünün hasta mahremiyeti ile ilgili yedinci standartına bakıldığında; hastanelerde hasta güvenliğini sağlamak için hasta güvenliği komitesi görevlendirilmelidir. Bu komitenin görevlerinden bir tanesi de hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır (5).

Tablo 2.2'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili iki bölüm, beş standart ve altı değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (5).

Tablo 2.2: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu				
Hasta Deneyimi Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
(Ç) HHD01 (S:132)	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	**HHD01.04**	Hasta ve hasta yakını, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir. ➢ **Mahremiyet hakkı** ➢ İtibar ve saygı görme hakkı ➢ Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin sağlanması hakkı ➢ Hasta güvenliği ve emniyeti hakkı ➢ Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme ve hasta rızasının alınması hakkı ➢ Tedaviyi reddetme hakkı ➢ Hasta sorumlulukları	**50**
(Ç) HHD02 S:132-133	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	**HHD02.03**	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve **mahremiyete** ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendirilmelidir. Rehberlik: Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların **mahremiyete** ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, **kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda**, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.	**50**

Tablo 2.2 (devam)

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu				
Hasta Deneyimi Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
(Ç) HHD07 (S:136-137).	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde **hastanın mahremiyeti** sağlanmalıdır.	**HHD07.01**	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın **fiziksel mahremiyeti** sağlanmalıdır.	**50**
		HHD07.02	➢ Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir. ➢ Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır	
		HHD07.03	Hastanın **bilgi mahremiyetini** sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır. ➢ Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumuna yönelik hususları da kapsamalıdır. ➢ Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır. ➢ Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılabileceği belirlenmelidir. ➢ Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır. ➢ Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında **hasta mahremiyetine** özen gösterilmelidir.	
		HHD07.04	Tüm hastane çalışanlarına **hasta mahremiyeti** konusunda eğitim verilmelidir.	
HHD09 (S:137)	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, **hastanın mahremiyetine** özen gösterilmelidir.			**30**
Yaşam Sonu Hizmetler Bölümü				
HYS03 (S:146)	Morga teslim edilmeden önce ve taşınması sırasında **cenazenin mahremiyet** ve güvenliği sağlanmalıdır.			**30**

Tablo 2.2'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili bölümlerine bakıldığında (5);

"Hasta Deneyimi" bölümünün birinci standartının dördüncü değerlendirme ölçütünde hasta haklarından biri olan hasta mahremiyetinin sağlanması için hasta/hasta

yakınının hakları ve sorumlulukları konusunda kişiler bilgilendirilmelidir. Aynı bölümün ikinci standartının üçüncü değerlendirme ölçütüne bakıldığında hastaların sosyokültürel özellikleri nedeniyle ifade ettiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri değerlendirilmelidir. Ayrıca hastaların ait oldukları toplumun ve dinsel grupların özellikleri dikkate alınarak mahremiyete yönelik değerleri, beklentileri ve inaçları arasında farklılıklar olabilmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunumu sırasında bu farklılıklar dikkate alınmalı ve bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.

"Hasta Deneyimi" bölümünde yedinci ve dokuzuncu standartta hasta mahremiyetinin önemi vurgulanmaktadır. Yedinci standarta bakıldığında, tüm sağlık hizmet sunum süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. Hastaların fiziksel ve bilgi mahremiyetlerinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalı, gerekli özen gösterilmelidir. Ayrıca hasta mahremiyeti konusunda tüm sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. Dokuzuncu standartta araştırma ve deneysel çalışmalara dahil olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmeli ve hastaların rızası alınmalıdır.

"Yaşam Sonu Hizmetler" bölümünün üçüncü standartına bakıldığında vefat eden hastanın mahremiyetinin korunmasına devam edilmesi, morga taşınması ve teslimi sırasında mahremiyeti sağlanmalıdır.

Tablo 2.3'te görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili on bir bölüm, on beş standart ve on dokuz değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (5).

Tablo 2.3: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri

Sağlık Hizmetleri Boyutu				
Transfüzyon Hizmetleri Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
STH02 (S:212-213)	Bağış sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	**STH02.02**	Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır. Bağışçı değerlendirmesi, **mahremiyete** uygun bir ortamda yapılmalıdır.	**30**
Radyasyon Güvenliği Bölümü				
SRG06 (S: 231)	Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve **mahremiyetinin** sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	**SRG06.01**	Hastalara ait hazırlanma odası ya da kabini bulunmalıdır.	**30**
		SRG06.02	Hastalara ait değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
		SRG06.03	Hastaların kullanımına uygun temiz örtü, önlük gibi malzeme bulunmalıdır.	
		SRG06.04	Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	
Acil Servis Bölümü				
SAS03 (S: 239)	Acil servislerin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	**SAS03.01**	Acil servis hizmet sunum alanları (muayene alanı, müdahale alanı, gözlem ünitesi gibi) belirlenmelidir. ➢ Acil servislerin fiziksel yapısı güvenlik, izlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, **gizlilik ve mahremiyetin sağlanması** ilkeleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.	**30**
SAS06 (S: 241)	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	**SAS06.03**	Triyaj uygulaması için **mahremiyete** uygun yeterli alan ayrılmalıdır.	**40**
(Ç) SAS12 (S: 244)	Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	**SAS12.01**	Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği açısından riskler tespit edilmeli ve bu riskleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır. ➢ Acil serviste 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır. ➢ Genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. ➢ Kameraların yerleşim noktaları, **hasta ve çalışan mahremiyeti** dikkate alınarak belirlenmelidir.	**50**
Ameliyathane Bölümü				
SAH11 (S: 253)	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	**SAH11.01**	Bilgilendirme **hasta mahremiyetini** sağlayacak şekilde yapılmalıdır.	**30**

Tablo 2.3 (devam)

Sağlık Hizmetleri Boyutu				
Yoğun Bakım Ünitesi Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
(Ç) SYB04 (S:258)	**Hasta mahremiyetinin** sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	**SYB04.01**	**Mahremiyetin** sağlanması amacıyla gerçekleştirilecek uygulamalar ve uygulamalara yönelik kurallar tanımlanmalıdır. ➢ Çalışanlar tanımlanan uygulamalar ve kurallar hakkında bilgilendirilmelidir.	**50**
		SYB04.02	**Mahremiyeti** sağlamaya yönelik gerektiğinde kullanılmak üzere yataklar arası ayırma düzeneği bulunmalıdır.	
		SYB04.03	Kullanılan ayırma düzeneğinin temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili süreç tanımlanmalı, düzeneğin sürekli temiz olması sağlanmalıdır.	
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Bölümü				
(Ç) SYD13 (S:270)	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	**SYD13.03**	Anne sütü ile beslenme sırasında, annenin konforu ve **mahremiyeti** ile hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır**.**	**50**
Doğum Hizmetleri Bölümü				
SDH06 (S:278)	Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	**SDH06.01**	Bilgilendirme **mahremiyeti** sağlayacak şekilde yapılmalıdır.	**20**
Psikiyatri Hizmetleri Bölümü				
(Ç) SPS10 (S:293)	Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	**SPS10.04**	EKT ünitesi, ortak kullanım alanlarından ayrı bir alanda ve sorumlular dışındaki kişilerin göremeyeceği şekilde düzenlenmelidir. ➢ Ünite içinde hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalıdır. ➢ Havalandırma ve ışıklandırma sağlanmalıdır. ➢ **Hasta mahremiyetine** uygun düzenleme yapılmalıdır.	**50**
SPS11 (S:294)	Adli vakalar ve mahkûm klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.	**SPS11.02**	Adli vakalar ve mahkûmlara yönelik süreçlerde güvenlik ve **mahremiyete** ilişkin uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.	**30**

Tablo 2.3 (devam)

Sağlık Hizmetleri Boyutu				
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
SON04 (S:372)	Organ ve doku bağışı için verici veya verici yakınlarının rızasının alınması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	**SON04.03**	Canlı organ vericisinin rızası, süreç ve klinik sonuçlar ile ilgili ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilme yapıldıktan sonra alınmalıdır. ➢ Canlı verici, **mahremiyeti** sağlanmış bir alanda bilgilendirilmeli ve dış baskılardan uzak bir ortamda rızasının alınması sağlanmalıdır.	**40**
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri Bölümü				
SFR01 (S:382)	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	**SFR01.02**	FTR hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: ➢ Hasta kabul kriterleri ➢ Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti ➢ Hasta bakım planının oluşturulması ve uygulanması ➢ Hasta bakım süreçleri ➢ **Hasta mahremiyetinin sağlanması** ➢ Tıbbi malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonu ➢ Tıbbi cihazların güvenli kullanımı ➢ Hizmet sunumunda yer alan personelin nitelikleri ➢ Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri ➢ Konsültasyon süreci ➢ Hasta taburculuk kriterleri ➢ Bakımın sonlandırılması ➢ Bakımın sürekliliği	**30**
SFR02 (S:383)	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlamalıdır.	**SFR02.03**	Fiziksel koşullar **hasta mahremiyetini** sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	**30**
Evde Sağlık Hizmetleri Bölümü				
SES09 (S:402)	Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.		Rehberlik: Eğitimlerde, çağrının kabulu, hastayı ziyaret, hasta yakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, numune alınması, saklanması ve taşınması, **bilgi mahremiyeti** gibi konular yer alabilir.	**30**

Tablo 2.3'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili bölümlerine bakıldığında (5);

“Transfüzyon Hizmetleri” bölümünün ikinci standartının ikinci değerlendirme ölçütünde bağışçının değerlendirilmesi sırasında mahremiyet kurallarına dikkat edilmeli ve uygun bir ortam sağlanmalıdır.

“Radyasyon Güvenliği” bölümünün altıncı standartına bakıldığında tüm görüntüleme işlemleri sırasında hastaların mahremiyetlerini sağlayacak fiziki şartlar yerine getirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

“Acil Servis” bölümünün üçüncü standartının birinci değerlendirme ölçütüne bakıldığında acil servislerin fiziki yapısı hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Aynı bölümün altıncı standartının üçüncü değerlendirme ölçütünde triyaj uygulaması sırasında hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik yeterli alan sağlanmalıdır. On ikinci standartın birinci değerlendirme ölçütünde acil serviste kameraların yerleşimi hasta ve çalışan mahremiyetini sağlayacak şekilde olmalıdır.

“Ameliyathane” bölümünün on birinci standartının birinci değerlendirme ölçütüne bakıldığında ameliyat olan hastalar hakkında hasta yakınlarına bilgilendirme yapılırken görsel araçlar kullanılmalı ve bu görsel araçlarda hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

“Yoğun Bakım Ünitesi” bölümünün dördüncü standartına bakıldığında hastaların mahremiyetini sağlamaya yönelik kurallar tanımlanmalı ve uygulanacak olan tedbirler konusunda tüm çalışanlara bilgi verilmelidir. Ayrıca hasta yatakları arasında hastaların mahremiyetini sağlayacak düzenek koyulmalıdır.

“Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi” bölümünün on üçüncü standartının üçüncü değerlendirme ölçütüne bakıldığında bebeklerin anne sütü ile beslenmeleri sırasında hem annenin hem de bebeğin mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

“Doğum Hizmetleri” bölümünün altıncı standartının birinci değerlendirme ölçütüne bakıldığında doğum süreci ile ilgili hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere görsel araçlar kullanılmalı ve bu araçlar hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

“Psikiyatri Hizmetleri” bölümünün onuncu standartının dördüncü değerlendirme ölçütüne bakıldığında EKT ünitesinde hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Aynı bölümün on birinci standartının ikinci değerlendirme ölçütüne

bakıldığında mahkum ve adli vaka kliniklerinin düzenlemesinde hasta mahremiyetine dikkat edilmeli ve kurallar tanımlanmalıdır.

"Organ ve Doku Nakli Hizmetleri" bölümünün dördüncü standartının üçüncü değerlendirme ölçütüne bakıldığında nakil süreci ile ilgili canlı vericiye bilgi verilirken kişilerin mahremiyetini sağlanmalıdır.

"Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri" bölümünün birinci standartının ikinci değerlendirme ölçütüne bakıldığında FTR hizmetleri ile ilgili süreçlerin işleyişi sırasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Aynı bölümün ikinci standartının üçüncü değerlendirme ölçütüne bakıldığında FTR hizmet sunumu için gerekli fiziki koşullar hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

"Evde Sağlık Hizmetleri" bölümünün dokuzuncu standartında hastaların bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik çalışanların eğitim ihtiyaçları planlanmalı ve konu ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Tablo 2.4'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Destek Hizmetleri" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili üç bölümde, üç standart ve beş değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (5).

Tablo 2.4: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1)'de "Destek Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri

Destek Hizmetleri Boyutu				
Otelcilik Hizmetleri Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
DOH05 (S:418)	Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	**DOH05.04**	Muyene odalarında **hasta mahremiyetini** sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	**30**
Bilgi Yönetim Sistemi Bölümü				
DBY03 (S:427)	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	**DBY03.01**	Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, **bilgi mahremiyeti**, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.	**30**
		DBY03.02	Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.	
		DBY03.03	Risk analizleri en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncellenmelidir.	

Tablo 2.4 (devam)

Destek Hizmetleri Boyutu				
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü				
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**	**Puan**
DTA03 (S:448)	Tıbbi kayıtlara erişimde **bilgi mahremiyeti** ve güvenliği sağlanmalıdır.	**DTA03.01**	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır. ➢ Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye hangi koşullarda erişebileceği) ➢ Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü ➢ **Gizlilik ve mahremiyetin ihlali** durumunda izlenecek süreç	**30**

Tablo 2.4'de görüldüğü üzere SKS Hastane (Sürüm 6.1)'de "Destek Hizmetleri" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili bölümlerine bakıldığında (5);

"Otelcilik Hizmetleri" bölümünün beşinci standartının dördüncü değerlendirme ölçütünde hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik muayene odalarının fiziki koşullarında düzenlemeler yapılmalıdır.

"Bilgi Yönetim Sistemi" bölümünün üçüncü standartında hastaların bilgi mahremiyetinin sağlanması için bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler tanımlanarak risk analizi yapılmalıdır. Risk tespit edildiğinde gerekli iyileştirmeler yapılarak risk analizi en geç altı ay içinde ve düzenli aralıklarla tekrar edilmelidir.

"Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri" bölümünün üçüncü standartında hastanın bilgi mahremiyetinin sağlanması için tıbbi kayıtlara erişimle ilgili kurallar tanımlanmalı ve mahremiyetin ihlal edilmesi halinde izlenecek süreç belirtilmelidir.

2.5.2. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ile İlgili Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de Yer Alan Bölüm ve Standartlar

Tablo 2.5'te görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Hasta Deneyimi" boyutunda hasta mahremiyeti ile ilgili bir bölüm, bir standart ve bir değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (63).

Tablo 2.5: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Hasta Deneyimi" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ve standart gereklilikleri

Hasta Deneyimi Boyutu			
Temel Hasta Hakları Bölümü			
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**
HD.HH.01.00	Sağlık kuruluşunda sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	**HD.HH.01.09**	Hastanın **mahremiyetini** sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
Standart Gereklilikleri			
Hizmetler ve Hasta Hakları ile İlgili Bilgilendirme » Hasta ve/veya hasta yakını hasta hakları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme aşağıdaki konuları kapsamalıdır: • **Mahremiyet** • İtibar ve saygı görme • Hasta ait bilgilerin gizliliği • Hasta güvenliği ve emniyeti • Verilecek sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme ve hasta rızasının alınması • Tedaviyi reddetme hakkı			

Tablo 2.5'de görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Hasta Deneyimi" Boyutunun "Temel Hasta Hakları" bölümünün birinci standartının dokuzuncu değerlendirme ölçütünün gerekliliğine bakıldığında sağlık hizmetleri sunum sürecinde hasta hakları arasında yer alan hasta mahremiyetini korumaya yönelik tüm tedbirler alınmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır. Standart gerekliliklerine bakıldığında hasta ve/veya hasta yakınlarına hasta mahremiyeti konusunda bilgilendirilme yapılmalıdır (63).

Tablo 2.6'da görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Destek Hizmetleri" boyutunda hasta mahremiyeti ile ilgili bir bölümde, bir standart ve bir değerlendirme ölçütünde yer verilmiştir (63).

Tablo 2.6: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Destek Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart, değerlendirme ölçütü ve standart gereklilikleri

Destek Hizmetleri Boyutu			
Bilgi Yönetimi Bölümü			
Kod	**Standart**	**Kod**	**Değerlendirme Ölçütü**
DH.BY.01.00	Sağlık kuruluşunda etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	**DH.BY.01.04**	**Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini** sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
Standart Gereklilikleri			
Yönetim ve Dokümantasyon Bilgi yönetimine dair süreçte, kullanılacak bilgiler tanımlanmalı ve bunlara yönelik yöntem ve kurallar, Sağlık kuruluşunun ihtiyaçları ve kritik süreçleri gözetilerek belirlenmelidir. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir: • Fiziksel ve teknolojik tedbirler • Bilgi güvenliği • **Bilgi mahremiyeti** • Bilgi sürekliliği • Harici bilgi kaynaklarına erişim • Yetkilendirme • Uzaktan erişim **Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti** » Personel veya hasta ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin gizliliği ve güvenliği esastır. Bu kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır. » Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların hangi bilgiye, ne zaman ve nasıl ulaşabileceği tanımlanmalı, yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalıdır. » Sağlık kuruluşunda bilgi yönetim sistemlerine bağlı bilgisayarlar yetkisiz erişimlerin takibi açısından izlenmelidir. » Arıza veya yetkisiz erişim durumlarında veri kayıplarının yaşanmaması amacı ile veriler düzenli olarak yedeklenmeli, bu tür durumlara sebebiyet verebilecek arızaları önlemek için sunucuların düzenli bakım ve testleri yapılmalı, sunucuda kullanılan işletim sistemi ve yazılımların güncelliği sağlanmalıdır. » Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır. » Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat kuralları çerçevesinde, kayıtların zarar görmesini önleyecek muhafaza koşullarında saklanmalıdırlar. Bu tür kayıtlar için, gerekli fiziksel ve işlevsel tedbirler alınmalı, yazılı bilgi güvenliği sağlanmalıdır. Tıbbi kayıtların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.		

Tablo 2.6'da görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Destek Hizmetleri" boyutunun "Bilgi Yönetimi" bölümünün birinci standartının dördüncü değerlendirme ölçütünün gerekliliklerine bakıldığında; sağlık kuruluşlarında etkin ve güvenli bir şekilde hizmet sunumunu sağlayacak bilgi yönetim sisteminin olması gerekmektedir. Kurulan bu bilgi sisteminde hastaların bilgilerinin güvenliğini ve mahremiyetini sağlayacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (63).

Tablo 2.7'de görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Sağlık Hizmetleri" boyutunda hasta mahremiyeti ile ilgili üç bölüm ve üç standartta yer verilmiştir (63).

Tablo 2.7: Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'de "Sağlık Hizmetleri" boyutunun "hasta mahremiyeti" ile ilgili bölüm, standart ve standart gereklilikleri

Sağlık Hizmetleri Boyutu		
Hasta Bakımı Bölümü		
Kod	**Standart**	**Standart Gereklilikleri**
SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	» Kısıtlama uygulanacak **hastanın mahremiyeti** sağlanmalıdır.
Radyasyon Güvenliği Bölümü		
SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	» Tıbbi ışınlama ve tedavi sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve **mahremiyetinin** sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunması, çekim süresince hastaların kullanımına uygun örtü bulundurulması vb. gibi.)
Acil Sağlık Hizmetleri Bölümü		
SH.AS.01.00	Acil ünitesi hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	**Mimari Yapı ve Acil Ünitesi ile İlgili Fiziki Alanlar** » Acil ünitesinin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve **mahremiyetin** sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır: • Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır. • Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşımalıdır. • Acil ünitesi alanları hasta ve personel açısından uygun sıcaklık, nem, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır. • Hasta yakınları için uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır. **Acil Ünitesinde Emniyet** » Emniyet sağlanırken (kamera yerleşimi vb.) hasta ve çalışan mahremiyetini dikkate alınmalıdır.
SH.AS.02.00	Acil ünitesi hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	**Hasta Transferi** » Acil ünitesine girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde **hastanın mahremiyeti** sağlanmalıdır.

Tablo 2.7'de görüldüğü üzere SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020'nin "Sağlık Hizmetleri" boyutunun hasta mahremiyeti ile ilgili bölümlerine bakıldığında (63);

"Hasta Bakımı" bölümünün beşinci standartının gerekliliğine bakıldığında kısıtlama yapılacak olan hastaların mahremiyeti sağlanmalıdır.

"Radyasyon Güvenliği" bölümünün birinci standartının gerekliliğine bakıldığında tıbbi ışınlama ve tedavi sürecinin her aşamasında hastaların mahremiyetinin sağlanmasına yönelik hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunması, çekim süresince hastaların kullanımına uygun örtü bulundurulması vb. gibi düzenlemeler yapılmalıdır.

"Acil Sağlık Hizmetleri" bölümünün birinci standartının gerekliliğine bakıldığında acil ünitesinin mimarisi düzenlenirken hastaların mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca acil ünitesinin emniyetini sağlamaya yönelik kameraların yerleşim yeri gibi tedbirler alınırken hastaların ve çalışanların mahremiyetlerinin sağlanmasına dikkat edilmelidir. Aynı bölümün ikinci standartının gerekliliğine bakıldığında hastaların transferi sırasında acil ünitesine girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde hastaların mahremiyetini sağlanmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, kapsamı ve önemi, yöntemi, geçerlik ve güvenirliği, katılımcıları, kısıtları, etik yönü, veri toplama aracı ve araştırma verilerinin analiz yöntemi hakkında bilgiler verilmektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Bu çalışmanın öncelikli amacı birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesidir. Ayrıca SKS Hastane Sürüm 6.1 ve SAS Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti-v.1.0/2020 çerçevesinde "mahremiyet" ve "hasta mahremiyeti" kelimeleri standart ve gerekliliklerde taranarak Türkiye Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemi'nde hasta mahremiyetine verilen önemin keşfedilmesi çalışmanın bir diğer amacıdır.

Bu araştırmanın kapsamını; İstanbul'da bir ilçede hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti ve hastaya ait mahrem bilgiler hakkındaki düşünceleri nelerdir?
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti hakkında yaptıkları uygulamalar nelerdir?
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hastaların teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması hakkında yaptıkları uygulamalar nelerdir?
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının kendi alanlarındaki uygulamalarda hasta mahremiyetini sağlarken karşılaştıkları engeller hakkındaki görüş ve önerileri nelerdir?
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetini sağlarken karşılaştıkları engellere karşı çözüm yolları hakkındaki görüş ve önerileri nelerdir?

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti ile ilgili sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitim verilmesi hakkındaki görüş ve önerileri nelerdir?

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlık kurumlarında hizmet sunumu sırasında hasta mahremiyetinin sağlanması, sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti hakkındaki bilgi düzeyleri ve mahremiyeti sağlamadaki tutumları oldukça önemli bir konudur. Türkiye Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemi'nde hasta mahremiyetinin sağlanması ve sürdürülmesi adına gerek SKS gerekse SAS setlerinde açıklanan standart ve gerekliliklerde hasta mahremiyeti konusuna oldukça geniş bir şekilde yer verilmiştir (5,63,78). Hasta mahremiyeti hakkında daha önce yapılmış çalışmalar incelendiğinde konunun daha çok hasta hakları çerçevesinde ele alındığı görülmektedir. Bu çalışmalarda hasta mahremiyetinin tanımı ve tarihsel gelişimi, meslek etiği açısından önemi, sağlık sisteminde olan mevcut durumun ortaya konması gibi başlıklara yer verildiği saptanmıştır (7-11). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti hakkındaki bilgi düzeyleri ve uygulamaları hakkında yapılan çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (4,6,12). Sonuç olarak, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını araştıran bu çalışma gerek amacı gerekse de benimsediği yöntem açısından özgündür. Dolayısıyla bu anlamda literatürde önemli bir boşluğu gidereceği öngörülmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma keşifsel bir nitel araştırma niteliğindedir. Nitel araştırma yöntemi, insan davranışlarını, tecrübelerini, görüşlerini kendi doğal ortamında derinlemesine ve detaylı bir şekilde çeşitli nitel tekniklerle incelemeyi, betimlemeyi, yorumlamayı, analiz edilip gizli örüntülerin ortaya çıkarılmasını hedefleyen ve nihayetinde araştırmacının çeşitli çıkarımlarda bulunmasına olanak sağlayan bir araştırma türüdür. Nitel araştırmalarda kişi sayısı, olay ya da olguların miktarı yerine daha çok "nasıl, niçin" gibi sorular sorularak araştırma konusunun anlamlandırılması, yorumlanması, derinlemesine detaylı bir şekilde ortaya çıkarılması önem kazanmaktadır (10,104-106).

Nitel araştırmacılar tek bir veri kaynağına güvenmek yerine genellikle gözlemler, görüşmeler, dokümanlar, görsel-işitsel bilgiler gibi bir çok veri toplama yoluyla bilgiye ulaşabilmektedirler. Daha sonra araştırmacılar elde edilen tüm verileri gözden geçirerek

yorumlandırıp anlam kazandırmakta, kategoriler veya temalar şeklinde düzenlemektedirler (107).

Nitel araştırma, araştırmacının yerini belirleyen konumlandırıcı bir faaliyettir. Nitel araştırmacılar saha notları, röportajlar, konuşmalar, fotoğraflar, dokümanlar ve gözlemler gibi bir dizi somut ve yorumlayıcı uygulamaları kullanarak dünyayı görünür kılmaktadırlar. Bu da, nitel araştırmacıların incelenen problemi doğal ortamlarında araştırdıkları, kişilerin olaylara yükledikleri anlamlar açısından anlamlandırmaya çalıştıkları veya yorumladıkları anlamına gelmektedir (105).

3.4. ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Bu araştırma, nitel araştırma tasarımlarından gömülü teori (kuram oluşturma) yaklaşımı esas alınarak gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırma tasarımlarından gömülü teori (kuram oluşturma), belirli bir kuramı incelemekten ziyade kuram oluşturma sürecine odaklanmaktadır. Sürekli karşılaştırma ile tümevarım ve tümdengelim arasında bağlantı kurma, araştırma alanlarını karşılaştırma, teorik örneklendirme yapma ve ek saha çalışmaları ile ortaya çıkan kavramları test etme adımlarını ve prosedürlerini vurgulamaktadır. Kuram geliştirme kaygısı genel olaral nitel araştırmalarda oldukça belirgin bir özelliktir. Gömülü teori, araştırmacıyı gerçek dünyaya ya da yakınına götüren; böylece elde edilen sonuç ve bulguların bilimsel temele dayanmasını sağlayan yöntemlere dayanmaktadır. Gömülü teoride "Sistematik karşılaştırmalı analizden ortaya çıkan ve neyin gözlemlendiğini ve gözlemlenen olayı açıklamak için yapılan saha çalışması sonuçlarına dayanarak hangi kuramın oluşturulacağını" sorgulamaktadır (108).

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmada katılımcılar nitel araştırma yöntemlerinden amaçlı (olasılıklı olmayan), maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Amaçlı örneklem; konu hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülen katılımcılar ile durumların derinlemesine çalışılmasına olanak sağlamaktadır. Nitel araştırmalarda genelleme amacı güdülmediği için örneklemin evreni temsil etme gücünden çok araştırma konusu hakkında derin bir bilgiye sahip olup olmadıklarına bakılmaktadır (109). Maksimum çeşitlilik örnekleme, araştırma konusu ile ilişkisi olduğu düşünülen ve kendi aralarında benzer, değişken ve farklı özelliklere sahip durumlardan oluşacak şekilde

belirlenmektedir. Bu çeşitlilik ile problemin farklı boyutlarının incelenmesi hedeflenmektedir (110,111). Bu bilgiler ışığında, araştırmanın evrenini İstanbul'un bir ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve hemşire/ebeler oluşturmaktadır. Amaçlı (olasılıklı olmayan), maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile 10 hekim ve 10 hemşire/ebeden oluşan örneklem grubu oluşturulmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan araştımaya katılmaya gönüllü hekim, hemşire/ebelerdir. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri ise, birinci basamak sağlık kuruluşu dışındaki kurumlarda çalışan hekim, hemşire/ebelerdir.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü veri kalitesi ile ilgilidir. Amaçlı örneklemede, örneklem büyüklüğüne elde edilen veriler göz önünde bulundurularak karar verilmektedir. Amaç bilgiyi arttırmaksa örneklem büyüklüğüne yeni bir bilgi elde edilmediğinde yani doyum noktasına ulaşıldığında son verilmektedir. Sağlık bilimlerinde amaçlı örneklemede veri doygunluğu "altın standart" olarak görülmektedir. Veriler doygunluğa ulaştığında tekrarlanma döngüsü başladığı ilk anda veri toplama sürecinin sona erdirilmesi gerektiği belirtilmektedir (110,112). Creswell ve Clark (113) gömülü teorilerde veri doygunluğunu elde edebilmek için 20 ila 30 katılımcıyı uygun bulmaktadır. Bu çalışmada, veri doygunluğuna ulaşılana kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu kapsamda 10 hekim ve 10 hemşire/ebe ile görüşme yapılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARACI

Bu araştırmada veri toplama yöntemi olarak, nitel veri toplama türlerinden olan görüşme yönteminden faydanılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır (Ek-1). Katılımcılarla bireysel, yüz yüze, derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşme tekniği, "Araştırma örnekleminde yer alanların, araştırma konusu hakkında bilgi, duygu ve düşüncelerini aktif olarak açıkladığı, yaşam öyküsünü anlattığı veri toplama tekniği" olarak tanımlanmaktadır. Görüşmenin amacı, katılımcıların problem hakkındaki özgün bakış açılarının keşfedilmesidir. Katılımcıların konu hakkında deneyimleri, davranışları, yaşanmışlıkları, niyetleri, tepkileri, duygu ve düşünceleri gibi gözlemlenemeyen bilgilerine ulaşılmasına olanak sağlamaktadır. "Yapılandırılmış", "yarı yapılandırılmış", "yapılandırılmamış" ve "odak grup görüşmesi" gibi farklı teknikleri bulunmaktadır. İyi bir görüşmenin yapılabilmesi için araştımacı görüşme yapacağı

konunun kavramsal çerçevesi hakkında bilgi sahibi olmalı ve görüşme öncesi konuya hazırlanmış olması gerekmektedir (114).

Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların sosyo-demografik özellikleri hakkında beş soru (meslek, eğitim, cinsiyet, yaş ve meslekteki çalışma süresi) ve katılımcıların mahremiyet hakkında daha önce eğitim alıp almadıklarını belirlemek amacıyla sorulan bir soru olmak üzere toplam altı tane sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise araştırmacı tarafından araştırma konusuna yönelik detaylı bir literatür taraması yapılarak ve SKS ışığında mahremiyet ile ilgili hazırlanmış sekiz sorudan oluşmaktadır (5,6,10,78). Görüşme formunun nitel araştırma yöntemine uygun bir şekilde hazırlanmasına özen gösterilmiştir.

Veri toplama süreci 18.04.2023-18.07.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplam 20 görüşme yapılmıştır. En kısa görüşme 5 dakika, en uzun görüşme 13 dakika sürmüştür. 20 katılımcı ile toplam 175 dakika görüşülmüştür. Görüşme öncesi katılımcılardan randevu talep edilmiş katılımcıların uygun olduğu zaman diliminde kişilerle yüz yüze, bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere başlamadan önce katılımcılara görüşmenin ses kayıt cihazına kaydedileceği hakkında bilgi verilmiş ve "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile yazılı onam alınmıştır (Ek-2). Sözel onamları ses kayıt cihazına da kaydedilmiştir. Görüşme öncesi katılımcılara araştırma hakkında genel bilgilendirme yapılmış ancak verilen cevapları etkilememek adına tam metin verilmemiştir.

3.7. VERİLERİN ANALİZ YÖNTEMİ

Nitel verilerin analizinde Yin'in (2011) nitel analiz döngüsü benimsenmiştir. Beş aşamalı döngünün izlenmesi: 1. Derleme, 2. Parçalara ayırma, 3. Yeniden birleştirme ve düzenleme, 4. Yorumlama, 5. Sonlandırma şeklindedir. Bu çalışmada ilk aşamada, görüşmelerden elde edilen ses kayıtları herhangi bir değişiklik yapılmadan deşifre edilerek metne dönüştürülmüştür. İkinci ve üçüncü aşamada, derlenen veriler kodlanmış, sonra araştırma sorularına yönelik kategori ve temalar oluşturulmuştur. Son aşamada ise elde edilen bulgular yorumlanmış ve sonuç ortaya çıkmıştır (115).

Araştırmadan elde edilen verilerin çözümlenmesinde nitel yöntemlerden içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizi yapılmasındaki amaç elde edilen verilerin tanımlanmasını sağlayacak olan ilişki ve kavramlara ulaşmaktır. Ayrıca içerik

analizindeki temel yöntem, elde edilen benzer verileri tanımlayan kavram ve temaların ortaya çıkarılarak bu verilerin yorumlanmasını sağlamaktır (109,110). Verilerin analiz sürecinde, ilk önce yüz yüze gerçekleştirilip ses kaydına alınan görüşmeler bilgisayar ortamında yazılı metne dönüştürülmüştür. Aktarılan kayıtlar; araştırmacı tarafından içeriklerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan deşifre edilmiştir. Çözümlemelerde görüşme yapılan hekim katılımcılara Hek1, Hek2… Hek10 ve hemşire/ebe katılımcılara Ebe1, Ebe2, Hem1, Hem2…Hem8 şeklinde birer kod numarası verilerek açıklamalar yapılmıştır. Elde edilen yazılı kayıtlar bir çok kez okunarak bilgisayar destekli bir nitel veri analiz programı olan MAXQDA 2022 Analytics Pro ile sayısallaştırılarak söylem sayısı olarak ifade edilmiştir. Analiz sonucunda on iki tane soru teması altında toplanan veriler tablo haline getirilmiş ve yorumlanmıştır.

3.8. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Nitel araştırmada geçerlik ve güvenirlik, nicel araştırmalardan farklı olarak istatiksel olarak ifade edilememektedir. Nitel araştırmalarda geçerlik-güvenirlik kavramlarının yerine inandırıcılıktan bahsetmek daha doğru olmaktadır. Guba ve Lincoln (116,117,118) nitel araştırmalarda inandırıcılığın sağlanabilmesi için iç geçerlilik (inanılırlık), dış geçerlilik (aktarılabilirlik), güvenilirlik (güvenilebilirlik) ve tarafsızlık (onaylanabilirlik) olmak üzere dört ölçüt altında toplamıştır.

Araştırmanın iç geçerliliğini sağlamak için; katılımcılar gönüllülük esasına göre seçilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara araştırma ile ilgili bilgiler verilmiştir. Görüşmeler araştırmacı tarafından yüz yüze bizzat uygulanmıştır. Görüşme ortamının kalabalık ve gürültüden uzak olması sağlanmıştır. Görüşmeler katılımcılar ile baş başa gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan görüşme için hem yazılı hem sözel onamları alınarak araştırmacıya güvenleri sağlanmıştır. Dış geçerliliğini (aktarılabilirlik) sağlamak için, örneklemin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmanın amacına yönelik, katılımcıların bilgi açısından zengin olmasına dikkat edilerek, derinlemesine araştırma yapılmıştır. Dahil etme ve dışlama kriterleri açıklanmış, ortamın ve katılımcıların ayrıntılı tanıtımı yapılmıştır. Katılımcıların görüşme sorularına verdiği cevaplara araştırmada yer verilmiştir. Güvenilirliğini (güvenilebilirlik) sağlamak için, araştırmanın deseni, veri toplama aracının hazırlanması, verilerin toplanması ve analiz edilme süreci ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Veri toplama aracındaki soruların anlaşılırlığını test etmek için pilot uygulama yapılmıştır. Tarafsızlığını (onaylanabilirlik)

sağlamak için, verilerin toplanması aşamasında elde edilen bilgilerin ayrıntılarına ve derinliğine dikkat edilmiştir. Elde edilen veriler üzerinde hiç bir değişiklik yapılmadan ve yorum katılmadan yazılı metne çevrilmiştir. Daha sonra güvenilir bir nitel analiz programı ile verilerin analizi gerçekleştirilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.06.2022 tarih ve 9318 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3).

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 17.04.2023 tarih ve 235875 sayılı kararınca onay alınmıştır (Ek-4).

Araştırmanın nitel aşamasındaki verilerin toplanması esnasında katılımcılardan gönüllük esasına dayalı olarak sözel ve yazılı onam alınmıştır (Ek-2). Sözel onam ses kayıt cihazına da kaydedilmiştir.

Araştırmanın tüm aşamalarında katılımcılara, araştırmanın bilimsel bir amaçla yapıldığı ve tüm kişisel bilgilerin üçüncü kişiler ile paylaşılmayacağı taahüt edilmiştir. Tüm katılımcılara tarafsız bir şekilde davranılmış ve elde edilen veriler nesnel bir şekilde analiz edilmeye çalışılmıştır.

3.10. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Bu araştırma İstanbul'un bir ilçesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan 10 hekim ve 10 hemşire/ebe ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin nitel yönteme uygun olarak yapılan içerik analizi ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma verileri katılımcıların kişisel görüşleri ile sınırlıdır. Konu ile ilgili daha önce yapılan araştırma sayısının az olması nedeniyle bulguların yorumlanması sürecinde kullanılacak kaynak sayısının yetersiz olması da bu araştırma için bir sınırlılıktır. Zaman aralığı araştırmanın bir diğer kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular sunulmuştur.

4.1. GÖRÜŞMECİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

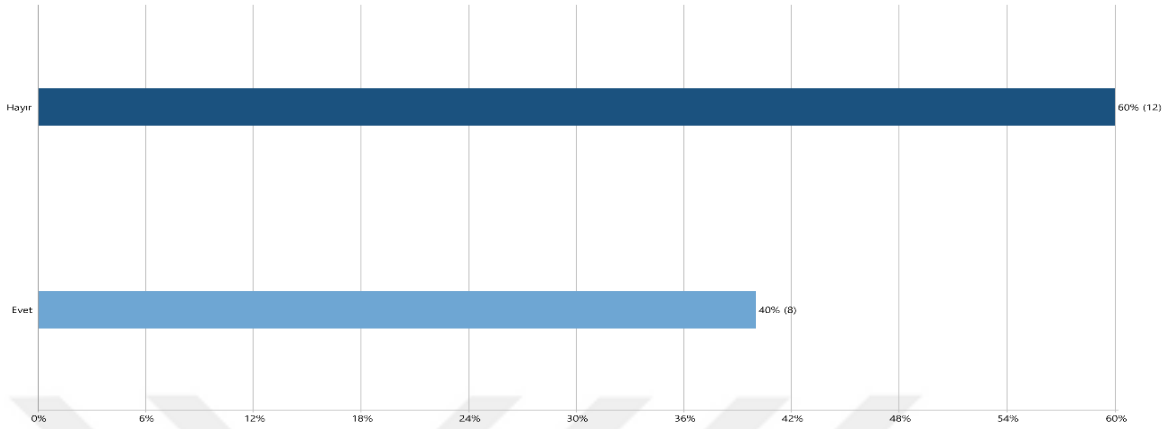
Araştırmanın katılımcıları hekimler için Hek1'den Hek10'a kadar, hemşire/ebeler için Ebe1, Ebe2 ve Hem1'den Hem8'e kadar numaralandırılmıştır. Katılımcıların profilleri ile ilgili bilgiler aşağıdaki Tablo 4.1'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcı profili

Belge Adı	Belge Grubu	Öğrenim Durumu	Cinsiyet	Yaş	Tecrübe Süresi	Görüşme Dak
Hek1	Hekim	Lisansüstü	Erkek	40	16 yıl	11 dk
Hek2	Hekim	Lisansüstü	Kadın	32	6 yıl	6 dk
Hek3	Hekim	Lisansüstü	Erkek	40	15 yıl	7 dk
Hek4	Hekim	Lisansüstü	Kadın	28	8 yıl	11 dk
Hek5	Hekim	Lisansüstü	Kadın	37	12 yıl	5 dk
Hek6	Hekim	Lisansüstü	Erkek	28	3 yıl	13 dk
Hek7	Hekim	Lisansüstü	Erkek	31	4 yıl	12 dk
Hek8	Hekim	Lisansüstü	Kadın	28	3 yıl	10 dk
Hek9	Hekim	Lisansüstü	Erkek	40	15 yıl	13 dk
Hek10	Hekim	Lisansüstü	Kadın	51	23 yıl	9 dk
Ebe1	Ebe	Lisans	Kadın	39	12 yıl	10 dk
Ebe2	Ebe	Lisans	Kadın	30	7 yıl	8 dk
Hem1	Hemşire	Lise	Kadın	23	2 yıl	8 dk
Hem2	Hemşire	Lise	Kadın	47	26 yıl	13 dk
Hem3	Hemşire	Lisans	Kadın	37	14 yıl	6 dk
Hem4	Hemşire	Lisans	Kadın	41	20 yıl	6 dk
Hem5	Hemşire	Lisans	Kadın	24	1 yıl	6 dk
Hem6	Hemşire	Lise	Kadın	23	3 yıl	6 dk
Hem7	Hemşire	Lisansüstü	Kadın	27	5 yıl	6 dk
Hem8	Hemşire	Lise	Kadın	26	7 yıl	9 dk

Tablo 4.1'de görüldüğü üzere, araştırmada 20 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar çalışmadaki hedef gruba göre ikiye ayrılmıştır. Katılımcıların 10'u hekim, 10'u hemşire/ebe'dir. Katılımcıların eğitim durumları lise, lisans ve lisansüstü olarak değişmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde 15'i kadın, 5'inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları 23-51 arasında değişmektedir. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri 1-26 yıl arasında değişmektedir. Katılımcılar ile en az 5 dakika ve en fazla 13 dakika olacak şekilde derinlemesine ve yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

4.2. GÖRÜŞMECİLERİN MAHREMİYET İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA DURUMU



Şekil 4.1: Katılımcıların hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce eğitim alma durumlarının yüzdelik dağılımı

Araştırmada katılımcılara daha önce hasta mahremiyeti ile ilgili bir eğitim alıp almadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %60'ı (n=12) hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade ederken, %40'ı (n=8) ise eğitim aldığını ifade etmiştir (Şekil 4.1). Katılımcıların çoğu mahremiyetle ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade etmiştir.

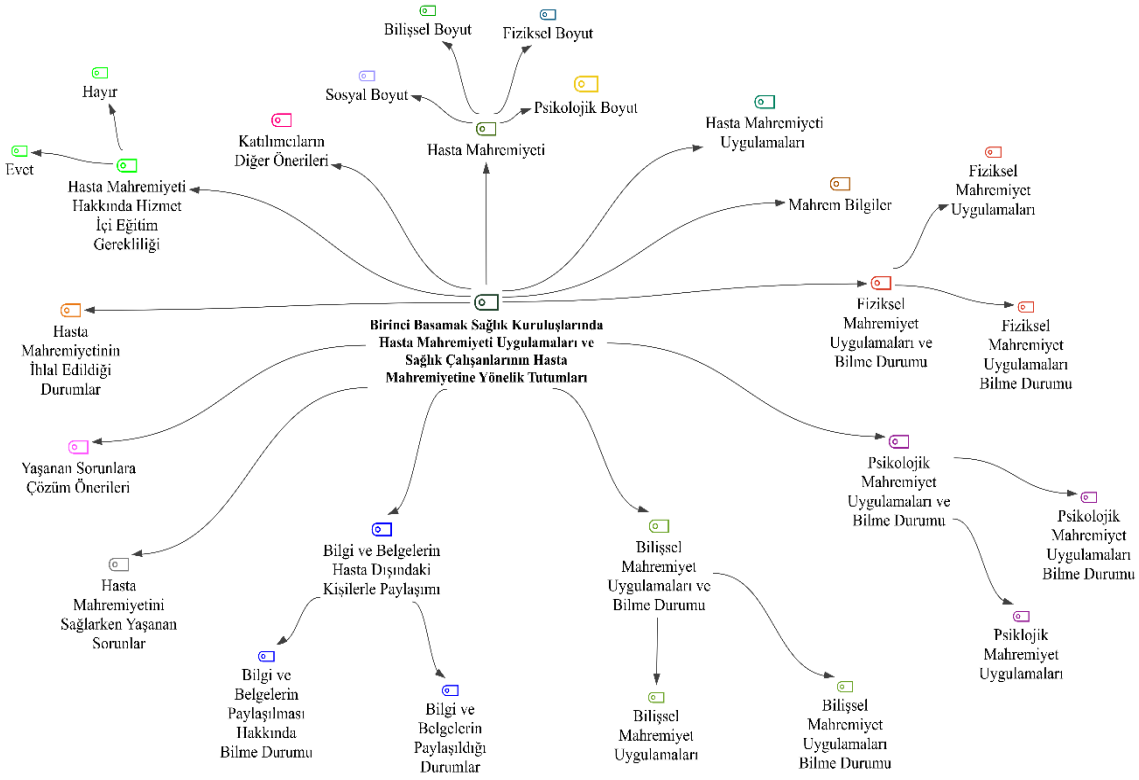
Tablo 4.2: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce eğitim alma durumlarının kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Mahremiyetle ilgili daha önce eğitim alma durumu			0
Hayır	7	5	12
Evet	3	5	8
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.2'de görüldüğü üzere katılımcıların hasta mahremiyeti hakkında daha önce eğitim alma durumları katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, 3 hekim, 5 hemşire/ebe katılımcı mahremiyetle ilgili daha önce bir eğitim aldığını ifade ederken, 7 hekim ve 5 hemşire/ebe katılımcı ise mahremiyetle ilgili daha önce eğitim almadığını

ifade etmiştir. Hekim katılımcıların çoğu daha önce eğitim almadıklarını ifade ederken, hemşire/ebe katılımcıların soruya eşit bir şekilde yanıt verdikleri görülmektedir.

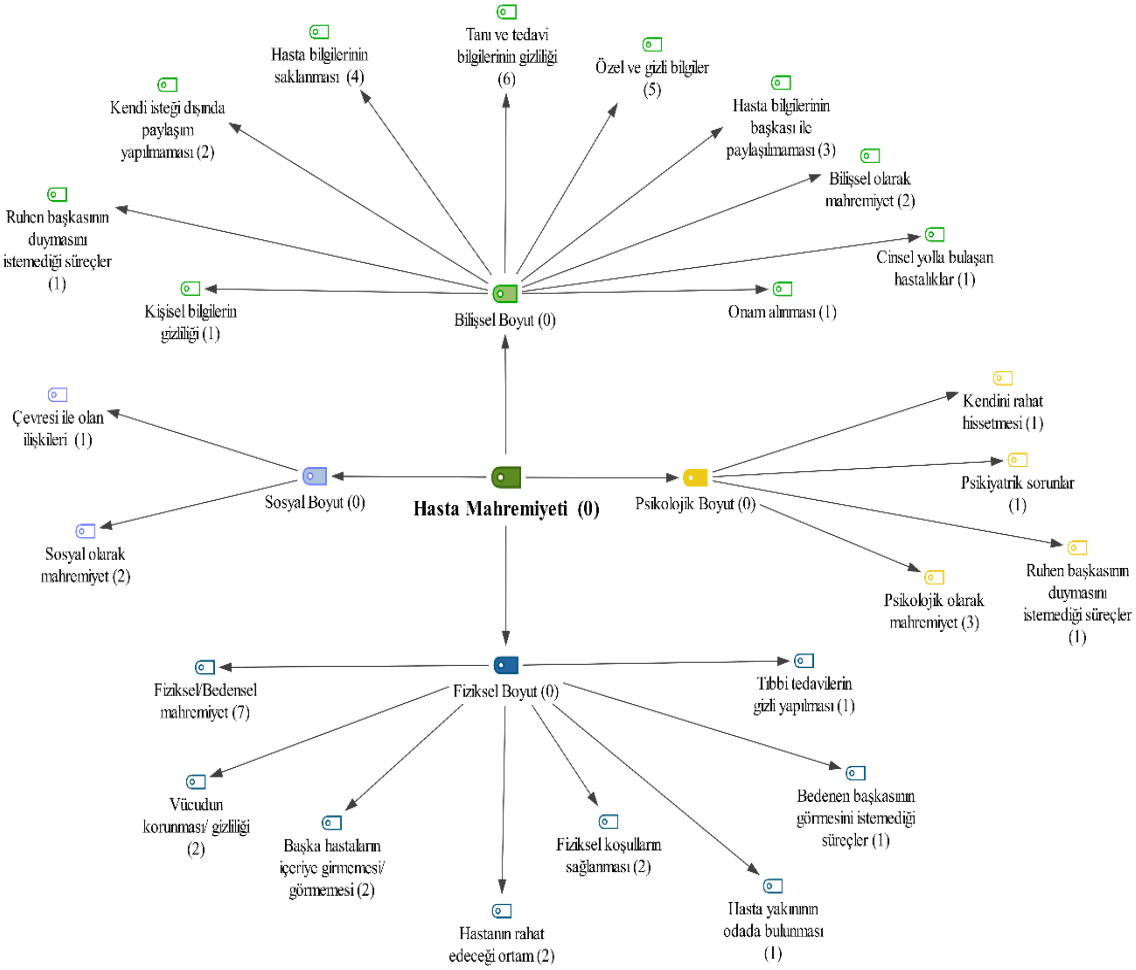
4.3. BULGULARIN TEMATİK GÖSTERİMİ



Şekil 4.2: Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının hiyerarşik kod-alt kod modeli

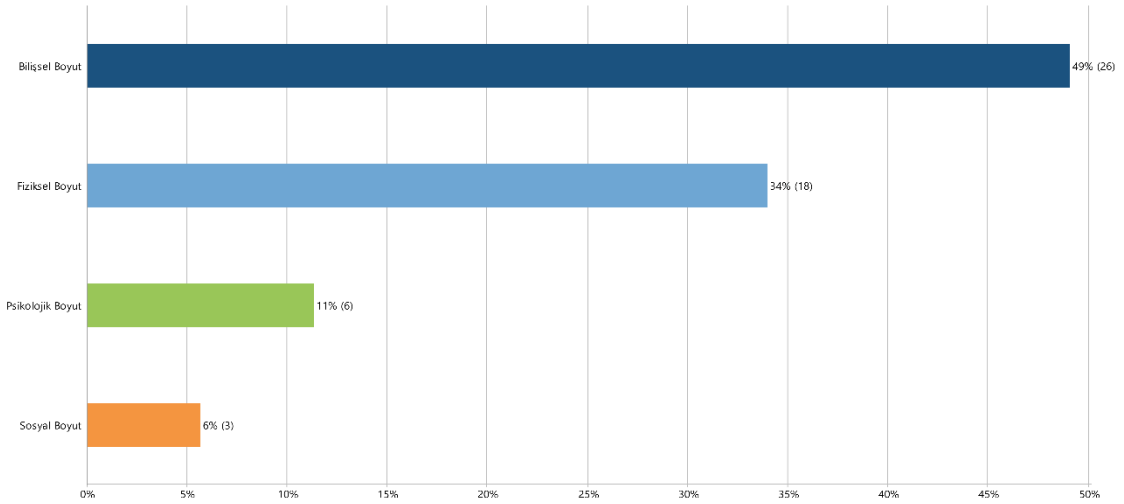
Araştırma, Şekil 4.2'de görüldüğü üzere on iki ana tema altında toplanmıştır. Bunlar; hasta mahremiyeti, hasta mahremiyeti uygulamaları, mahrem bilgiler, fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı, hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar, yaşanan sorunlara çözüm önerileri, hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar, hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği, katılımcıların diğer önerileri şeklindedir.

4.4. HASTA MAHREMİYETİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.3: Hasta mahremiyeti temasının hiyerarşik kod-alt kod modeli

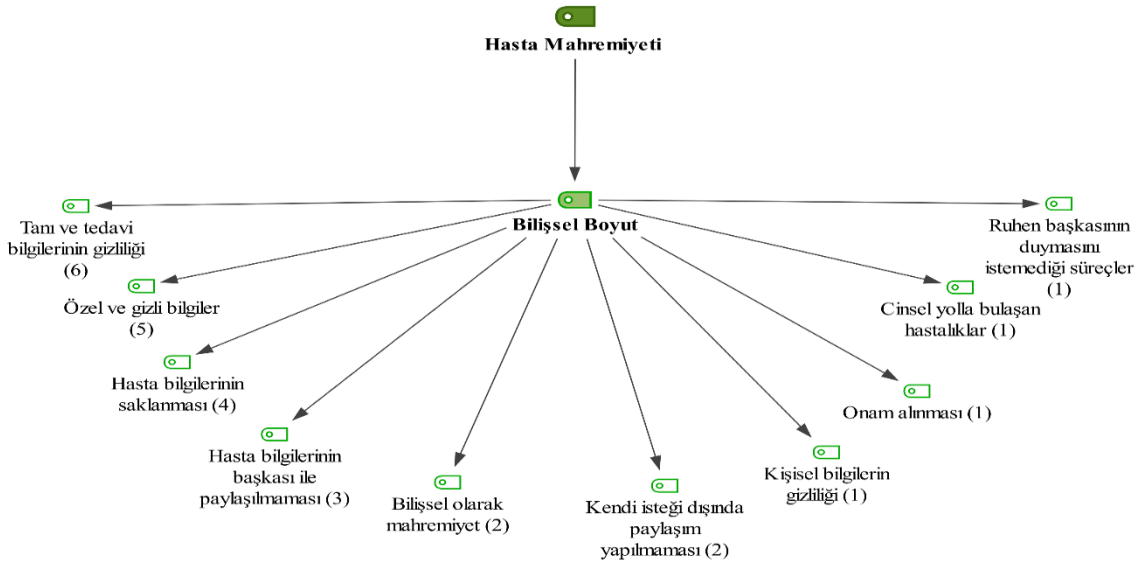
Araştırmanın ilk teması olan hasta mahremiyeti teması kod ve alt kodlarına ilişkin bilgilere Şekil 4.3'te yer verilmiştir. Hasta mahremiyeti SKS'de belirtilen mahremiyet türleri bağlamında incelenmiştir. Katılımcıların "*Hasta mahremiyeti deyince aklınıza neler gelmektedir?"* sorusunun cevapları fiziksel boyut, bilişsel boyut, psikolojik boyut ve sosyal boyut olmak üzere dört alt başlıkta incelenmiştir.



Şekil 4.4: Hasta mahremiyeti temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.4'te katılımcıların hasta mahremiyeti temasına ilişkin cevapları incelendiğinde, katılımcıların hasta mahremiyetini %49 bilişsel boyut, %34 fiziksel boyut, %11 psikolojik boyut, %6 ise sosyal boyut bağlamında değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetini en çok bilişsel ikinci olarak fiziksel boyut bağlamında değerlendirdikleri görülmüştür.

4.4.1. Bilişsel Boyut



Şekil 4.5: Hasta mahremiyeti teması bilişsel boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.5'te görüldüğü üzere hasta mahremiyeti temasının ilk alt başlığı olan bilişsel boyut kategorisi kendi içerisinde on farklı alt kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği, özel ve gizli bilgiler, hasta bilgilerinin saklanması, hasta bilgilerinin başkası ile paylaşılmaması, bilişsel olarak mahremiyet, kendi isteği dışında paylaşım yapılmaması, kişisel bilgilerin gizliliği, onam alınması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler şeklindedir. Katılımcılar hasta mahremiyetinin bilişsel boyutu bağlamında, tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği ve özel ve gizli bilgiler konularından daha yoğun bahsettikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetinin bilişsel boyutu bağlamında incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği***

"Eee yani eşine bile söyleyemeyeceğim sadece kendisi ile söyleyebileceğim hastalıklar…" (Hek1, E, 40 y.)

"Hastanın tanı ve tedavileriyle ilgili gizli tutmamız gereken bilgiler diye düşünüyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Kimse tarafından bilinmemesi gereken bir durum. Baştan hastanın öyküsünden başlamak istersek; hastalıkları, kronik hastalıkları, psikiyatri hastalıkları gibi." (Hek6, E, 28).

"Yani illa psikiyatri hastası olmasına gerek yok. Normal nezle için gelen bile şey olarak tüm bilgileri yani merhaba dediği zamanı direk başlıyor taa hoşçakalına kadar bizde saklı kalır." (Hek7, E, 31 y.).

"*Hasta mahremiyeti deyince aklıma gelen şey: Hastanın hastalığıyla alakalı bilgilerin ikinci, üçüncü şahıslara aktarılmaması denebilir. Bu özel durumunun başkası tarafından bilinmemesi gerektiği düşünülebilir hasta mahremiyeti."* (Hek9, E, 40 y.).

"Hastanın hastalığı ile alakalı bilgilerin diğer hastalarla paylaşılmaması," (Hem7, K, 27 y.).

- ***Özel ve gizli bilgiler***

"Şimdi hasta mahremiyeti diyince bir sürü şeyler gelir. Başta "özel" likten bahsediyoruz "özel", "gizlilik", "sır" gibi. Herkesin bir özel şeyleri var, nasıl diyeyim, bilgileri var." (Hek6, E, 28 y.).

"...aynı zamanda da bilgilerinin paylaşılmaması gibi bilgilerin özel olması. Bunlar aklıma geliyor." (Hek8, K, 28 y.).

"Hastanın fiziksel ve sosyal olarak kendisinde kalmasını istediği, başkası tarafından, en yakını tarafından bilinmesini istemediği, sadece hekimiyle paylaştığı özel konular." (Hek10, K, 51 y.).

"Hastaların gizliliği. Özel olarak düşünüyorum. Hastanın özelidir." (Hem2, K, 47 y.)

"Bence hasta mahremiyeti hastanın özel bilgileridir. Başkası tarafından bilinmesini istemediği şeylerdir." (Hem6, K, 23y).

- ***Hasta bilgilerinin saklanması***

"Eee şey olarak yani merhabasından taa çıkışına kadar her şey bizde saklı kalıyor." (Hek7, E, 31 y.).

"Bir düşüneyim... Hasta verilerinin saklanması gelmekte." (Ebe2, K, 30 y.).

"Bazı tabii ki konuşmalar yapıyoruz, hastalara bilgi veriyoruz. Bu konularda da yalnız olmaya özen gösteriyoruz. Bunun dışında verilerinin saklanması olabilir. Şu an aklıma sadece bunlar geldi." (Ebe2, K, 30 y.).

"Hastanın birebir bilgilerinin korunması, saklanması..." (Hem8, K, 26 y.).

- ***Hasta bilgilerinin başkası ile paylaşılmaması***

"Kendi eşi, çocuğu, annesi, babası dahi olsa hasta bilgilerini paylaşmayız." (Hek8, K, 28 y.).

"Yani hastanın bilgisinin bir başkasına verilmemesi." (Hem4, K, 41 y.).

"...işte bilgilerini tamamen insanlara yaymadan, paylaşmadan gerçekten ondan bilgi alarak onunla konuşarak yapmak. Bunun gibi şeyler aklıma geliyor." (Hem5, K, 24 y.).

- ***Bilişsel olarak mahremiyet***

"Bilişsel olarak mahremiyet olur yani bir takım mahremiyet türleri olabilir, o şekilde." (Hek6, E, 28 y.).

"...bilişsel de olabilir." (Hem6, K, 23 y.).

- ***Kendi isteği dışında paylaşım yapılmaması***

"Kendisinin isteği dışında paylaşım yapılmaması vs. gibi içerikler içeren durum olarak değerlendirebiliriz." (Ebe1, K, 39 y.).

"Yani daha çok onun istemediği şeyleri dış çevre ile paylaşmıyorum." (Hem1, K, 23 y.).

- ***Kişisel bilgilerin gizliliği***

"Hastanın kişisel bilgilerinin başka birilerine aktarılmaması." (Hek9, E, 40 y.).

- ***Onam alınması***

"Öncelikle yapılan işlem hakkında hastaya bilgi verilmesi, hastanın onayını almak." (Hem3, K, 37 y.).

- ***Cinsel yolla bulaşan hastalıklar***

"Hasta mahremiyeti, hastaya özel cinsel yolla bulaşan hastalıklar olabilir, AIDS gibi hastalıklar olabilir." (Hek1, E, 40 y.).

- ***Ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler***

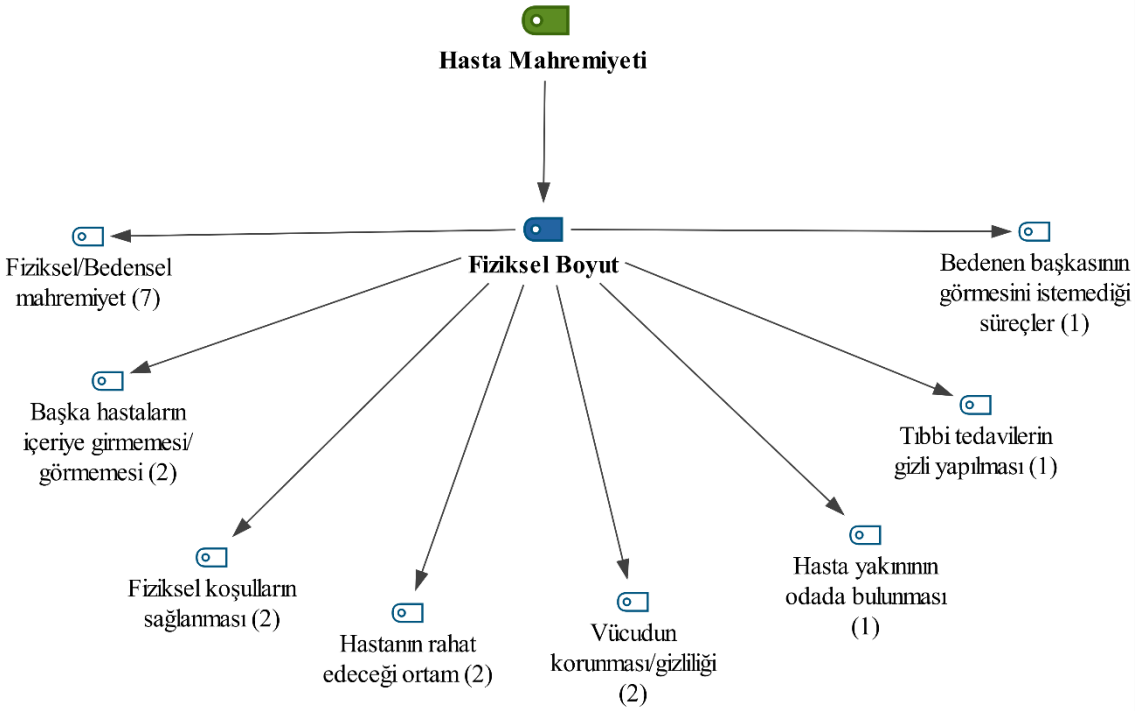
"...ruhen başkasının duymasını istemediği süreçlerin sadece bana yansımış olması." (Hek2, K, 32 y.).

Tablo 4.3: Katılımcı ünvanına göre bilişsel boyut kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti			0
Bilişsel Boyut			0
Tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği	5	1	6
Özel ve gizli bilgiler	3	2	5
Hasta bilgilerinin saklanması	1	2	3
Hasta bilgilerinin başkası ile paylaşılmaması	1	2	3
Kendi isteği dışında paylaşım yapılmaması		2	2
Bilişsel olarak mahremiyet	1	1	2
Onam alınması		1	1
Kişisel bilgilerin gizliliği	1		1
Ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler	1		1
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	1		1
TOPLAM	14	11	25

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere hasta mahremiyetinin bilişsel boyutu bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, katılımcıların konuyu ayrıntılı bir şekilde değerlendirdikleri görülmektedir. Katılımcı görüşlerine bakıldığında; hekim katılımcılar hasta mahremiyetini bilişsel boyut bağlamında hastaların tanı ve tedavi bilgilerininin gizliliği ve özel/gizli bilgiler konularında daha yoğun bir şekilde değerlendirirken, hemşire/ebe katılımcılar ise özel/gizli bilgiler, hasta bilgilerinin saklanması, hasta bilgilerinin başkası ile paylaşılmaması ve kendi isteği dışında paylaşım yapılmaması konuları hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir. Ayrıca hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların mahremiyetin bilişsel boyutu bağlamındaki uygulamalarına önem verdikleri görülmektedir.

4.4.2. Fiziksel Boyut



Şekil 4.6: Hasta mahremiyeti teması fiziksel boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.6'da görüldüğü üzere hasta mahremiyeti temasının ikinci alt başlığı olan fiziksel boyut kodu, kendi içerisinde 8 farklı alt kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; fiziksel/bedensel mahremiyet, başka hastaların içeriye girmemesi/görmemesi, fiziksel koşulların sağlanması, hastanın rahat edeceği ortam, vücudun korunması/gizliliği, hasta

yakınının odada bulunması, tıbbi tedavilerin gizli yapılması, bedenen başkasının görmesini istemediği süreçler şeklindedir. Katılımcılar fiziksel/bedensel olarak mahremiyet konusu hakkında daha yoğun bir şekilde bahsetmişlerdir. Katılımcıların hasta mahremiyetinin fiziksel boyutu bağlamında incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Fiziksel/Bedensel Mahremiyet***

  "Hem fiziksel…" (Hek3, E, 40 y.)

  "Kişinin fiziken," (Hek4, K, 28 y.)

  "*Bedensel ya da fiziki mahremiyet,"* (Hek6, E, 28 y.)

  "Hastanın fiziksel…" (Hek10, K, 51 y.)

  "Hastaların bedenen…" (Ebe1, K, 39 y.)

  "Bu fiziksel de olabilir," (Hem6, K, 23 y.)

  "*Bir kere fiziksel olarak mahremiyeti ilk aklıma geliyor zaten"* (Hem7, K, 27 y.)

- ***Başka hastaların içeriye girmemesi/görmemesi***

  "Tabii ki hastayla birlikte enjeksiyon ya da buna benzer işlemlerde başka bir hastaların içeriğe girmemesi, mahremiyetine özen gösterilmesi geliyor." (Ebe2, K, 39 y.)

  "Yapılan uygulamalar esnasında başka kişilerin görmemesi gibi şeyler." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Fiziksel koşulların sağlanması***

  "Hasta mahremiyeti deyince önce hastayı muayene ederken fiziksel koşulların sağlanması gelmektedir." (Hek8, K, 28 y.)

  "Fiziksel mahremiyetinin gerekli koşulları tamamlanarak sağlanması denebilir, aslına bakarsanız." (Hek9, E, 40 y.)

- ***Hastanın rahat edeceği ortam***

  "Muayene sırasında hastanın rahat etmesi için yaratılan ortam." (Hek4, K, 28 y.)

  "…sonra da hastanın rahat olacağı bir ortamı sağlamak." (Hem3, K, 37y.)

- ***Vücudun korunması/gizliliği***

"Vücudunun korunması, gizliliği gelmekte." (Hem8, K, 26y.)

"Hasta mahremiyeti deyince aklıma işte hastanın vücudunu korumak... Bunun gibi şeyler aklıma geliyor." (Hem5, K, 24 y.)

- ***Hasta yakınının odada bulunması***

"*…yakını varsa onu yanına alabilerek yapılan bir şey olduğunu düşünüyorum*." (Hem1, K, 23 y.)

- ***Tıbbi tedavilerin gizli yapılması***

"Hasta mahremiyeti deyince zaten hastanın sağlık durumu ilgili bir sağlık kuruluşu bu birinci basamak olarak düşünürsek başvurduğunda yapılan eee tıbbi tedavilerin onun hani mahremiyeti koruyarak gizli bir şekilde yapılması." (Hem1, K, 23 y.)

- ***Bedenen başkasının görmesini istemediği süreçler***

"Hasta mahremiyeti, hastanın muayene sürecinde onun bedenen başkasını görmesini istemediği süreçlerdir." (Hek2, K, 32 y.)

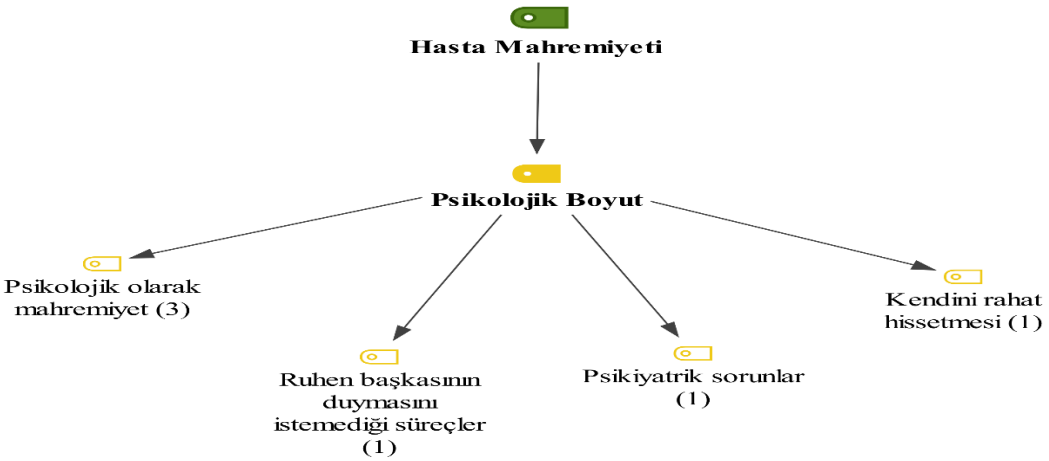
Tablo 4.4: Katılımcı ünvanına göre fiziksel boyut kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti			0
Fiziksel Boyut			0
Fiziksel/Bedensel mahremiyet	4	3	7
Başka hastaların içeriye girmemesi/görmemesi		2	2
Fiziksel koşulların sağlanması	2		2
Hastanın rahat edeceği ortam	1	1	2
Vücudun korunması/gizliliği		2	2
Hasta yakınının odada bulunması		1	1
Tıbbi tedavilerin gizli yapılması		1	1
Bedenen başkasının görmesini istemediği süreçler	1		1
TOPLAM	8	10	18

Tablo 4.4'te görüldüğü üzere hasta mahremiyetinin fiziksel boyutu bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, katılımcıların konuyu ayrıntılı bir şekilde değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcı görüşlerine bakıldığında; hem hekim

hem de hemşire/ebe katılımcıların mahremiyeti tanımlamak için fiziksel/bedensel mahremiyet konusu hakkında daha yoğun bir şekilde bahsettikleri görülmektedir. Bu bağlamda her iki katılımcı grubunun da mahremiyetin fiziksel boyutunu ön planda tuttukları anlaşılmaktadır.

4.4.3. Psikolojik Boyut



Şekil 4.7: Hasta mahremiyeti teması psikolojik boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.7'de görüldüğü üzere hasta mahremiyeti temasının bir diğer alt başlığı olan psikolojik boyut kodu, kendi içerisinde 4 farklı alt kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; psikolojik olarak mahremiyet, ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler, psikiyatrik sorunlar ve kendini rahat hissetmesidir. Katılımcılar psikolojik olarak mahremiyet konusu hakkında daha yoğun bir şekilde bahsetmişlerdir. Katılımcıların hasta mahremiyetinin psikolojik boyutu bağlamında incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Psikolojik olarak mahremiyet***

"Mahremiyet deyince bence hastanın hem psikolojik olarak...ruhen de mahremiyetini kapsar bence…" (Hek3, E, 40y.).

"...psikolojik mesela mahremiyet olur…" (Hek6, E, 28y.).

"...psikolojik olarak mahremiyet..." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler***

"…. ruhen başkasının duymasını istemediği süreçlerin sadece bana yansımış olması." (Hek2, K, 32 y.).

- ***Psikiyatrik sorunlar***

"Psikiyatrik sorunları mesela. Yani toplumdaki mesela "bu hastanın bu hastalığı var" dendiği zaman farklı bir şekilde bakılmaması için mesela bu da bir mahremiyet." (Hek6, E, 28 y.)

- ***Kendini rahat hissetmesi***

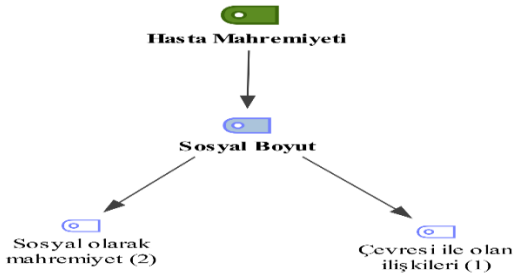
"Ruhen eee ve psikolojik olarak kendini rahat hissetmesi" (Hek4, K, 28 y.)

Tablo 4.5: Katılımcı ünvanına göre psikolojik boyut kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti			0
Psikolojik Boyut			0
Psikolojik olarak mahremiyet	2	1	3
Ruhen başkasının duymasını istemediği süreçler	1		1
Psikiyatrik sorunlar	1		1
Kendini rahat hissetmesi	1		1
TOPLAM	5	1	6

Tablo 4.5'te hasta mahremiyetinin psikolojik boyutu bağlamında incelenmesi ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların mahremiyeti tanımlamak için psikolojik olarak mahremiyet konusu hakkında daha yoğun bir şekilde bahsettikleri belirlenmiştir. Hemşire/ebe katılımcılardan yalnızca biri konu ile ilgili görüş bildirirken yine hekim katılımcıların da psikolojik boyut bağlamında çok fazla görüş bildirmedikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetinin psikolojik boyutuna çok fazla değinmedikleri görülmektedir.

4.4.4. Sosyal Boyut



Şekil 4.8: Hasta mahremiyeti teması sosyal boyut kategorisinin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.8'de görüldüğü üzere hasta mahremiyeti temasının bir diğer alt başlığı olan sosyal boyut kodu, kendi içerisinde 2 farklı alt kod ile tanımlanmıştır. Bunlar; sosyal olarak mahremiyet ve çevresi ile olan ilişkileri şeklindedir. Katılımcılar sosyal olarak mahremiyet konusu hakkında daha yoğun bir şekilde bahsetmişlerdir. Katılımcıların hasta mahremiyetinin sosyal boyutu bağlamında incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Sosyal olarak mahremiyet***

  "...hem de sosyal mahremiyetini kapsar bence" (Hek3, E, 40 y.)

  "...sosyal olarak mahremiyet" (Hek10, K, 51 y.)

- ***Çevresi ile olan ilişkileri***

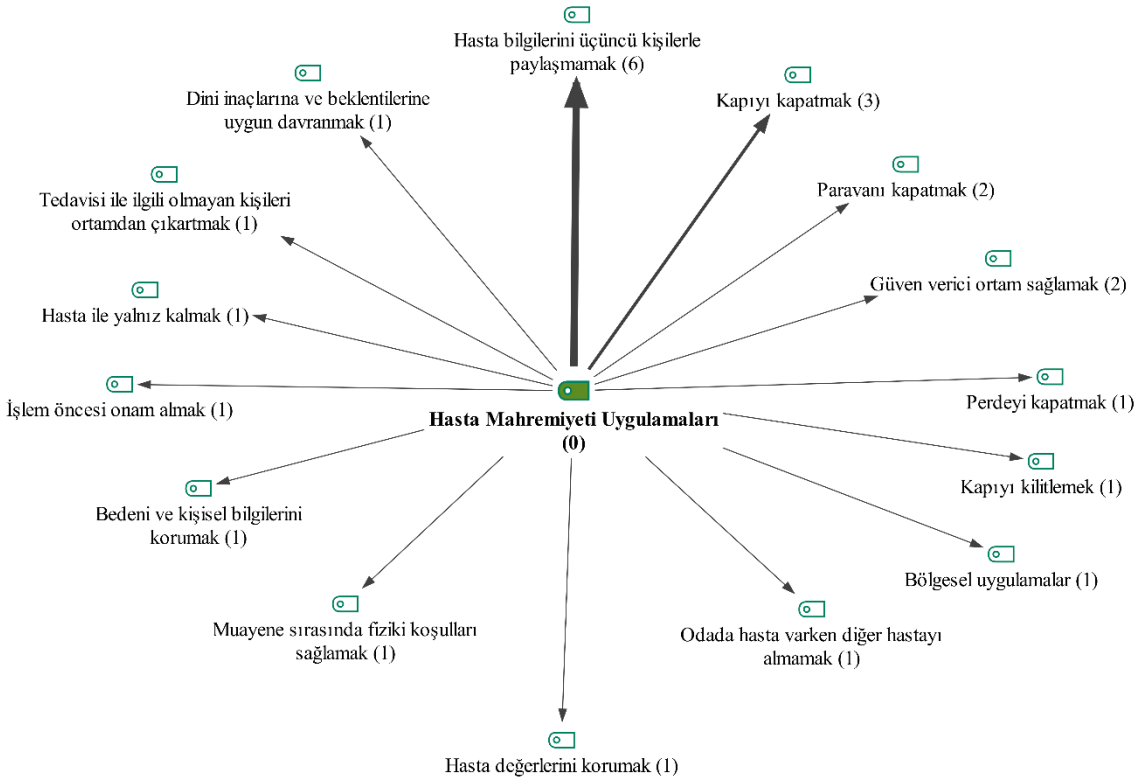
  "çevresiyle ilgili olan ilişkileri içerisinde" (Ebe1, K, 39 y.)

Tablo 4.6: Katılımcı ünvanına göre sosyal boyut kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti			0
Sosyal Boyut			0
Sosyal olarak mahremiyet	2		2
Çevresi ile olan ilişkileri		1	1
TOPLAM	2	1	3

Tablo 4.6'da hasta mahremiyetinin sosyal boyutu bağlamında incelenmesi ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hemşire/ebe katılımcılardan yalnızca biri konu ile ilgili görüş bildirirken yine yalnızca iki hekim katılımcının sosyal boyut bağlamında görüş bildirdiği saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetinin sosyal boyutuna çok fazla değinmedikleri görülmektedir.

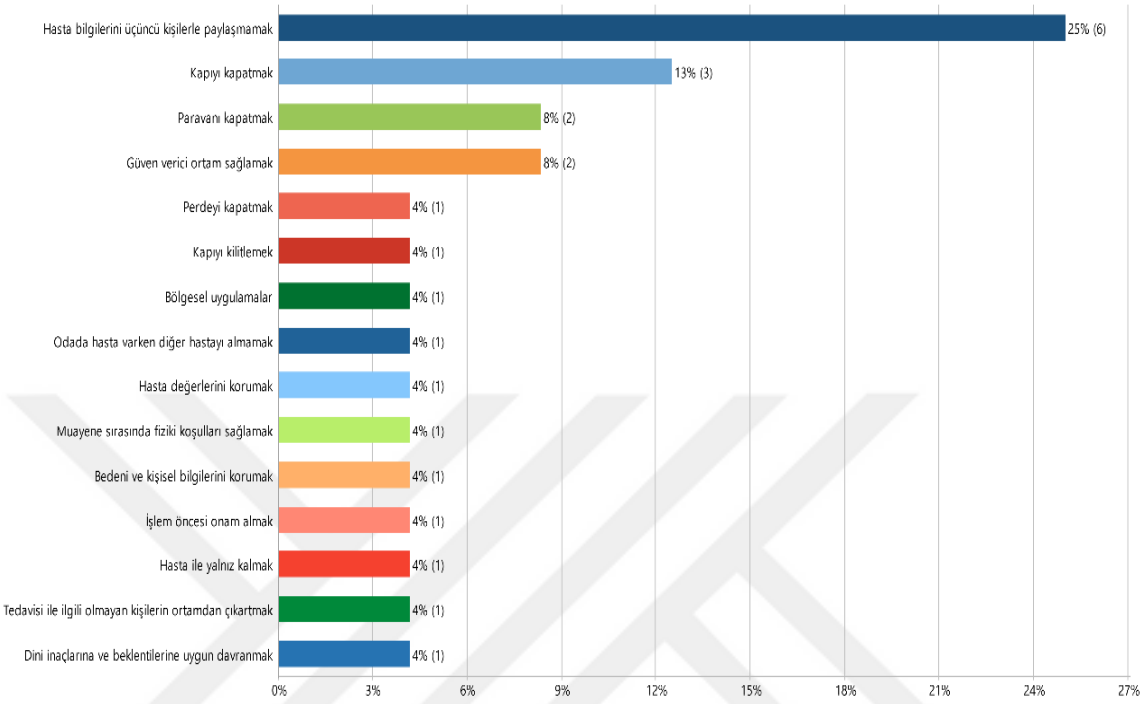
4.5. HASTA MAHREMİYETİ UYGULAMALARI TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.9: Hasta mahremiyeti uygulamaları temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.9'da görüldüğü üzere hasta mahremiyeti uygulamaları teması kendi içerisinde 15 farklı alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, kapıyı kapatmak, paravanı kapatmak, güven verici ortam sağlamak, perdeyi kapatmak, kapıyı kilitlemek, bölgesel uygulamalar, odada hasta varken diğer hastayı almamak, hasta değerlerini korumak, muayene sırasında fiziki koşulları sağlamak, bedeni ve kişisel bilgilerini korumak, işlem öncesi onam almak, hasta ile yalnız kalmak,

tedavisi ile ilgili olmayan kişileri ortamdan çıkartmak, dini inaçlarına ve beklentilerine uygun davranmaktır.



Şekil 4.10: Hasta mahremiyeti uygulamaları temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.10'da görüldüğü üzere katılımcıların *"Hasta mahremiyeti uygulamaları neleri kapsar?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, %25 (6) hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak ve %13 (3) kapıyı kapatmak uygulamaları hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarını daha çok bilişsel ve fiziksel boyut bağlamında değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarınının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak***

"diğer bütün muayene bilgilerinin gizli kalmasını kapsar bence." (Hek3, E, 40 y.)

"aynı zamanda bilgilerinin paylaşılmamasını kapsıyor benim için hasta mahremiyeti. Bunlar benim için." (Hek8, K, 28 y.)

"Yani benim ilk aklıma gelen hastanın, kendi adıma düşünürsem, kendimde bir hasta olarak, hastanın yerine kendimi koyduğumda ben bana ait hastalıkların, bu

psikolojik hastalıklar olabilir, bedensel ve birçok farklı hastalığın başka birilerinin bilmesini istemem açıkçası. Şikayetlerimin, muayene odasındaki şikayetlerimin, başkalarına aktarılması bu benim için önem arz ediyor ki biz muayene odasında kalan ve duyduğumuz, birçok şey duyuyoruz. Hastalar birçok şey anlatabiliyor, ağlayanlar olabiliyor, özel cinsel ya da daha farklı şeyleri de burada dile getirebiliyorlar. Bunların korunması gerekir. Aksi takdirde bir saygısızlıktır diye düşünüyorum." (Hek9, E, 40 y.)

"Hastanın genel durumu mesela bir hastadır kendisi örneğin şeker hastasıdır ama yakınlarının veya başkasının bilmesini istemiyordur. Bu sadece hani bize geldiğinde biz onu biliyoruz ama gidipte başka biri hani yakını da olsa bize sorduğunda "bu hasta buraya niçin geldi?" diye bir bilgi vermiyoruz. Sadece hasta bir şikayeti vardır, doktoru ile görüştü, doktoru ile o kişinin arasında. Bir bilgi veremediğimizi söylüyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"Mesela hastanın bilgilerini başkalarının yanında konuşmamak, bu ismi de olabilir, başka değerleri de olabilir" (Hem6, K, 23 y.)

"dediğim gibi hastalığıyla alakalı bilgiler, kan sonuçları, yapılan tahliller gibi şeylerin paylaşılmaması, yapılan uygulamaların anlatılmaması gibi şeyler geliyor aklıma." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Kapıyı kapatmak***

"Yani hasta gelince kapıyı kapatıp…" (Hek3, E, 40 y.)

"Enjeksiyon odasının kapısının kapalı olması, muayene edilirken muayene odasının kapalı olması, yani bu şekilde söylenebilir diye söyleyebilirim." (Hek9 E, 40 y.)

"Mesela hasta muayeneye geldi ya da uygulamaya geldi diyelim merkezime başvurdu diyelim. Orda eee hastanın fiziksel olarak mahremiyetini sağlamak için işte kapıyı kapatabiliriz diğer hastaların görmemesini sağlamak amaçlı." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Paravanı Kapatmak***

"Hatta muayene esnasında ya da yaptığımız işlem esnasında; aşı yapıyor olabiliriz, takip yapıyor olabiliriz. O esnada işte oda içerisindeki paravanı da çünkü oda kapalı ya da pencerenin perdesi kapalı dediğimizde hasta kendini o anda da güvende hissetmeyebilir. Ondan dolayı paravanını çekebiliriz." (Ebe1, K, 39 y.)

"Kilidim yoksa paravan çekerim" (Hem2, K, 47 y.)

- ***Güven verici ortam sağlamak***

"Hasta söylemek istediği şeyleri, onları kayda alıyoruz yani söylemesini başkasıyla paylaşmak istemediği şeyleri zaten belirtiyor veya konuşurken falan o belli oluyor birazcık. Hani bazen hasta geliyor âdet durumunu bile hani biraz çekinerek şey yapıyor. Orda biraz hastayı açmaya çalışıyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"Kıyafetini vs. şey yapacağı zaman tabi ki de bizim onu takip etmediğimizi hissetmesi lazım ya da öyle bir his uyandırmamamız lazım. Kendisini rahat hissedebileceğini, zaten hastanın tepkisini vs. ölçerek hareket ettiğiniz zaman bu size ipuçlarını verecektir." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Perdeyi Kapatmak***

"...ya da pencerenin perdesini kapatıyoruz." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Kapıyı kilitlemek***

"Kapıyı kilitlerim." (Hem2, K, 47 y.)

- ***Bölgesel uygulamalar***

"Hastaya izah ederim nasıl bir pozisyonda yatması gerektiğini, kalça bölgesini ne kadar açması gerektiğini izah ederim hastama." (Hem2, K, 47 y.)

- ***Odada hasta varken diğer hastayı almamak***

"Yani bu hastaya ve hastanın kendisine göre değişir bence ve ona göre de hareket ederim ben. Dikkat ederim hastalarıma genelde. Çalışma sıramda en basitinden bir enjeksiyon yaptığım sıralarda kesinlikle hastayı odaya aldığım sırada başka hasta almam." (Hem2, K, 47 y.)

- ***Hasta değerlerini korumak***

"Mesela hastanın bilgilerini başkalarının yanında konuşmamak, bu ismi de olabilir, başka değerleri de olabilir ya da hastanın fiziksel olarak korunmasını sağlamak" (Hem6, K, 23 y.)

- ***Muayene sırasında fiziki koşulları sağlamak***

"Hastanın muayene ederken fiziksel koşullarının sağlanması" (Hek8, K, 28 y.)

- ***Bedeni ve kişisel bilgilerini korumak***

"Mesela hastanın bilgilerini başkalarının yanında konuşmamak, bu ismi de olabilir, başka değerleri de olabilir ya da hastanın fiziksel olarak korunmasını sağlamak." (Hem6, K, 23 y.)

- ***İşlem öncesi onam almak***

"Hasta kendisi istemediği takdirde zaten hiçbir bilgisini talep edemeyiz ya da istemediği bir tedaviyi uygulamayı yapamayız ona karşı." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Hasta ile yalnız kalmak***

"Yani hasta gelince kapıyı kapatıp onunla yalnız kalmaktan tutun da diğer bütün muayene bilgilerinin gizli kalmasını kapsar bence." (Hek3, E, 40 y.)

- ***Tedavisi ile ilgili olmayan kişileri ortamdan çıkartmak***

"Hastayı tutup gördüğümüz zaman zaten yanında birisi varsa da çıkarıyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

- ***Dini inaçlarına ve beklentilerine uygun davranmak***

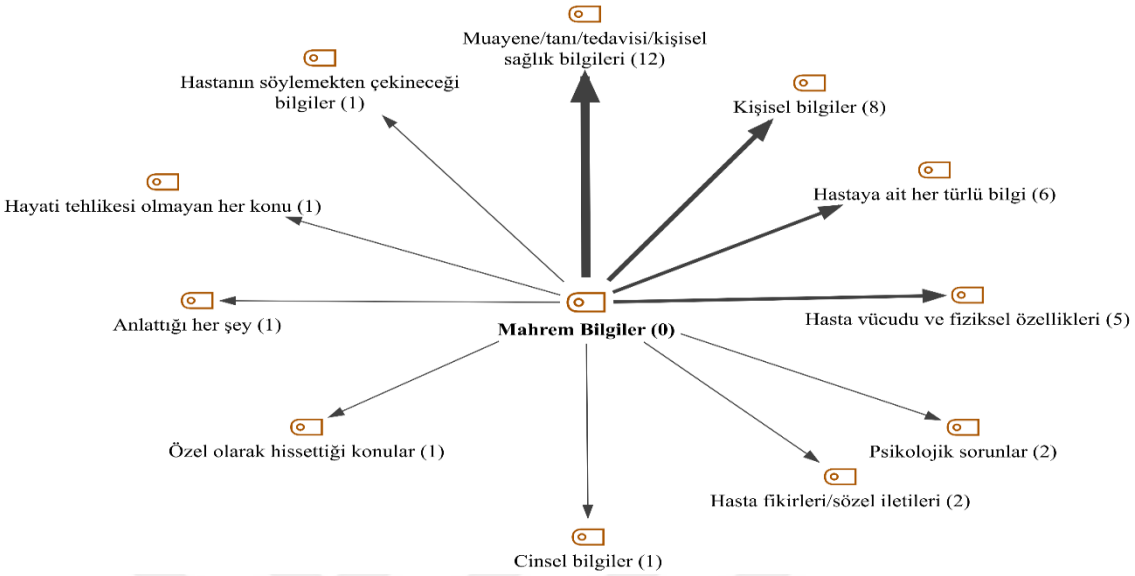
"Mesela diyelim hasta kan alırken gelip bize hani kapalı bir hasta, tesettürlüdür. Kapıyı kapatılmasını görünmesin istiyor. Biz de ona göre kapıyı kapatıyoruz, ona göre önlemlerimizi alıyoruz. Ona göre diyelim hani işlem bittikten sonra direkt hani dışarı çıkarmak yerine kendisini iyi hissettiğinde dışarı yolluyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

Tablo 4.7: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti uygulamaları kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti Uygulamaları			0
Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak	3	3	6
Kapıyı kapatmak	2	1	3
Paravanı kapatmak		2	2
Güven verici ortam sağlamak	1	1	2
Perdeyi kapatmak		1	1
Kapıyı kilitlemek		1	1
Bölgesel uygulamalar		1	1
Odada hasta varken diğer hastayı almamak		1	1
Hasta değerlerini korumak		1	1
Muayene sırasında fiziki koşulları sağlamak	1		1
Bedeni ve kişisel bilgilerini korumak		1	1
İşlem öncesi onam almak		1	1
Hasta ile yalnız kalmak	1		1
Tedavisi ile ilgili olmayan kişilerin ortamdan çıkartmak	1		1
Dini inaçlarına ve beklentilerine uygun davranmak		1	1
TOPLAM	9	15	24

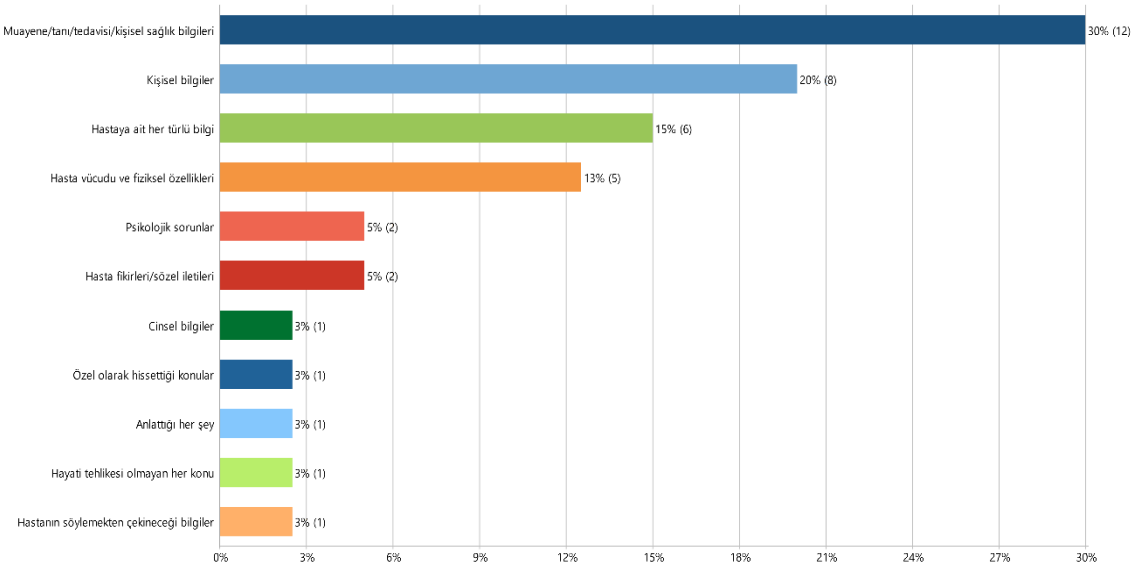
Tablo 4.7'de görüldüğü üzere hasta mahremiyeti uygulamaları ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hasta mahremiyeti uygulamaları konusunda en çok hemşire/ebe katılımcıların görüş bildirdikleri saptanmıştır. Temayla ilgili hekim ve hemşire/ebe katılımcıların birbiri ile paralel olarak hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmaması konusuna daha yoğun bir şekilde değindikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarını daha çok bilişsel ve fiziksel boyut bağlamında değerlendirdikleri görülmektedir.

4.6. MAHREM BİLGİLER TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.11: Mahrem bilgiler temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.11'de görüldüğü üzere mahrem bilgiler teması 11 alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri, kişisel bilgiler, hastaya ait her türlü bilgi, hasta vücudu ve fiziksel özellikleri, psikolojik sorunlar, hasta fikirleri/sözel iletileri, cinsel bilgiler, özel olarak hissettiği konular, anlattığı her şey, hayati tehlikesi olmayan her konu, hastanın söylemekten çekineceği bilgilerdir.



Şekil 4.12: Mahrem bilgiler temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.12'de görüldüğü üzere katılımcıların *"Hastaların hangi bilgileri mahremdir?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %30 (12) ile en çok hastaların muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri ile ilgili konuları, ikinci sırada ise %20 (8) ile hastaların kişisel bilgilerini mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların mahrem bilgiler temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri***

"Bizim ondan işte vücut bütünlüğünü bozarak aldığımız kan tetkiki mesela ya da idrar tetkiki, bunların sonuçları." (Hek4, K, 28 y.)

"Tanı ve tedavisi ile ilgili bilgiler mahremdir." (Hek5, K, 37 y.)

"Kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatları, aktif hastalıkları mesela, rahatsızlıkları vs. geliri vs. bunlarda mahremiyete girebiliyor." (Hek6, E, 28 y.)

"Eeee normalde kullandığı ilaçlar eee dâhil yani hastanın tüm şikayetleri mahremdir." (Hek7, E, 31 y.)

"Kişinin bütün bu kan değerleri olabilir, fiziksel muayenesi olabilir, benimle paylaştığı başka geçmişteki hastalıkları olabilir bunlar tamamen kişiseldir." (Hek8, K, 28 y.)

"Hastanın hangi bilgileri mahremdir? Yani benim ilk aklıma gelen hastanın, kendi adıma düşünürsem, kendimde bir hasta olarak, hastanın yerine kendimi koyduğumda ben bana ait hastalıkların, bu psikolojik hastalıklar olabilir, bedensel ve birçok farklı hastalığın başka birilerinin bilmesini istemem açıkçası. Şikayetlerimin, muayene odasındaki şikayetlerimin, başkalarına aktarılması bu benim için önem arz ediyor ki biz muayene odasında kalan ve duyduğumuz, birçok şey duyuyoruz." (Hek9, E, 40 y.)

"Hastanın hekimle paylaştığı her türlü hastalık ve şikayetleri bana göre mahremdir." (Hek10, K, 51 y.)

"Hastanın genel durumu mesela" (Hem1, K, 23 y.)

"Sağlıkla ilgili bilgilerinin hepsi de mahremdir." (Hem3, K, 37 y.)

"Hastalığı olabilir, kullandığı ilaçlar olabilir, kan sonuçları olabilir." (Hem6, K, 23 y.)

"Diğerleri olarakta dediğim gibi hastalığıyla alakalı bilgiler, kan sonuçları, yapılan tahliller gibi şeyler." (Hem7, K, 27 y.)

"Hastanede olan bilgileri, hastanın psikolojik sorunları olabilir, kullandığı bazı ilaçları olabilir özel hastalıklarına dair. Bence bunların hepsi mahremiyete girer." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Kişisel bilgiler***

"Hastanın kişisel tüm bilgileri mahremdir bence." (Hek2, K, 32 y.)

"Ayrıca kişisel bilgileri de mahremdir bence." (Hek2, K, 32 y.)

"Yani baştan hastanın T.C. kimlik, yaşı mesela bu da mahremiyet. Kimliği, isim, soyisim ondan sonra çalıştığı mesleği, yaptığı iş, soy geçmişi mesela," (Hek6, E, 28 y.)

"Hastanın kişisel olan her bilgileri mahremdir." (Hek8, K, 28 y.)

"Kendi kişisel bilgileri," (Ebe1, K, 39 y.)

"Yani hastanın zaten kimlik bilgileri ya da dosyası falan mahrem olarak geçiyor." (Ebe2, K, 30 y.)

"Kişisel bilgilerinin hepsi mahremdir." (Hem3, K, 37 y.)

"Hastanın ismi, soy ismi olabilir." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Hastaya ait her türlü bilgi***

"Yani hastanın her türlü ona ait olan bilgileri mahremdir" (Hek3, E, 40 y.)

"Aslında hastanın bence her bilgisi mahremdir." (Hek4, K, 28 y.)

"Yani kişiyle ilgili tüm bilgiler bence mahremdir ve kişi sahsi bir şeydir." (Hek4, K, 28 y.)

"Onun dışında da tabii ki hastadan aldığımız bilgiler de dahil olmak üzere iletişim bilgilerinden tutun da her bilgi aslında bir mahremiyet içeriyor." (Ebe2, K, 30 y.)

"Bütün bilgileri bence. İsmi, soy ismi, yaşı, mesleği, hastalığı en önemlisi bütün hepsi bence mahremi bir bilgidir yani kişiye özel." (Hem4, K, 41 y.)

"Hastanede olan her türlü bilgileri," (Hem8, K, 26 y.)

- ***Hasta vücudu ve fiziksel özellikleri***

"Yani hani zaten bedensel tüm unsurları mahremdir." (Hek2, K, 32 y.)

"Vücuduyla ilgili bilgiler mahrem olabilir ya da fiziksel özellikleriyle ilgili." (Hek5, K, 37 y.)

"Hangi bilgileri mahremdir? Bilgi derken yani... Vücudu mahremdir. Gerektiği durumlarda kolu bile mahremdir." (Hem2, K, 47 y.)

"Vücudu, işte nasıl diyim… Yani çok aklıma gelmiyor ama bunun gibi şeyler aslında." (Hem5, K, 24 y.)

"Hastanın fiziki özellikleri bence." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Psikolojik sorunlar***

"…bu psikolojik hastalıklar olabilir." (Hek9 E, 40 y.)

"Hastanın psikolojik sorunları olabilir…" (Hem8, K, 26 y.)

- ***Hasta fikirleri/sözel iletileri***

"Yani sözel olarak değil, sadece içeriye girdiğinde ki jest mimikleri, hareketleri eee giyimi, sonrasında da hani sözel olarak ilettiği her şey." (Hek4, K, 28 y.)

"Görüşleriyle ilgili olan bilgiler mahrem olabilir. Bunlar geliyor aklıma genelde." (Hek5, K, 37 y.)

- ***Cinsel bilgiler***

"…özel, cinsel ya da daha farklı şeyleri de burada dile getirebiliyorlar." (Hek9 E, 40 y.)

- ***Özel olarak hissettiği konular***

"Kendisinin özel olarak hissettiği ne varsa, özel olarak hissettiği ve paylaşılmasını istemediği konular olabilir." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Anlattığı her şey***

"Aslında anlattığı her şey." (Hem5, K, 24 y.)

- ***Hayati tehlikesi olmayan her konu***

"Eee yani hayati tehlikesi olmayan her konu benim için mahremdir." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Hastanın söylemekten çekineceği bilgiler***

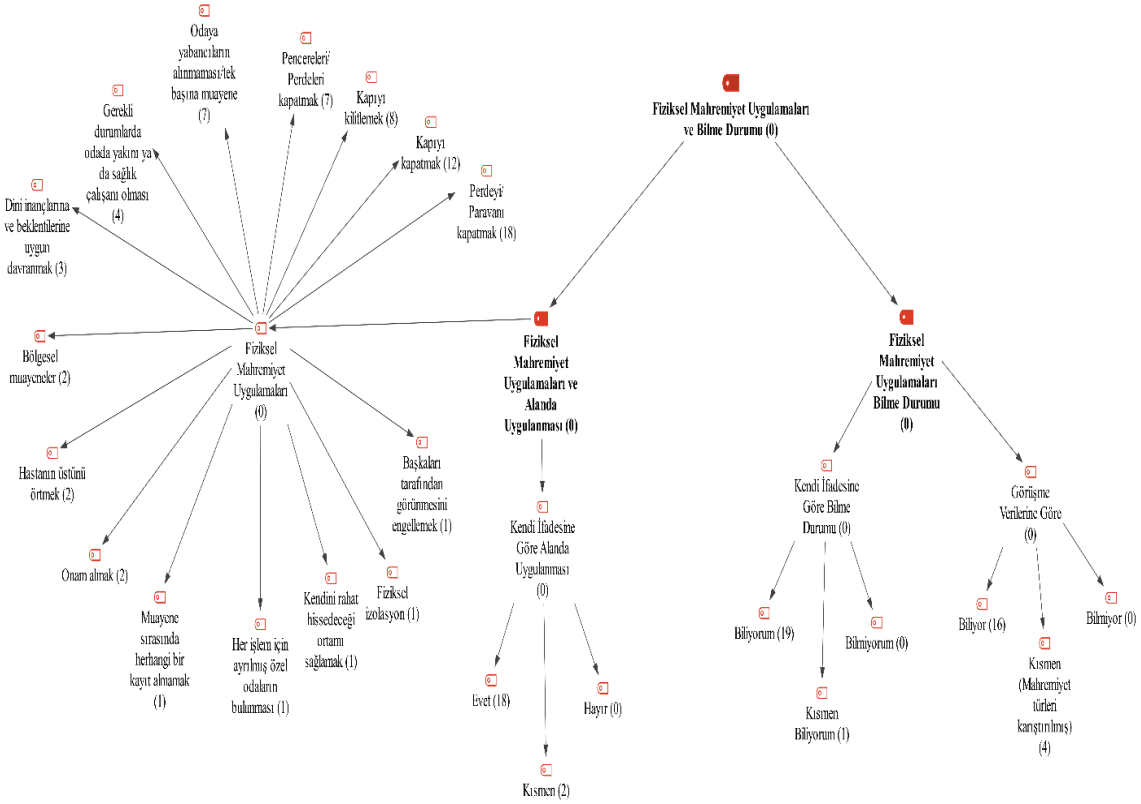
"Hastanın söylemekten çekinebileceği bilgiler mahremdir." (Hek1, E, 40 y.)

Tablo 4.8: Katılımcı ünvanına göre mahrem bilgiler kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Mahrem Bilgiler			0
Muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri	7	5	12
Kişisel bilgiler	3	4	7
Hastaya ait her türlü bilgi	2	3	5
Hasta vücudu ve fiziksel özellikleri	2	3	5
Psikolojik sorunlar	1	1	2
Hasta fikirleri/sözel iletileri	2		2
Cinsel bilgiler	1		1
Özel olarak hissettiği konular		1	1
Anlattığı her şey		1	1
Hayati tehlikesi olmayan her konu	1		1
Hastanın söylemekten çekineceği bilgiler	1		1
TOPLAM	20	18	38

Tablo 4.8'de görüldüğü üzere mahrem bilgiler ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hekim ve hemşire/ebe katılımcıların birbiri ile paralel olarak hastaların en çok muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri ile ilgili, ikinci sırada hastaya ait kişisel bilgileri ile ilgili konuları daha çok mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

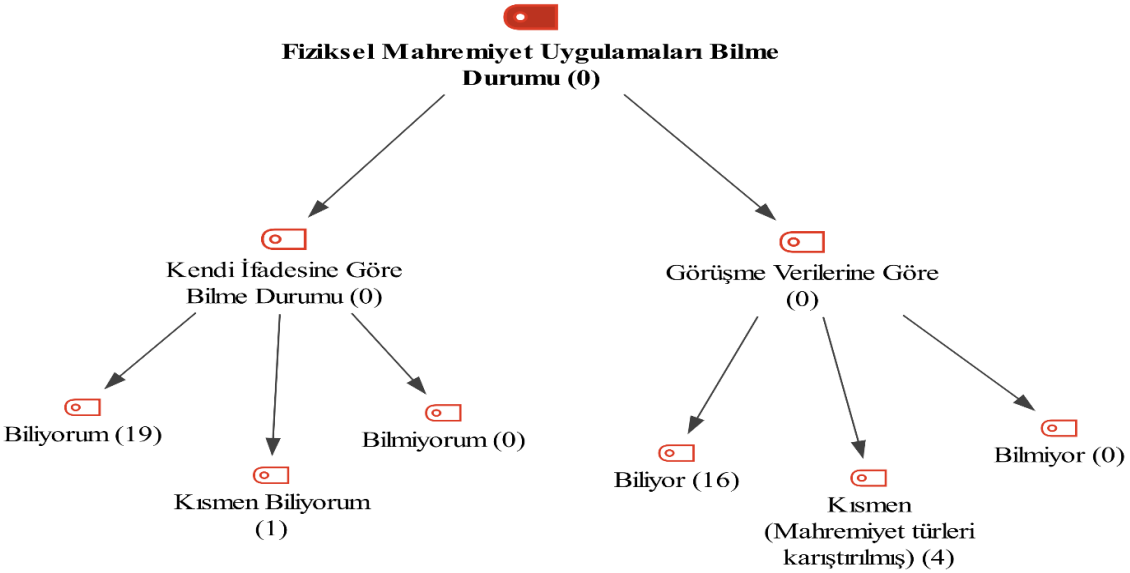
4.7. FİZİKSEL MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.13: Fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.13'te görüldüğü üzere fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu teması 2 alt kod altında incelenmiştir. Bunlar fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu ve fiziksel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklindedir.

4.7.1. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu



Şekil 4.14: Fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.14'te görüldüğü üzere fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ilk alt başlığı olan fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kategorisi kendi ifadesine göre bilme durumu ve görüşme verilerine göre bilme durumu olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

4.7.1.1. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu:

Tablo 4.9: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Kendi İfadesine Göre Bilme Durumu			0
Biliyorum	9	10	19
Kısmen Biliyorum	1		1
Bilmiyorum			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.9'da görüldüğü üzere 9 hekim ve 10 hemşire/ebe (n=19, %95) katılımcı fiziksel mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade ederken, bir hekim (n=1, %5) katılımcı ise kısmen bildiğini ifade etmiştir. Katılımcı ünvanlarına göre verilen cevapların paralel olduğu ve katılımcılarının çoğunun fiziksel mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade ettiği görülmektedir.

4.7.1.2. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu:

Tablo 4.10: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Görüşme Verilerine Göre			0
Biliyor	9	7	16
Kısmen (Mahremiyet türleri karıştırılmış)	1	3	4
Bilmiyor			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.10'da görüldüğü üzere katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamaları hakkında sorulan soruya verdikleri yanıtlar katılımcı ünvanlarına göre incelenmiştir. 9 hekim ve 7 hemşire/ebe (n=16, %80) katılımcının soruya doğru yanıt verdiği görülmektedir. Ancak 1 hekim ve 3 hemşire/ebe katılımcının görüşme verilerine göre verdikleri cevaplar incelendiğinde, fiziksel mahremiyet uygulamaları yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsettikleri saptanmıştır. Bu bağlamda mahremiyet türlerinin karıştırıldığı görülmektedir.

Katılımcıların görüşme verilerine göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kategorisi hakkında doğru yanıt veren katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Akciğer muayenesi yaparken bile zaten hep kapalı oluyor, benim kapım her zaman kapalıdır. Kapım kapalıdır, kapım hiçbir zaman açık değildir. Özellikle buna dikkat ediyorum ama kapı kapalı da olsa bir anda hasta girebiliyor. Buna yönelik işte muayene sedyesinde hastayı muayene edip işte bir paravan var, bir perde var. Onun arkasında muayene ediyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"Mutlaka kapıyı kapatırım eee hatta gerekiyorsa dışarıda hastanın olduğu ve kapının açılma ihtimali varsa kapıyı kilitrerim. Mutlaka yanında bir yakınını eğer şeyse ee tutmaya çalışırım. Fiziksel muayenesini yaparken herhangi bir problem olmaması adına, izin alırım muayenesini yapmak yapmadan önce. Fiziksel olarak bunlara dikkat etmeye çalışırım. Eğer kapıyı kapatamıyorsam mutlaka perdenin arkasında muayene etmeye çalışırım bu şekilde." (Hek2, K, 32 y.)

"Öncelikle hani dini inançlar sebebiyle bir çok kişilerin giyimleri değişebiliyor ya da beklentileri farklı olabiliyor. Ne bileyim başörtüsü olabilir, çarşafı olabilir. Bekliyorum mesela hani diğer muayeneyi almıyorum. Eeee yeteri kadar kendini rahat hissettiği zaman muayeneyi bitiriyorum. Hani her hasta da değil tabi ki ama şimdi pandemi sebebiyle pencerelerimiz genelde açık oluyor. Belki dışarıdan görünme durumu pek olmuyor hani ağaçlar var, yakında bina yok fakat yine de bazı hastalarda özellikle hani kesinlikle her akciğer muayenesinde her kardiyak muayenede perdeyi kapatmak, camı kapatmak, içeride karanlık bir ortam sağlamak, eee mutlaka muayene paravanının perdesini çekmek, kapıyı kilitlemek gerekirse ki gerekiyor. Fakat tabii kendimizi de koruma adına çok gerekiyorsa yanında bir yakını ya da kendi çalıştığımız çalışma arkadaşımızın yanımızda olması uygun oluyor." (Hek4, K, 28 y.)

"Hastayı muayene ederken perdem açıksa kapatıyorum. Kapı açıksa kilitliyorum. Kapatıyorum. Paravan olmasına dikkat ediyorum. Hastanın muayene edeceğim bölgesini açıyorum sadece hani ona rahatsızlık vermeyecek şekilde. Eee…bunlara dikkat etmeye çalışıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Özel bölgeler var mesela. Oralardan bakıyorsan camın kapatılması, perdenin örtülmesi, kapının kapatılması, bazen hatta kilitlenmesi de gerekebiliyor kimse aniden "tık" girmesin diye. Diğer taraftan bayan hasta ise tek doktor, erkek doktor ise muayene edeceği zaman mesela olması gerekenden bahsediyorum: hastanın yanında varsa hemşire olması, sağlık çalışanı olması. Bayan hasta, tek doktor tarafında yani erkek doktor tarafından muayene ediliyorsa yanında mutlaka o odada başka biri olmasını istiyoruz. Yine titizlikle bir şekilde kapıyı kapatıyoruz, kapatılması gerekiyor; pencere, perde, yine paravan vs. bunları yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Birinci şey olarak yani kapı girişinde çalmadan girilmesin diye ikinci paravanı kullanıyoruz. Yani kapı kitleme biraz hastayı ürkütebilir diye hastaya bilgi vererek kapıyı kilitliyorsunuz. Yani o arada mesela hemşirenizi içeri alıyorsunuz. Mesela özel bölümünü

hastanın görmeniz lazım diye. Hemşirenizi alıyorsunuz ki hem hasta rahat ediyor. Tabii hemşire bu arada paravanın arkasında bekliyor. Ondan sonra bir de paravan var." (Hek7, E, 31 y.)

"Eee şöyle çalıştığım kurumda ve daha önceki kurumlarda da şu şekilde; odaya muayene sırasında yabancı kişi alınmaz, almam yani. Aynı zamanda sedyede bir batın muayenesi veya başka bir muayene ederken paravan kullanırım içeride hemşire hanım veya bir birey, veri giriş elemanı varsa da kendisinin mahrem bölgelerinin görünmemesi açısından. Bu şekilde…" (Hek8, K, 28 y.)

"Tabii ki onun için bölmeler var. Biz Aile Sağlığı Merkezi olarak aşı odamız, gebe izlem odamız, enjeksiyon odamız, kan alma odamız şeklinde odalarımız var. Herkes, gelenler bu odalarda muayene edilip ve uygulama gerçekleştirilebiliyor. Aile Sağlığı Merkezi'nde smear, kanser taraması tarzı bazı uygulamalarımız tarama anlamında oluyor ve bunlar yapılırken tabii ki ayrı bir odada, steril bir yerde yapılması çok önemli." (Hek9, E, 40 y.)

"Hastayı özellikle tek başına muayeneye alıyorum. Eğer fiziki muayeneye başladığım zaman da kapının açılmasını engellemek için özellikle kapıyı kilitliyorum. Paravanla perde arkasında muayenesini yapıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Şartlarımız şu anda ki çalıştığım ortamda gayet uygun bunun için, elverişli, uyguluyoruz. Eee hastanın dışında içeriye herhangi bir kimseyi almamak gerekiyor. Eee muayene esnasında ya da uygulama, yapacağımız uygulama işte aşı olabilir, izlem olabilir az önce de söylediğim gibi. O işlem yapılacağı eee esnada hastanın görünmeyeceğini diğer kişiler tarafından görünmeyeceği ve kendini gerçekten rahat hissedebileceği bir ortam oluşturup o şekilde eee muayenesinin yapılması, fiziksel olarak değerlendirilmesinin yapılması gerekir." (Ebe1, K, 39 y.)

"Örneğin enjeksiyon yaptığımızda falan perdeyi çekiyoruz, yine kapıyı da kapatıyoruz, perdeyi de çekiyoruz. Dediğim gibi az önce hani hasta kapalı bir hastaysa ona göre muamele yapıyoruz hani. Diğer hastaları bekletiyoruz hani bilgi veriyoruz. Kapıyı vurduğunda direkt kapıyı açmak yerine "Hasta var, bekleyiniz" gibi sesleniyoruz biz genelde. Onlarda açmıyor." (Hem1, K, 23 y.)

"Tabii ki önem veririm. En basitinden hastaya EKG çekiyorsam hastanın muhakkak üzerine bir pike veya çarşaf muhakkak örterim hastayı. Ekg'yi hastaya

bağladıktan sonra pikemi yine örterim ve o şekilde çekimimi yaparım. Pansuman mesela en basittinden pansumanı örnek vereyim. Kuyruk sokumu pansumanı yapıyorum ve hastanın en mahremiyet bölgesidir. Hasta çok çekinir. Bunda da muhakkak pike kullanırım." (Hem2, K, 47 y.)

"Öncelikle hastadan izin alıyoruz. Dokunmamız ya da fiziksel temas etmemiz gereken bir işlem olduğunda işlem hakkında bilgi veriyoruz. Kapının kapalı olması, paravanın kapalı olmasını sağlıyoruz. Hastanın yapılacak işlemine göre bir yeri açılacaksa ya da bir işlem yapılacaksa gerekli olan kadar yerini açılmasını sağlıyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

"Enjeksiyonda mesela paravan, kapı kapatılması şey ya da kitlenmesi diğer hastaların girmemesi açısından, paravan uygulaması gibi uygulamalar." (Hem4, K, 41 y.)

"Paravan var zaten bizim sağlık ocağımızda. Paravanla koruyabiliyoruz. Daha sonra kapıyı kapatabiliyoruz. Bunun gibi yani. Sadece ikimizin olmasını sağlıyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Mesela hasta bizim odamıza geldiği zaman kapıyı kapatıyoruz. Bir işlem yapılacakken paravan çekiyoruz. Bu şekilde…" (Hem6, K, 23 y.)

Katılımcıların görüşme verilerine göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kategorisi hakkında fiziksel mahremiyet uygulamaları yanında diğer mahremiyet türlerinden de bahseden katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir;

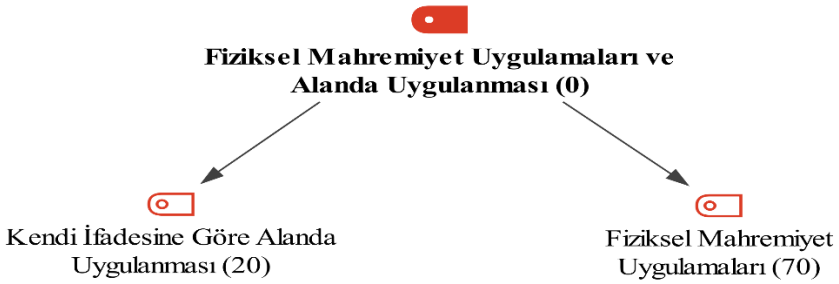
Katılımcılardan Hek3, fiziksel mahremiyet uygulamalarının yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi "*Hastanın özel konuşmak istediği veya paylaşmak istediği, yani sadece hasta hekim arasında kalması gereken diyalogdan tutun muayene esnasındaki fiziksel olarak eee izolasyonun da dahil yani bu kapsamda."* şeklindedir.

Katılımcılardan Ebe2, fiziksel mahremiyet uygulamalarının yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi *"Şöyle söylim, odada yalnız oluyoruz zaten ilk önceliğimiz, muhakkak paravanı çekiyoruz, HPV gibi işlemlerde üzerine muhakkak örtü örtüyoruz. Bunun dışında yine dediğim gibi bilgilerini saklıyoruz, aldığımız bilgileri bu kadar."* şeklindedir.

Katılımcılardan Hem7, fiziksel mahremiyet uygulamalarının yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi "*Şöyle, zaten kapı kapalı oluyor genelde. Hani kapının kapalı olması, paravanların, arada perdelerin olması gibi şeyler önemli. Onun haricinde bu şekilde uygulamalar yapılıyor. Dediğim gibi başka bir kişi sorarsa "Bu bebek kaç aylık, ne aşısı yapıldı?" gibi bilgiler de sorulabiliyor hiç tanımayan hastalar tarafından. Bunlarla paylaşılmaması gerektiğiyle alakalı bilgilerimiz var. Bunlara da uyuyoruz."* şeklindedir.

Katılımcılardan Hem8, fiziksel mahremiyet uygulamalarının yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi *"Fiziksel mahremiyete yönelik bence mesela hasta dini olarak mesela bir kapalılık durumu mevcutsa odanın kapısını kapatıyoruz kan alırken. Zaten enjeksiyon yaparken vs. kapısını kilitliyoruz. Pansumanda bence her pansumanda bile ben kapımı kilitliyorum açıkçası. Hasta her bölgesinin görünmesini istemiyor olabilir. Hastanın bizimle konuşabileceği bazı durumlar oluyor mesela o süreçte ilaç danışabiliyor, hastalık danışabiliyor, smear taramaları, HPV taramalarıyla alakalı konuşuyor. Onların hepsi bence hepsi fiziksel mahremiyete girer."* şeklindedir.

4.7.2. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması



Şekil 4.15: Fiziksel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.15'te görüldüğü üzere fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ikinci alt başlığı olan fiziksel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması kategorisi kendi ifadesine göre alanda uygulanması ve fiziksel mahremiyet uygulamaları olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

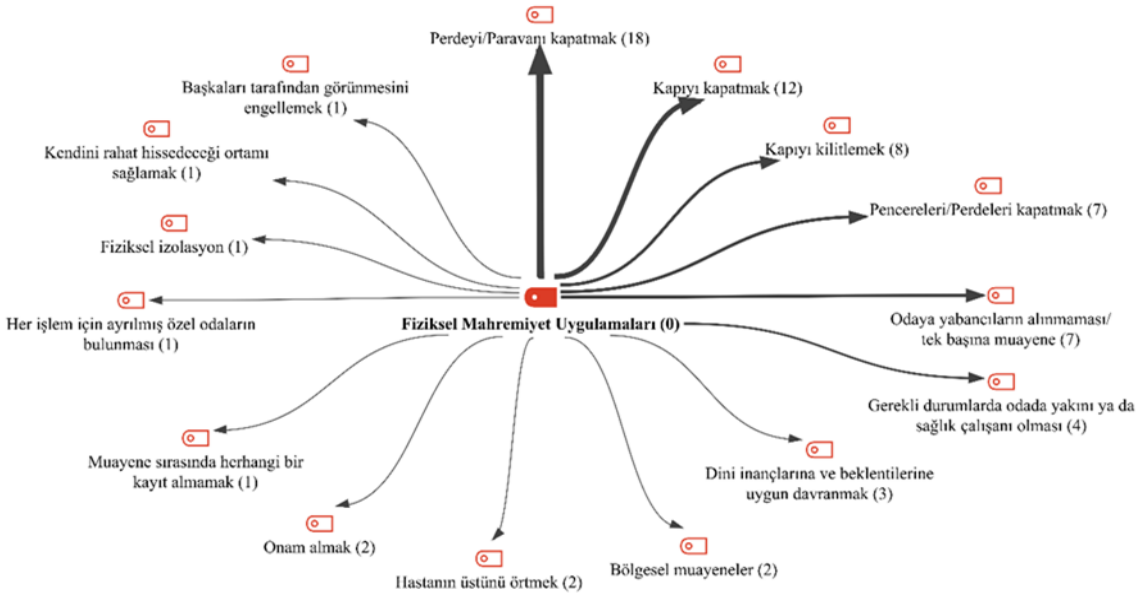
4.7.2.1. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması:

Tablo 4.11: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Kendi İfadesine Göre Alanda Uygulanması			0
Evet	8	10	18
Kısmen	2		2
Hayır			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.11'de görüldüğü üzere 8 hekim ve 10 hemşire/ebe (n=18, %90) katılımcı çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamaları uyguladıklarını ifade ederken, 2 hekim katılımcı (n=2, %10) ise kısmen uygulayabildiklerini ifade etmiştir. Katılımcı ünvanlarına göre verilen cevapların paralel olduğu ve katılımcılarının çoğunun fiziksel mahremiyet uygulamalarını uyguladıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

4.7.2.2. Fiziksel mahremiyet uygulamaları:



Şekil 4.16: Fiziksel mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli

Şekil 4.16'da görüldüğü üzere fiziksel mahremiyet uygulamaları alt kodu kendi içerisinde 15 ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar; perdeyi/paravanı kapatmak, kapıyı kapatmak, kapıyı kilitlemek, pencereleri/perdeleri kapatmak, odaya yabancıların alınmaması/tek başına muayene, gerekli durumlarda odada yakını ya da sağlık çalışanı olması, dini inançlarına ve beklentilerine uygun davranmak, bölgesel muayeneler, hastanın üstünü örtmek, onam almak, muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak, her işlem için ayrılmış özel odaların bulunması, fiziksel izolasyon, kendini rahat hissedeceği ortamı sağlamak, başkaları tarafından görünmesini engellemek şeklindedir. Katılımcıların, hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik perdeyi/paravanı kapatmak ve kapıyı kapatmak uygulamaları hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarınının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Perdeyi/Paravanı kapatmak***

"Kapı kapalı da olsa bir anda hasta girebiliyor. Buna yönelik işte muayene sedyesinde hastayı muayene edip işte bir paravan var, bir perde var. Onun arkasında muayene ediyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"...genel anlamda işte perdenin arkasında bir şekilde muayene ediyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"Eğer kapıyı kapatamıyorsam mutlaka perdenin arkasında muayene etmeye çalışırım bu şekilde." (Hek2, K, 32 y.)

"Eee mutlaka muayene paravanının perdesini çekmek" (Hek4, K, 28 y.)

"Paravan olmasına dikkat ediyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"*Hastanın yani muayene edileceği zaman perde gibi, paravan gibi örtü olması gerekir.*" (Hek6, E, 28 y.)

"Perde, yine paravan vs. bunları yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Birinci şey olarak yani kapı girişinde çalmadan girilmesin diye ikinci paravanı kullanıyoruz." (Hek7, E, 31 y.)

"Ondan sonra bir de paravan var." (Hek7, E, 31 y.)

"Aynı zamanda sedyede bir batın muayenesi veya başka bir muayene ederken paravan kullanırım içeride hemşire hanım veya bir birey, veri giriş elemanı varsa da kendisinin mahrem bölgelerinin görünmemesi açısından. Bu şekilde…" (Hek8, K, 28 y.)

"Paravanla perde arkasında muayenesini yapıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Zaten ilk önceliğimiz, muhakkak paravanı çekiyoruz." (Ebe2, K, 30 y.)

"Paravanın kapalı olmasını sağlıyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

"Enjeksiyonda mesela paravanı kapatıyoruz." (Hem4, K, 41 y.)

*"Paravan uygulaması gibi uygulamalar." (*Hem4, K, 41 y.)

"Paravan var zaten bizim sağlık ocağımızda. Paravanla koruyabiliyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Bir işlem yapılacakken paravan çekiyoruz. Bu şekilde…" (Hem6, K, 23 y.)

"Paravanların, arada perdelerin olması gibi şeyler önemli." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Kapıyı kapatmak***

"Akciğer muayenesi yaparken bile zaten hep kapalı oluyor, benim kapım her zaman kapalıdır. Kapım kapalıdır, kapım hiçbir zaman açık değildir. Özellikle buna dikkat ediyorum." (Hek1, E, 40 y.)

"Mutlaka kapıyı kapatırım." (Hek2, K, 32 y.)

"Kapı açıksa kilitliyorum. Kapatıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"...kapının kapatılması." (Hek6, E, 28 y.)

"Yine titizlikle bir şekilde kapıyı kapatıyoruz, kapatılması gerekiyor." (Hek6, E, 28 y.)

"Kapıyı da kapatıyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"*Kapının kapalı olması,"* (Hem3, K, 37 y.)

"...kapı kapatılması" (Hem4, K, 41 y.)

"Daha sonra kapıyı kapatabiliyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Mesela hasta bizim odamıza geldiği zaman kapıyı kapatıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Şöyle, zaten kapı kapalı oluyor genelde. Hani kapının kapalı olması," (Hem7, K, 27 y.)

"Fiziksel mahremiyete yönelik bence mesela hasta dini olarak mesela bir kapalılık durumu mevcutsa odanın kapısını kapatıyoruz kan alırken." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Kapıyı kilitlemek***

"Hatta gerekiyorsa dışarıda hastanın olduğu ve kapının açılma ihtimali varsa kapıyı kilitrerim." (Hek2, K, 32 y.)

"Kapıyı kilitlemek gerekirse ki gerekiyor." (Hek4, K, 28 y.)

"Kapı açıksa kilitliyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Bazen hatta kilitlenmesi de gerekebiliyor kimse aniden "tık" girmesin diye." (Hek6, E, 28 y.)

"Yani kapı kitleme biraz hastayı ürkütebilir diye hastaya bilgi vererek kapıyı kilitliyorsunuz." (Hek7, E, 31 y.)

"Eğer fiziki muayeneye başladığım zaman da kapının açılmasını engellemek için özellikle kapıyı kilitliyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"...ya da kitlenmesi diğer hastaların girmemesi açısından," (Hem4, K, 41 y.)

"Zaten enjeksiyon yaparken vs. kapısını kilitliyoruz. Pansumanda bence her pansumanda bile ben kapımı kilitliyorum açıkçası. Hasta her bölgesinin görünmesini istemiyor olabilir." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Pencereleri/Perdeleri kapatmak***

"Özellikle hani kesinlikle her akciğer muayenesinde her kardiyak muayenede perdeyi kapatmak, camı kapatmak, içeride karanlık bir ortam sağlamak," (Hek4, K, 28 y.)

"Hastayı muayene ederken perdem açıksa kapatıyorum" (Hek5, K, 37 y.)

"...camın kapatılması, perdenin örtülmesi," (Hek6, E, 28 y.)

"Yine titizlikle bir şekilde kapıyı kapatıyoruz, kapatılması gerekiyor; pencere, perde, yine paravan vs. bunları yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Örneğin enjeksiyon yaptığımızda falan perdeyi çekiyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"...perdeyi de çekiyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"Mesela bizim odamız alt katta olduğu için perdeleri kapatıyoruz. Önlemlerimizi alıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Odaya yabancıların alınmaması/tek başına muayene***

"Eee şöyle çalıştığım kurumda ve daha önceki kurumlarda da şu şekilde; odaya muayene sırasında yabancı kişi alınmaz, almam yani." (Hek8, K, 28 y.)

"Hastayı özellikle tek başına muayeneye alıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Eee hastanın dışında içeriye herhangi bir kimseyi almamak gerekiyor." (Ebe1, K, 39 y.)

"Şöyle söylim, odada yalnız oluyoruz" (Ebe2, K, 30 y.)

"Kapıyı vurduğunda direkt kapıyı açmak yerine "Hasta var, bekleyiniz" gibi sesleniyoruz biz genelde. Onlarda açmıyor." (Hem1, K, 23 y.)

"Enjeksiyonda mesela diğer hastaların girmemesi açısından, paravan uygulaması gibi uygulamalar." (Hem4, K, 41 y.)

"Odada sadece ikimizin olmasını sağlıyoruz" (Hem5, K, 37 y.)

- ***Gerekli durumlarda odada yakını ya da sağlık çalışanı olması***

"Mutlaka yanında bir yakınını eğer şeyse ee tutmaya çalışırım." (Hek2, K, 32 y.)

"Fakat tabii kendimizi de koruma adına çok gerekiyorsa yanında bir yakını ya da kendi çalıştığımız çalışma arkadaşımızın yanımızda olması uygun oluyor." (Hek4, K, 28 y.)

"Diğer taraftan bayan hasta ise tek doktor, erkek doktor ise muayene edeceği zaman mesela olması gerekenden bahsediyorum: hastanın yanında varsa hemşire olması, sağlık çalışanı olması. Bayan hasta, tek doktor tarafında yani erkek doktor tarafından muayene ediliyorsa yanında mutlaka o odada başka biri olmasını istiyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Yani o arada mesela hemşirenizi içeri alıyorsunuz. Mesela özel bölümünü hastanın görmeniz lazım diye. Hemşirenizi alıyorsunuz ki hem hasta rahat ediyor. Tabii hemşire bu arada paravanın arkasında bekliyor." (Hek7, E, 31 y.)

- ***Dini inançlarına ve beklentilerine uygun davranmak***

"Öncelikle hani dini inançlar sebebiyle bir çok kişilerin giyimleri değişebiliyor ya da beklentileri farklı olabiliyor. Ne bileyim başörtüsü olabilir, çarşafı olabilir. Bekliyorum mesela hani diğer muayeneyi almıyorum. Eeee yeteri kadar kendini rahat hissettiği zaman muayeneyi bitiriyorum." (Hek4, K, 28 y.)

"Dediğim gibi az önce hasta kapalı bir hastaysa ona göre muamele yapıyoruz. Diğer hastaları bekletiyoruz bilgi veriyoruz. Kapıyı vurduğunda direkt kapıyı açmak yerine "Hasta var, bekleyiniz" gibi sesleniyoruz biz genelde." (Hem1, K, 23 y.)

"Fiziksel mahremiyete yönelik bence mesela hasta dini olarak mesela bir kapalılık durumu mevcutsa odanın kapısını kapatıyoruz kan alırken." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Bölgesel muayeneler***

"Hastanın muayene edeceğim bölgesini açıyorum sadece hani ona rahatsızlık vermeyecek şekilde. Eee…bunlara dikkat etmeye çalışıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Hastanın yapılacak işlemine göre bir yeri açılacaksa ya da bir işlem yapılacaksa gerekli olan kadar yerini açılmasını sağlıyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

- ***Hastanın üstünü örtmek***

"HPV gibi işlemlerde üzerine muhakkak örtü örtüyoruz." (Ebe2, K, 30 y.)

"En basitinden hastaya EKG çekiyorsam hastanın muhakkak üzerine bir pike veya çarşaf muhakkak örterim hastayı. Ekg'yi hastaya bağladıktan sonra pikemi yine örterim ve o şekilde çekimimi yaparım. Pansuman mesela en basittinden pansumanı örnek vereyim. Kuyruk sokumu pansumanı yapıyorum ve hastanın en mahremiyet bölgesidir. Hasta çok çekinir. Bunda da muhakkak pike kullanırım." (Hem2, K, 47 y.)

- ***Onam almak***

"Fiziksel muayenesini yaparken herhangi bir problem olmaması adına, izin alırım muayenesini yapmak yapmadan önce." (Hek2, K, 32 y.)

"Öncelikle hastadan izin alıyoruz. Dokunmamız ya da fiziksel temas etmemiz gereken bir işlem olduğunda işlem hakkında bilgi veriyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

- ***Muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak***

"Onun dışında herhangi bir kayıt falan almıyoruz. Böyle…" (Hek1, E, 40 y.)

- ***Her işlem için ayrılmış özel odaların bulunması***

"Tabii hastayı özel kılan bazı hallerini korumaya çalışıyoruz diyebilirim. Tabii ki onun için bölmeler var. Biz Aile Sağlığı Merkezi olarak aşı odamız, gebe izlem odamız, enjeksiyon odamız, kan alma odamız şeklinde odalarımız var. Herkes, gelenler bu odalarda muayene edilip ve uygulama gerçekleştirilebiliyor. Aile Sağlığı Merkezi'nde smear, kanser taraması tarzı bazı uygulamalarımız tarama anlamında oluyor ve bunlar yapılırken tabii ki ayrı bir odada, steril bir yerde yapılması çok önemli." (Hek9, E, 40 y.)

- ***Fiziksel izolasyon***

"Muayene esnasındaki fiziksel olarak eee izolasyonun da dahil yani bu kapsamda." (Hek3, E, 40 y.)

- ***Kendini rahat hissedeceği ortamı sağlamak***

"Kendini gerçekten rahat hissedebileceği bir ortam oluşturup o şekilde eee muayenesinin yapılması, fiziksel olarak değerlendirilmesinin yapılması gerekir." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Başkaları tarafından görünmesini engellemek***

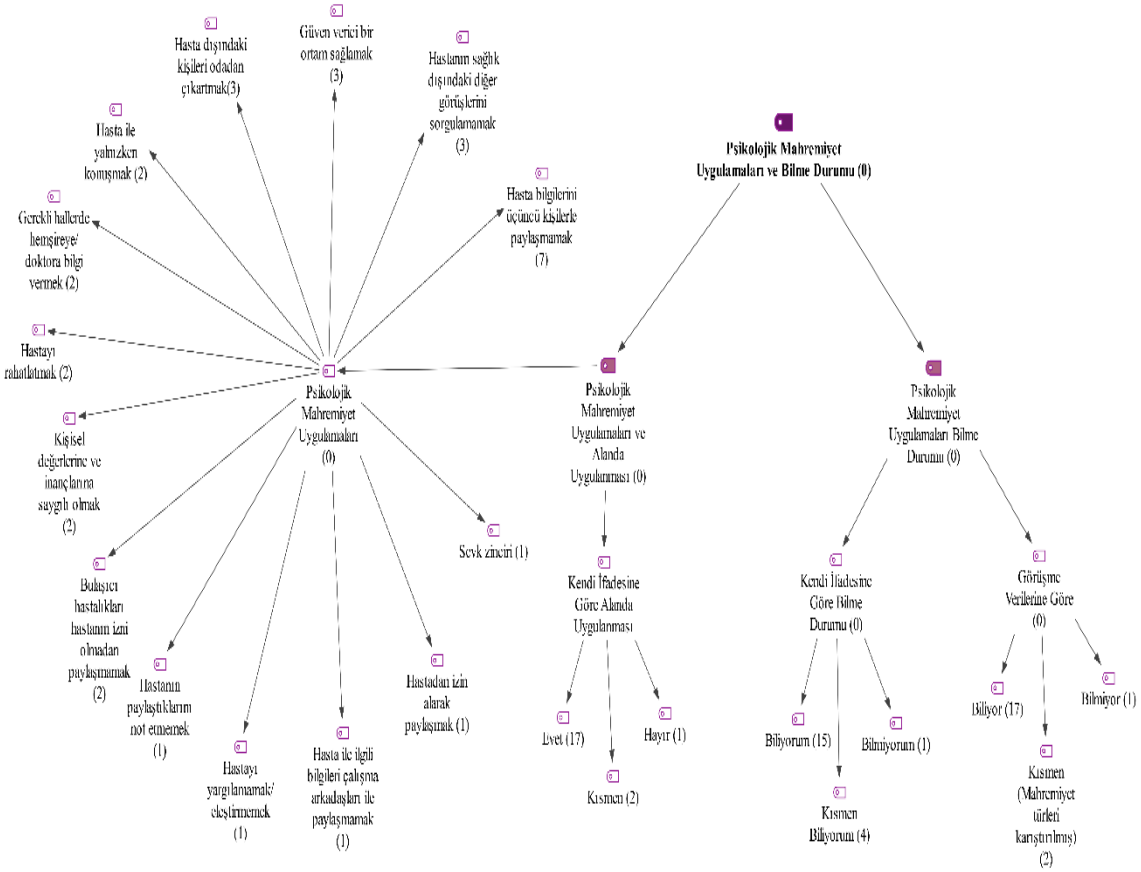
"O işlem yapılacağı eee esnada hastanın görünmeyeceğini diğer kişiler tarafından görünmeyeceği…" (Ebe1, K, 39 y.

Tablo 4.12: Katılımcı ünvanına göre fiziksel mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları			0
Perdeyi/Paravanı kapatmak	8	6	14
Kapıyı kapatmak	4	7	11
Kapıyı kilitlemek	6	2	8
Pencereleri/Perdeleri kapatmak	3	2	5
Odaya yabancıların alınmaması/tek başına muayene	2	5	7
Gerekli durumlarda odada yakını ya da sağlık çalışanı olması	4		4
Dini inançlarına ve beklentilerine uygun davranmak	1	2	3
Bölgesel muayeneler	1	1	2
Hastanın üstünü örtmek		2	2
Onam almak	1	1	2
Muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak	1		1
Her işlem için ayrılmış özel odaların bulunması	1		1
Fiziksel izolasyon	1		1
Kendini rahat hissedeceği ortamı sağlamak		1	1
Başkaları tarafından görünmesini engellemek		1	1
TOPLAM	33	30	63

Tablo 4.12'de görüldüğü üzere hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, katılımcıların konuyu ayrıntılı bir şekilde değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcı görüşlerine bakıldığında; hekim katılımcılar hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik perdeyi/paravanı kapatmak uygulaması hakkında daha yoğun görüş bildirirken, hemşire/ebe katılımcılar kapıyı kapatmak uygulaması hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri saptanmıştır. Hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların konuyu benzer şekilde değerlendirdikleri ve hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalara önem verdikleri görülmektedir.

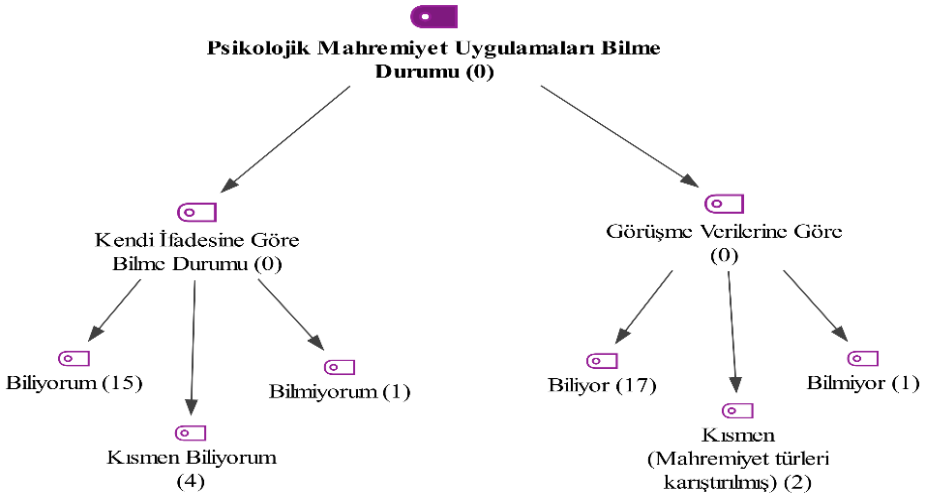
4.8. PSİKOLOJİK MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.17: Psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.17'de görüldüğü üzere psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu teması 2 alt kod altında incelenmiştir. Bunlar psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu ve psikolojik mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklindedir.

4.8.1. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu



Şekil 4.18: Psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.18'de görüldüğü üzere psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ilk alt başlığı olan psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu kategorisi kendi ifadesine göre bilme durumu ve görüşme verilerine göre olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

4.8.1.1. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu:

Tablo 4.13: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Kendi İfadesine Göre Bilme Durumu			0
Biliyorum	7	8	15
Kısmen Biliyorum	2	2	4
Bilmiyorum	1		1
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.13'te görüldüğü üzere 7 hekim ve 8 hemşire/ebe (n=15, %75) katılımcı psikolojik mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade ederken, 2 hekim ve 2 hemşire/ebe (n=4, %20) katılımcı ise kısmen bildiğini ifade etmiştir. Hekim katılımcılardan biri (n=1, %5) ise psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcı ünvanlarına göre katılımcıların verdikleri cevapların paralel olduğu görülmektedir.

4.8.1.2. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu:

Tablo 4.14: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Görüşme Verilerine Göre			0
Biliyor	9	8	17
Kısmen (Mahremiyet türleri karıştırılmış)		2	2
Bilmiyor	1		1
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.14'te görüldüğü üzere katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamaları hakkında sorulan soruya verdikleri yanıtlar katılımcı ünvanlarına göre incelenmiştir. 9 hekim ve 8 hemşire/ebe (n=17, %85) katılımcının soruya doğru yanıt verdiği görülmektedir. Ancak 2 hemşire/ebe (n=2, %10) katılımcının görüşme verilerine göre verdikleri cevaplar incelendiğinde, psikolojik mahremiyet uygulamaları yerine bilişsel mahremiyet uygulamalarından bahsettikleri görülmektedir. Bu bağlamda mahremiyet türlerinin karıştırıldığı saptanmıştır. Hekim katılımcılardan biri (n=1, %5) ise psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilmediğini ifade etmiştir.

Katılımcıların görüşme verilerine göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kategorisi hakkında doğru yanıt veren katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Yani hastanın rahat olduğunu hissettirmeye çalışıyoruz. Önce neler hissettiğini yani psikolojik anlamda bana geldiği zaman, gerçi ben psikiyatrise yönlendiriyorum ama, hani psikiyatriye gitmek istemiyor ya da benden bir beklentisi varsa da hani ilaç başlayacaksam da psikiyatrik açıdan bir anamnez alıyorum. İşte kendisini nasıl

hissediyor, biraz daha açmaya çalışıyoruz. Uyku durumlarını falan soruyorum. Eğer yanında birisi varsa onu gönderiyorum yani ne bileyim eşi falan varsa hani eşine bakarak konuşuyorsa vs. onu vücut dilinden anlamaya çalışıyorum. Genelde böyle tek alıp, tek konuşup o şekilde derinlemesine inmeye çalışıyorum sorularla." (Hek1, E, 40 y.)

"Hani bazen oluyor hastalarda psikolojik problemler. Yakınlarına anlatmamaya çalışırım. İşte gerekli gördüğüm durumlarda hemşiremin mutlaka bilgisi dahilinde olması gereken konularsa ona söylemeye çalışırım. Onun dışında arkadaşlarımla bunun muhabbetini yapmam. Bu şekilde yapabildiklerim belki de." (Hek2, K, 32 y.)

"Psikolojik mahremiyeti yani dediğim gibi başka hiç kimsenin olmadığı, izole bir ortam sağlıyorum. Kendisini rahat hissedebileceği, ona acele ettirmeden hani ne anlatmak istiyorsa ya da neyle ilgili benle diyalogda bulunmak istiyorsa onunla ilgili izolasyon sağlıyorum. Yani kimsenin de tabi bundan sadece hasta hekim arasında kalacak şekilde gerekli tedbirleri ve uygulamaları yapıyorum yani. Tedbirler alıyorum." (Hek3, E, 40 y.)

"Yani şu şekilde olabilir belki…Kişi kendi bilgilerini yanındaki eşi daha iyi olsa ya da annesi, babası bile olsa paylaşmak istemeyebilir. Bizim de paylaşmamız gerekebilir. Hani bununla ilgili kendinden izin alarak eee yanında birileri varsa bu bilgiler paylaşılabilir. Aksi takdirde tabii ki şahsi olmalı ve kişinin bir şekilde güven duyması sağlanmalı yani bu fiziken, psikolojik olarak her durumda güven duyması sağlanmalı. Bu anlaşılıyor… Biraz sözel iletişimde biraz sözel dışı iletişimle biraz anlaşılıyor. Yani uymaya çalıştığımı düşünüyorum ama net olarak hani böyle kitabi bilgi olarak şu bilgiye sahibim diyemeyeceğim." (Hek4, K, 28 y.)

"Şöyle görüşüp yani siyasi görüşünü, dini inancını ıı bu tarz hani kendisinin için özel olan bilgilerini sorgulamıyorum ya da kişiye ona göre bir tavır almıyorum. Bunlara dikkat ediyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Şöyle diyebilirim: Evet, hastanın inancı, hastanın düşünceleri, hastanın dini şeyleri vs. bunlar yani bunlara dokunmayarak, çok da sorgulamayarak, oraya çok ilerlemeyerek şey yapıyoruz. Bizim önemli olan burada hastanın o şeylerine dokunmamak lazım. Yani neye inanıyorsa inansın, ne dini varsa var olsun. Doktorlukta, tıpta öyle bir ayrımcılık olmaması ve yani ona özen gösterilmesi. Böyle bir şekilde yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Yani psikolojik mahremiyet zaten hastanın kendi anlattığı konular." (Hek7, E, 31 y.)

"Onun dışında, yani eee kişinin sosyal olarak, kültürel olarak, eee herkese eşit olarak değerlendirip yaklaşıyorum. O şekilde uyguluyorum yani farklı bir uygulama olarak değil de her hasta, birey olarak yaklaşıyorum. Konunun kadın ve erkek olduğu veya hastalığın ne olup olmadığını fark etmeksizin karşımda bir hasta var ve bir birey olarak yaklaşıyorum. Kişinin dili, dini, ırkını fark etmeksizin sadece onu bir hasta olarak bakabileceğimiz, baktığımızı kapsıyordu. Eee bu her türlü muayenede, vajinal muayene olabilir, batın muayenesi olabilir veya bir göz muayenesi dahi olsa kişinin kimliği, kendisinin seçemediği veya seçtiği herhangi bir kim, bütün kimliklerden ekarte ederek onu sadece bir hasta olarak yaklaşımımız, dili olabilir dil olarak anlaşamasak dahi onu yadırgamadan yaklaşımı, onu rencide etmeden veya her türlü sadece bir hasta ve rahatsız olan bir hasta olarak yaklaşımı." (Hek8, K, 28 y.)

"Hastayla birebir özel olarak görüşüyorum. Başka birisinin içeri girmesini kesinlikle istemiyorum. Herhangi bir şekilde paylaşılanları not olarak almıyorum. Hastanın paylaştığı hiçbir bilgiyi de kendi yakınları da dair hiç bir kimseyle paylaşmıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Psikolojik olarak da işte dini duyguları olsun, inanışları olsun, kendisi için değerli olarak gördüğü şeylere karşı olsun saygılı davranmalıyız. İnançlarını eleştirmemeliyiz ya da işte mesela bize bir uygulamadan bahsetti. Dedi ki "Ben böyle olduğuna inanıyorum, onun için işte bunu yapıyorum" dediğinde "Aaa, o öyle olur mu? Neden yapıyorsun?" gibi böyle eleştirel bir dille, "sen" diliyle böyle yaklaşmamamız gerekiyor hastaya. Bu anlamda rahatsız edici, onun kendisini kötü hissedici, tedirgin edici yaklaşımlarda bulunmamamız gerekiyor." (Ebe1, K, 39 y.)

"Şöyle zaten genelde gelen hastalarımızla konuşuyoruz. Onlarla konuşurken ayrı bir odada oluyoruz. Tabii ki aldığımız bilgilerden tutun da bunları gizli tutuyoruz. Sadece gerekirse doktor beyle iletişimde olup onunla paylaşıp hani hasta için ne yapabileceğimizi değerlendirip yine sadece hasta, doktor ve ebe olarak söyleyeyim aramızda bir üçgen şeklinde hallediyoruz bu işi." (Ebe2, K, 30 y.)

"Az önce dediğim gibi hastaya pansuman yapınca onu önceden hazırlarım psikolojik olarak rahatlaması için. Çünkü hasta çekingen olarak gelir bana ve bunu hissederim ben hastadan ve onu rahatlatırım. Çekinmemesi gerektiğini söylerim. Bu bir

tıp işlemi yapmamız gerektiğini, kendi sağlığı açısından olması gerektiğini anlatırım. Bu şekilde rahatlatırım hastamı ben." (Hem2, K, 47 y.)

"Hastayı yargılamadan, yapılan işlem hakkında bilgi vererek, hastanın yanlış yaptığı uygulamalar hakkında yargılayıcı konuşmadan, hastayı anlayışla karşılayarak, eksik olan bilgilerini tamamlayarak." (Hem3, K, 37 y.)

"Başkalarının yanında soru sormayız. Özelken, yalnızken soru sorarız. Başka bilgilerini kimseyle paylaşmayız en önemlisi ya da insanların içinde konuşmayız." (Hem4, K, 41 y.)

"Şöyle aslında, üzüntülü bir anı oluyorsa eğer, onunla ilgili çok onun üstüne gitmemeye çalışıyorum. Eğer rahatlatacak bir şey olursa onunla hakkında konuşmaya çalışıyorum." (Hem5, K, 24 y.)

"Hastanın özel bir durumu olduğunda zaten biz bunu biliyoruz ve diğer hastaların yanında bunu konuşmamaya çalışıyoruz. Varsa da kapıyı kapatıp biz hastayla kendimiz konuşuyoruz. Bilgilerini kesinlikle diğer hastalarla paylaşmıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Ya şöyle, kapı kapalı dediğim gibi. Kimsenin o hastalığın şikayetini, sonucunu vs. duymaması, onun etkilenmemesi adına olabilir. Bir HIV hastası olabilir, bunun kimsenin bilmesini istemeyebilir. Sözel olarakta duyulmaması gerekir vs. Bu şekilde önlemler alınıyor. Bunlara da dikkat ediyoruz kurum olarak." (Hem7, K, 27 y.)

Katılımcıların görüşme verilerine göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kategorisi hakkında mahremiyet türlerini karıştıran katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir;

Katılımcılardan Hek7, psikolojik mahremiyet uygulamaları yerine bilişsel mahremiyet uygulamalarından bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi *"Yani psikolojik mahremiyetin olmadığı zaten hastanın kendi anlattığı konular. Yani o hastanın ses tonu mesela yüksek olursa mesela bilgi verirsiniz ki yani dışarıdaki duyabilir ya kapıyı kapatıyorsunuz. Yani o daha çok hastaya bağlı. Çünkü yani konuşmasının sesinden ya şey olarak davranışından mesela içeri girerken böyle hareketleriyle mesela dışarıya doğru o mahremiyetini kaybediyor."* şeklindedir.

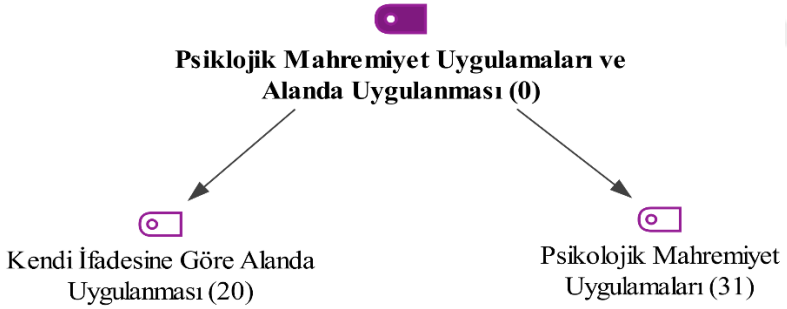
Katılımcılardan Hem1, psikolojik mahremiyet uygulamaları yerine bilişsel mahremiyet uygulamalarından bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi *"Genelde hasta hani dediğim gibi ya hani saklıyordur hani örneğin gebelik testi için geliyordur. Kendi zaten*

buna yeni alıştığı için, bu dönemde olduğu için. Başkası kendi sonucunu öğrenmeden hani bunu başkasına söylememizi istemiyordur yakını da dahi gelse. Belki yakını yanında zorla gelmiştir hani kayınvalidesi tarzı bir şey. Biz hemen bir bilgi vermiyoruz. Hastanın "şu şu şikayetleri var" diye üstü örtülü bir şekilde bilgi veriyoruz. Kendisi de belki daha sonra bu sonuç pozitif olursa söyler. O tarz bir şey diye biliyorum." şeklindedir.

Katılımcılardan Hem8, psikolojik mahremiyet uygulamaları yerine bilişsel mahremiyet uygulamalarından bahsetmiştir. Katılımcı ifadesi "*Bence mesela o istemediği sürece birinci derece yakını bile bence kullandığı ilaçları bilmeyebilir ya da var olan hastalıklarını herkes bilmek zorunda değil. Hasta bunu dışarıda konuşmak isterse dışarıda, içeride kapalı şekilde konuşmak isterse içeride konuşulabilir."* şeklindedir.

Katılımcılardan Hek9, psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcı ifadesi *"Psikolojik mahremiyet deyince de aklıma çok bir şey gelmedi şu an ama…Geçebiliriz soruyu."* şeklindedir.

4.8.2. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması



Şekil 4.19: Psikolojik mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.19'da görüldüğü üzere psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ikinci alt başlığı olan psikolojik mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması kategorisi kendi ifadesine göre alanda uygulanması ve psikolojik mahremiyet uygulamaları olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

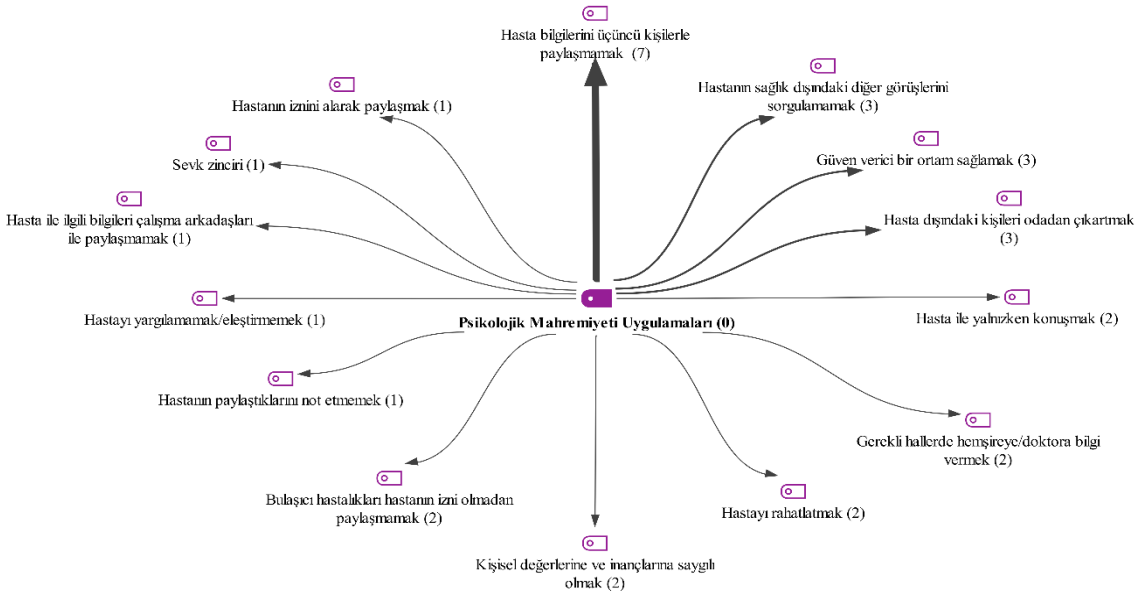
4.8.2.1. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması:

Tablo 4.15: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Psiklojik Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Kendi İfadesine Göre Alanda Uygulanması			0
Evet	8	9	17
Kısmen	1	1	2
Hayır	1		1
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.15'te görüldüğü üzere 8 hekim ve 9 hemşire/ebe (n=17, %85) katılımcı çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamaları uyguladıklarını ifade ederken, 1 hekim ve 1 hemşire/ebe katılımcı (n=2, %10) ise kısmen uygulayabildiklerini ifade etmiştir. 1 hekim katılımcı (n=1, %5) ise psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilmediğini ifade ettiği için uygulamıyor olarak değerlendirilmiştir.

4.8.2.1. Psikolojik mahremiyet uygulamaları:



Şekil 4.20: Psikolojik mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli

Şekil 4.20'de görüldüğü üzere psikolojik mahremiyet uygulamaları alt kodu kendi içerisinde 14 ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar; hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, hastanın sağlık dışındaki diğer görüşlerini sorgulamamak, güven verici bir ortam sağlamak, hasta dışındaki kişileri odadan çıkartmak, hasta ile yalnızken konuşmak, gerekli hallerde hemşireye/doktora bilgi vermek, hastayı rahatlatmak, kişisel değerlerine ve inançlarına saygılı olmak, bulaşıcı hastalıkları hastanın izni olmadan paylaşmamak, hastanın paylaştıklarını not etmemek, hastayı yargılamamak/eleştirmemek, hasta ile ilgili bilgileri çalışma arkadaşları ile paylaşmamak, sevk zinciri, hastanın iznini alarak paylaşmak şeklindedir. Katılımcılar hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalarda hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak uygulamasından daha yoğun bir şekilde bahsettikleri saptanmıştır. Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarınının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak***

"Yakınlarına anlatmamaya çalışırım." (Hek2, K, 32 y.)

"Yani kimsenin de tabi bundan sadece hasta hekim arasında kalacak şekilde gerekli tedbirleri ve uygulamaları yapıyorum yani. Tedbirler alıyorum." (Hek3, E, 40 y.)

"Hastanın paylaştığı hiçbir bilgiyi de kendi yakınları da dair hiç bir kimseyle paylaşmıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Şöyle zaten genelde gelen hastalarımızla konuşuyoruz. Onlarla konuşurken ayrı bir odada oluyoruz. Tabii ki aldığımız bilgilerden tutun da bunları gizli tutuyoruz. Sadece gerekirse doktor beyle iletişimde olup onunla paylaşıp hani hasta için ne yapabileceğimizi değerlendirip yine sadece hasta, doktor ve ebe olarak söyleyeyim aramızda bir üçgen şeklinde hallediyoruz bu işi." (Ebe2, K, 30 y.)

"Başka bilgilerini kimseyle paylaşmayız en önemlisi ya da insanların içinde konuşmayız." (Hem4, K, 41 y.)

*"Hastanın özel bir durumu olduğunda zaten biz bunu biliyoruz ve diğer hastaların yanında bunu konuşmamaya çalışıyoruz. Varsa da kapıyı kapatıp biz hastayla kendimiz konuşuyoruz. Bilgilerini kesinlikle diğer hastalarla paylaşmıyoruz." (*Hem6, K, 23 y.)

"Ya şöyle, kapı kapalı dediğim gibi. Kimsenin o hastalığın şikayetini, sonucunu vs. duymaması, onun etkilenmemesi adına olabilir. Bir HIV hastası olabilir, bunun

kimsenin bilmesini istemeyebilir. Sözel olarakta duyulmaması gerekir vs. Bu şekilde önlemler alınıyor. Bunlara da dikkat ediyoruz kurum olarak." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hastanın sağlık dışındaki diğer görüşlerini sorgulamamak***

"Şöyle görüşüp yani siyasi görüşünü, dini inancını ıı bu tarz hani kendisinin için özel olan bilgilerini sorgulamıyorum ya da kişiye ona göre bir tavır almıyorum. Bunlara dikkat ediyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Hastanın inancı, hastanın düşünceleri, hastanın dini şeyleri vs. bunlar yani bunlara dokunmayarak, çok da sorgulamayarak, oraya çok ilerlemeyerek şey yapıyoruz. Bizim önemli olan burada hastanın o şeylerine dokunmamak lazım. Yani neye inanıyorsa inansın, ne dini varsa var olsun. Doktorlukta, tıpta öyle bir ayrımcılık olmaması ve yani ona özen gösterilmesi. Böyle bir şekilde yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Yani genel olarak hasta hakları etiği olarak baktığımdaki kuralları, üniversitedeki aldığım teknik kuralları uyguluyorum. Onun dışında, yani eee kişinin sosyal olarak, kültürel olarak, eee herkese eşit olarak değerlendirip yaklaşıyorum. O şekilde uyguluyorum yani farklı bir uygulama olarak değil de her hasta, birey olarak yaklaşıyorum. Konunun kadın ve erkek olduğu veya hastalığın ne olup olmadığını fark etmeksizin karşımda bir hasta var ve bir birey olarak yaklaşıyorum. Kişinin dili, dini, ırkını fark etmeksizin sadece onu bir hasta olarak bakabileceğimiz, baktığımızı kapsıyordu. Eee bu her türlü muayenede, vajinal muayene olabilir, batın muayenesi olabilir veya bir göz muayenesi dahi olsa kişinin kimliği, kendisinin seçemediği veya seçtiği herhangi bir kim, bütün kimliklerden ekarte ederek onu sadece bir hasta olarak yaklaşımımız, dili olabilir dil olarak anlaşamasak dahi onu yadırgamadan yaklaşımı, onu rencide etmeden veya her türlü sadece bir hasta ve rahatsız olan bir hasta olarak yaklaşımı." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Güven verici bir ortam sağlamak***

"Yani hastanın rahat olduğunu hissettirmeye çalışıyoruz. Önce neler hissettiğini yani psikolojik anlamda bana geldiği zaman, gerçi ben psikiyatrise yönlendiriyorum ama, hani psikiyatriye gitmek istemiyor ya da benden bir beklentisi varsa da hani ilaç başlayacaksam da psikiyatrik açıdan bir anamnez alıyorum. İşte kendisini nasıl hissediyor, biraz daha açmaya çalışıyoruz. Uyku durumlarını falan soruyorum. Eğer yanında birisi varsa onu gönderiyorum yani ne bileyim eşi falan varsa hani eşine bakarak

konuşuyorsa vs. onu vücut dilinden anlamaya çalışıyorum. Genelde böyle tek alıp, tek konuşup o şekilde derinlemesine inmeye çalışıyorum sorularla." (Hek1, E, 40 y.)

"Psikolojik mahremiyeti yani dediğim gibi başka hiç kimsenin olmadığı, izole bir ortam sağlıyorum. Kendisini rahat hissedebileceği, ona acele ettirmeden hani ne anlatmak istiyorsa ya da neyle ilgili benle diyalogda bulunmak istiyorsa onunla ilgili izolasyon sağlıyorum." (Hek3, E, 40 y.)

"Aksi takdirde tabii ki şahsi olmalı ve kişinin bir şekilde güven duyması sağlanmalı yani bu fiziken, psikolojik olarak her durumda güven duyması sağlanmalı. Bu anlaşılıyor… Biraz sözel iletişimde biraz sözel dışı iletişimle biraz anlaşılıyor." (Hek4, K, 28 y.)

- ***Hasta dışındaki kişileri odadan çıkartmak***

"Eğer yanında birisi varsa onu gönderiyorum yani ne bileyim eşi falan varsa hani eşine bakarak konuşuyorsa vs. onu vücut dilinden anlamaya çalışıyorum. Genelde böyle tek alıp, tek konuşup o şekilde derinlemesine inmeye çalışıyorum sorularla." (Hek1, E, 40 y.)

"Psikolojik mahremiyeti yani dediğim gibi başka hiç kimsenin olmadığı, izole bir ortam sağlıyorum." (Hek3, E, 40 y.)

"Hastayla birebir özel olarak görüşüyorum. Başka birisinin içeri girmesini kesinlikle istemiyorum." (Hek10, K, 51 y.)

- ***Hasta ile yalnızken konuşmak***

"Başkalarının yanında soru sormayız. Özelken, yalnızken soru sorarız." (Hem4, K, 41 y.)

"Hastanın özel bir durumu olduğunda zaten biz bunu biliyoruz ve diğer hastaların yanında bunu konuşmamaya çalışıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Gerekli hallerde hemşireye/doktora bilgi vermek***

"İşte gerekli gördüğüm durumlarda hemşiremin mutlaka bilgisi dahilinde olması gereken konularsa ona söylemeye çalışırım." (Hek2, K, 32 y.)

"Sadece gerekirse doktor beyle iletişimde olup onunla paylaşıp hani hasta için ne yapabileceğimizi değerlendirip yine sadece hasta, doktor ve ebe olarak söyleyeyim aramızda bir üçgen şeklinde hallediyoruz bu işi." (Ebe2, K, 30 y.)

- ***Hastayı rahatlatmak***

"Az önce dediğim gibi hastaya pansuman yapınca onu önceden hazırlarım psikolojik olarak rahatlaması için. Çünkü hasta çekingen olarak gelir bana ve bunu hissederim ben hastadan ve onu rahatlatırım. Çekinmemesi gerektiğini söylerim. Bu bir tıp işlemi yapmamız gerektiğini, kendi sağlığı açısından olması gerektiğini anlatırım. Bu şekilde rahatlatırım hastamı ben." (Hem2, K, 47 y.)

"Şöyle aslında, üzüntülü bir anı oluyorsa eğer, onunla ilgili çok onun üstüne gitmemeye çalışıyorum. Eğer rahatlatacak bir şey olursa onunla hakkında konuşmaya çalışıyorum." (Hem5, K, 24 y.)

- ***Kişisel değerlerine ve inançlarına saygılı olmak***

"Şöyle diyebilirim: Evet, hastanın inancı, hastanın düşünceleri, hastanın dini şeyleri vs. bunlar yani bunlara dokunmayarak, çok da sorgulamayarak, oraya çok ilerlemeyerek şey yapıyoruz. Bizim önemli olan burada hastanın o şeylerine dokunmamak lazım. Yani neye inanıyorsa inansın, ne dini varsa var olsun. Doktorlukta, tıpta öyle bir ayrımcılık olmaması ve yani ona özen gösterilmesi. Böyle bir şekilde yapıyoruz." (Hek6, E, 28 y.)

"Psikolojik olarak da işte dini duyguları olsun, inanışları olsun, kendisi için değerli olarak gördüğü şeylere karşı olsun saygılı davranmalıyız. İnançlarını eleştirmemeliyiz ya da işte mesela bize bir uygulamadan bahsetti. Dedi ki "Ben böyle olduğuna inanıyorum, onun için işte bunu yapıyorum" dediğinde "Aaa, o öyle olur mu? Neden yapıyorsun?" gibi böyle eleştirel bir dille, "sen" diliyle böyle yaklaşmamamız gerekiyor hastaya. Bu anlamda rahatsız edici, onun kendisini kötü hissedici, tedirgin edici yaklaşımlarda bulunmamamız gerekiyor." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Bulaşıcı hastalıkları hastanın izni olmadan paylaşmamak***

"...ama daha özel bir şeyse mesela şizofreni olur, eee AIDS olur. Bu tür vakalar çok fazla gelmiyor ama yanında birisi varsa onu gönderip o şekilde teşhis tedavisini anlatırdım." (Hek1, E, 40 y.)

"Kimsenin o hastalığın şikayetini, sonucunu vs. duymaması, onun etkilenmemesi adına olabilir. Bir HIV hastası olabilir, bunun kimsenin bilmesini istemeyebilir. Sözel olarakta duyulmaması gerekir vs. Bu şekilde önlemler alınıyor. Bunlara da dikkat ediyoruz kurum olarak." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hastanın paylaştıklarını not etmemek***

"Herhangi bir şekilde paylaşılanları not olarak almıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

- ***Hastayı yargılamamak/eleştirmemek***

"Hastayı yargılamadan, yapılan işlem hakkında bilgi vererek, hastanın yanlış yaptığı uygulamalar hakkında yargılayıcı konuşmadan, hastayı anlayışla karşılayarak, eksik olan bilgilerini tamamlayarak." (Hem3, K, 37 y.)

- ***Hasta ile ilgili bilgileri çalışma arkadaşları ile paylaşmamak***

"Onun dışında arkadaşlarımla bunun muhabbetini yapmam. Bu şekilde yapabildiklerim belki de." (Hek2, K, 32 y.)

- ***Sevk zinciri***

"Önce neler hissettiğini yani psikolojik anlamda bana geldiği zaman, gerçi ben psikiyatrise yönlendiriyorum." (Hek1, E, 40 y.)

- ***Hastadan izin alarak paylaşmak***

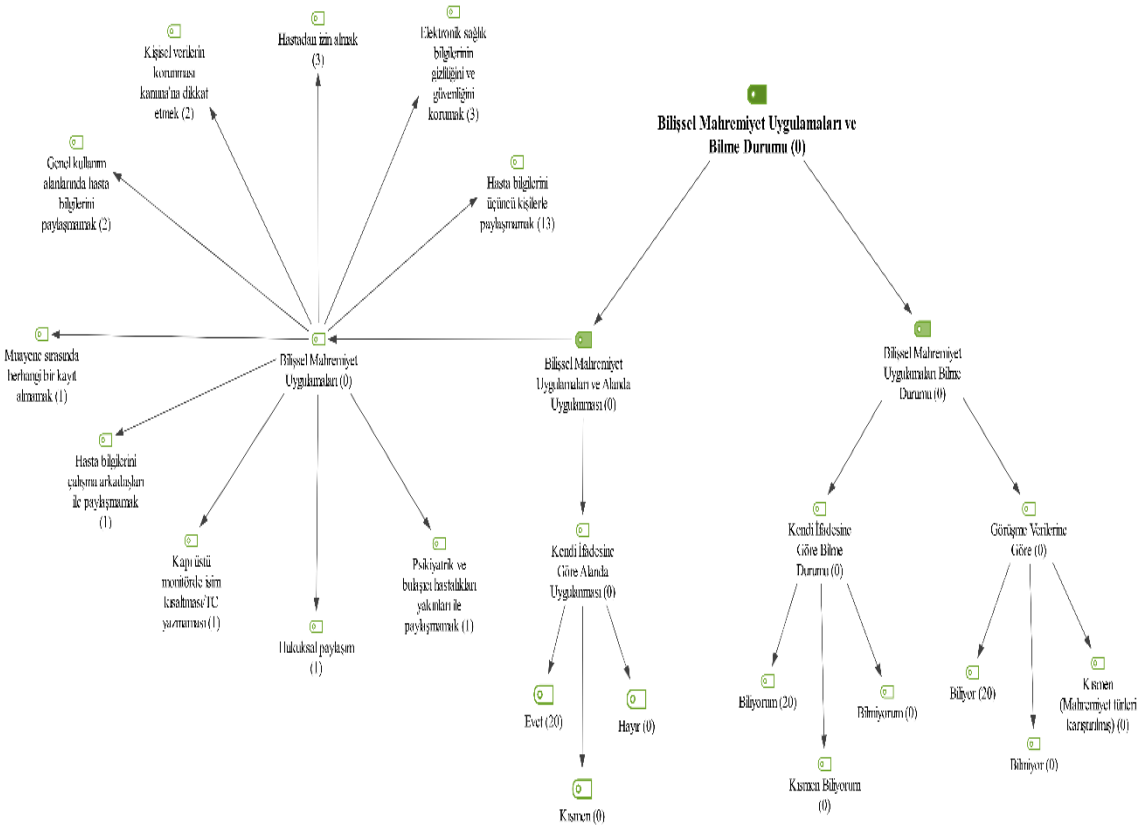
"Yani şu şekilde olabilir belki…Kişi kendi bilgilerini yanındaki eşi daha iyi olsa ya da annesi, babası bile olsa paylaşmak istemeyebilir. Bizim de paylaşmamız gerekebilir. Hani bununla ilgili kendinden izin alarak eee yanında birileri varsa bu bilgiler paylaşılabilir." (Hek4, K, 28 y.)

Tablo 4.16: Katılımcı ünvanına göre psikolojik mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Psiklojik Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları			0
Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak	3	4	7
Hastanın sağlık dışındaki diğer görüşlerini sorgulamamak	3		3
Güven verici bir ortam sağlamak	3		3
Hasta dışındaki kişileri odadan çıkartmak	3		3
Hasta ile yalnızken konuşmak		2	2
Gerekli hallerde hemşireye/doktora bilgi vermek	1	1	2
Hastayı rahatlatmak		2	2
Kişisel değerlerine ve inançlarına saygılı olmak	1	1	2
Bulaşıcı hastalıkları hastanın izni olmadan paylaşmamak	1	1	2
Hastanın paylaştıklarını not etmemek	1		1
Hastayı yargılamamak/eleştirmemek		1	1
Hasta ile ilgili bilgileri çalışma arkadaşları ile paylaşmamak	1		1
Sevk zinciri	1		1
Hastadan izin alarak paylaşmak	1		1
TOPLAM	19	12	31

Tablo 4.16'da görüldüğü üzere hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, hekim katılımcılar hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, hastanın sağlık dışındaki diğer görüşlerini sorgulamamak, güven verici ortam sağlamak ve hasta dışındaki kişileri odadan çıkartmak uygulamaları hakkında daha yoğun görüş bildirirken, hemşire/ebe katılımcılar ise hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak uygulaması hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir.

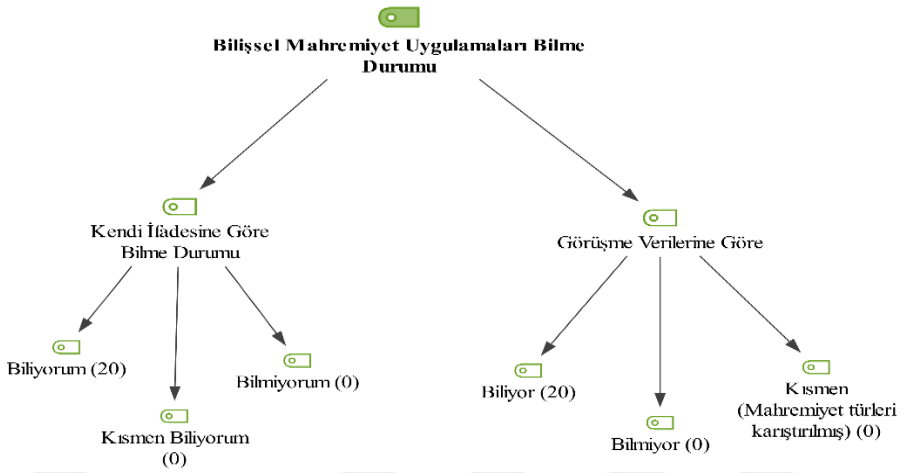
4.9. BİLİŞSEL MAHREMİYET UYGULAMALARI VE BİLME DURUMU TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.21: Bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.21'de görüldüğü üzere bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu teması 2 alt kod altında incelenmiştir. Bunlar bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu ve bilişsel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklindedir.

4.9.1. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu



Şekil 4.22: Bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.22'de görüldüğü üzere bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ilk alt başlığı olan bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kategorisi kendi ifadesine göre bilme durumu ve görüşme verilerine göre bilme durumu olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

4.9.1.1. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını kendi ifadesine göre bilme durumu:

Tablo 4.17: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Kendi İfadesine Göre Bilme Durumu			0
Biliyorum	10	10	20
Kısmen Biliyorum			0
Bilmiyorum			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.17'de görüldüğü üzere hem hekim ve hem hemşire/ebe katılımcıların tamamı (n=20, %100) bilişsel mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların ünvanlarına göre verdikleri cevapların paralel olduğu görülmektedir.

4.9.1.2. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını görüşme verilerine göre bilme durumu:

Tablo 4.18: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları Bilme Durumu			0
Görüşme Verilerine Göre			0
Biliyor	10	10	20
Bilmiyor			0
Kısmen (Mahremiyet türleri karıştırılmış)			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.18'de görüldüğü üzere katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamaları hakkında sorulan soruya verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Hem hekim katılımcıların hem de hemşire/ebe katılımcıların tamamının (n=20, %100) soruya doğru yanıt verdiği görülmektedir.

Katılımcıların görüşme verilerine göre bilişsel mahremiyet uygulamaları bilme kategorisi hakkında doğru yanıt veren katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Bilgi mahremiyeti, yani hepsi şeye hepsi bilgisayara kayıtlı. Bilgisayarda da yani kimse göremez. Aynı programı kullanan hemşire ve ben görebiliyoruz. Yani diğer hekim arkadaşlarımın bile giremeyeceği bir sistem. Üçüncü bir kişiye falan da söylemeyiz. Yani laboratuvar sonuçlarını bile ben üçüncü bir kişiye verme taraftarı değilim. Buna özen gösteriyorum. Hani mesela gebelik tahlili yaptırır. Başka bir üçüncü kişi geldiği zaman hani bilgilendiriyorum kendisi gelsin falan diye. Bunlara dikkat ediyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"Bilgi mahremiyetini yani şöyle söyleyebilirim; her bir hastanın sonuçlarını tahlil sonuçlarını veya başka bir şeyini başka bir hasta yakınına olsun mümkün olduğunca vermemeye çalışıyorum. Mümkün olduğunca gerçekten yakın olduğunu hele

düşünmüyorsam kesinlikle vermiyorum. Özellikle gebeliktir, farklı şeylerdir. Onu mutlaka şey yapmıyorum, yani hasta olmadan söylemiyorum." (Hek2, K, 32 y.)

"Yani hastanın bilgileri sadece bende kalıyor. Yani benim sistemimde onun için kimse göremiyor. Sadece Ulusal Sağlık Sistemiyle bizim aramızda. Bilgi olarak muayene bulgularını da aynı şekilde sadece kendi sistemimde kalıyor veyahut da anlatacağı veya bir sistemde veyahut da kayıtlarımda olması gereken şey sadece bende kalıyor zaten, başka kimse göremiyor." (Hek3, E, 40 y.)

"Bilgi mahremiyeti olarak tetkik sonuçlarının bence kişisel paylaşımı önemli. Zaten bu KVKK ile ilgili de gerçekten her anlamda çok dikkat etmemiz gerekiyor. Başka aklıma gelen bir şey yok." (Hek4, K, 28 y.)

"Hastanın bilgilerini istemediği üçüncü kişilerle paylaşmıyorum. Ancak hani ailesinden istediği bir kişi olursa onunla paylaşıyorum ya da hukuki bir süreç olursa savcılık kararı varsa eğer o şekilde paylaşıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Hastanın mesela çağrılacağı zaman bilgisayar ortamında her şey elektronik, her şey teknolojide. Kapı üstü monitörde mesela full ismi geçmemesi, isim harflerle kısaltarak geçmesi, T.C.'sinin tamamen orada geçmemesi, yazmaması, yarı yarı gibi olması, hastayı çağırırken bir tek isim kullanarak, içeri girdiği zamanda da bunu doğrulatmak yani tekrar sormak ya da T.C.'sinin tamamını söyletmek, bazen son 3 harf, TC'nin son 3 hanesini sormak vs." (Hek6, E, 28 y.)

"Zaten bilgi dediğim gibi bir kısmı bize ait, bir kısmı da hastaya ait. Biz burada girdiğimiz bilgiler, örnek olarak boy kilosunu bizim hemşire hanım da görebilir. Çünkü onların sistemi de açık. Hastalık tanımlarını da görebiliyor hastanın yani o kısmı Sağlık Bakanlığı açık bırakmış. Ama bir kısım bilgiler var ki şey herkes görebilir. Yani ben mesela aile hekimi olarak görebildiğim bölüm var. Yani onu kapatmazsam herkes görecek. Yani herkes e- nabızına girdiği an o kişinin bilgilerini görecek. Bir kısmı biz de olan bölüm benle hemşiremiz sadece görebiliriz. Ama gerisi hastanın kendisine kalmış. Yani onu şifrelese biz de göremeyiz. İlla burada oturmuşken biz ona söyleriz ki bir şifre gönderdim. Şifreyi bize söylerse biz görebiliyoruz. Yoksa onu da biz göremiyoruz. Yani e-nabıza bağlı hepsi." (Hek7, E, 31 y.)

"Yani bilgilerin kişisel olduğunu başka doktorlar dahi olsa paylaşılmaması gerektiğini bunu hem biliyoruz hem de uyguluyoruz." (Hek8, K, 28 y.)

*"Hastalarımızı sonuçta aile sağlığı merkezleri tamamlayıcı sağlık hizmeti vermekte. Hastaların daha çok bilinçlenmesi, bilgilenmesi amacıyla kurulmuş bir konsept. Olması gereken şey o aslında. Her ne kadar o şekilde devam etmese bile. Tabii ki hastaların aile sağlığı merkezlerinde konularla ilgili bilgi alması, bilgi alışverişi muhakkak bir mahremiyet gerektiriyor ki bunu sağlamak için de elimizden geleni yapmaya çalışıyoruz. Basit gibi görünse de bir tahlil sonucu bile hastanın kendisi dışında başkasına verilmemeli. Muayene bilgisi başka biriyle paylaşılmamalı." (*Hek9, E, 40 y.)

"Hastanın onayı olmadığı sürece hiç bir şekilde reçete ve tahlil sonuçlarını kendi yakınıyla da paylaşmıyorum. Ancak hastanın onayı varsa ve hastanın gelme şartları o an için uygun değilse eee özellikle tedavi ve tahlil sonuçlarında birinci derecede yakınına teslim ediyorum. Hastanın onayını almadan hiç bir şekilde hiç kimseye bu konuyla ilgili herhangi bir bilgi vermiyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında işte hiç kimse ile verilerinin hasta dışında hiç bir veriyi, hiç bir bilgisinin paylaşılmaması, amacının dışında kullanılmaması gerektiği ile ilgili hassasiyeti göstermeye çalışıyoruz. Böyle olması gerektiğini düşünüyorum." (Ebe1, K, 39 y.)

"Aldığımız bilgiler zaten sadece kendi sistemimizde. Kendi zaten kişisel veri girişlerimiz var. O şekilde sisteme kayıtlarını yapıyoruz. Sadece doktor bey ve ben görebiliyorum bu kayıtları. Onun dışında, hatırlamıyorum başka bir şey." (Ebe2, K, 30 y.)

"Hiç bir hastanın bilgilerini hani sağlıkçı olarak kendi aramızda da konuşmayız, başka hastalara bilgi vermeyiz. Sadece hasta ve bizim aramızda kalır. Genelde bu tarza yönelik yapıyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"Yani hastamız genelde bilgi için şöyle bilgi alır, alabilirler. Mesela herhangi bir testin yapılmasını ister. Mesela HIV diyelim ve bunun bilinmemesini ister. Bunu aşağı yukarı biz sağlıkçılar hemen hemen hepimizin bildiğini düşünüyorum. Tabi bu benim görüşüm ve bunu gizli tutarız. İşte yapılıp yapılmayacağı hakkında bilgi alır hasta bizden ve o bilgiyi kapıyı kapatarak dışarıdaki insanların duymaması şeklinde anlatırım." (Hem2, K, 47 y.)

"Yani şöyle kişisel bilgilerini ve verilerini hiçbir şekilde paylaşmamaya, ekran kaydı alınmamasına, ses kaydı alınmamasına, görüntü kaydı alınmamasına dikkat ediyoruz. Bunları yapıyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

*"Kan tahlilleri mesela hangi kan tahlilleri yapıldığına dair hani mesela bulaşıcı hastalık mı ya da başka bir şey mi diye. Hasta bilgi vermek istemiyorsa hiçbir şeyi, söylemiyoruz ya da uygulamıyoruz, yapmıyoruz." (*Hem4, K, 41 y.)

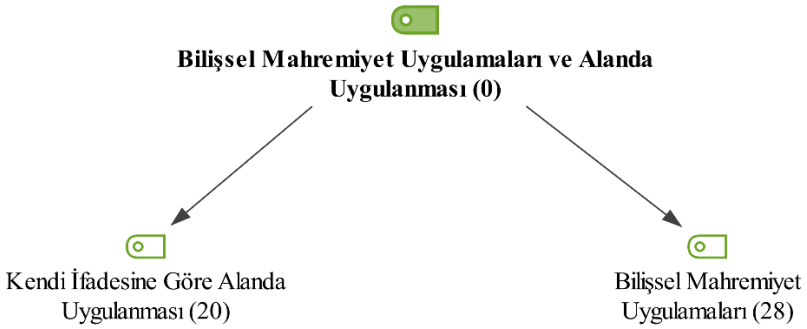
"Bilgileri sadece kendime ait saklıyorum. Tamamen koruyarak davranıyorum aslında. Yani başka insanlara şey yapmadan. Bu şekilde…" (Hem5, K, 24 y.)

"Mesela dışarıda, kapının önünde olsun, bahçede ya da koridorlarda hastanın özel bilgilerini konuşmuyoruz. Eğer bir şey varsa hekimlerle ya da bizim kendi aramızda özel konuşuyoruz. Diğer hastalar bunu duymasını istemez, kimse istemez böyle bir durumu. Biz de bu şekilde uyguluyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Mesela sesli olarak bir şekilde kendimizle konuşurken bile hasta hakkında, yanımızda birinin olmaması, asansörde, koridorda, ortak alanlarda bilgi paylaşımı yapılmaması hastalarla alakalı." (Hem7, K, 27 y.)

"Hastaların bilgileri zaten hasta istemediği sürece hiçbir şekilde yakınlarına verilmez. Kullandığı ilaçlar olsun, hastalıkları ile alakalı detaylı bilgi olsun. Hiçbir şekilde hasta istemediği sürece hasta yakınlarına veya dışarıdan herhangi birine bu bilgi zaten verilmez." (Hem8, K, 26 y.)

4.9.2. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması



Şekil 4.23: Bilişsel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.23'te görüldüğü üzere bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu temasının ikinci alt başlığı olan bilişsel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması kategorisi kendi ifadesine göre alanda uygulanması ve bilişsel mahremiyet uygulamaları olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

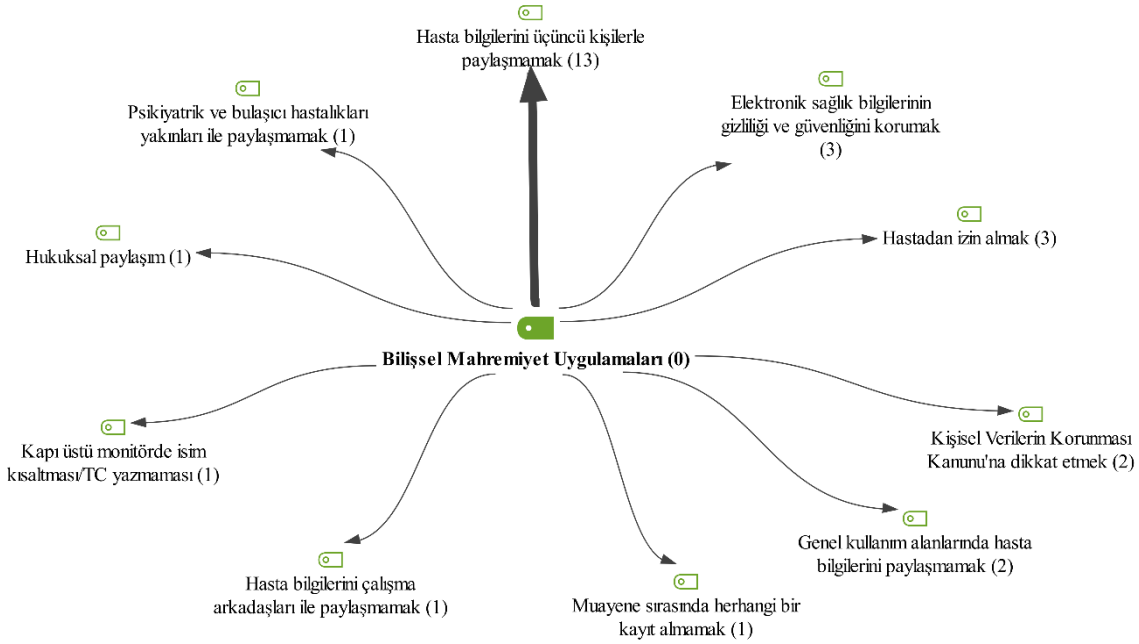
4.9.2.1. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması:

Tablo 4.19: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları kendi ifadesine göre alanda uygulanması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Kendi İfadesine Göre Alanda Uygulanması			0
Evet	10	10	20
Kısmen			0
Hayır			0
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.19'da görüldüğü üzere hem hekim ve hem hemşire/ebe katılımcıların tamamının (n=20, %100) çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamaları uyguladıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

4.9.2.1. Bilişsel mahremiyet uygulamaları:



Şekil 4.24: Bilişsel mahremiyet uygulamalarına ilişkin kod-alt kod bölümler modeli

Şekil 4.24'te görüldüğü üzere bilişsel mahremiyet uygulamaları alt kodu kendi içerisinde 10 ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar; hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, elektronik sağlık bilgilerinin gizliliği ve güvenliğini korumak, hastadan izin almak, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na dikkat etmek, genel kullanım alanlarında hasta bilgilerini paylaşmamak, muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak, hasta bilgilerini çalışma arkadaşları ile paylaşmamak, kapı üstü monitörde isim kısaltması/T.C. yazmaması, hukuksal paylaşım, psikiyatrik ve bulaşıcı hastalıkları yakınları ile paylaşmamak şeklindedir. Katılımcıların hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalarda hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak uygulamasından daha yoğun bir şekilde bahsettikleri saptanmıştır. Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarınının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak***

"Üçüncü bir kişiye falan da söylemeyiz. Yani laboratuvar sonuçlarını bile ben üçüncü bir kişiye verme taraftarı değilim. Buna özen gösteriyorum. Hani mesela gebelik

tahlili yaptırır. Başka bir üçüncü kişi geldiği zaman hani bilgilendiriyorum kendisi gelsin falan diye. Bunlara dikkat ediyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

"Bilgi mahremiyetini yani şöyle söyleyebilirim; her bir hastanın sonuçlarını tahlil sonuçlarını veya başka bir şeyini başka bir hasta yakınına olsun mümkün olduğunca vermemeye çalışıyorum. Mümkün olduğunca gerçekten yakın olduğunu hele düşünmüyorsam kesinlikle vermiyorum. Özellikle gebeliktir, farklı şeylerdir. Onu mutlaka şey yapmıyorum, yani hasta olmadan söylemiyorum." (Hek2, K, 32 y.)

"Yani hastanın bilgileri sadece bende kalıyor. Yani benim sistemimde onun için kimse göremiyor." (Hek3, E, 40 y.)

"Bilgi mahremiyeti olarak tetkik sonuçlarının bence kişisel paylaşımı önemli." (Hek4, K, 28 y.)

"Hastanın bilgilerini istemediği üçüncü kişilerle paylaşmıyorum. Ancak hani ailesinden istediği bir kişi olursa onunla paylaşıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Yani bilgilerin kişisel olduğunu başka doktorlar dahi olsa paylaşılmaması gerektiğini bunu hem biliyoruz hem de uyguluyoruz." (Hek8, K, 28 y.)

"Hastanın onayı olmadığı sürece hiç bir şekilde reçete ve tahlil sonuçlarını kendi yakınıyla da paylaşmıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında işte hiç kimse ile verilerinin hasta dışında hiç bir veriyi, hiç bir bilgisinin paylaşılmaması, amacının dışında kullanılmaması gerektiği ile ilgili hassasiyeti göstermeye çalışıyoruz. Böyle olması gerektiğini düşünüyorum." (Ebe1, K, 39 y.)

"Hiç bir hastanın bilgilerini hani sağlıkçı olarak kendi aramızda da konuşmayız, başka hastalara bilgi vermeyiz. Sadece hasta ve bizim aramızda kalır. Genelde bu tarza yönelik yapıyoruz. Dediğim gibi yaşı olur, hastalığı olur, geçirdiği başka bir hastalıklar olur… Yani sıkıntıları neyse ona göre." (Hem1, K, 23 y.)

"Yani hastamız genelde bilgi için şöyle bilgi alır, alabilirler. Mesela herhangi bir testin yapılmasını ister. Mesela HIV diyelim ve bunun bilinmemesini ister. Bunu aşağı yukarı biz sağlıkçılar hemen hemen hepimizin bildiğini düşünüyorum. Tabi bu benim görüşüm ve bunu gizli tutarız. İşte yapılıp yapılmayacağı hakkında bilgi alır hasta bizden

ve o bilgiyi kapıyı kapatarak dışarıdaki insanların duymaması şeklinde anlatırım." (Hem2, K, 47 y.)

"Yani şöyle kişisel bilgilerini ve verilerini hiçbir şekilde paylaşmamaya, ekran kaydı alınmamasına, ses kaydı alınmamasına, görüntü kaydı alınmamasına dikkat ediyoruz. Bunları yapıyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

"Bilgileri sadece kendime ait saklıyorum. Tamamen koruyarak davranıyorum aslında. Yani başka insanlara şey yapmadan. Bu şekilde…" (Hem5, K, 24 y.)

"Hastaların bilgileri zaten hasta istemediği sürece hiçbir şekilde yakınlarına verilmez. Kullandığı ilaçlar olsun, hastalıkları ile alakalı detaylı bilgi olsun. Hiçbir şekilde hasta istemediği sürece hasta yakınlarına veya dışarıdan herhangi birine bu bilgi zaten verilmez." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Elektronik sağlık bilgilerinin gizliliği ve güvenliğini korumak***

"Bilgi mahremiyeti, yani hepsi şeye hepsi bilgisayara kayıtlı. Bilgisayarda da yani kimse göremez. Aynı programı kullanan hemşire ve ben görebiliyoruz. Yani diğer hekim arkadaşlarımın bile giremeyeceği bir sistem. Üçüncü bir kişiye falan da söylemeyiz." (Hek1, E, 40 y.)

"Yani hastanın bilgileri sadece bende kalıyor. Yani benim sistemimde onun için kimse göremiyor. Sadece Ulusal Sağlık Sistemiyle bizim aramızda. Bilgi olarak muayene bulgularını da aynı şekilde sadece kendi sistemimde kalıyor veyahut da anlatacağı veya bir sistemde veyahut da kayıtlarımda olması gereken şey sadece bende kalıyor zaten, başka kimse göremiyor." (Hek3, E, 40 y.)

"Aldığımız bilgiler zaten sadece kendi sistemimizde. Kendi zaten kişisel veri girişlerimiz var. O şekilde sisteme kayıtlarını yapıyoruz. Sadece doktor bey ve ben görebiliyorum bu kayıtları. Onun dışında, hatırlamıyorum başka bir şey." (Ebe2, K, 30 y.)

- ***Hastadan izin almak***

"Hastanın bilgilerini istemediği üçüncü kişilerle paylaşmıyorum. Ancak hani ailesinden istediği bir kişi olursa onunla paylaşıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Ancak hastanın onayı varsa ve hastanın gelme şartları o an için uygun değilse eee özellikle tedavi ve tahlil sonuçlarında birinci derecede yakınına teslim ediyorum.

Hastanın onayını almadan hiç bir şekilde hiç kimseye bu konuyla ilgili herhangi bir bilgi vermiyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Hastaların bilgileri zaten hasta istemediği sürece hiçbir şekilde yakınlarına verilmez. Kullandığı ilaçlar olsun, hastalıkları ile alakalı detaylı bilgi olsun. Hiçbir şekilde hasta istemediği sürece hasta yakınlarına veya dışarıdan herhangi birine bu bilgi zaten verilmez." (Hem8, K, 28 y.)

- ***Kişisel Sağlık Verileri Kanunu'na dikkat etmek***

"Zaten bu KVKK ile ilgili de gerçekten her anlamda çok dikkat etmemiz gerekiyor. Başka aklıma gelen bir şey yok." (Hek4, K, 28 y.)

"Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında işte hiç kimse ile verilerinin hasta dışında hiç bir veriyi, hiç bir bilgisinin paylaşılmaması, amacının dışında kullanılmaması gerektiği ile ilgili hassasiyeti göstermeye çalışıyoruz. Böyle olması gerektiğini düşünüyorum." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Genel kullanım alanlarında hasta bilgilerini paylaşmamak***

"Mesela dışarıda, kapının önünde olsun, bahçede ya da koridorlarda hastanın özel bilgilerini konuşmuyoruz. Eğer bir şey varsa hekimlerle ya da bizim kendi aramızda özel konuşuyoruz. Diğer hastalar bunu duymasını istemez, kimse istemez böyle bir durumu. Biz de bu şekilde uyguluyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Mesela sesli olarak bir şekilde kendimizle konuşurken bile hasta hakkında, yanımızda birinin olmaması, asansörde, koridorda, ortak alanlarda bilgi paylaşımı yapılmaması hastalarla alakalı. Bunlar yapılabilir." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak***

"...ekran kaydı alınmamasına, ses kaydı alınmamasına, görüntü kaydı alınmamasına dikkat ediyoruz." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hasta bilgilerini çalışma arkadaşları ile paylaşmamak***

"Hiç bir hastanın bilgilerini hani sağlıkçı olarak kendi aramızda da konuşmayız." *(*Hem1, K, 23 y.)

- ***Kapı üstü monitörde isim kısaltması/T.C. yazmaması***

"Hastanın mesela çağrılacağı zaman bilgisayar ortamında her şey elektronik, her şey teknolojide. Kapı üstü monitörde mesela full ismi geçmemesi, isim harflerle kısaltarak geçmesi, T.C.'sinin tamamen orada geçmemesi, yazmaması, yarı yarı gibi olması, hastayı çağırırken bir tek isim kullanarak, içeri girdiği zamanda da bunu doğrulatmak yani tekrar sormak ya da T.C.'sinin tamamını söyletmek, bazen son 3 harf, T.C.'nin son 3 hanesini sormak vs." (Hek6, E, 28 y.)

- ***Hukuksal paylaşım***

"...ya da hukuki bir süreç olursa savcılık kararı varsa eğer o şekilde paylaşıyorum." (Hek5, K, 37 y.)

- ***Psikiyatrik ve bulaşıcı hastalıkları yakınları ile paylaşmamak***

"...ama daha özel bir şeyse mesela şizofreni olur, eee AIDS olur. Bu tür vakalar çok fazla gelmiyor ama yanında birisi varsa onu gönderip o şekilde teşhis tedavisini anlatırdım." (Hek1, E, 40 y.)

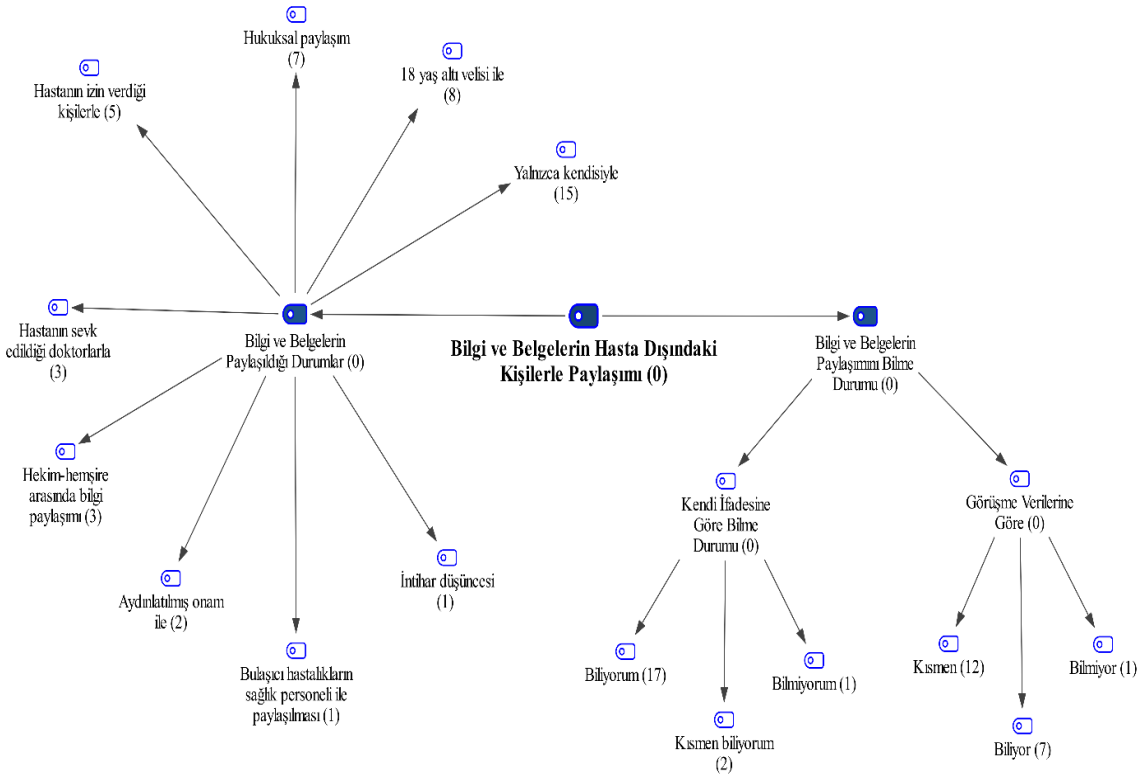
Tablo 4.20: Katılımcı ünvanına göre bilişsel mahremiyet uygulamaları kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu			0
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Alanda Uygulanması			0
Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları			0
Hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak	7	6	13
Elektronik sağlık bilgilerinin gizliliği ve güvenliğini korumak	2	1	3
Hastadan izin almak	2	1	3
Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na dikkat etmek	1	1	2
Genel kullanım alanlarında hasta bilgilerini paylaşmamak		2	2
Muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak		1	1
Hasta bilgilerini çalışma arkadaşları ile paylaşmamak		1	1
Kapı üstü monitörde isim kısaltması/TC yazmaması	1		1
Hukuksal paylaşım	1		1
Psikiyatrik ve bulaşıcı hastalıkları yakınları ile paylaşmamak	1		1
TOPLAM	15	13	28

Tablo 4.20'de görüldüğü üzere hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak uygulaması hakkında yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri

görülmektedir. Katılımcıların ünvanlarına göre verdikleri cevapların paralel olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını ayrıntılı bir şekilde değerlendirdikleri ve bilişsel mahremiyet uygulamalarına oldukça önem verdikleri saptanmıştır.

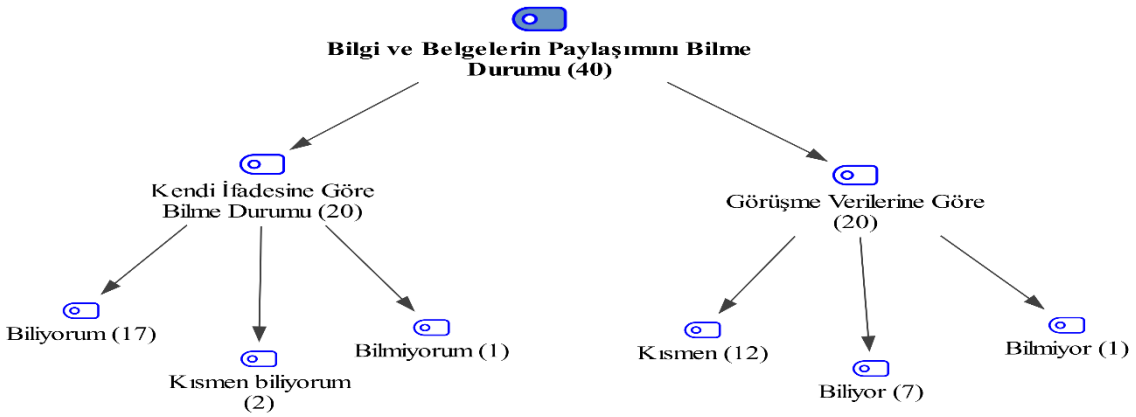
4.10. BİLGİ VE BELGELERİN HASTA DIŞINDAKİ KİŞİLERLE PAYLAŞIMI TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.25: Bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı temasına ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.25'te görüldüğü üzere bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı teması 2 alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu ve bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar şeklindedir.

4.10.1. Bilgi ve Belgelerin Paylaşımını Bilme Durumu



Şekil 4.26: Bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu alt koduna ilişkin hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.26'da görüldüğü üzere bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı temasının ilk alt başlığı olan bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu kategorisi kendi ifadesine göre bilme durumu ve görüşme verilerine göre bilme durumu olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

4.10.1.1. Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını kendi ifadesine göre bilme durumu:

Tablo 4.21: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu kendi ifadesine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilgi ve Belgelerin Hasta Dışındaki Kişilerle Paylaşımı			0
Bilgi ve Belgelerin Paylaşımını Bilme Durumu			0
Kendi İfadesine Göre Bilme Durumu			0
Biliyorum	8	9	17
Kısmen biliyorum	1	1	2
Bilmiyorum	1		1
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.21'de görüldüğü üzere 8 hekim ve 9 hemşire/ebe (n=17, %85) katılımcı teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini bildiğini ifade ederken, 1 hekim ve 1 hemşire/ebe

(n=2, %10) katılımcı kısmen bildiğini ifade ettiği saptanmıştır. Hekim katılımcılardan biri (n=1, %5) ise soruyu bilmediğini ifade etmiştir.

4.10.1.2. Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını görüşme verilerine göre bilme durumu:

Tablo 4.22: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu görüşme verilerine göre kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilgi ve Belgelerin Hasta Dışındaki Kişilerle Paylaşımı			0
Bilgi ve Belgelerin Paylaşımını Bilme Durumu			0
Görüşme Verilerine Göre			0
Kısmen	5	7	12
Biliyor	4	3	7
Bilmiyor	1		1
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.22'de görüldüğü üzere katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu hakkında sorulan soruya verdikleri cevaplar katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, 4 hekim ve 3 hemşire/ebe (n=7, %35) katılımcının soruya doğru yanıt verdiği, 5 hekim ve 7 hemşire/ebe (n=12, %60) katılımcının kısmen doğru yanıt verdiği, 1 hekim (n=1, %5) katılımcının ise sorunun cevabını bilmediği görülmektedir.

Katılımcıların görüşme verilerine göre bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini bilme durumu kategorisi hakkında doğru yanıt veren katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"On sekiz yaş altı zaten annesiyle geliyor, velisiyle beraber geliyor ama 18 yaş üstü hani yanında birisi varsa çok yani normal gündelik bir şeyse, teşhisse ne bileyim üst solunum yolu enfeksiyonu vs. bir sakınca görmüyorum yanında birisi gelmişse. Hani teke tek aslında bir şey yapmıyoruz; tedavisini teşhisini anlatıyorum ama daha özel bir şeyse mesela şizofreni olur, eee AIDS olur. Bu tür vakalar çok fazla gelmiyor ama yanında birisi varsa onu gönderip o şekilde teşhis tedavisini anlatırdım. Ancak talep etmesi halinde işte Sağlık Müdürlüğü'nden vs. bir yerden talep ediliyorsa hani yazılı olarak istiyoruz hani böyle bir şey ancak o şartlarda paylaşılır." (Hek1, E, 40 y.)

"Sadece ben de, benim birimimde kalıyor. Ben gitsem de benim birimime gelen doktor görebilir. Ayrıca şey sadece savcılık yazısı olursa yani resmi bir yazı savcılıktan gelirse o şekilde paylaşıyorum. Başka türlü herhangi bir polis dahi olsa elinde yazı yoksa paylaşmam." (Hek3, E, 40 y.)

"Hastanın istediği kişilerle paylaşılması gerektiğini düşünüyorum. En yakını bile olsa eşi olur, annesi, babası olur. Onlarla hasta istemiyorsa eğer, hiçbir bilgisini tanı ya da tedavi yöntemini paylaşmayı uygun bulmuyorum ya da hukuki bir süreç olursa dediğim gibi savcılıkla paylaşılabilir resmi bir yazı varsa eğer." (Hek5, K, 37 y.)

"Hastaya ait evrak, ona özel dosya ya da evrak diyelim. Formların başka kişilere verilmesi, en basitinden bir tahlil sonucunun bile. Basit gibi görünse de bir tahlil sonucu bile hastanın kendisi dışında başkasına verilmemeli. Muayene bilgisi başka biriyle paylaşılmamalı. Yani bu çok önemli. Bunun dışında bu bilgilerin paylaşılacağı merciler var tabii ki. Bu da özel yazı ile, mahkeme ile ya da farklı bir kurum aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Onun dışında bu bilgilerin başkalarına aktarılması mahremiyeti ihlaline girer diye düşünüyorum." (Hek9, E, 40 y.)

"Eğer hukuki olarak bir izni vs.'si varsa, bir yerden alınmış bir belgesi, buna izin verebilecek merciler tarafından alınmış bir belgesi varsa o şekilde paylaşılabilir. Bir de kişi eğer 18 yaşından büyük değilse velisi ile paylaşılabilir kim eğer ona şey yapıyorsa vekalet ediyorsa o kişiyle paylaşılabilir bilgiler." (Ebe1, K, 39 y.)

"Şöyle genelde zaten hani bizim Asm'lerde doktor sonuçları görüyor artı olarak hemşireler görüyor. Hani diyelim olağan dışı bir olay olmadıkça hani polis bir izin belgesi gibi bir şey olmadıkça sadece sağlıkçılar arasında kalıyor. Ama dediğim gibi bir olay içerisinde olduysa, bir polis gibi bir şey devreye girdiyse, bir yazılı da belgesi varsa onlarla belki mecbur paylaşabiliriz. Onun dışında paylaşılmaması gerektiğini biliyorum." (Hem1, K, 23 y.)

"Yani mesela hemşire olarak düşünürsek ben hastada gördüğüm herhangi bir olumsuz durumu doktorumla paylaşabilirim. Onun dışında eğer hasta da izin verirse ya da herhangi bir sevk durumu olursa farklı hastanelerde farklı sağlık birimlerindeki doktorlarla paylaşılabilir. Beyaz kod gibi bir durum olursa ancak savcılıktan izin verilerek polislerle vs. paylaşılabilir. O şekilde…" (Hem8, K, 26 y.)

Katılımcıların görüşme verilerine göre bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini bilme durumu kategorisi hakkında sorulan soruya verilen cevaplarda hukuksal boyut bağlamına değinmeyen katılımcılar kısmen biliyor olarak değerlendirilmiştir. Katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Onam alırken birinci derece yakınından alınmalı. Öncelikle tabii ki kendisinden. Eğer kendisinden bu durum işte fiziken ya da işte ruhen bunu kendisi beyan edemeyecek durumdaysa birinci derecede bir yakınından alınabilir. Anne, baba, eş, çocuklar. Biliyorum diyemiyorum ama ben şöyle yapıyorum: kişiyle kendisiyle paylaşıyorum. Eğer isterse eeee başkasıyla paylaşılabilir, izni varsa. Mesela bulaşıcı bir hastalık ya da toplum sağlığını etkileyen bir durum varsa bence paylaşılmalı. Eşiyle paylaşılabilir. Çünkü bazen hani cinsel yolla bulaşan hastalıklarda karşıyıda yani partneri de tedavi etmek gerekiyor. Eğer mesela solunum yoluyla bulaşan bulaşıcı bir hastalıkta ev halkını bence bilgilendirmek ve onlara da koruyucu sağlık tedavi uygulamak gerekiyor. Bu şekilde…" (Hek4, K, 28 y.)

"Normalde şöyle bir şey yani asla hastanın yani onamı olmadan yani onayı olmadan hiç kimseyle paylaşılmaması gerekiyor hastanın şeyleri. Gerektiğinde çalışılan doktor arkadaşlarla ya da o ekip olarak personel gereken yani bazen kons danışılıyor. Yani ortamdaki doktor tarafından, doktor hekim tarafından bilinebilir. Gerektiğinde ilk derece akraba, ya anne, baba gerektiğinde oğul, kız vs. gerektiğinde buradan başlanarak o şekilde paylaşılabilir. Gerektiğinde, her türlü onam alınarak bunlarda. Yoksa hiç kimseyle paylaşılmaması gerekiyor hastanın özel bilgileri." (Hek6, E, 28 y.)

"Mesela örnek olarak şimdi bizim bir kısım hastalar HIV'li mesela kimsenin bilgisi olmadan kan almaya gelmişler çünkü hemşire hanımda bir riskli bir duruma giriyor. Onun için indirekt olarak hemşireye bilgi veririz yani illa HIV'i var diye değil mesela şey olarak HIV çünkü herkes böyle cinsellik düşünüyor hemen kötü anlama geliyor. Mesela hepatiti olanlar mesela hastaya birinci odaya geçin dedikten sonra mesela hemşire hanımı çağırıyorum mesela diyorum ki bulaşıcı hastalığı var ona göre daha dikkatli olun yani ne kadar da olsa idare normal hemşire hanım % 99 dikkat etse onu dediğin zaman % 100 dikkat eder. Sadece o kısım mesela hemşireyle paylaşırız. Geri kalan kısım bizimle hasta arasında kalır." (Hek7, E, 31 y.)

"Eee bunu şöyle uyguluyorum ben. Eee dediğim gibi hayati tehlike verecek bizler psikiyatri stajında da şöyle alıyoruz zaten biz: Eğer ki bir intihar düşüncesi varsa bunu

kesinlikle aileye bildirmemiz gerekiyor. Bu çünkü önlenebilir bir durum veya tedavi edilebilir bir durum yaklaşılabilir. Bunun dışında eee hayati tehlikesi olabilecekse, örnek veriyorum kanser de hayati tehlikesi olan bir konu ama eğer ki kişiye bunun bildirilmesini istemiyorsa bunu söylemeyiz. Ama bu psikolojik olarak başka bir sıkıntılara yol açabilecek bir konu yoksa asla paylaşmayız. Bu eşi dahi olsa, dediğim gibi kim olursa olsun." (Hek8, K, 28 y.)

"Eee hastanın kesinlikle ve kesinlikle onayının olduğu birinci derece yakını olabilir. Bir de hastayı eğer bir üst birime, branşa sevk ettiysem ee o zaman sevk ettiğim doktorla paylaşıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Bilgilerini zaten aldığım zaman dediğim gibi sadece doktor bey ile görüşüyorum. Onun dışında herhangi bir sağlık kuruluşu vs. hiç kimseyle bunu paylaşmıyoruz zaten. Sadece hasta isterse hasta paylaşabilir bunu. Onun dışında bir paylaşımda bulunmuyoruz." (Ebe2, K, 30 y.)

"Mesela hasta bana geldi. Annesinin talih sonucunu istedi. Ne kadar annesinin olabilir? Annesinin midir gerçekten? Bir kere şöyle bir şey var ASM'lerde, yani şu an ASM'de çalışıyorum. TC numarası olmadan, hasta olmadan kesinlikle ne ilaç yazılır ne de herhangi bir işlem yapılır. Bunun bilgisindeyim. Sonuçlarını da vermemesinin bilgisindeyim. Ben vermem, yine doktoruna yönlendiririm." (Hem2, K, 47 y.)

"Kimseyle paylaşmamamız gerektiğini biliyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

"Yani 18 yaş altı ebeveynleri ile paylaşılabilir. Bulaşıcı hastalıklar ama doktor tarafından hani bizi ilgilendiren bir şey yok. Evlilik raporlarında eee karşı tarafa verilmemesi gerekiyor diye biliyorum yani kişinin şahsına ait diye yani laboratuvar tetkikleri zaten doktoru ilgilendiriyor ama…Onun dışında yani ya da eşlere bilgi verilip verilmemesi konusunda gebelikle ilgili ya da başka bir şeyle bazen telefon açıyoruz yaa... Hani mesela kişinin kendisine ulaşmaya çalışıyoruz, yakınlarına bilgi vermiyoruz gebeliği ile alakalı. Onlar da mahremiyete giriyor." (Hem4, K, 41 y.)

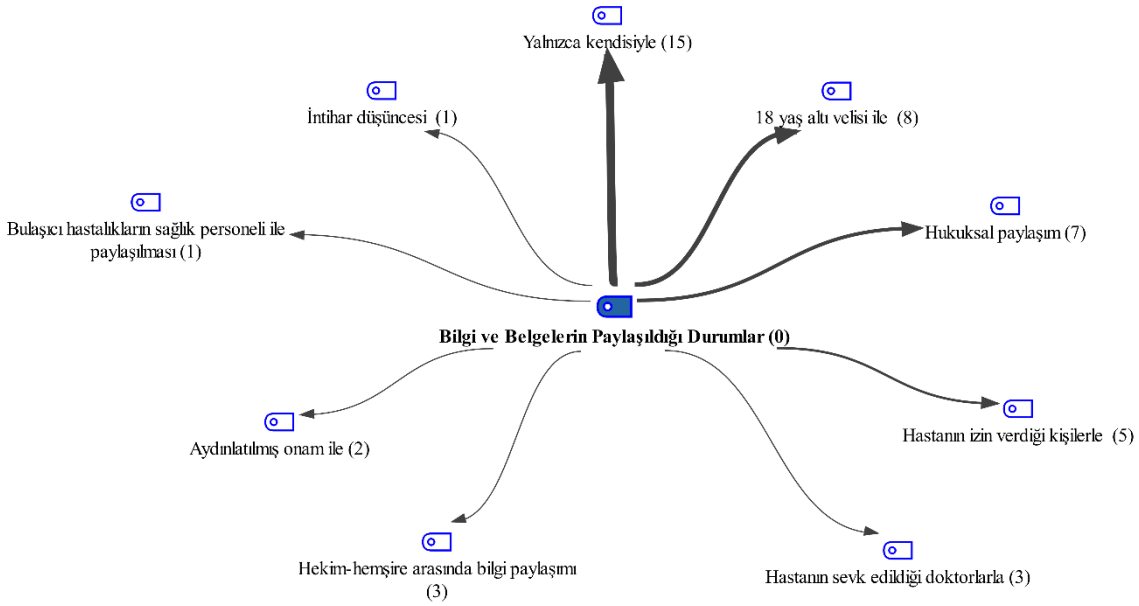
"18 yaştan küçük olanların tamamen velileriyle birlikte aslında yapmaya çalışıyoruz. Eğer gerçekten erişkinliğe erişmiş ise burada hani biz kendiyle ilgili olarak davranıyoruz. Bu şekilde. Kendi dışındaki kimseye de bilgi vermiyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Mesela hasta onam formu var. Burada sisteme kayıt yapılıyor. Bunu sadece hasta imzalıyor ve biz bunu saklıyoruz. Başka bir yakını da gelse ya da herhangi bir şey olduğunda bunu kimseye söylemiyoruz. Veya reçetesi de olabilir. Reçetesi de sadece hastada gizli kalıyor." (Hem6, K, 23 y.)

"18 yaş altında ise eğer velisi, vasisi ile paylaşılabilir. Ama eğer 18 yaş üzeri ise hani annesi, babası, kardeşi, eşi de olsa hani bilgi kişiye mahsustur. Başka kimseyle paylaşılmamalı diye biliyorum ama işte 18 yaş altı vasisi ile birlikte paylaşılabilir. 18 yaş altında oluyor tabi. Ama 18 yaş üzerinde çok değil. Kişi zaten kendi bilinçli olarak geldiği için başka biriyle paylaşma gereği duymuyoruz ama tabi 18 yaş altında, o bilinçte olmadığından kaynaklı, karar mercii vasi olduğu için paylaşılıyor." (Hem7, K, 27 y.)

Katılımcılardan Hem2, bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini bilme durumu kategorisi hakkında sorulan sorunun cevabını bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcı ifadesi *"Bilmiyorum."* şeklindedir.

4.10.2. Bilgi ve Belgelerin Paylaşıldığı Durumlar



Şekil 4.27: Bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar kategorisine ilişkin kod-alt kod bölümler modeli

Şekil 4.27'de görüldüğü üzere bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar alt kodu kendi içerisinde 9 ana başlık altında incelenmiştir. Bunlar; yalnızca kendisiyle, 18 yaş altı

velisi ile, hukuksal paylaşım, hastanın izin verdiği kişilerle, hastanın sevk edildiği doktorlarla, hekim-hemşire arasında bilgi paylaşımı, aydınlatılmış onam ile, bulaşıcı hastalıkların sağlık personeli ile paylaşılması, intihar düşüncesi şeklindedir. Katılımcıların bilgi ve belgelerin yalnızca kendisiyle paylaşılması gerektiği konusu hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar kategorisinin incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Yalnızca kendisiyle***

"Sadece ben de, benim birimimde kalıyor. Ben gitsem de benim birimime gelen doktor görebilir." (Hek3, E, 40 y.)

"Kişiyle kendisiyle paylaşıyorum." (Hek4, K, 28 y.)

"Yoksa hiç kimseyle paylaşılmaması gerekiyor hastanın özel bilgileri." (Hek6, E, 28 y.)

"Geri kalan kısım bizimle hasta arasında kalır." (Hek7, E, 31 y.)

"Bunun dışında eee hayati tehlikesi olabilecekse, örnek veriyorum kanser de hayati tehlikesi olan bir konu ama eğer ki kişiye bunun bildirilmesini istemiyorsa bunu söylemeyiz. Ama bu psikolojik olarak başka bir sıkıntılara yol açabilecek bir konu yoksa asla paylaşmayız. Bu eşi dahi olsa, dediğim gibi kim olursa olsun." (Hek8, K, 28 y.)

"Hastaya ait evrak, ona özel dosya ya da evrak diyelim. Formların başka kişilere verilmesi, en basitinden bir tahlil sonucunun bile. Basit gibi görünse de bir tahlil sonucu bile hastanın kendisi dışında başkasına verilmemeli. Muayene bilgisi başka biriyle paylaşılmamalı. Yani bu çok önemli." (Hek9, E, 40 y.)

"Onun dışında bu bilgilerin başkalarına aktarılması mahremiyeti ihlaline girer diye düşünüyorum." (Hek9, E, 40 y.)

"Onun dışında herhangi bir sağlık kuruluşu vs. hiç kimseyle bunu paylaşmıyoruz zaten. Sadece hasta isterse hasta paylaşabilir bunu. Onun dışında bir paylaşımda bulunmuyoruz." (Ebe2, K, 30 y.)

"Şöyle genelde zaten hani bizim Aile Sağlığı Merkezleri'nde doktor sonuçları görüyor artı olarak hemşireler görüyor. Hani diyelim olağan dışı bir olay olmadıkça hani

polis bir izin belgesi gibi bir şey olmadıkça sadece sağlıkçılar arasında kalıyor." (Hem1, K, 23 y.)

"Mesela hasta bana geldi. Annesinin tahlih sonucunu istedi. Ne kadar annesinin olabilir? Annesinin midir gerçekten? Bir kere şöyle bir şey var ASM'lerde, yani şu an ASM'de çalışıyorum. TC numarası olmadan, hasta olmadan kesinlikle ne ilaç yazılır ne de herhangi bir işlem yapılır. Bunun bilgisindeyim. Sonuçlarını da vermemesinin bilgisindeyim. Ben vermem, yine doktoruna yönlendiririm." (Hem2, K, 47 y.)

"Kimseyle paylaşmamamız gerektiğini biliyoruz." (Hem3, K, 37 y.)

"Bulaşıcı hastalıklar ama doktor tarafından hani bizi ilgilendiren bir şey yok. Evlilik raporlarında eee karşı tarafa verilmemesi gerekiyor diye biliyorum yani kişinin şahsına ait diye yani laboratuvar tetkikleri zaten doktoru ilgilendiriyor ama…Onun dışında yani ya da eşlere bilgi verilip verilmemesi konusunda gebelikle ilgili ya da başka bir şeyle bazen telefon açıyoruz ya... Hani mesela kişinin kendisine ulaşmaya çalışıyoruz, yakınlarına bilgi vermiyoruz gebeliği ile alakalı. Onlar da mahremiyete giriyor." (Hem4, K, 41 y.)

"Eğer gerçekten erişkinliğe erişmiş ise burada hani biz kendiyle ilgili olarak davranıyoruz. Bu şekilde. Kendi dışındaki kimseye de bilgi vermiyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Mesela hasta onam formu var. Burada sisteme kayıt yapılıyor. Bunu sadece hasta imzalıyor ve biz bunu saklıyoruz. Başka bir yakını da gelse ya da herhangi bir şey olduğunda bunu kimseye söylemiyoruz. Veya reçetesi de olabilir. Reçetesi de sadece hastada gizli kalıyor." (Hem6, K, 23 y.)

"Ama eğer 18 yaş üzeri ise hani annesi, babası, kardeşi, eşi de olsa hani bilgi kişiye mahsustur. Başka kimseyle paylaşılmamalı diye biliyorum." (Hem7, K, 27 y.)

- ***18 yaş altı velisi ile***

"On sekiz yaş altı zaten annesiyle geliyor, velisiyle beraber geliyor." (Hek1, E, 40 y.)

"Bir de kişi eğer 18 yaşından büyük değilse velisi ile paylaşılabilir kim eğer ona şey yapıyorsa vekalet ediyorsa o kişiyle paylaşılabilir bilgiler." (Ebe1, K, 39 y.)

"Yani 18 yaş altı ebeveynleri ile paylaşılabilir." (Hem4, K, 41 y.)

"Sadece 18 yaş altı ebeveyni ile paylaşabilir diye düşünüyorum." (Hem4, K, 41 y.)

"18 yaştan küçük olanların tamamen velileriyle birlikte aslında yapmaya çalışıyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"18 yaş altında ise eğer velisi, vasisi ile paylaşılabilir." (Hem7, K, 27 y.)

"...ama işte 18 yaş altı vasisi ile birlikte paylaşılabilir. 18 yaş altında oluyor tabi." (Hem7, K, 27 y.)

"18 yaş altında, o bilinçte olmadığından kaynaklı, karar mercii vasi olduğu için paylaşılıyor." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hukuksal paylaşım***

"Sağlık Müdürlüğü'nden vs. bir yerden talep ediliyorsa hani yazılı olarak istiyoruz hani böyle bir şey ancak o şartlarda paylaşılır." (Hek1, E, 40 y.)

"Ayrıca şey sadece savcılık yazısı olursa yani resmi bir yazı savcılıktan gelirse o şekilde paylaşıyorum. Başka türlü herhangi bir polis dahi olsa elinde yazı yoksa paylaşmam." (Hek3, E, 40 y.)

"...ya da hukuki bir süreç olursa dediğim gibi savcılıkla paylaşılabilir resmi bir yazı varsa eğer." (Hek5, K, 37 y.)

"Bunun dışında bu bilgilerin paylaşılacağı merciler var tabii ki. Bu da özel yazı ile, mahkeme ile ya da farklı bir kurum aracılığıyla gerçekleştirilebilir." (Hek9, E, 40 y.)

"Eğer hukuki olarak bir izni vs.'si varsa, bir yerden alınmış bir belgesi, buna izin verebilecek merciler tarafından alınmış bir belgesi varsa o şekilde paylaşılabilir." (Ebe1, K, 39 y.)

"Ama dediğim gibi bir olay içerisinde olduysa, bir polis gibi bir şey devreye girdiyse, bir yazılı da belgesi varsa onlarla belki mecbur paylaşabiliriz. Onun dışında paylaşılmaması gerektiğini biliyorum." (Hem1, K, 23 y.)

"Beyaz kod gibi bir durum olursa ancak savcılıktan izin verilerek polislerle vs. paylaşılabilir. O şekilde..." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Hastanın izin verdiği kişilerle***

"…18 yaş üstü hani yanında birisi varsa çok yani normal gündelik bir şeyse, teşhisse ne bileyim üst solunum yolu enfeksiyonu vs. bir sakınca görmüyorum yanında birisi gelmişse. Hani teke tek aslında bir şey yapmıyoruz; tedavisini teşhisini anlatıyorum." (Hek1, E, 40 y.)

"Eğer isterse eeee başkasıyla paylaşılabilir, izni varsa." (Hek4, K, 28 y.)

"Hastanın istediği kişilerle paylaşılması gerektiğini düşünüyorum. En yakını bile olsa eşi olur, annesi, babası olur. Onlarla hasta istemiyorsa eğer, hiçbir bilgisini tanı ya da tedavi yöntemini paylaşmayı uygun bulmuyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Yani ortamdaki doktor tarafından, doktor hekim tarafından bilinebilir. Gerektiğinde ilk derece akraba, ya anne, baba gerektiğinde oğul, kız vs. gerektiğinde buradan başlanarak o şekilde paylaşılabilir. Gerektiğinde, her türlü onam alınarak bunlarda." (Hek6, E, 28 y.)

"Eee hastanın kesinlikle ve kesinlikle onayının olduğu birinci derece yakını olabilir." (Hek10, K, 51 y.)

- ***Hastanın sevk edildiği doktorlarla***

"Gerektiğinde çalışılan doktor arkadaşlarla ya da o ekip olarak personel gereken yani bazen kons danışılıyor." (Hek6, E, 28 y.)

"Bir de hastayı eğer bir üst birime, branşa sevk ettiysem ee o zaman sevk ettiğim doktorla paylaşıyorum." (Hek10, K, 51 y.)

"Onun dışında eğer hasta da izin verirse ya da herhangi bir sevk durumu olursa farklı hastanelerde farklı sağlık birimlerindeki doktorlarla paylaşılabilir." (Hek8, K, 26 y.)

- ***Hekim-hemşire arasında bilgi paylaşımı***

"Bilgilerini zaten aldığım zaman dediğim gibi sadece doktor bey ile görüşüyorum." (Ebe2, K, 30 y.)

"Şöyle genelde zaten hani bizim Aile Sağlı Merkezleri'nde doktor sonuçları görüyor artı olarak hemşireler görüyor." (Hem1, K, 23 y.)

"Yani mesela hemşire olarak düşünürsek ben hastada gördüğüm herhangi bir olumsuz durumu doktorumla paylaşabilirim." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Aydınlatılmış onam ile***

"Onam alırken birinci derece yakınından alınmalı. Öncelikle tabii ki kendisinden. Eğer kendisinden bu durum işte fiziken ya da işte ruhen bunu kendisi beyan edemeyecek durumdaysa birinci derecede bir yakınından alınabilir. Anne, baba, eş, çocuklar." (Hek4, K, 28 y.)

"Normalde şöyle bir şey yani asla hastanın yani onamı olmadan yani onayı olmadan hiç kimseyle paylaşılmaması gerekiyor hastanın şeyleri." (Hek6, E, 28 y.)

- ***Bulaşıcı hastalıkların sağlık personeli ile paylaşılması***

"Mesela örnek olarak şimdi bizim bir kısım hastalar HIV'li mesela kimsenin bilgisi olmadan kan almaya gelmişler çünkü hemşire hanımda bir riskli bir duruma giriyor. Onun için indirekt olarak hemşireye bilgi veririz yani illa HIV'i var diye değil mesela şey olarak HIV çünkü herkes böyle cinsellik düşünüyor hemen kötü anlama geliyor. Mesela hepatiti olanlar mesela hastaya birinci odaya geçin dedikten sonra mesela hemşire hanımı çağırıyorum mesela diyorum ki bulaşıcı hastalığı var ona göre daha dikkatli olun yani ne kadar da olsa idare normal hemşire hanım % 99 dikkat etse onu dediğin zaman % 100 dikkat eder. Sadece o kısım mesela hemşireyle paylaşırız." (Hek7, E, 31 y.)

- ***İntihar düşüncesi***

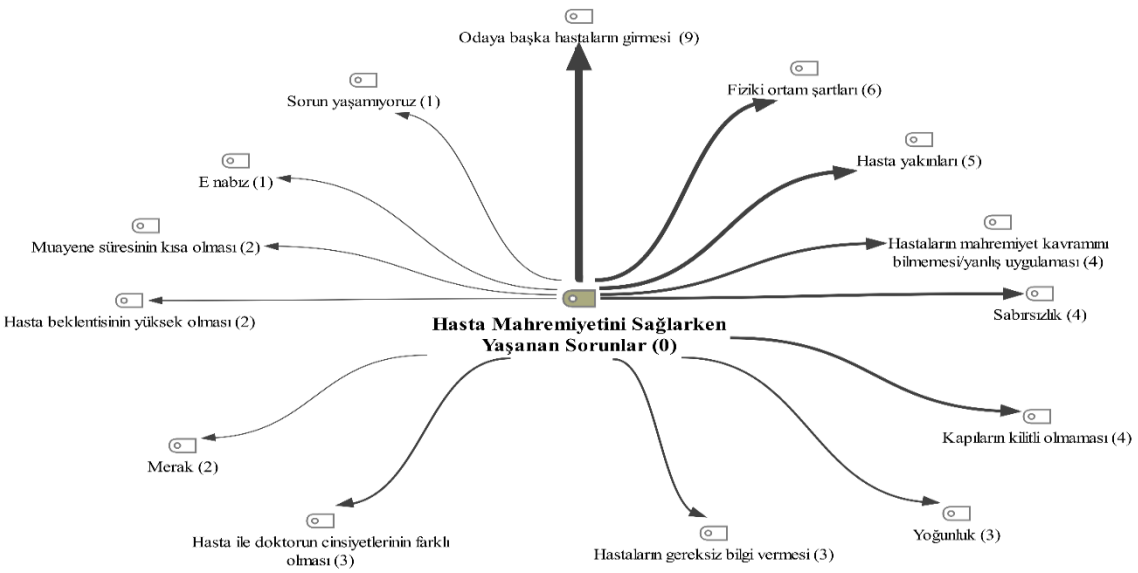
"Eee dediğim gibi hayati tehlike verecek bizler psikiyatri stajında da şöyle alıyoruz zaten biz: Eğer ki bir intihar düşüncesi varsa bunu kesinlikle aileye bildirmemiz gerekiyor. Bu çünkü önlenebilir bir durum veya tedavi edilebilir bir durum yaklaşılabilir." (Hek8, K, 28 y.)

Tablo 4.23: Katılımcı ünvanına göre bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Bilgi ve Belgelerin Hasta Dışındaki Kişilerle Paylaşımı			0
Bilgi ve Belgelerin Paylaşıldığı Durumlar			0
Yalnızca kendisiyle	6	8	14
18 yaş altı velisi ile	1	4	5
Hukuksal paylaşım	4	3	7
Hastanın izin verdiği kişilerle	5		5
Hastanın sevk edildiği doktorlarla	2	1	3
Hekim-hemşire arasında bilgi paylaşımı		3	3
Aydınlatılmış onam ile	2		2
Bulaşıcı hastalıkların sağlık personeli ile paylaşılması	1		1
İntihar düşüncesi	1		1
TOPLAM	22	19	41

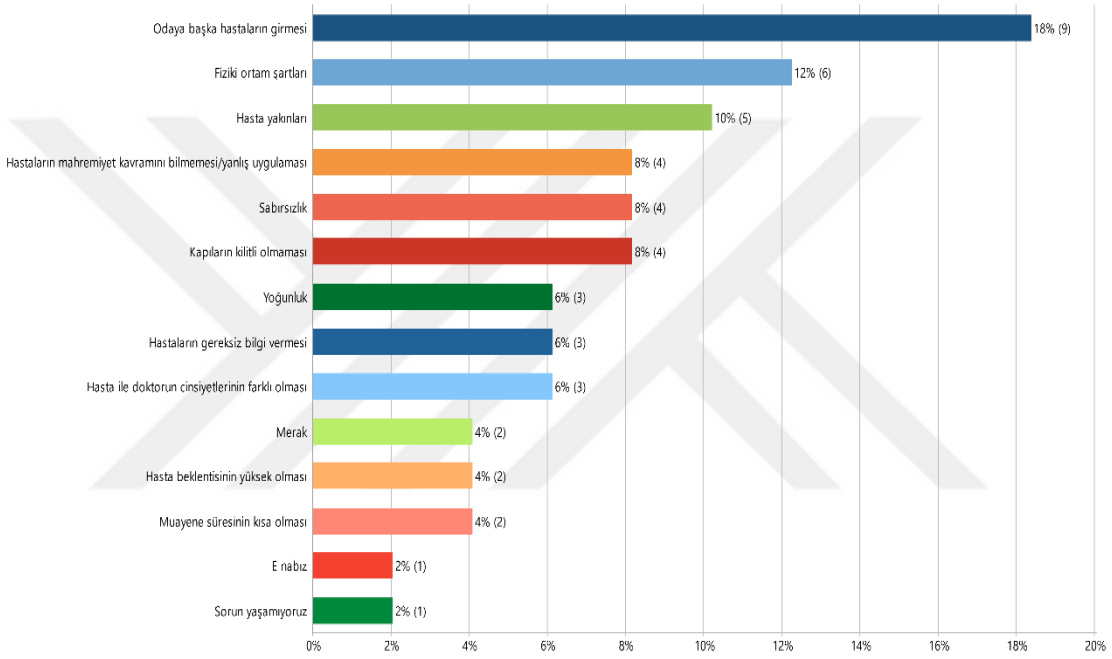
Tablo 4.23'te görüldüğü üzere bilgi ve belgelerin hasta dışında kimlerle paylaşıldığı durumlar bağlamında katılımcı ünvanlarına göre görüşler incelendiğinde, hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların yalnızca kendisiyle paylaştıkları konusu hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir.

4.11. HASTA MAHREMİYETİNİ SAĞLARKEN YAŞANAN SORUNLAR TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.28: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar temasına ait kod-alt kod bölümler modeli

Şekil 4.28'de görüldüğü üzere hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar teması kendi içerisinde 14 farklı alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; odaya başka hastaların girmesi, fiziki ortam şartları, hasta yakınları, hastaların mahremiyet kavramını bilmemesi/yanlış uygulaması, sabırsızlık, kapıların kilitli olmaması, yoğunluk, hastaların gereksiz bilgi vermesi, hasta ile doktorun cinsiyetlerinin farklı olması, merak, hasta beklentisinin yüksek olması, muayene süresinin kısa olması, E-nabız, sorun yaşamıyoruz şeklindedir.



Şekil 4.29: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.29'da görüldüğü üzere katılımcıların *"Hasta mahremiyetini sağlarken en çok yaşadığınız sorunlar nelerdir?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, ilk sırada %18 (9) ile odaya başka hastaların girmesi, ikinci olarak %12 (6) ile fiziki ortam şartları üçüncü sırada ise %10 (5) ile hasta yakınları alt kodlarını daha yoğun bir şekilde ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Odaya başka hastaların girmesi***

"Yani devamlı odaya birinin girme ihtimali hastanın muayenesini yaparken. Başka aklıma gelen bir şey olmadı." (Hek2, K, 32 y.)

"En çok yaşadığım sorun açıkçası başka sırada bekleyen ya da randevu saatine erken gelmiş olan bir hastanın kapıyı zorlaması, kapıyı çalması yani sıkıştırması öyle söyleyeyim. Başka da bir şey pek olmuyor. Başka hastanın şeyi oluyor genelde bizim." (Hek3, E, 40 y.)

"...hastayı muayene ederken farklı bir kişinin gelip hastanın özel alanına girmesini uygun bulmuyorum mesela. Bunun doğru olmadığını düşünüyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Hastanın mahremiyetini sağlarken en çok eğer ki kapıda bir yoğunluk varsa hastaların bir anda içeri girmesi sıkıntısı oluyor. Hastaların sırasını beklemeden bir anda içeri girmesi..." (Hek8, K, 28 y.)

"Bu da dediğim gibi bir anda muayene odasına dalmak." (Hek8, K, 28 y.)

"Yani ben hekim olarak hasta mahremiyetinin yaşanmasıyla alakalı karşılaştığım, günlük karşılaştığım şey: Hasta muayene odasındayken başka bir hastanın odaya girmiş olması kabul edilir bir durum değildir. Bu hastanın tabii ki mahremiyetine, hem bizim kurumun ve doktorun adına bir saygısızlıktır diyebilirim." (Hek9, E,40 y.)

"En çok yaşadığımız sorunlar... Yani biraz bizim toplumumuzdan kaynaklı aslında. Yani bir kan alırken bile bir başka hasta içeriye girme ya da muayene ederken içeriye girip bekleyebilme ya da işte çat kapı girme olayları çok fazla oluyor. Bu konuda birazcık tabii toplumumuzda yeterli bir şey yok, altyapı yok yani. Bu konularda sıkıntı yaşıyoruz, öyle söyleyeyim." (Ebe2, K, 30 y.)

"Şöyle; genelde kapı direkt açılan, direkt açabiliyorlar. Bununla ilgili problem yaşıyoruz." (Hem5, K, 24 y.)

"Yani kapı kilitli olmayınca hastalar çok girebiliyor. O şekilde bir sıkıntı yaşıyoruz." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Fiziki ortam şartları***

"Yani odanın yapısı olarak bizim işleyiş alanımızı değiştirebiliriz el verdiği kadar. Şu an çok yapamıyoruz. Çünkü bazı priz olsun, bir şey olsun, kullandığımız araç

gereçlerin konumları onlara göre ayarlı olduğu için, bir plan projeye göre, biz istesek de bazen yerini değiştiremiyoruz. Bu bir eksiklik olarak görüyorum. Onun dışında bir sıkıntı yok." (Hem1, K, 23 y.)

"Bina yapısı, fiziksel yetersizlikler, hastaların bu konuda eğitiminin olmaması, yeterli ekipman, kişisel ekipman olmaması." (Hem3, K, 37 y.)

"Çalışma prensibi yoğun olan yerlerde, kalabalık ve sıra çok olan, randevulu çalışmayan yerlerde, dediğim gibi fiziksel yapısı uygun olmayan yerlerde ihlal ediliyordur." (Hem3, K, 37 y.)

"Paravan konusunda bazen paravanda sıkıntı olabiliyor." (Hem5, K, 24 y.)

"Bence bizim burada en çok yaşadığımız sorun kapı ve paravan konusu. Bazıları çok daha detaylı istiyor ama biz zaten gerekli önlemlerimizi alıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Paravan bazen tam olarak kapanmıyor hastanın pozisyonuna bağlı vesaire öyle sıkıntılar yaşanıyor genelde." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hasta yakınları***

"En çok yaşadığımız sorunlar bunlardan eee hasta yakını aniden hastayla beraber içeri girmesi ve muayenede orada kalmak istemesi, hastanın nesi var nesi yok bilmesi, ısrarcı olmaları bu en çok yaşadığımız sorundur." (Hek6, E, 28 y.)

"Özellikle okuryazarlığı olmayan, daha ileri yaş grubunda hastalar, birebir sorunlarını kendileri anlatamadığı için, doktor korkusu olduğu için, konuşmaktan korktuğu için yanlarında mutlaka eşi ya da çocuklarından biri oluyor. Bu durumda hastayla yeterince bağlantı kuramıyoruz. Bir de evlilik raporu için gelenler de çift bir araya, birlikte giriyorlar. Herhangi birisinde venereal bir sorun düşünüyorsak bunu diğer eşle paylaşılmasını ve ortak bir çözüme gitmek konusunda engel oluşturuyorlar." (Hek10, K, 51 y.)

"Kişinin yanında gelen aile bireyleri buna örnek olabilir. Bazen siz işte hastayı "Sadece hastayı alayım." dediğiniz zaman yanlış anlaşılabiliyor. Hastada kendisi de çekindiği için belki söyleyemiyor, dile getiremiyor vs. Bu sefer yapacağınız, vereceğiniz hizmetteki kaliteyi de bu şekilde olumsuz etkilemiş oluyoruz. Çünkü hasta da rahat olmuyor, kendisini rahat hissetmiyor. Fiziki koşulları olarak çalıştığım kurumda bunu sağlayacak ortamlar müsait. Mekân olarak olsun, hasta sayısı açısından da olsun,

bireysel olarak görüşmeleri ve değerlendirmeleri sağlayabileceğimiz ortam müsait. Bu açıdan bir sıkıntı yaşamıyoruz ama işte aile yakınları vs. bireyin aile yakınları vs. bu tarz durumları oluşturabiliyor." (Ebe1, K, 39 y.)

"Dikkat etmeye çalışıyoruz ama bazen işte aile bireylerinin kendilerini çok sahiplenmeleri vs. engel olabiliyor. Bu şekilde bir çözüm bulabiliriz." (Ebe1, K, 39 y.)

"Tahlil sonuçlarını hasta yakınları gelip istiyor. Bunun gibi şeyler yaşıyoruz. Bu şekilde yani." (Hem5, K, 24 y.)

- ***Hastaların mahremiyet kavramını bilmemesi/yanlış uygulaması***

"Normalde geri kalan hastaya bağlı mesela bilgileri bir kısmını yanlış aktarıyorlar mesela. O da biraz şey yapıyor. Bir bakıyorsun hiç öyle bir bilgi yok mesela. Mahremiyetten bir şey anlatmış ama en önemlisi hastanın tedavisine yönelik mesela bir soru soruyorsun mesela hasta mesela utancından falan söyleyemiyor. Mesela hasta mahremiyeti biraz orada kötüye yani hasta yanlış anlıyor. Mesela bu benim mahremim doktora da anlatmayacağım. Mesela o biraz kötü oluyor aslında. Mesela son adet tarihini soruyorsun, kadın kızarıyor. Mesela erkeklerde mesela münasebeti sorduğunuz zaman ister istemez o mahremiyeti yanlış anlayarak mesela bilgi vermemeye çalışıyor. O konu sadece sıkıntı oluyor." (Hek7, E, 31 y.)

"Örnek veriyorum, x kişi gibi kapıya dalmaması gerektiğini bir an içeride bir muayene edilirken, kapıya vurmadan kapıya dalmaması veya eee kendisi bazen paravanı kapatmadan dahi içeride bir insan varken direkt üstünü açabiliyor. Yani kendileri, hastalar kendi haklarının farkında değil. Mahremiyetlerini korumaları gerektiğini farkında değil. Bence halk da biraz bilinçlendirilmeli bu konuda." (Hek8, K, 28 y.)

"Birincisi hastaların eee özellikle sosyal ve psikolojik sıkıntılarını tam anlamıyla açık olarak anlatamamaları. İkincisi fiziksel veya psikolojik şiddet gördüyse kesinlikle bunu belirtmemesi. Üçüncüsü, eee ben bayan olduğum için karşımdaki eğer erkek hastaysa farklı cinsiyette olduğumuz için ki meslekte cinsiyet gözetiminin olmaması gerektiğini üstüne basarak söylediğim halde tam olarak açıklayamayıp fizik muayenesinden özellikle genitoüriner bölge ise uzak duruyor. Cinsel bir hastalığı söz konusuysa bu konuyu kesinlikle paylaşmak istemiyor. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda hiçbir şekilde detay vermiyor. Bayan hastalarda da eğer bekarsa yine cinsel hastalıklar,

genitoüriner hastalıklarda bekaret konusunda genel olarak açık olmuyorlar, yalan söyleniyor ya da saklanıyor." (Hek10, K, 51 y.)

"...hastaların bu konuda eğitiminin olmaması," (Hem3, K, 37 y.)

- ***Sabırsızlık***

"Sabırsızlık sorunu var." (Hem3, E, 40 y.)

"Hastanın mahremiyetini sağlarken en çok eğer ki kapıda bir yoğunluk varsa hastaların bir anda içeri girmesi sıkıntısı oluyor. Hastaların sırasını beklemeden bir anda içeri girmesi..." (Hem8, K, 28 y.)

"Yani biraz bizim toplumumuzdan kaynaklı aslında. Yani bir kan alırken bile bir başka hasta içeriye girme ya da muayene ederken içeriye girip bekleyebilme ya da işte çat kapı girme olayları çok fazla oluyor. Bu konuda birazcık tabii toplumumuzda yeterli bir şey yok, altyapı yok yani. Bu konularda sıkıntı yaşıyoruz, öyle söyleyeyim." (Ebe2, K, 30 y.)

"Çalıştığım ortamda en çok yaşadığım... Şimdi şöyle bir şey, bazı ASM'lerde yoğunluk çok. Yani 12 hekimlik alanlarda çalıştığımız yerler oluyor. O tür durumlarda yoğunluk çok olduğu için, bilirsiniz bizim hastalarımız da biraz şeydirler, hemen işlerinin olmasını isterler." (Hem2, K, 47 y.)

- ***Kapıların kilitli olmaması***

"Bazı hani devlet kurumlarında kapıların kilitli olmadığını fark ediyorum. Böyle bir durumda farklı bir kişinin hastayı muayene ederken farklı bir kişinin gelip hastanın özel alanına girmesini uygun bulmuyorum mesela. Bunun doğru olmadığını düşünüyorum ya da başka neler olabilir...Başka bir şey aklıma gelmiyor." (Hem5, K, 37 y.)

"Dediğim gibi hani odanın kapısını anahtarla her hasta için kilitlemediğiniz için hani kapalı bir hastaysa hani kapı açık olduğu için bizim bir alanımızda ona göre olduğu için hastanın kapıyı açma gibi bir şeyler oluyor. Bir tek onu engelleyemiyoruz." (Hem1, K, 23 y.)

"Sadece tek sıkıntı her hastada kapıyı kilitleyemiyoruz. Tek sıkıntı bence bu." (Hem1, K, 23 y.)

"Yani çok yoğun bir tempoda olduğu için hani her seferinde her hasta kilitleyemediğiniz için belki bu bir eksiklik olarak kalabilir." (Hem1, K, 23 y.)

- ***Yoğunluk***

"Yani çok yoğun bir tempoda olduğu için hani her seferinde her hasta kilitleyemediğiniz için belki bu bir eksiklik olarak kalabilir." (Hem1, K, 23 y.)

"Çalıştığım ortamda en çok yaşadığım… Şimdi şöyle bir şey, bazı ASM'lerde yoğunluk çok. Yani 12 hekimlik alanlarda çalıştığımız yerler oluyor. O tür durumlarda yoğunluk çok olduğu için, bilirsiniz bizim hastalarımız da biraz şeydirler, hemen işlerinin olmasını isterler. Bazı bölgelerde sadece tek hemşire çalışır ve bir yığılmalar olur. Bazen müdahale edersiniz ama karşı taraf anlamaz ve odaya dolaşılır böyle. Hasta kolunu açmak istemez ve ben ona hak veririm ama sadece bu konuda bazen sıkıntı çekebiliyoruz, insanlarla iletişim konusunda. Evet biz iletişim kurabiliriz ama tek hemşire olmamızın, yoğunluk olduğu bölgede, tek hemşire olmamızın sıkıntısını yaşarız. Bazı durumlarda mahremiyetine önem veremeyebilirim. Bu ama benden kaynaklanan bir şey değil. ASM'nin verdiği, yetersiz verdiği görevden diye düşünüyorum yani eksik. Eksiklik, yoğunluk gibi. Fazla yoğunluk, tek hemşirenin çalışması gibi." (Hem2, K, 47 y.)

"…yoğun olan yerlerde, kalabalık ve sıra çok olan, randevulu çalışmayan yerlerde," (Hem3, K, 37 y.)

- ***Hastaların gereksiz bilgi vermesi***

"Yani şey olarak mesela hastalar gereksiz bir kısım bilgileri veriyorlar. Çok gereksiz mesela. İster istemez doktorluktan çıktığınız için, doktor hasta muhabbetinden çıkıyor. Bir kısım öyle bilgi veriyor ki tedavide gerekiyor. Bizim verdiğimiz ilaca bağlı. Mesela o gereksiz o bilgiler biraz şey yapıyor. İster istemez insanı mesela biraz şeyden yani normal hasta doktor ilişkisinden çıkarıyor. O biraz kötü oluyor." (Hek7, E, 31 y.)

"Mesela örnek olarak evinizde elektrik sayıcı okuyan kişiye doğalgaz sayıcını göstermezsiniz mantıkken. Şimdi hasta gelip her şeyini anlatıyor. Yani ister istemez gereksiz bilgiler veriyor ya doktora ya hemşireye." (Hek7, E, 31 y.)

"Ama mesela adını soruyorsunuz mesela babasının adına kadar anlatıyor, gereksiz bilgi. Bence onun önceden eğitim alması lazım, bu da biraz zor." (Hek7, E, 31 y.)

- ***Hasta ile doktorun cinsiyetlerinin farklı olması***

"Yani rahim içi araç mesela sertifikam var ama o tarz şeyleri hemşireler yapıyor. Hemşireye yönlendiriyorum ben. Bir de yani ben cinsiyetten dolayı sorunlar yaşıyoruz. Erkek olduğumuz için kadın hastalar biraz daha zor açılıyorlar, zor kendilerini rahat hissediyorlar. Yani dediğim gibi şey âdet durumunda bile hani idrar yolu enfeksiyonlarında bile söylemeye çekiniyorlar işte biraz ağrım var diye geliyor. Ağrıyı tarifle diyoruz, nerede diyoruz, alt kasıkta ne olabilir, âdet gördünüz mü vs.? Sonra âdet şeyi olduğu olduğu anlaşılıyor "dismenore" olduğu anlaşılıyor. Yani bunları birazcık kerpetenle alıyoruz ağzından yani." (Hek1, E, 40 y.)

"Mesela doktor olarak biz hastayı muayene edeceğimiz zaman bayan mı erkek mi o da çok önemli mesela. Erkek hasta erkek doktor arasında çok sorun olmayabilir ama yine hastanın yani muayene edileceği zaman perde gibi, paravan gibi örtü olması gerekir." (Hek6, E, 28 y.)

"Üçüncüsü, eee ben bayan olduğum için karşımdaki eğer erkek hastaysa farklı cinsiyette olduğumuz için ki meslekte cinsiyet gözetiminin olmaması gerektiğini üstüne basarak söylediğim halde tam olarak açıklayamayıp fizik muayenesinden özellikle genitoüriner bölge ise uzak duruyor. Cinsel bir hastalığı söz konusuysa bu konuyu kesinlikle paylaşmak istemiyor. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda hiçbir şekilde detay vermiyor." (Hem10, K, 51 y.)

- ***Merak***

"En çok yaşadığımız sorunlar bunlardan eee hasta yakını aniden hastayla beraber içeri girmesi ve muayenede orada kalmak istemesi, hastanın nesi var nesi yok bilmesi, ısrarcı olmaları bu en çok yaşadığımız sorundur." (Hek6, E, 28 y.)

"En çok yaşadığım sorunlar? Hasta yani şöyle mesela hastaya tam söylenilmemesi gereken şeyler olduğunda onu da öğrenmek istiyor, çok fazla bilgi sahibi olmak istiyor. Bence en büyük yaşadığım sorun bu." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Hasta beklentisinin yüksek olması***

"Bazıları çok daha detaylı istiyor ama biz zaten gerekli önlemlerimizi alıyoruz." (Hem6, K, 23 y.)

"Bence paravanı da çeksek kapıyı da kapatsak bizim için yeterli oluyor. Hasta için de yeterli oluyor ama bazıları ekstra önlem istiyorlar." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Muayene süresinin kısa olması***

"Yani Aile Sağlığı Merkezi'nde dediğim gibi çok fazla derinlemesine inemiyoruz, çok fazla vakit bulamıyoruz yani beş dakika falan, çok derinlemesine inemiyoruz. Mümkün olduğu kadar sevk etmeye çalışıyorum herhangi bir daha ciddi bir sorun görürsem sevk etmeye çalışıyorum psikiyatri vs. branşlara sevk etmeye çalışıyorum. Onun dışında başka bir şey yok." (Hek1, E, 40 y.)

"Muayene süresi bence. Bazen hızlı olmak gerekiyor. Eee karşıdaki o hıza yetişemiyorsa bu bir zorluk olabiliyor. Eee…Zaman, başka aklıma gelen bir şey yok." (Hek4, K, 28 y.)

- ***E-nabız***

"Ama eğer hastanın bilgileri şeyde açıksa e-nabızda herhangi bir sağlık çalışanı onu girip bakabiliyor. O kısım bizim elimizde değil ama bize bağlı olan kısımda tabii şey olarak işlem sadece mesela hemşiremize söylediğimiz işlem hariç gerisi bizde kalıyor." (Hek7, E, 31 y.)

- ***Sorun yaşamıyoruz***

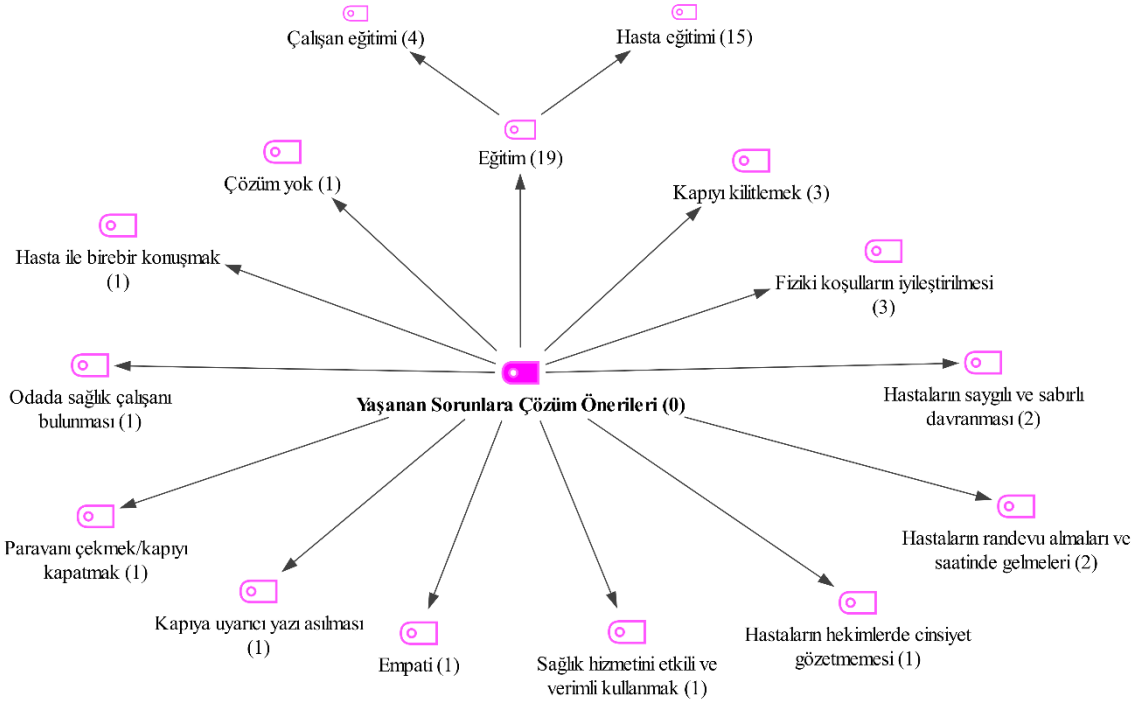
"Yani sorun yaşıyor muyuz? Pek yaşamıyoruz gibi mahremiyetle alakalı sorun. Ben yaşamadım." (Hem4, K, 28 y.)

Tablo 4.24: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar teması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyetini Sağlarken Yaşanan Sorunlar			0
Odaya başka hastaların girmesi	5	3	8
Fiziki ortam şartları		5	5
Hasta yakınları	2	2	4
Hastaların mahremiyet kavramını bilmemesi/yanlış uygulaması	3	1	4
Sabırsızlık	2	2	4
Kapıların kilitli olmaması	1	1	2
Yoğunluk		3	3
Hastaların gereksiz bilgi vermesi	1		1
Hasta ile doktorun cinsiyetlerinin farklı olması	3		3
Merak	1	1	2
Hasta beklentisinin yüksek olması		1	1
Muayene süresinin kısa olması	2		2
E nabız	1		1
Sorun yaşamıyoruz		1	1
TOPLAM	21	20	41

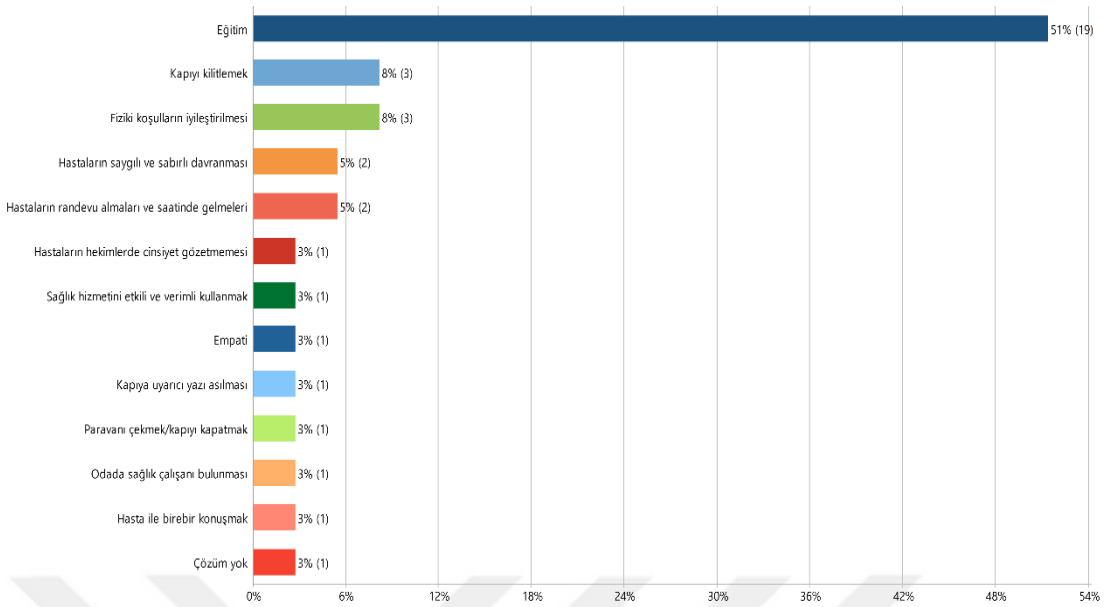
Tablo 4.24'te görüldüğü üzere göre hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar teması ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hekim katılımcılar odaya başka hastaların girmesi konusu hakkında daha yoğun görüş bildirirken, hemşire/ebe katılımcılar fiziki ortam şartları konusu hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri görülmektedir.

4.12. YAŞANAN SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.30: Yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasına ait hiyerarşik kod-alt kod modeli

Şekil 4.30'da görüldüğü üzere hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri teması kendi içerisinde 13 farklı alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; eğitim, kapıyı kilitlemek, fiziki koşulların iyileştirilmesi, hastaların saygılı ve sabırlı davranması, hastaların randevu almaları ve saatinde gelmeleri, hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi, sağlık hizmetini etkili ve verimli kullanmak, empati, kapıya uyarıcı yazı asılması, paravanı çekmek, kapıyı kapatmak, odada sağlık çalışanı bulunması, hasta ile birebir konuşmak, çözüm yok şeklindedir.



Şekil 4.31: Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.31'de görüldüğü üzere katılımcıların *"Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileriniz nelerdir?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, %51 (19) ile eğitim alt kodunu daha yoğun bir şekilde ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Eğitim***

Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri temasının alt başlığı olan eğitim kategorisi kendi içerisinde iki farklı alt başlık altında incelenmiştir. Bunlar; hasta eğitimi ve çalışan eğitimidir. Hasta eğitimi alt koduna ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Bu konuda tabii ki önce eee tüm halka tüm insanlara sağlık eğitimi bence verilmesi gerekiyor." (Hek4, K, 28 y.)

"Hastaların eğitimi. Kendi bence mahremiyetlerini de bilmeleri gerekiyor. Bildikleri zaman sınır koyabilirler bizlere karşı olsun ya da hani diğer insanlara karşı olsun. Eğitim diyorum bence." (Hek5, K, 37 y.)

"Yani hasta yakınlarına söylenmesi, toplu olarak yani genel olarak yani toplumda bir bilgilendirme yapılması, o şekilde ancak iyileştirilebilir." (Hek6, E, 28 y.)

"Yani genel olarak televizyonlarda mesela kısaca programlarda eğitim verilebilir. Çok toplumda en çok izlenen, en çok takip edilen dizilerde yani ünlü kişiler tarafından ister ama bundan yani kesin bilgi olması, kaynağı doğru olması yani %100 güvenilir yani bilim insanından çıkan şeyler olması. Bunlar bir işe yarayabilir diye düşünüyorum." (Hek6, E, 28 y.)

"Konuyla ilgili şöyle bir şey: Konu çok önemli bir konu olduğunu, herkes tarafından çok farkında olunmadığını ve bunda bir şey yapabileceğini yani bizde sağlık personeli olarak kendimizden en az bir halka ya da topluma, vatandaşlara bir hatırlatıcı bir çıktı, bir şeyler hatırlayabileceğimiz bir şeyler söyleyebildiğimizi eklemek istiyorum. Devlet tarafından da bir şey yapılabilir diyelim. Aslında en çok Sağlık Bakanlığı tarafından bir sürü programlar hazırlanıp yani o şekilde yayılması, toplumda o şekilde anlamaları vs. yani faydalı olacaktır diye düşünüyorum." (Hek6, E, 28 y.)

"Ama mesela adını soruyorsunuz mesela babasının adına kadar anlatıyor, gereksiz bilgi. Bence onun önceden eğitim alması lazım, bu da biraz zor." (Hek7, E, 31 y.)

"Çözüm önerileri biraz daha halkın bilinçlendirilmesi olabilir." (Hek8, K, 28 y.)

"Bizim mahremiyeti sağlamamız dışında hastaların da kendi mahremiyetlerini sağlaması gerektiğini ben düşünüyorum. Kendilerinin de bu konuda bilinçlendirmesi gerektiğini düşünüyorum. Doktor bir şekilde bilinçlendirilebilir ve ulaşılabilir bir kişi ama toplum olarak kişilerin kendi haklarını bilinçlendirmesi gerektiğini düşünüyorum." (Hek8, K, 28 y.)

"Çözüm önerileri tabi ki öncelikle bilinçlenmek gerekiyor. Bununla ilgili seminerler ya da halkı bilinçlendiren bir takım söyleyişiler olabilir. Broşürler olabilir, insanların haklarını bilmeleri ve hak ihlalinin ne demek olduğunu da idrak etmeleri gerekiyor. Eğitim şart diyorum." (Hek9, E, 40 y.)

"Halkın, halk ve çalışanların bu konuda bilinçlenmesi gerekiyor. Eğitimlerin daha da fazlalaşıp yaygınlaşması gerekir diyebilirim." (Hek9, E, 40 y.)

"Birincisi özellikle hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi, özellikle genitoüriner ve cinsel sorunlarla ilgili problemlerini birebir anlatıp bunların aramızda kalacağının biliyor olmaları, asla ve asla onların cinsel tercihlerinin ve kimliklerinin bizi

ilgilendirmediği konusunda kesinlikle eğitilmeleri ve de bunlara ikna edilmeleri gerekiyor." (Hek10, K, 51 y.)

"Özellikle halk eğitimi bence önemli." (Hek10, K, 51 y.)

"Bu konuda zaten kişiyle birlikte uyum içerisinde belki uygun bir şekilde dile getirirsek önüne geçebiliriz belki bu durumda." (Ebe1, K, 31 y.)

"Bilgilendirme diyebilirim. Tabii ki dikkat çekici şekilde belki afişleri olabilir ama afişlerin çok dikkat çektiğini düşünmüyorum. Çünkü çok fazla bakılmıyor ama bilgilendirme şeklinde olabilir. Zaten biz kendimiz de uyarıyoruz hani size yapılması hoş değil tarzında ama tabii ki başka önerebileceğim bir şey yok aslında." (Ebe2, K, 30 y.)

"Aslında bu konularda halka eğitim vermek, yani nasıl olduğunu, nasıl bir ilerleme şeklinde olduğunu bilerek de hani eğitim vererek bunu yapabiliriz. Yani bu şekilde." (Hem5, K, 24 y.)

Çalışan eğitimi alt koduna ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

"Bu bir eğitim de verilmeli bence. Bir eğitim verilmeli. Bu önemli bir konu çünkü. Ama ben eğitimini almadan böyle bunu bazı şeyleri edinilmiş bir şekilde uyguladığımı düşünüyorum." (Hek4, K, 28 y.)

"Bence önce eğitim. Önce bizlerin eğitimi." (Hek5, K, 37 y.)

"Bence kurum içi eğitimlerin olması, mahremiyete önem verilmesi, saygı gösterilmesi gerekir." (Hek9, E, 40 y.)

"Dediğim gibi eğitim yapılabilir." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Kapıyı kilitlemek***

"Kapıyı kilitlemek olabiliyor işte..." (Hek2, K, 32 y.)

"Bu yüzden kapıyı kilitlemeyi tercih edebiliyoruz." (Hek8, K, 28 y.)

"Eee bir de veya kendimin yapabileceği bir önlem; içeriye muayene sırasında hastayı aldıktan sonra kapıyı kilitlemek. İçerde diğer bir çalışma arkadaşımın bulunduğu sürece." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Fiziki koşulların iyileştirilmesi***

"Yeterli fizik, fiziken yeterli işte koşullar sonrası çalışanlar da mahremiyete bence dikkat eder. Herkes dikkat eder." (Hek4, K, 28 y.)

"Yani odanın yapısı olarak bizim işleyiş alanımızı değiştirebiliriz el verdiği kadar." (Hem1, K, 23 y.)

"Hasta odalarının fiziksel olarak hasta mahremiyetine göre düzenlenmesi, yapılan işlemler hakkında hastalara bilgi verilmesi, diğer hasta ve hasta yakınlarını bekleme alanlarının işlem, müdahale odalarından uzak şekilde dizayn edilmesi ki gözükmesin, cam gibi materyallerin kullanılmaması müdahale odalarında." (Hem3, K, 37 y.)

- ***Hastaların saygılı ve sabırlı davranması***

"Çözüm önerim yani insanların daha sabırlı olması mantıklı olur." (Hek3, E, 40 y.)

"Keşke herkes biraz saygılı olsa içerde hasta varken bir odaya dalmasa ya da tıklatsa en azından bizde kilitleme gereği duymasak." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hastaların randevu almaları ve saatinde gelmeleri***

"Bir de randevu saati. Randevu alıp randevu saatine gelmesi başka yolu yok yani. Çünkü o hastanın zaten o süre ona ait. Ama o başkasının randevu saatinde gelmiş veya randevusuz gelmiş. Kapıyı tıklatıyor. Bir kere vuruyor mesela "tak" diye "Acele et. Ben sırada bekliyorum. Ben de bir an önce girmek istiyorum, acele edin" tavırları. Halbuki randevu alarak gelsin. Randevu saatine riayet etse böyle bir şey olmayacak yani zaten." (Hek3, E, 40 y.)

"...randevu saatini beklemesi gibi, odaya bir anda, kimsenin odasına bir anda giremeyeceği gibi randevu saati gelmeden "hocam benim sıram geldi mi?" diye tekrar tekrar soruyorlar. Halkı bilinçlendirmek bu konuda." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi***

"Birincisi özellikle hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi," (Hek10, K, 51 y.)

- ***Sağlık hizmetini etkili ve verimli kullanmak***

"Yani sağlık hizmetini etkili ve verimli kullanmak gerekiyor." (Hek4, K, 28 y.)

- ***Empati***

"Eee bunu da çözmenin bazı yolları oluyor. Kişi mesela işte anladığında kendini rahat hissetmediğinde eee bu konuda empati yaparak ve bilgi sağlayarak ona, hani ne yapmayı, tedavisi hakkında ya da benim hâl ve tavrım muayenede yapacaklarım hakkında yeterli bilgilendirmeyi sağladığımda bu güven sağlanıyor. İşte ortam koşullarını sağladığımda da bu güven sağlanıyor." (Hek4, K, 28 y.)

- ***Kapıya uyarıcı yazı asılması***

"Hani belki tabelalar, yazılar asılabilir "İçerde hasta varken girmeyin." diye." (Hem7, K, 27y.)

- ***Paravanı çekmek, kapıyı kapatmak***

"Bence paravanı da çeksek kapıyı da kapatsak bizim için yeterli oluyor." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Odada sağlık çalışanı bulunması***

"Hastaların sırasını beklemeden bir anda içeri girmesi… Bu yüzden kapıyı kilitlemeyi tercih edebiliyoruz ama bu da eğer ki hasta kadın veya erkek dahi olsa odada başka bir kişinin bulunmasını tercih ediyoruz. Çünkü en azından yaptığımız muayeneye şahit bir insan. Ses olarak yani görmese dahi ses olarak şahit bir insan olabilir. Çünkü bu, yeri geliyor hastaya aynı muayenede rektal tuşe yapabiliyorsun veya vajinal muayene veya batın muayenesi. Bizim de kendimizi koruma açısından aynı zamanda hastayı koruma açısından bir x hemşire hanım veya bir veri giriş elemanı olabilir. Başka bir insanın bulunmasını tercih ediyorum ama bunun dışında diğer hastalar tarafından suistimal edilen hakları oluyor." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Hasta ile birebir konuşmak***

"Çözüm önerileri yani bu tarz şeyler için dediğim gibi daha fazla ihtiyaç duyuyorum ve en büyük şey yani birebir hastayla konuşmak olabilir yani yanında birisi varsa eşi dahi olsa birebir konuşmak taraftarıyım." (Hek1, E, 40 y.)

- ***Çözüm yok***

"Yani şimdi 70 yaşında, 60 yaşında kişiye de hiçbir şey yapılmaz da. İlla dediğimiz şey, mesela sizin tedavinize yönelik yanlış tedavi verebiliriz diye hastayı biraz rahatlatıyorsun ama mesela bayanlarda o olmuyor. Ne kadar da şey yapıyorsunuz

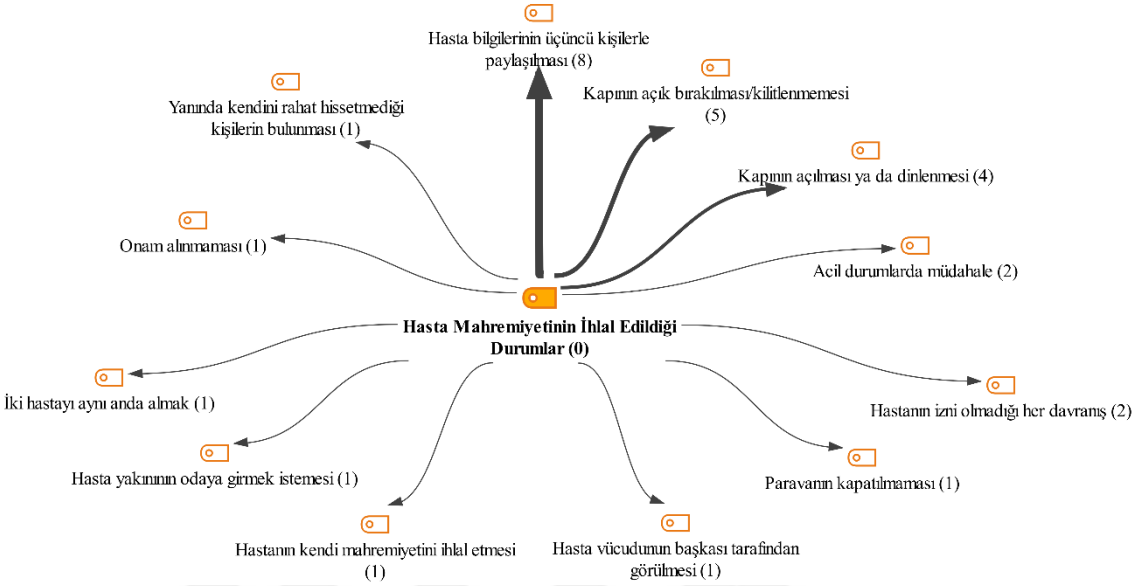
rahatlaması için illa biraz gizli tutan kadınlar var. Yani o da aileden gelen bir şey. Yani gelmiş 60 yaşına, 60 yaşından sonra da ona bir şey öğretmek zor olur." (Hek7, E, 31 y.)

Tablo 4.25: Katılımcı ünvanına göre yaşanan sorunlara çözüm önerileri teması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerileri			0
Eğitim			0
Hasta eğitimi	7	3	10
Çalışan eğitimi	3	1	4
Kapıyı kilitlemek	2		2
Fiziki koşulların iyileştirilmesi	1	2	3
Hastaların saygılı ve sabırlı davranması	1	1	2
Hastaların randevu almaları ve saatinde gelmeleri	2		2
Hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi	1		1
Sağlık hizmetini etkili ve verimli kullanmak	1		1
Empati	1		1
Kapıya uyarıcı yazı asılması		1	1
Paravanı çekmek/kapıyı kapatmak		1	1
Odada sağlık çalışanı bulunması	1		1
Hasta ile birebir konuşmak	1		1
Çözüm yok	1		1
TOPLAM	22	9	31

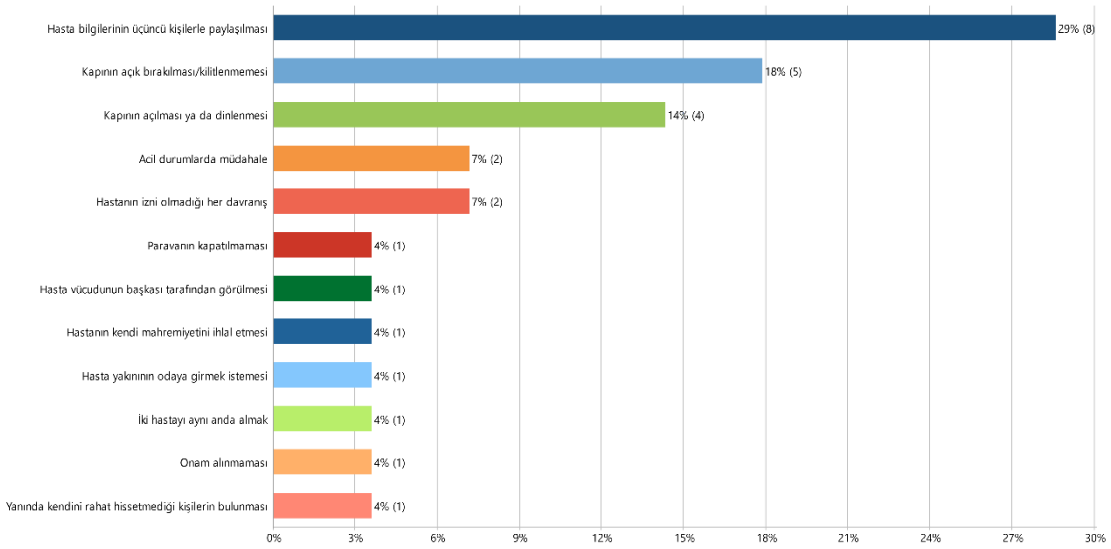
Tablo 4.25'te görüldüğü üzere göre hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara çözüm önerileri teması ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hekim katılımcıların konuyu daha geniş bir çerçevede değerlendirdikleri görülmektedir. Katılımcı görüşlerine bakıldığında; hem hekim katılımcıların hem de hemşire/ebe katılımcıların eğitim konusuna daha yoğun bir şekilde değindikleri görülmektedir. Eğitimin ise daha çok hastalara verilmesi gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır.

4.13. HASTA MAHREMİYETİNİN İHLAL EDİLDİĞİ DURUMLAR TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.32: Hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.32'de görüldüğü üzere hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar teması kendi içerisinde 12 farklı alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması, kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi, kapının açılması ya da dinlenmesi, acil durumlarda müdahale, hastanın izni olmadığı her davranış, paravanın kapatılmaması, hasta vücudunun başkası tarafından görülmesi, hastanın kendi mahremiyetini ihlal etmesi, hasta yakınının odaya girmek istemesi, iki hastayı aynı anda almak, onam alınmaması, yanında kendini rahat hissetmediği kişilerin bulunması şeklindedir.



Şekil 4.33: Hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.33'te görüldüğü üzere katılımcıların *"Sizce hangi hallerde hasta mahremiyeti ihlal edilmiş olur?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, ilk sırada %29 (8) ile hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmasını, ikinci sırada ise %18 (5) ile kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi durumları hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması***

"Hastanın bilgilerini başkasına vererek yani o mahremiyet işte kapı açıkken üzerini çıkardığımız zaman örnek veriyorum veya hastanın başkasının bilmesini istemediği bir bilgiyi yakınına gelip de sorduğu zaman söylemekle mahremiyetini ihlal etmiş olurum. İstemese bile söylersem mahremiyetini ihlal etmiş olurum aslında ama..." (Hek2, K, 32 y.)

"Evet, dediğim gibi bence x, başka bir kişinin yanında eee bilgileri paylaşılırsa, kendisine sormadan özel bilgileri, tetkik bilgileri paylaşılırsa…" (Hek8, K, 28 y.)

"Hastanın mahremiyeti gittiği kurumla kendi arasında olmalı. Oradaki muhattabı olduğu kişiyle olmalı. Bu doktor olur, hemşire olur. Kiminle muhattap olduysa o kişiler arasında kalmalı. Bunların farklı kişiler tarafından da bilinmesi mahremiyetin ihlali ya da bu ilişkinin bozulmasına sebep olur diyebilirim." (Hek9, E, 40 y.)

"Kişisel verilerini eğer hastanın kullanmamız gereken amaç dışında herhangi bir şekilde paylaşırsak, kullanırsak yani bu herhangi bir şey olabilir, bizim için basit olabilir belki. Yani bir adresini lazım olur, birisi sorar vs. ordan açıp bakarız, yardımcı olduğumuzu zannedebiliriz ama aslında burda hastanın mahremiyetini ihlal etmiş oluyoruz." (Ebe1, K, 39 y.)

"İstemediği kişiler, ya istemediği kişiler demeyim de verilerinin vs. paylaşılması ya da tahlil sonucu için bir yakını geldi. Tuttuk ona tahlil sonuçlarını verdik. Bu şekilde ihlal etmiş olabiliriz, gibi." (Ebe1, K, 39 y.)

"Yani biz bir hastayı ararken bu gebemiz de olsa mesela gebelik bildirimi bize düştüğü zaman, eşiyle bile bunu paylaşmıyoruz. Direkt kendisiyle konuşmak istiyoruz. Eşi ısrar etse dahi bizi aramasını istiyoruz ya da biz kendimiz ziyarette bulunduğunuzda dahi evde, o odada kimsenin bulunmasını istemiyoruz. Çünkü kişi bunu saklamak isteyebilir. Eşi de olsa anne, babası da olsa saklamak isteyebilir yani şöyle aynı odada ya da verdiğimiz bilgi ne olursa olsun, eğer birisi başka kişi varsa zaten ihlal edilmiş oluyor. Enjeksiyondan tutun pansumanlar tutun da herhangi bir konu hakkında bilgilendirmeye kadar her şey buna dahil." (Ebe2, K, 30 y.)

"Hasta bilgilerini başkaları ile paylaştığımızda." (Hem4, K, 41 y.)

"Kendi durumu hakkında bilgi paylaşımında olabilir." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi***

"Yani kapım açık olduğu zaman, başka bir hasta içeriyi görebildiği zaman" (Hem1, E, 40 y.)

"Yani o mahremiyet işte kapı açıkken üzerini çıkardığımız zaman örnek veriyorum." (Hem2, K, 32 y.)

"...onun dışında veya kapı açık bırakıldığında," (Hem8, K, 28 y.)

"Bazı ASM'lerimizin kapısının üstünde anahtar olmuyor. Var böyle durumlarda ve o zaman mahremiyetini koruyamamış oluyorum." (Hem2, K, 47 y.)

"Mesela kapıyı kapatmadığımızda bence ihlal olmuş oluyor. Çünkü hasta içeride tedirgin oluyor ama ben genelde kapıyı kapatıyorum ki hasta tedirgin olmasın diye. Yani bu kolay ve pratik bir yöntem." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Kapının açılması ya da dinlenmesi***

"Başka bir hasta içeriye girdiği zaman," (Hek1, E, 40 y.)

"Ben hasta ile görüşme yapıyorsam birden içeri girmesi mesela. Kapıyı çalmadan içeri girmesi veya kapının dinlenmesi olabilir." (Hek3, E, 40 y.)

"Hangi hallerde mahremiyet ihlal etmiş olur? Dediğim gibi işte, az önce dedim ya. Zorla içeri girer ve o sırada hastanın kolu açıktır veya enjeksiyon yapıyorumdır. Evet ben kapatmışımdır ama dışarıdan pat diye içeri girmiştir." (Hem2, K, 47 y.)

"Hangi hallerde? Yani dediğim gibi aslında yani yine tedavi uygularken, işte bir şey yaparken direkt kapının açılması, insanların görmesi gibi," (Hem5, K, 24 y.)

- ***Acil durumlarda müdahale***

"Eee hangi hallerde? Hasta mahremiyeti? Hımm… Şöyle, acil durumlarda hasta mahremiyetini hayati tehlikesi çok olduğundan dolayı çok fazla gözetemeyiz. Yani örnek veriyorum, bir arrest gelen bir hastanın, o hastanın mahremiyetini gözetmeye çalışırız ama o anda hayati tehlikesi söz konusu olduğundan dolayı hastanın fiziksel olarak bazen üstünün açılması gerekebiliyor, bazen başka kalp masajı gerekebiliyor veya örnek veriyorum başörtülü bir hastanın başka kafa muayenesi yapmamız gerekebiliyor, x bir şey olabiliyor. Bu acil durumlarda hasta mahremiyetini fiziksel olarak çok gözetemeyebiliyoruz." (Hek8, K, 28 y.)

"Çok acil bir durumda. Hani diyelim hasta ansızın çok kötü bir şekilde fenalaşır. Diyelim onu da kaldıramayacığımız bir durumda olur ya da diyelim bir travma yaşadı. O an belki etrafındaki hastaları uzaklaştırırız ama hani ne de olsa insanlara çok çabuk engel olamıyorsun yani meraklı bir halk olduğu için. O an orda müdahale etmek gerekebilir. Ama dediğim gibi mümkün oldukça o alandan uzaklaşıp mahremiyetin sağlanması için bir odaya götürebilirsek daha iyi olur ama götüremezsek bu gibi konularda belki mahremiyetleri bozulabilir." (Hem1, K, 23 y.)

- ***Hastanın izni olmadığı her davranış***

"Hastanın başkasının bilmesini istemediği bir bilgiyi yakınına gelip de sorduğu zaman söylemekle mahremiyetini ihlal etmiş olurum. İstemese bile söylersem mahremiyetini ihlal etmiş olurum aslında ama..." (Hek2, K, 32 y.)

"Hastanın izni olmayan her türlü davranış bence ihlaldir." (Hek5, K, 37 y.)

- ***Paravanın kapatılmaması***

"Paravan düzgün bir şekilde kapatılmadığında olmuş olur." (Hek8, K, 28 y.)

- ***Hasta vücudunun başkası tarafından görülmesi***

"Öyle yine fiziksel olarak hastanın işte herhangi bir yerini görmesi gibi bir durumu olabilir. Bunlar geliyor aklıma." (Hem7, K, 27 y.)

- ***Hastanın kendi mahremiyetini ihlal etmesi***

"Yani burada en çok isim, soyisim, kimlik bilgileri, kronik hastalıkları, bazen hastalar ilaç yazdırmak vs. için geliyorlar. Kimliği babasına ya da babadan oğluna, kızına verip ne ilaç yazılacak, hastanın nesi var, nesi yok? Yakınları bile yani komşu komşuya o şekilde eee birbirlerine haber vermeleri ve herkes tarafından da sonra yayılmasını yani bilinmesi çok en çok ihlal edilen şeylerdir." (Hek6, E, 28 y.)

- ***Hasta yakınının odaya girmek istemesi***

"Birinci basamakta da hastanın yakını hususi girip mesela enjeksiyona dahil olmak istiyor ya da hastanın göğsünde bir problem var ama eşi hususi olarak girip hastanın mahremiyetini açıkçası onlar ihlal etmek istiyor. Böyle...Yani bu durumlar oluyor genelde biz de." (Hem8, K, 26 y.)

- ***İki hastayı aynı anda almak***

"Yani şöyle aynı odaya iki kişiyi, iki hastayı almak hasta mahremiyeti ihlal olur. Bu akrabası da olsa eşi dostuda olsa da olsa fark etmez." (Ebe2, K, 30 y.)

- ***Onam alınmaması***

"Muayene esnasında mesela hemen gelip böyle işte "aç kolunu, aşı yapacağız" vs. hasta o andaki tedirgin, kendisini rahat hissetmiyor, o durum için uygun koşulların sağlandığını düşünmüyor ama biz kendimizce sağladığımızı düşünerek direkt hastaya açıklama yapmadan, izah etmeden, o rahat ortamı oluşturmadan müdahale etmeye çalışırsak bu şekilde ihlal etmiş olabiliriz." (Ebe1, K, 39 y.)

- ***Yanında kendini rahat hissetmediği kişilerin bulunması***

"Yanında rahat hissetmeyeceği herhangi bir arkadaşı falan olduğu zaman, yani biraz da vücut dilinden anlaşılıyor. Mesela akciğerlerini bile dinlediğimiz zaman, hani

karnını bile aç dediğimiz zaman, biraz çekiniyorsa, bakışları falan varsa yanındakine vs. onu göndermeye yönelik bir istekte bulunuyoruz." (Hek1, E, 40 y.)

Tablo 4.26: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar teması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyetinin İhlal Edildiği Durumlar			0
Hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması	3	4	7
Kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi	3	2	5
Kapının açılması ya da dinlenmesi	2	2	4
Acil durumlarda müdahale	1	1	2
Hastanın izni olmadığı her davranış	2		2
Paravanın kapatılmaması	1		1
Hasta vücudunun başkası tarafından görülmesi		1	1
Hastanın kendi mahremiyetini ihlal etmesi	1		1
Hasta yakınının odaya girmek istemesi		1	1
İki hastayı aynı anda almak		1	1
Onam alınmaması		1	1
Yanında kendini rahat hissetmediği kişilerin bulunması	1		1
TOPLAM	14	13	27

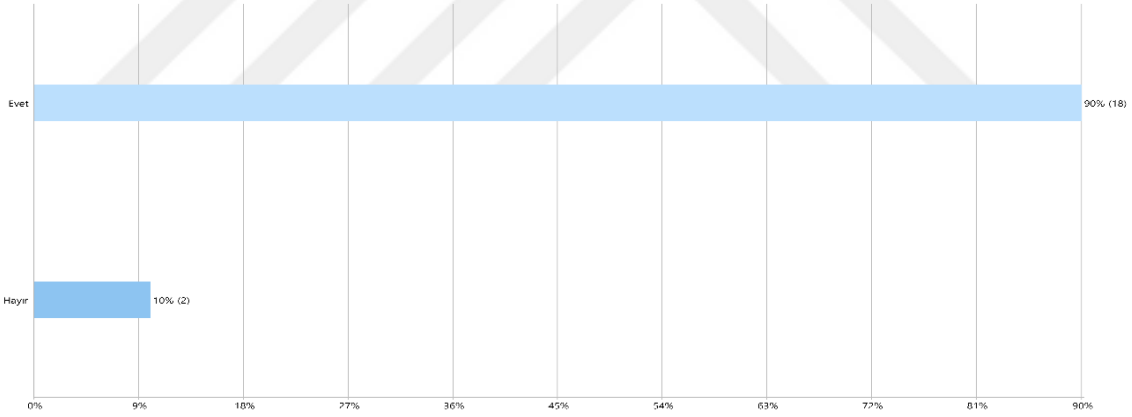
Tablo 4.26'da görüldüğü üzere göre hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar teması ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, katılımcıların konuyu geniş bir çerçevede değerlendirdikleri görülmektedir. Katılımcı görüşlerine bakıldığında; hem hekim katılımcıların hem de hemşire/ebe katılımcıların hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması konusu hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Ayrıca hekim katılımcılar aynı şekilde kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi durumunu mahremiyetin ihlali olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Katılımcı cevaplarının paralel olduğu görülmektedir.

4.14. HASTA MAHREMİYETİ HAKKINDA HİZMET İÇİ EĞİTİM GEREKLİLİĞİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.34: Hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.34'te görüldüğü üzere hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği teması kendi içerisinde 2 farklı alt kod altında incelenmiştir. Bunlar; evet ve hayır şeklindedir.



Şekil 4.35: Hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği temasının alt kod yüzdelik dağılımı

Şekil 4.35'te görüldüğü üzere katılımcıların *"Sizce hasta mahremiyeti ve uygulamaları hakkında hizmet içi eğitim gerekli midir? Neden, görüş ve önerileriniz nelerdir?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, %90'ı (n=18) "Evet, gereklidir." şeklinde yanıtlarken, %10'u (n=2) "Hayır, gerekli değildir." şeklinde cevap verdiği görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Evet***

"Yani kesinlikle gerekli. Neden daha iyi olmasın ki. Yani benim bu konuda çok bir bilgilendirmem yok. Kendi çapımda bir şeyler yapmaya çalışıyorum. Eğitim olsa tabi daha iyi olur, daha profesyonel olur." (Hek1, E, 40 y.)

"Yani sorduğunuz soruların bir kısmını evet bilmiyorum. Bilmediğimi fark ettiğim için hizmet içi eğitim gerekebilir. Ama bunları bilmedikçe hastaya ne kadar zarar verdiğimi de farkında değilim. Belki özel eğitim gerekli olabilir, evet." (Hek2, K, 32 y.)

"Bence gereklidir. Çünkü bunu uygulamayan, bilmeyen bir çok hekim var. Herhangi birine kayıt istiyor yani o anda belki elinde resmi yazı yok ama bir devlet görevlisi orada karşısında kaydı verebilir belki hani bilmeden ya da bunu önlemeyi sağlayıcı bir eğitim olabilir. Kesinlikle olmalı yani." (Hek3, E, 40 y.)

"Kesinlikle gerekli. Çünkü tüm dünyada her dilden her ırktan insanlar var eee ve karşıdakilerin beklentileri bizim beklentilerimiz farklı olabilir ve bazen bilmediğimiz bir inanç ya da bilmediğimiz bir şeye dikkat etmemiz gerekiyor da olabilir. Hem işveren yani hem idari yönetim kısmının bilgi, yeterli farkındalığı için hem de biz daha böyle sahada çalışanların farkındalığı için bence mahremiyet eğitimi çok önemli." (Hek4, K, 28 y.)

"Gereklidir. Biz de bazen nerede nasıl davranmamız gerektiğini bilemeyebiliyoruz. Bu tarz eğitimler alırsak kendimizi daha rahat hissederiz. Hem kendimize hem hastaya zarar vermemiş oluruz diye düşünüyorum." (Hek5, K, 37 y.)

"Evet, bence gereklidir." (Hek6, E, 28 y.)

"%100." (Hek7, E, 31 y.)

"Evet, bence gereklidir. Çünkü ne kadar da biz kendi adıma konuşayım. Fakültede bu eğitimi alsak dahi bunların güncel olarak desteklenmesi ve bilginin yenilenmesi olarak eee olabilir yani gerekebilir. Çünkü her zaman yenilenebiliyor bilgiler yani bizim için de yenilenebiliyor bilgiler ve daha çok hatırlıyoruz yani "şunu da yapabilirdik, bunu da yapabilirdik". Mahremiyet açısından hem psikolojik mahremiyet olur hem fiziksel mahremiyet olur bir şeyler daha kendimizi geliştirebiliriz. Bence eğitim gerekli bu konuda." (Hek8, K, 28 y.)

"Kesinlikle gereklidir. Tabii ki de bu kesinlikle şart. Çünkü bunun farkında olmayan sağlık çalışanları da mevcut. Yani davranış bile, hastaya eee mahremiyetini, hastanın psikolojisini bozabilir." (Hek9, E, 40 y.)

"Yani genel olarak hekim ve sağlık çalışanları hasta mahremiyeti konusunda normal şartlarda bilgili ama alınabilir." (Hek10, K, 51 y.)

"Evet, gerekli. Bazen biz dediğim gibi iyilik yapıyoruz zannedip ya da amacını aşan şekilde paylaşımlarda belki bulunabiliriz, kullanabiliriz. Psikolojik olarak daha belki bu anlamda eğitimler düzenlense hastalara yaklaşım olarak daha doğru bir şekilde yaklaşım çizgisi çizebiliriz. Her anlamda zaten eğitim mutlaka şart. Bu anlamda da desteklenilirse daha yaklaşımımız güzel olabilir hastalara karşı bu anlamda." (Ebe1, K, 39 y.)

"Hizmet içi eğitim gerek tabii ki. Çünkü biraz toplumsal şeyler için ne kadar da bu işin eğitimini görsek de bazen biz de kayabiliyoruz böyle şeylere. Özellikle birinci basamak olarak çok fazla halkla iç içeyiz, hastalarla özellikle öyle söyleyeyim. Bazen biz de kaçırıyoruz işin ucunu öyle söyleyeyim. İster istemez bir etkileşim halinde oluyoruz ve bizden biriymiş gibi davranma gibi şeylere girebiliyoruz. Bence eğitim verilmeli ara ara hani birine bir şeyleri hatırlatmak iyidir diye düşünüyorum." (Ebe2, K, 30 y.)

"Gereklidir. Çünkü evet hani şu bile bir fark: Kimi insan tesettürlü kimi tesettürlü değil. Kimisinin inanış farklılıkları var. Hiçbir şekilde kendi tenini kimse görmesini istemez. Kimisinde normal, sonuçta sağlık, mahremiyet olmaz derler ama… Tamam sağlıkçı ile hasta arasında olmuyor. Dediğim gibi kapıyı bir anda açan başka bir hastanın görmesini, başka bir karşı cinsten birinin görmesini istemediği için mahremiyet gerekli. Ona göre önlem ve saygı duyulması gereken bir şey." (Hem1, K, 23 y.)

"Hizmet içi eğitim gereklidir. Bir önceki soruda da hasta mahremiyetinin sağlanmaması personel bilgisi yetersizliğinden de olabilir. Bunun olmaması için uygun ortamın çalışanın sağlaması gerekir. Eğitiminin olması gerekiyor mutlaka." (Hem3, K, 37 y.)

"Tabi ki de gerekli." (Hem5, K, 24 y.)

"Çünkü stajda her şeye bu kadar dikkat etmiyoruz ama göreve başlarken kısa bir eğitim alınmış olabilir." (Hem6, K, 23 y.)

"Tabii gerekli olabilir. Hani eğitimin zararı olmaz." (Hem7, K, 27 y.)

"Evet. Kesinlikle bence hatta düzenli periyotlarla da olması gerekir. Bununla alakalı İlçe Sağlık ve İl Sağlık Müdürlükleri'nin bence düzenli bir şekilde eğitim yapmalı. Yapması gerektiğini düşünüyorum ben." (Hem8, K, 26 y.)

- ***Hayır***

"Ben hemşire arkadaşlarla ilgili söylersem bence gerekli değil. Bütün arkadaşlarımın bunu bildiğini düşünüyorum. Hepsinin bilgisi olduğunu düşünüyorum." (Hem2, K, 47 y.)

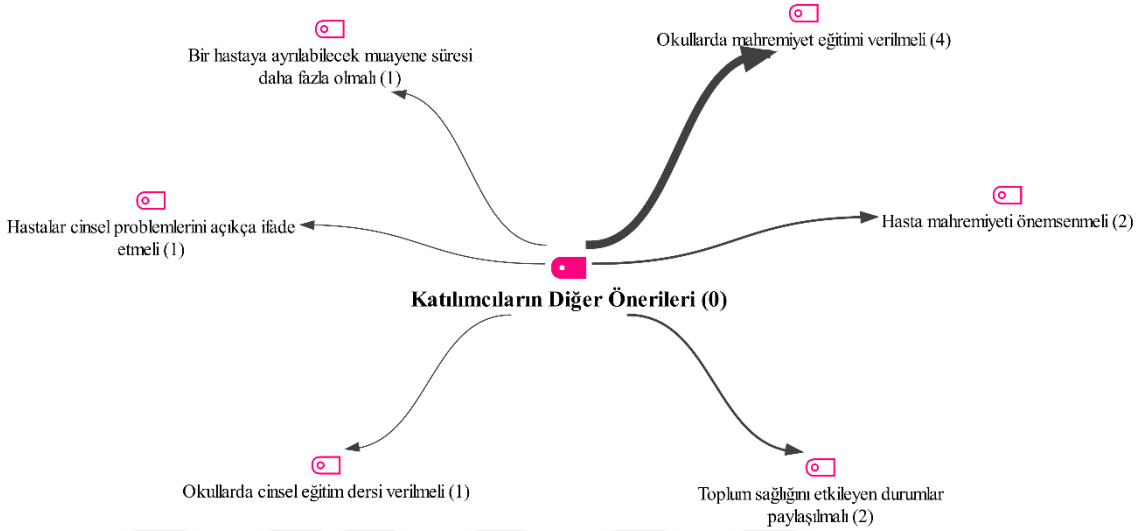
"Yok, çok gerekli değil bence." (Hem4, K, 41 y.)

Tablo 4.27: Katılımcı ünvanına göre hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği teması kod matris gösterimi

Kod Sistemi	Hekim	Hemşire/ebe	TOPLAM
Hasta Mahremiyeti Hakkında Hizmet İçi Eğitim Gerekliliği			0
Evet	10	8	18
Hayır		2	2
TOPLAM	10	10	20

Tablo 4.27'de görüldüğü üzere göre hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği teması ile ilgili görüşler katılımcı ünvanlarına göre incelendiğinde, hekim katılımcıların tamamı (n=10) ve 8 hemşire/ebe katılımcı konu ile ilgili hizmet içi eğitimin gerekli olduğunu ifade ederken, yalnızca 2 hemşire/ebe katılımcı hizmet içi eğitimin gerekli olmadığını ifade etmiştir. Katılımcı görüşlerine bakıldığında, hem hekim hem de hemşire/ebe katılımcıların çoğunun (n=18, %90) hasta mahremiyeti konusunda hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini ifade ettikleri görülmektedir.

4.15. KATILIMCILARIN DİĞER ÖNERİLERİ TEMASINA İLİŞKİN BULGULAR



Şekil 4.36: Katılımcıların diğer önerileri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.36'da görüldüğü üzere katılımcıların *"Konuyla ilgili konuştuklarımız dışında eklemek istedikleriniz, katkıda bulunmak istediğiniz görüşleriniz nelerdir?"* sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, okullarda mahremiyet eğitimi verilmeli, hasta mahremiyeti önemsenmeli, toplum sağlığını etkileyen durumlar paylaşılmalı, okullarda cinsel eğitim dersi verilmeli, hastalar cinsel problemlerini açıkça ifade etmeli, bir hastaya ayrılabilecek muayene süresi daha fazla olmalı konuları hakkında görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların diğer önerileri temasının incelenmesine ait alt kod ve katılımcı ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

- ***Okullarda mahremiyet eğitimi verilmeli***

"Yani şöyle farklı kesimlerde de çalıştım, ya bu yani okullarda öğretilecek bir şey olabilir. Yani bunu bir öğretmenin sınıfta hani öğretebilmesi olabilir ancak diye düşünüyorum, çünkü küçükken olmalı diye düşünüyorum yani öyle söyleyeyim." (Ebe2, K, 30 y.)

"Aslında uyarmakta bir işe yaramıyor. Çünkü cidden temelden verilmesi gerekiyor bence. Aslında küçük yaştan başlaması gerekiyor diye düşünüyorum. Yani okullarda, işte liselerde bununla ilgili bilgilendirme olsun isterim kişi mahremiyetine önem verilmesiyle alakalı olarak." (Hem5, K, 24 y.)

"Hatta küçük yaştan başlaması gerekiyor. Yani liselerde, okullarda bile hemşirenin sağlıkla ilgili bir şey olmasını gerçekten isterim." (Hem5, K, 24 y.)

"Tamamen gerçekten şimdi bahsettiğim gibi gerçekten ortaokullardan ve liselerden hemşirelerin başlaması ve gerçekten oralarda böyle hemşirelerin de atanması lazım. İşte oradan temel yaştan verilip yapılması gerekiyor ama mahremiyet eğitimi verilmesi gerekiyor. Yani bunun gibi şeyler yapılması gerekiyor, bunları düşünüyorum tamamen." (Hem5, K, 24 y.)

- ***Hasta mahremiyeti önemsenmeli***

"Hasta mahremiyeti önemsenmeli gerçekten." (Hem3, K, 37 y.)

"Bence kan alma olsun, normal enjeksiyon sırasında olsun herkes buna dikkat etmeli. Çünkü ben de bir hasta olsam dikkat edilmesini isterim. Ben bir hasta varken mesela diğerinin girmesini istemezdim. Bu şekilde ben de dikkat ediyorum. Başka hasta girerse diyorum ki "İçeride hasta var, çıksın. Dışarıda bekleyin" diyorum. Bu şekilde olursa çok güzel olur." (Hem6, K, 23 y.)

- ***Toplum sağlığını etkileyen durumlar paylaşılmalı***

"Mesela bulaşıcı bir hastalık ya da toplum sağlığını etkileyen bir durum varsa bence paylaşılmalı. Eşiyle paylaşılabilir. Çünkü bazen hani cinsel yolla bulaşan hastalıklarda karşıyıda yani partneri de tedavi etmek gerekiyor. Eğer mesela solunum yoluyla bulaşan bulaşıcı bir hastalıkta ev halkını bence bilgilendirmek ve onlara da koruyucu sağlık tedavi uygulamak gerekiyor. Bu şekilde…" (Hek4, K, 28 y.)

"Mesela geçenlerde bize bir hasta gelmişti. Hastada şey çıkmıştı kanda hepatit çıkmıştı. Sonra onun yanında hastada HPV testi de pozitifti. Mesela bu mecburen bu tür hastanın eşine bilgi vermeniz lazım ama devlette böyle bir şey var ki diyor ki mesela kişiye bilgi verin. Ama şimdi böyle bir şey var ki hastanın da eşinin de bilgisi olması lazım. O zaman biz şey yaptık mesela biz hastaya tüm bilgiler verildi, gerekli uyarılar yapıldı. Eşine ya da partnerine bilgi verme sorumluluğu kendisine ait olarak bir yazı yazdık. Tabi mahremiyeti de koruduk ama karşıdaki kişiyi de korumak lazım. Şimdi karşıdaki kişinin de çok bilgisi yok ki diyor illa aile sağlık merkezine gitti, sağlık raporu aldı bu tamamdır hiç problem yok mecburen orda mahremiyetinden gizli tutarak karşıdaki kişiyi de savunmak için öyle bir yazı veriyoruz ama mahremiyetini korumuş oluyoruz aslında." (Hek7, E, 31 y.)

- ***Okullarda cinsel eğitim dersi verilmeli***

"…bunun için de aslında okullarda bir cinsel eğitim derslerinin uygulanması gerektiği konusunun kanaatindeyim." (Hek10, K, 51 y.)

- ***Hastalar cinsel problemlerini açıkça ifade etmeli***

"Kişilerin özellikle cinsel kimlikleri, cinsel tercihleri konusunda, önyargılı olmadığımız bu konularda net ve rahat bir şekilde bizimle paylaşabilmeleri. 18-25 yaş arasındaki gençlerin konuya, bu tür hastalıklara ya da kendilerinde bulunan problemleri daha ciddiye alarak bize yansıtmaları." (Hek10, K, 51 y.)

- ***Bir hastaya ayrılabilecek muayene süresi daha fazla olmalı***

"Aile Sağlığı Merkezleri'nde daha fazla yani mümkün olduğu kadar her hastaya olması gerektiği kadar hani bir yarım saat bir zaman ayırsak ama ne yazık ki olamıyor…" (Hek1, E, 40 y.)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen araştırma bulguları:

1. Katılımcıların hasta mahremiyeti konusunda daha önce eğitim alma durumları değerlendirilmiştir.
2. Araştırma bulgularında elde edilen ana temalar ve bu temalara bağlı olarak belirlenmiş olan kategoriler literatür doğrultusunda değerlendirilmiştir.

5.1. KATILIMCILARIN HASTA MAHREMİYETİ KONUSUNDA DAHA ÖNCE EĞİTİM ALMA DURUMLARI

Araştırmada katılımcılara daha önce hasta mahremiyeti ile ilgili bir eğitim alıp almadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %60'ı (n=12) hasta mahremiyeti ile ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade ederken, %40'ı (n=8) eğitim aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların ünvanlarına göre cevaplar incelendiğinde, hekim katılımcıların çoğu (n=7, %70) mahremiyetle ilgili daha önce eğitim almağını ifade etmiştir. Hemşire/ebe katılımcıların ise yarısı eğitim aldığını ifade ederken (n=5, %50), diğer yarısı (n=5, %50) konu ile ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğu mahremiyetle ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Aktan ve ark.'nın (119) hemşireler üzerine yaptıkları araştırmada, hemşirelerin yüzde 41,6'sının mahremiyet ve hasta hakları ile ilgili eğitim aldığı, yüzde 58,4'ünün ise eğitim almadığı saptanmıştır. Candan'ın (79) hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, hemşire ve ebelerin %32,5'sinin hasta hakları ve/veya hastanın mahremiyetinin ve özel yaşamının korunması ile ilgili herhangi bir seminer, kurs ya da toplantıya katıldığı, %67,5'inin ise herhangi bir çalışmaya katılmadığı saptanmıştır. Öztürk ve ark.'nın (8) hemşireler üzerine yaptıkları araştırmada, hemşirelerin %45'inin mahremiyet ile ilgili bir kurs/seminere katıldığı, %55'inin ise katılmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Akgül Yılmaz'ın (120) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve bu ünitelerden hizmet alan hastaların hasta mahremiyeti üzerine görüşleri ile ilgili yaptığı araştırmada, hemşirelerin %78,6'sının daha önce mahremiyet ile ilgili bir eğitim aldığı saptanmıştır.

Özer'in (57) sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının (%64) mahremiyet konusunda hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Bu durumun konu ile ilgili yapılan araştırma sayısının kısıtlı olmasına, yapılan araştırmaların da ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesi ve genellikle hasta hakları çerçevesinde incelenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.2. ARAŞTIRMA BULGULARINDAN ELDE EDİLEN ANA TEMALAR

Bu bölümde, araştırma bulgularında elde edilen ana temalar ve bu temalara bağlı olarak belirlenmiş olan kategoriler literatür doğrultusunda değerlendirilmiştir. Ancak literatürde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti uygulamaları ve hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik doğrudan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Daha önce yapılan araştırmaların daha çok hemşireler üzerine ve hastanelerde yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sebeple bu araştırmadan elde edilen bulguların benzer sayılabilecek diğer çalışmalarla karşılaştırması yapılmıştır.

Araştırma bulguları on iki ana tema altında toplanmıştır. Bunlar; hasta mahremiyeti, hasta mahremiyeti uygulamaları, mahrem bilgiler, fiziksel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, psikolojik mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, bilişsel mahremiyet uygulamaları ve bilme durumu, bilgi ve belgelerin hasta dışındaki kişilerle paylaşımı, hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlar, yaşanan sorunlara çözüm önerileri, hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar, hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği, katılımcıların diğer önerileri şeklindedir.

5.2.1. Hasta Mahremiyeti Teması

Katılımcıların hasta mahremiyetine yönelik algıları, SKS'de belirtilen mahremiyet türleri bağlamında; fiziksel boyut, bilişsel boyut, psikolojik boyut ve sosyal boyut olmak üzere dört alt başlıkta incelenmiştir. Katılımcılar hasta mahremiyetini %49 bilişsel boyut, %34 fiziksel boyut, %11 psikolojik boyut, %6 ise sosyal boyut bağlamında değerlendirmişlerdir. Katılımcıların hasta mahremiyetini bilişsel boyut bağlamında en yoğun olarak "tanı ve tedavi bilgilerinin gizliliği" ikinci olarak ise "özel ve gizli bilgiler" olarak tanımladıkları saptanmıştır. Hasta mahremiyetinin fiziksel boyutu bağlamında ise

en yoğun olarak "fiziksel/bedensel olarak mahremiyet" tanımının yapıldığı belirlenmiştir. Hasta mahremiyetinin psikolojik boyutu bağlamında en yoğun olarak "psikolojik olarak mahremiyet" tanımının, sosyal boyut bağlamında ise "sosyal olarak mahremiyet" tanımının yapıldığı saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetini en çok bilişsel boyut, ikinci sırada fiziksel boyut bağlamında değerlendirdikleri, hasta mahremiyetinin sosyal ve psikolojik boyutuna ise çok fazla değinmedikleri görülmektedir. Balcı'nın (121) yoğun bakım ünitesinde görev alan sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada, hasta mahremiyetinin boyutları bağlamında değerlendirildiğinde, hastalarda bilgi mahremiyeti ve fiziksel mahremiyete daha çok dikkat edildiği, en az dikkat edilen boyutun ise sosyal mahremiyet olduğu saptanmıştır. Hüzmeli'nin (99) hastaların mahremiyetinin korunmasında ameliyathane hemşirelerinin düşüncelerinin incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin mahremiyeti tanımlamak için "gizlilik" ve "özel yaşam/kişiye özel olan" tanımlarını daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamında ameliyathane hemşirelerinin hasta transferi sırasında mahremiyetin alt boyutlarına göre değerlendirmelerinin yüzdelik frekanslarına göre bakıldığı zaman hemşirelerin genellikle fiziksel mahremiyeti daha çok ön planda tuttukları (%60), bunu takip eden alt boyutlar ise; bilişsel mahremiyet (%18), psikolojik mahremiyet (%14) ve sosyal mahremiyetin (%14) korunduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, hemşirelerin fiziksel mahremiyete olan dikkatinin daha fazla ön planda olduğu, fiziksel ve bilişsel mahremiyetin korunmasında daha dikkatli ve özenli davrandıkları sonucuna varılmıştır. Akgül Yılmaz'ın (120) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve bu ünitelerden hizmet alan hastaların hasta mahremiyeti üzerine görüşleri ile ilgili yaptığı araştırmada, mahremiyetin hemşireler tarafından fiziksel mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizliliği olarak tanımlandığı saptanmıştır. Candan'ın (79) hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, katılımcıların çoğunluğunun (%68,1) mahremiyeti "hem bedenin hem de bilgilerin gizliliği" olarak tanımladıkları görülmüştür. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını incelediği bir araştırmada, hasta mahremiyetinin kapsamı konusunda, hemen hemen tüm katılımcıların birleştiği noktanın hastaya ait tüm bilgilerin mahremiyet kapsamına girdiği şeklinde olduğu belirlenmiştir. Yine bu araştırmada da hasta mahremiyetinin bilişsel boyutunun ön planda olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2.2. Hasta Mahremiyeti Uygulamaları Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarının kapsamı hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarının kapsamını tanımlarken, hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, kapıyı kapatmak, paravanı kapatmak, güven verici ortam sağlamak, perdeyi kapatmak, kapıyı kilitlemek, bölgesel uygulamalar, odada hasta varken diğer hastayı almamak, hasta değerlerini korumak, muayene sırasında fiziki koşulları sağlamak, bedeni ve kişisel bilgilerini korumak, işlem öncesi onam almak, hasta ile yalnız kalmak, tedavisi ile ilgili olmayan kişileri ortamdan çıkartmak, hastaların dini inaçlarına ve beklentilerine uygun davranmak uygulamaları hakkında görüş bildirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetini sağlarken ilk olarak "hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak" ikinci sırada ise "kapıyı kapatmak" uygulamalarını daha fazla vurguladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların hasta mahremiyeti uygulamalarında en çok bilişsel ve fiziksel boyut bağlamında daha dikkatli davrandıkları görülmektedir. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin hastaların mahremiyetini korurken en çok hastaların üstlerinin örtülmesi ve sadece ameliyat bölgesinin örtülmesi uygulamalarını uyguladıkları belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin fiziksel mahremiyete olan dikkatinin daha fazla ön planda olduğu, fiziksel ve bilişsel mahremiyetin korunmasında daha dikkatli ve özenli davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanları üzerine yaptıkları araştırmada, hastaların sağlık çalışanları ile paylaştığı tüm bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmamasının hasta mahremiyeti kapsamında değerlendirildiği anlaşılmıştır. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak araştırma bulguları, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için ve daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı literatür ile kavramsal farklılıkların olabileceği düşünülmektedir.

5.2.3. Mahrem Bilgiler Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hangi bilgileri mahrem olarak değerlendirdikleri ile ilgili görüşleridir. Katılımcılar hastaların muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri, kişisel bilgileri, hastaya ait her türlü bilgiyi, hasta vücudu ve fiziksel özellikleri, psikolojik sorunlarını, hasta fikirleri/sözel iletilerini,

cinsel bilgileri, özel olarak hissettiği konuları, anlattığı her şeyi, hayati tehlikesi olmayan her konuyu, hastanın söylemekten çekineceği bilgileri mahrem bilgi olarak değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, hastaların en çok hastaların "muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık bilgileri" ve "kişisel bilgileri" ile ilgili konuları mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin hastaların en çok "insan bedenini" mahrem bulurken daha sonra "kişisel bilgileri" ve "özel hayatı" ile ilgili konuları mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Aktan ve ark.'nın (119) hemşirelerin hastaların mahremiyetini koruma ve sürdürme durumlarını etkileyen faktörleri incelediği araştırmada, hemşireler en fazla "hasta bedenini" daha sonra "hastanın kişisel bilgileri" ile ilgili konuları mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanları üzerine yaptığı nitel bir araştırmada, hastaların hastalık bilgileri ve vücut bütünlüğüne ait tüm bilgilerin ve hastaların hastaneye girişinden çıkışına kadar hastaları ilgilendiren tüm süreçlerin mahrem olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik gösterdiği fakat söylem sıklığına bakıldığı zaman farklı olduğu belirlenmiştir. Bu durumun, araştırma bulgularının birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için ve daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı literatür ile kavramsal farklılıkların olabileceği ve söylem sıklıklarının değişebileceği düşünülmektedir.

5.2.4. Fiziksel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalardır. Tema, katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını bilme durumu ve fiziksel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklinde iki alt başlık altında incelenmiştir.

Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalarını bilme durumu hakkındaki cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğu (n=19, %95) fiziksel mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade etmiştir. Görüşme verilerine göre cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğunun (n=16, %80) fiziksel mahremiyet uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Ancak bir hekim ve üç hemşire/ebe katılımcının fiziksel

mahremiyet uygulamaları yanında bilişsel mahremiyet uygulamalarından da bahsettikleri saptanmıştır. Bu bağlamda dört katılımcının mahremiyet türlerini karıştırdığı belirlenmiştir. Bu durumun, hasta mahremiyeti konusu hakkında eğitim eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının fiziksel mahremiyet uygulamalarını bilme durumu ile ilgili literatür ile karşılaştırabileceğimiz yeterli bulguya ulaşılamamıştır.

Katılımcıların fiziksel mahremiyet uygulamalar alanda uygulanması hakkındaki cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğu (n=18, %90) fiziksel mahremiyet uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcılar, hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik; perdeyi/paravanı kapatmak, kapıyı kapatmak, kapıyı kilitlemek, pencereleri/perdeleri kapatmak, odaya yabancıların alınmaması/tek başına muayene, gerekli durumlarda odada yakını ya da sağlık çalışanı olması, dini inançlarına ve beklentilerine uygun davranmak, bölgesel muayeneler, hastanın üstünü örtmek, onam almak, muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak, her işlem için ayrılmış özel odaların bulunması, fiziksel izolasyon, kendini rahat hissedeceği ortamı sağlamak, başkaları tarafından görünmesini engellemek uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların "perdeyi/paravanı kapatmak" ve "kapıyı kapatmak" uygulamaları hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri saptanmıştr. Katılımcıların konuyu ayrıntılı bir şekilde değerlendirdikleri ve hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalara önem verdikleri görülmektedir. Balcı'nın (121) yoğun bakım ünitelerinde görev alan sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada, yoğun bakımda sağlık çalışanlarının bilinci kapalı ve bilinci açık hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik "hastanın mahrem yerlerinin açıkta bırakılmamasına", "fiziksel temas esnasında hassas davranmaya", "tek kişilik oda bulunmuyorsa perde veya paravan ile bölünme sağlamaya", "hastaya uygulanan işlemler sırasında görevi olmayan kişileri bulundurmamaya" dikkat ettikleri saptanmıştır. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitesinde görev alan sağlık çalışanlarının hastaların fiziksel mahremiyetini korumaya yönelik bilinçli davrandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin hastaların fiziksel mahremiyetini korumaya yönelik en çok "hastanın üstünü örttüklerini", daha sonra "sadece ameliyat bölgesini açıkta bıraktıklarını" ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin hastaların fiziksel mahremiyetini korunmasına yönelik yaptıkları uygulamaların hastaların yararına olduğu ve hemşirelerin, hastaların mahremiyet hakkının korunmasına önem verdikleri sonucuna varılmıştır. Aktan ve ark.'nın (119) hemşireler üzerine yaptıkları bir araştırmada,

hemşirelerin en çok paravan, perde gibi malzemeler ile hastaların fiziksel mahremiyet alanını kapsayan bedensel mahremiyetin korunmasına yönelik uygulamalara önem verdikleri saptanmıştır. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak araştırma bulguları, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için ve daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı literatür ile kavramsal farklılıkların olabileceği düşünülmektedir.

5.2.5. Psikolojik Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalardır. Tema, katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilme durumu ve psikolojik mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklinde iki alt başlık altında incelenmiştir.

Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilme durumu hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğu (n=15, %75) psikolojik mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade etmiştir. Görüşme verilerine göre cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğunun (n=17, %85) soruya doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ancak iki hemşire/ebe katılımcının psikolojik mahremiyet uygulamaları yerine bilişsel mahremiyet uygulamalarından bahsettikleri belirlenmiştir. Bu bağlamda iki katılımcının mahremiyet türlerini karıştırdığı saptanmıştır. Bir hekim katılımcının ise psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilmediğini ifade ettiği belirlenmiştir. Bu durumun, hasta mahremiyeti konusu hakkında eğitim eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının psikolojik mahremiyet uygulamalarını bilme durumu ile ilgili literatür ile karşılaştırabileceğimiz yeterli bulguya ulaşılamamıştır.

Katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamaları alanda uygulanması hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğu (n=17, %85) psikolojik mahremiyet uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcılar hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik; hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, hastanın sağlık dışındaki diğer görüşlerini sorgulamamak, güven verici bir ortam sağlamak, hasta dışındaki kişileri odadan çıkartmak, hasta ile yalnızken

konuşmak, gerekli hallerde hemşireye/doktora bilgi vermek, hastayı rahatlatmak, kişisel değerlerine ve inançlarına saygılı olmak, bulaşıcı hastalıkları hastanın izni olmadan paylaşmamak, hastanın paylaştıklarını not etmemek, hastayı yargılamamak/ eleştirmemek, hasta ile ilgili bilgileri çalışma arkadaşları ile paylaşmamak, sevk zinciri, hastanın iznini alarak paylaşmak uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların "hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak" uygulaması hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri saptanmıştır. SKS'de psikolojik mahremiyet "Bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsar." şeklinde açıklanmaktadır (78). Bu bağlamda katılımcıların psikolojik mahremiyet uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğu söylenebilir. Fakat Hüzmeli'nin (99) hastaların mahremiyetinin korunmasında ameliyathane hemşirelerinin düşüncelerinin incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, hastaların transferi sırasında psikolojik mahremiyetin korunmasına yönelik olarak hemşirelerin %14'ü hastaların psikolojik mahremiyetinin korunduğunu düşünürken, %34'ünün korunmadığını düşündüğü saptanmıştır. Bu durumun konu ile ilgili yapılan araştırma sayısının kısıtlı olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Literatürde mahremiyetin alt boyutlarını inceleyen çalışmalar yetersiz olduğundan karşılaştırabilecek yeterli bulguya ulaşılamamıştır.

5.2.6. Bilişsel Mahremiyet Uygulamaları ve Bilme Durumu Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların çalıştıkları kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalardır. Tema, katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını bilme durumu ve bilişsel mahremiyet uygulamaları ve alanda uygulanması şeklinde iki alt başlık altında incelenmiştir.

Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamalarını bilme durumu hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların tamamı (n=20, %100) bilişsel mahremiyet uygulamalarını bildiğini ifade etmiştir. Görüşme verilerine göre cevaplar incelendiğinde katılımcıların tamamının (n=20, %100) soruya doğru yanıt verdiği görülmektedir. Bu durum katılımcıların, hastaların bilişsel mahremiyetini sağlama konusu hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ve ayrıca önem verdiklerini göstermektedir.

Katılımcıların bilişsel mahremiyet uygulamaları alanda uygulanması hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların tamamı (n=20, %100) bilişsel mahremiyet uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcılar, hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik; hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak, elektronik sağlık bilgilerinin gizliliği ve güvenliğini korumak, hastadan izin almak, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na dikkat etmek, genel kullanım alanlarında hasta bilgilerini paylaşmamak, muayene sırasında herhangi bir kayıt almamak, hasta bilgilerini çalışma arkadaşları ile paylaşmamak, kapı üstü monitörde isim kısaltması/T.C. yazmaması, hukuksal paylaşım, psikiyatrik ve bulaşıcı hastalıkları yakınları ile paylaşmamak uygulamalarını uyguladıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların "hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmamak" uygulaması hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri saptanmıştır. Balcı'nın (121) yoğun bakım ünitelerinde görev alan sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının bilinci kapalı ve bilinci açık hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik; "hasta bilgilerini diğer kişilerin duyacağı ve göreceği şekilde ortaya çıkarmamaya", "yapılacak işlemler öncesi kendisinin veya yakınının bilgilendirilmesine", "gerekli olmayan kişisel bilgilerinin araştırılmamasına", "hasta bilgilerini gizli tutmaya" ve "yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına" dikkat ettikleri görülmüştür. Bu doğrultuda yoğun bakım ünitesinde görev alan sağlık çalışanlarının hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik yapılan uygulamalara dikkat etme noktasında bilinçli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin çoğunun (%84'ü) hastaya ait bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmasını olumsuz karşıladığı saptanmıştır. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını incelediği bir araştırmada, hastaların hastalıkları ve vücut bütünlükleri ile ilgili tüm bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmaması gerektiği hakkında özellikle vurgu yapıldığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada, hasta odalarının kapısının yanında hastaların isimlerinin yazılması konusunda katılımcıların hepsinin olumsuz görüş bildirdiği saptanmıştır. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak araştırma bulguları, birinci basamak sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için ve daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı literatür ile

kavramsal farklılıkların olabileceği ve söylem sıklıklarının değişebileceği düşünülmektedir.

5.2.7. Bilgi ve Belgelerin Hasta Dışındaki Kişilerle Paylaşımı Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hastaların teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle paylaşılabileceğine yönelik yaptıkları uygulamalardır. Tema, katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu ve bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar şeklinde iki alt başlık altında incelenmiştir.

Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşımını bilme durumu hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların çoğu (n=17, %85) teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini bildiğini ifade etmiştir. Ancak görüşme verilerine göre cevaplar incelendiğinde, dört hekim ve üç hemşire/ebe (n=7, %35) katılımcının soruya doğru yanıt verdiği, beş hekim ve yedi hemşire/ebe (n=12, %60) katılımcının kısmen doğru yanıt verdiği, bir hekim (n=1, %5) katılımcının ise sorunun cevabını bilmediği saptanmıştır. Kısmen biliyor olarak değerlendirilen katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşılabileceği hukuksal durumlara değinmedikleri belirlenmiştir. Bu bulgu, katılımcıların hasta ile ilgili bilgi ve belgelerin hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiği konusunda, özellikle hukuksal boyut bağlamında, yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Bu durumun, hasta mahremiyeti konusu hakkında eğitim eksikliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların bilgi ve belgelerin paylaşıldığı durumlar hakkındaki verdikleri cevaplar incelendiğinde, yalnızca kendisiyle, 18 yaş altı velisi ile hukuksal paylaşım, hastanın izin verdiği kişilerle, hastanın sevk edildiği doktorlarla, hekim-hemşire arasında bilgi paylaşımı, aydınlatılmış onam ile bulaşıcı hastalıkların sağlık personeli ile paylaşılması, intihar düşüncesi konuları hakkında katılımcıların görüş bildirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta ile ilgili bilgi ve belgelerin yalnızca kendisiyle paylaşılması gerektiği konusu hakkında daha yoğun görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Atak Bilen'in (122) hemşireler üzerine yaptığı tez araştırmasında, kolluk kuvvetleri tarafından hastalar ile ilgili sözel olarak bilgi ve belge istendiğinde hemşirelerin %55,5'i hiçbir zaman vermeyeceğini belirtmiştir. Ancak uygulamada genellikle kolluk kuvvetlerinin hastanın muayene edilmesi sırasında bile odada bulunduğu saptanmıştır.

Ayrıca katılımcıların sadece %29,6'sının hasta hakkında bir hekim ya da hemşirenin bilgi istemesi durumunda hasta ile ilgili istenilen bilgileri vermeyeceğini belirttiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının hastaların teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle paylaşılabileceğine yönelik yaptıkları uygulamalar ile ilgili literatür ile karşılaştırabileceğimiz yeterli bulguya ulaşılamamıştır. Sağlık çalışanlarının hastaların bilgi ve belgelerinin hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiği konusunda bilgi eksikliğine sahip olmasının mahremiyet ihlallerini doğurabileceği düşünülmektedir.

5.2.8. Hasta Mahremiyetini Sağlarken Yaşanan Sorunlar Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hastaların mahremiyetini sağlarken yaşadıkları sorunlar hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların, odaya başka hastaların girmesi, fiziki ortam şartları, hasta yakınları, hastaların mahremiyet kavramını bilmemesi/yanlış uygulaması, sabırsızlık, kapıların kilitli olmaması, yoğunluk, hastaların gereksiz bilgi vermesi, hasta ile doktorun cinsiyetlerinin farklı olması, merak, hasta beklentisinin yüksek olması, muayene süresinin kısa olması, E-nabız, sorun yaşamıyoruz konuları hakkında görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcıların hasta mahremiyetini sağlarken yaşadıkları sorunlar temasına ilişkin, ilk sırada odaya başka hastaların girmesini, ikinci olarak fiziki ortam şartlarının yetersiz oluşunu, üçüncü olarak hasta yakınlarının ısrarla hasta yanında girmek istemelerini daha çok sorun olarak belirttikleri saptanmıştır. Yalnızca bir hemşire/ebe katılımcı ise mahremiyeti sağlarken sorun yaşamadığını ifade ettiği belirlenmiştir. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı nitel bir araştırmada, hemşirelerin %50'si hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi ile ilgili problemler yaşadıklarını ifade ederken, %38'nin problem yaşamadığını ve hasta mahremiyetini korumada dikkat edildiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Katılımcı ifadelerine göre yaşanan sorunlara bakıldığında genellikle sağlık çalışanlarının ihmali ve özensiz davranışı, hastanın üstünün örtülmemesi, kapıların kapalı olmaması, odaya gereksiz kişilerin girmesi, hemşire dışındaki sağlık çalışanlarının hastalarla ilgili bilgileri ulu orta başka çalışanlarla paylaşması şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanları üzerine yaptığı nitel bir araştırmada, mahremiyeti sağlarken yaşanan sorunların öncelikle hastanenin fiziki özellik ve kapasitesinden, çalışanların özen ve dikkat eksikliğinden ve ayrıca hastaya müdahale etmenin ön planda

olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer yandan ise on katılımcıdan altısı mahremiyete ilişkin bir problem yaşanmadığını belirtmiştir. Bu bağlamda, bu araştırma bulgularında hasta mahremiyetini sağlarken sorun yaşadığını ifade eden katılımcı sayısının literatür ile farklı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden ve literatür ile karşılaştırabileceğimiz yeterli bulguya ulaşılamamış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hasta mahremiyetini sağlarken yaşanan sorunlara ait bulgulara bakıldığında ise kavramsal olarak farklılıkların bulunduğu görülmektedir. Bunun sebebinin araştırma bulgularının, birinci basamak sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulması ve daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı olabileceği düşünülmektedir.

5.2.9. Yaşanan Sorunlara Çözüm Önerileri Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hastaların mahremiyetini sağlarken yaşadıkları sorunlara çözüm önerileri hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların, eğitim, kapıyı kilitlemek, fiziki koşulların iyileştirilmesi, hastaların saygılı ve sabırlı davranması, hastaların randevu almaları ve saatinde gelmeleri, hastaların hekimlerde cinsiyet gözetmemesi, sağlık hizmetini etkili ve verimli kullanmak, empati, kapıya uyarıcı yazı asılması, paravanı çekmek, kapıyı kapatmak, odada sağlık çalışanı bulunması, hasta ile birebir konuşmak, çözüm yok konuları hakkında görüş bildirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların hasta mahremiyetini sağlarken yaşadıkları sorunlara çözüm önerileri temasına ilişkin, eğitim konusu hakkında daha yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri, hem hastalara hem de sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti hakkında eğitimler verilmesini istediklerini belirttikleri görülmüştür. Katılımcıların çoğu daha çok hastalara eğitim verilmesini önermiştir. Katılımcılar, hastalara "Mahremiyet nedir?", "Hastalar kendi mahremiyetlerini nasıl korumalıdır?" konularında eğitim verilmesini, toplumda bilgilendirme yapılmasını, halkın hasta haklarından biri olan mahremiyet hakkı hakkında bilinçlendirilmesini, afişler hazırlanmasını önermiştir. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını incelediği nitel bir araştırmada, hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik öncelikle sağlık çalışanlarının, hasta yakınlarının ve toplumun konu hakkında bilinçlendirilmesi ve farkındalık düzeylerinin artırılması gerekliliği ön plana çıktığı saptanmıştır. Ayrıca hastanenin oda,

koridor vb. yerlerin fiziki şartlarında iyileştirmeler yapılması gerektiği de önerilmiştir. Bu bağlamda, araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hasta mahremiyetinin korunmasına dair önerilerde en çok "hasta bilgileri başkaları ile paylaşılmamalı" şeklinde olmuştur. Daha sonra "bedensel mahremiyete dikkat edilmeli", "hastaların isteklerine saygı duyulmalı", "hastalar ile daha sık iletişime girilmeli", "hastaların üzeri örtülmeli/sadece ameliyat bölgeleri açıkta bırakılmalıdır", "eğitimler düzenlenmeli", "perde/paravan kullanılmalı", "ameliyat odalarındaki kişi sayısı azaltılmalı", "kapılar kapalı tutulmalı" önerilerinde bulundukları belirlenmiştir. Bu durumun, bu araştırmanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden ve bulguların sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılar olarak oluşturulmasından kaynaklı literatür ile kavramsal bazda ve söylem sıklığı açısından farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Ayrıca daha önce yapılan çalışmaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinden dolayı kavramsal farklılıkların olabileceği düşünülmektedir.

5.2.10. Hasta Mahremiyetinin İhlal Edildiği Durumlar Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların, hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılması, kapının açık bırakılması/kilitlenmemesi, kapının açılması ya da dinlenmesi, acil durumlarda müdahale, hastanın izni olmadığı her davranış, paravanın kapatılmaması, hasta vücudunun başkası tarafından görülmesi, hastanın kendi mahremiyetini ihlal etmesi, hasta yakınının odaya girmek istemesi, iki hastanın aynı anda alınması, onam alınmaması, hastanın yanında kendini rahat hissetmediği kişilerin bulunması konuları hakkında görüş bildirdikleri saptanmıştır. Katılımcıların, hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmasını, kapının açık bırakılmasını ya da kilitlenmemesini daha çok hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durumlar olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Hüzmeli'nin (99) ameliyathane hemşireleri üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin verdikleri yanıtlarda en çok mahremiyet ihlalinin sebebi olarak "ihmal" kavramını kullandıkları saptanmıştır. Sebeplerden diğerleri ise yüzdelik frekans sırasına göre "önemsememek", "bilgi eksikliği", "saygı duyulmaması", "empati eksikliği", "acil durumlar" olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak araştırma bulguları, birinci basamak sağlık

çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için literatür ile kavramsal olarak farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

5.2.11. Hasta Mahremiyeti Hakkında Hizmet İçi Eğitim Gerekliliği Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların hasta mahremiyeti hakkında hizmet içi eğitim gerekliliği hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların %90'ı (n=18) "Evet, gereklidir." şeklinde yanıtlarken, %10'u (n=2) "Hayır, gerekli değildir." şeklinde cevap verdiği görülmektedir. Aydın'ın (123) doğumda mahremiyetin önemi üzerine yaptığı derlemede, ebelik mesleğinin hizmet içi eğitimlerinde mahremiyete önem verilmesi ve mahremiyetin tüm boyutlarının anne çocuk sağlığı çerçevesinde ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını incelediği nitel bir araştırmada, sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda hizmet içi eğitim verilmesi gerektiği önerilmiştir. Özer'in (57) sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi üzerine yaptığı araştırmada, sağlık çalışanlarının çoğunun (%89) mahremiyet konusunda hizmet içi eğitimin gerekli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Bu bağlamda bu çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2.12. Katılımcıların Diğer Önerileri Teması

Araştırma kapsamında bir diğer bulgu ise katılımcıların diğer önerileri hakkındaki görüşleridir. Katılımcıların, okullarda mahremiyet konusu hakkında eğitim verilmesi, hasta mahremiyetinin önemsenmesi, toplum sağlığını etkileyen durumların paylaşılması, okullarda cinsel eğitim dersi verilmesi, hastaların cinsel problemlerini açıkça ifade etmesi gerektiği, bir hastaya ayrılabilecek muayene süresinin daha fazla olması konuları hakkında önerilerde bulundukları saptanmıştır. Arslan ve Demir'in (10) sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarını incelediği nitel bir araştırmada, hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik öncelikle sağlık çalışanlarının, hasta yakınlarının ve toplumun konu hakkında bilinçlendirilmesi ve farkındalık düzeylerinin artırılması gerekliliği ön plana çıktığı belirlenmiştir. Ayrıca hastanenin oda, koridor vb. yerlerin fiziki şartlarında iyileştirmeler yapılması gerektiği de önerilmektedir. Bu bağlamda, araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak araştırma bulguları, birinci basamak sağlık çalışanlarının açık uçlu değerlendirmelerinden

kavramsal alıntılarından oluşturulduğu için literatür ile kavramsal olarak farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmaya katılan katılımcıların görüşleri özetlenerek sonuçlara yansıtılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının sağlanmasına yönelik öneriler ve uygulamalarda dikkat edilmesi gereken noktalar sunulmuştur.

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda:

- Literatürde birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları ve sağlık çalışanlarının tutumlarının incelenmesine yönelik, hasta mahremiyetinin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alındığı, daha önce yapılan benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun mahremiyetle ilgili daha önce bir eğitim almadığı tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının genel olarak hasta mahremiyeti uygulamalarına önem verdikleri ve alanda uyguladıkları belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti kavramını en çok bilişsel boyut, ikinci sırada fiziksel boyut bağlamında değerlendirdikleri, hasta mahremiyetinin sosyal ve psikolojik boyutuna ise çok fazla değinmedikleri tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetini sağlarken yaptıkları uygulamalara bakıldığında ilk olarak hasta bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşmadıklarını, ikinci sırada ise muayene, teşhis ve tedavi işlemleri sırasında odanın kapısını kapattıkları belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hastaların en çok muayene/tanı/tedavisi/kişisel sağlık

bilgileri ve kişisel bilgileri ile ilgili konuları mahrem bilgi olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalar hakkında bilgi sahibi olduğu, bu uygulamaları alanda uyguladıkları ve hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalara önem verdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastaların fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalarda en çok perdeyi/paravanı ve kapıyı kapattıkları belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalar hakkında bilgi sahibi olduğu ve hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamaları alanda uyguladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastaların psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalarda hasta hakkında edindikleri bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalar hakkında bilgi sahibi olduğu, bu uygulamaları alanda uyguladıkları ve hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik uygulamalara oldukça önem verdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastaların bilişsel mahremiyetini sağlamaya yönelik yaptıkları uygulamalarda en çok hasta ile ilgili bilgileri üçüncü kişilerle paylaşmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hastaya ait bilgi ve belgelerin hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiği konusunda, özellikle hukuksal boyut bağlamında, yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hasta mahremiyetini sağlarken sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Sağlık çalışanları daha çok odaya başka hastaların girmesi, fiziki ortam şartlarının yetersiz olması ve hasta yakınlarının ısrarla muayene ya da

işlem sırasında odada kalmak istemeleri konularında sorun yaşadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hasta mahremiyetini sağlarken yaşadıkları sorunlara çözüm önerilerinde hem hastalara/topluma hem de sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti hakkında eğitimler verilmesini istedikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çoğu daha çok hastalara eğitim verilmesini, toplumun mahremiyet konusu hakkında bilinçlendirilmesini önerdikleri saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun hasta mahremiyetinin ihlal edildiği durum olarak hasta bilgilerinin üçüncü kişilerle paylaşılmasını ve kapının açık bırakılmasını ya da kilitlenmemesini belirttikleri saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının çoğunun sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini belirttikleri saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının okullarda mahremiyet hakkında eğitim verilmesini, hasta mahremiyetinin önemsenmesini, toplum sağlığını etkileyen durumların paylaşılmasını, okullarda cinsel eğitim dersi verilmesini, hastaların cinsel problemlerini sağlık çalışanlarına açıkça ifade etmesini ve bir hastaya ayrılabilecek muayene süresinin daha fazla olması gerektiği konuları hakkında önerilerde bulundukları saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Bu araştırma sadece İstanbul'un bir ilçesinde hizmet sunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarına uygulandığı için genellenebilirliğinin oldukça düşük olduğu göz önünde bulundurulmalıdır,
- Bütün birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarına mahremiyet hakkında bilgi ve beceri kazandırmak amacıyla öğrenim sürecinde birinci sınıftan itibaren tüm müfredata yayarak mahremiyet ve mahremiyet uygulamaları hakkında eğitim verilmesi,

- Sağlık hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin arttırılması için bütün birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarına mahremiyet hakkında düzenli olarak hizmet içi eğitim verilmesi,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarına özellikle hastaya ait bilgi ve belgelerin hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiği konusunda eğitim verilmesi,
- Mahremiyeti sağlarken yaşanan sorunların ve mahremiyet ihlal sebeplerinin daha derinlemesine araştırılarak gerekli önlemlerin alınması,
- Toplumun mahremiyet hakkında bilgi sahibi olmasının sağlanması ve konuya okul müfredatlarında yer verilmesi,
- Topluma afiş, bilgilendirme broşürü vb. araçlar kullanılarak mahremiyetin bir hak olduğunun benimsetilmesi ve bu hakkın korunması için kişilerin neler yapabileceği ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin arttırılması,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusunda mevzuatı takip etmeleri,
- Yönetimin, hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik politikasını açıkça belirlemesi ve sağlık çalışanlarına iletmesi,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti hakkında bilgi düzeyleri ve hasta mahremiyeti sağlarken yaptıkları uygulamalar hakkında hem nitel hem nicel araştırmaların yapılması,
- Bu araştırmanın farklı il ve ilçelerde uygulanması,
- Bu araştırmanın örneklem grubuna hastaları da dahil ederek hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık çalışanlarının mahremiyet uygulamaları hakkındaki tutumları hakkında hasta görüşlerinin de alınarak tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. İzgi, M. C. (2014). Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi,* **1**(1), 25-37. Erişim Tarihi: 04.11.2022, https://www.turkishbioethics.org/jvi.aspx?pdir=tjob&plng=tur &un=TJOB-65375.
2. Allen, A. L. (2008). Confidentiality: An expectation in health care. *Faculty Scholarship at Penn Law,* 186. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://scholarship.law.upenn.edu/faculty_ scholarship/186.
3. Ulrich, C. M., Grady, C., Demiris, G. ve Richmond, T. S. (2021). The competing demands of patient privacy and clinical research. *Ethics & Human Research,* **43**(1), 25-31. Erişim: 20.11.2022, https://doi.org /10.1002/eahr.500076.
4. Özata, M. ve Özer, K. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* **20**(1), 81-92. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/39649/469328.
5. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Sürüm 6.1.* Ankara: Tam Pozitif Matbaa.
6. Özata, M. ve Özer, K. (2016). Hastanelerde hasta mahremiyetine yönelik uygulamalarının sağlıkta kalite standartları bağlamında değerlendirilmesi: Konya örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies,* 45: 11-33. Erişim Tarihi: 20.11.2022, Doi number:http://dx.doi.org/10.9761/JASSS3307.
7. Alan, S. ve Erbay, H. (2011). Tıp etiği açısından ambulans hizmetlerinde hasta mahremiyeti ve mahremiyeti. *Akademik Acil Tıp Dergisi,* 10(1), 33-8. Erişim Tarihi: 10.11.2022, https://jag.journalagent. com/atuder/pdfs/ATUDER_10_1_33_38.pdf.
8. Öztürk, H., Özçelik, S. K. ve Bahçecik, N. (2014). Hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* **30**(3), 19-31. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://dergipark.org.tr/en/pub/egehemsire/issue/49339/630202.
9. Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslek Dergisi (HSP),* **2**(1):113-24. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://dergipark.org.tr/en/pub/hsp/issue /9194/115425.
10. Arslan, E. T. ve Demir, H. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumu: Nitel bir araştirma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* **17**(4), 191-220. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub/basbed/issue/38799/ 459060.
11. Bostan, S. ve Ünal, C. (2019). Hastaların hasta mahremiyeti hakkında farkındalık ve tutumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics,* **27**(3), 239-49. Erişim Tarihi: 20.11.2022, DOI: 10.5336/mdethic.2019-66210.
12. Gündüz, N. ve Altıntaş, S. (2020). Hasta mahremiyetine yönelik sağlıkta kalite standartlarının hastane çalışanları üzerinde algılarının ölçülmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 16.* Kongre Özel Sayısı, 11-30. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub /spkd/issue/53373/528432.
13. Duyar, Ş. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısı: Nitel Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kastamonu.
14. Arısoy, D. Ş. (2017). Sağlık hizmetlerine hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* **19** (3), 1079-1102. Erişim Tarihi: 15.10.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziuiibfd/issue/36599/416603.
15. ASQ. *Qualıty Glossary*. ABD: American Society for Quality (ASQ). (İnternette). Erişim Tarihi: 09.10.2022, https://asq.org/quality-resources/quality-glossary.
16. M.Juran ve Frank M. Gryna, Jr. *Quality Planing and Analysis: Development Trough Use.* 2nd. . Newyork : McGraw-Hill, 1980.
17. Bayrak B. (2007). Yükseköğretim Kurumlarından Beklenen Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma. Doktora Tezi, Marmara Üniveristesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
18. Crosby, P.B. (1979). *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain.* New York.: McGraw-Hill.
19. Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis.* Cambridge : Cambridge University Press.
20. Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality Assessment and monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment,* Michigan: Healty Administration Press, Ann Arbor, 5.
21. Çerçi, S. ve Baykal, Ü. (2022). Sağlıkta toplam kalite yönetiminin kuruma, hastaya ve çalışana yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,* **7**(2), 126-131. Erişim Tarihi: 09.10.2022, http://cusbed.cumhuriyet.edu.tr/tr/pub/issue/72370/1075045.
22. Arslanoğlu, A. (2021). *5N 1 Kalite.* İstanbul: Eftalya Kitap.

23. Strome, T. L. (2013). *Healthcare Analytics for Quality and Performance İmprovement.* New Jersey: John Wiley & Sons.
24. Arslanoğlu, A. (2018). Kalite Yönetimi. İçinde Gemlik, N. (Ed.), *Hastane Yönetiminde 4 Boyut*. Ankara: Nobel Yayınevi.
25. Türk Dil Kurumu Sözlük. *Güncel Türkçe sözlük arama ürün*. Ankara: Türk Dil Kurumu (İnternette) 2019. Erişim Tarihi: 16.11.2022, https://sozluk.gov.tr/.
26. Türk Dil Kurumu Sözlük. *Güncel Türkçe sözlük arama hizmet.* Ankara: Türk Dil Kurumu (İnternette) 2019. Erişim Tarihi: 16.11.2022, https://sozluk.gov.tr/.
27. Orak, M. E. (2017). Fiziksel Aktivite Merkezlerine Gelen Bireylerin Hizmet Kalite Beklentisi ve Motivasyonlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum.
28. Dalgıç, A. (2013). Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Antalya'da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
29. Öztürk, S. A. (1996). Hizmet işletmelerinde kalite boyutları ve kalitenin artırılması. *Verimlilik Dergisi*,2, 66-65.
30. Akman, E. ve Kopuz, K. (2020). Sağlık hizmetlerinde kalite algısı: SERVQUAL model incelemesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi,* 10(3), 866-880. Erişim Tarihi: 15.10.2022, https://dergipark.org.tr/en/pub/ odusobiad/issue/57874/605166.
31. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., ve Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing,* **49**(Fall), 41-50. Erişim Tarihi: 15.10.2022, https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2491773/mod_resource/content/1/Conceptual%20Model%20of %20Service%20Quality%20and%20Its%20Implications%20for%20Future%20Research.pdf.
32. Coşkun S. (2017). TS EN 15224-2012 Sağlık Hizmetleri-Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
33. Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
34. Aydın, G. Z. ve Dikmetaş Yardan, E. (2019). A Study on the Healthcare Service Quality Expectation and Perception of Patients. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* **6**(2), 286-299. Erişim Tarihi: 09.11.2022 DOI: 10.30798/makuiibf.518567.
35. Kaya, S. (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi. Kaya, S. (Ed). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (1. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
36. Zengin, E. ve Erdal, A. (2000). Hizmet sektöründe toplam kalite yönetimi. *Journal of Qafqaz University,* **III**(I): 43-56. Erişim Tarihi: 09.11.2022, https://www.pydem.com/dosyalar/hizmet-sektorunde-kalite.
37. Akın, Z. (2021). Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
38. Hupal, A. (2019). Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
39. Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi.* Ankara: Nobel Yayınevi.
40. Günal, M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
41. Yurtsever, A. (2015). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
42. Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
43. Wachter, R. M. ve Gupta, K. (2017). *Understanding Patient Safety.* New York: The McGraw-Hill Companies.
44. Maimaitireyimu, N. ve Arslanoğlu, A. (2019). Kalite direktörlerinin sağlıkta akreditasyon standartlarına bakış açısı üzerine nitel bir araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, **2**(1), 1-14. Erişim Tarihi: 18.10.2022, https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/747249.
45. Tüfekci, N. ve Asığbulmuş, H. (2016). The factors that effective in the choice of hospital and patient satisfaction: the sample of Isparta. *Journal of Current Researches on Health Sector,* 6(2), 71-92. Erişim Tarihi: 18.10.2022,. e-ISSN: 2547-9636.

46. Arslanoğlu, A. ve Varol, S. (2022). Hastane fiziki yapısının hasta memnuniyetine etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, **4**(2), 203-217. DOI: 10.55050/sarad.1142781.
47. Carr-Hill, A. R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine,* **14**(3), 236-249.
48. Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T. (2014). Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi,* **7**(1), 57–62. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://gcris.pau.edu.tr/ handle/11499/42571.
49. Durmuş, A. (2017). Algılanan Değerin Hasta Davranış ve Tavsiye Niyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
50. Taşdemir, R., Oğuzöncül, A. F. ve Durmuş, B. (2015). Hastaneleri fiziki yapısının yatan hastaların memnuniyet düzeyleri üzerine etkisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi,* (**10)**, 1-12.
51. Abidova, A., Silva, P. A. da, ve Moreira, S. (2020). Predictors of patient satisfaction and the perceived quality of healthcare in an emergency department in portugal. *Western Journal of Emergency Medicine,* **21**(2), 1-12. Erişim Tarihi: 18.11.2022, Doi: 10.5811/westjem.2019.9.44667.
52. Küçükkendirci, H., Batı, S. ve Ulusal, O. (2021). Konya 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta/hasta yakını memnuniyet düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hastane Öncesi Dergisi,* **6**(1), 1-12. Erişim Tarihi: 09.10.2022, https://dergipark.org.tr/en/pub/hod/issue/58618/775586.
53. Nayeri, N.D. ve Aghajani, M. (2010). Protecting patients' privacy by the medical team and its relation to patients' satisfaction. *Hayat Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*, Tehran University of Medical Sciences, **16**(1). Erişim Tarihi: 15.12.22, https://hayat.tums.ac.ir/article-1-93-en.html.
54. Kevenk, A. U., Kantaş Yılmaz, F. ve Öztürk, M. (2021). Ayaktan hasta memnuniyet ölçeği: Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* **30**(2), 141-151. Erişim Tarihi: 02.12.2022, https://doi.org/10.34108/eujhs.788869.
55. Öztürk, H. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
56. Türk Dil Kurumu Sözlük. *Güncel Türkçe sözlük arama hak.* Ankara: Türk Dil Kurumu (İnternette) 2019. Erişim Tarihi: 16.11.2022, https://sozluk.gov.tr/.
57. Özer, K. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (Konya Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
58. Barofsky, I. (2003). Patients' rights, quality of life, and health care system performance. *Quality of Life Research,* **12**(5), 473–484. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://doi.org/ 10.1023/A:1025095311107.
59. Yanık, A. ve Arslan, F. N. (2020). Hasta hakları ihlali durumunda yapılan şikâyet başvurularının analizi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuk ve Tarih Dergisi,* **28**(3), 403-414. Erişim Tarihi: 18.11.2022, DOI: 10.5336/mdethic.2020-74774.
60. Erer M. T., Kadıoğlu S. ve Orekici G. (2018). Opinions of a group of Turkish patients regarding patients' rights. *Journal of Human Sciences,* **15**(2), 799-806. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/5066/2534.
61. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. *Resmi Gazete* (İnternette), Tarih: 16.01.2019 *Resmî Gazete Sayısı:*30657. Erişim Tarihi: 18.11.2022, https://www.resmigazete. gov.tr/eskiler/2019/01/20190116-10.htm.
62. Hasta Hakları Yönetmeliği*, Resmî Gazete* (İnternette), Tarih: 01.08.1998 *Resmî Gazete* Sayısı: 23420. Erişim Tarihi: 16.11.2022,https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847& MevzuatTur=7& MevzuatTertip=5.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Ayaktan Sağlık Hizmetleri Seti – v.1.0/2020. Ankara: Tam Pozitif Matbaa.
64. Hoş C. (2016). Sağlıkta zoru başarmak: Sağlık sektöründe akreditasyon. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, CİEP Özel Sayısı: 498-533. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://sbedergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/343/files/sosyal-bilimler-enstitusu-dergisi-2016-sayiciep-ozel-sayisi-17012017.pdf .
65. Özdemir Karaca, P. ve Usta, I. (2020). Sağlıkta kalite ve akreditasyon standartları: Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'daki hastanelerin web sitelerinin değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **22** (2), 1101-1120. Erişim Tarihi: 10.11.2022, DOI: 10.26468/trakyasobed.729046.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. *Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi* (İnternette), Ankara. Erişim tarihi, 25.03.2023, https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html.

67. Tabrizi, J. S., Gharibi, F. ve Wilson, A. J. (2011). Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health Promotion Perspectives,* **1**(1), 1-31. Erişim Tarihi: 17.10.2022, Doi: 10.5681/hpp.2011.001.
68. Vali, L., Mehrolhasani, M. H., Mirzaei, S. ve Oroomiei, N. (2020). Challenges of ımplementing the accreditation model in military and university hospitals in Iran: A qualitative study. *BMC Health Services Research,* **20**(1):1-9. Erişim Tarihi: 17.10.2022, https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05536-4.
69. Türk Dil Kurumu Sözlük. *Güncel Türkçe sözlük arama mahremiyet.* Ankara: Türk Dil Kurumu (İnternette) 2019. Erişim Tarihi: 16.11.2022, https://sozluk.gov.tr/.
70. Avaner, E. (2018). Mahremiyet nedir? Mahremiyetin sağlık hizmetleri penceresinden görünürlüğü nasıldır?. *Türkiye Biyoetik Dergisi,* **5**(3), 110-116. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB_5_3_110_116.pdf.
71. Kelvin, P. (1973). A social-psychological examination of privacy. *British Journal of Social and Clinical Psychology,* **12,** 248-261. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1973.tb00065.x.
72. Craddock, A. E. (1997). The measurement of privacy preferences within marital relationships: The relationship privacy preference scale. *American Journal of Family Therapy,* **25**(1), 48-54. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://doi.org/10.1080/01926189708251054.
73. Altman, I. (1975). *Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, and Crowding.* Monterey : Brooks/Cole Publishing Company.
74. Alalouch, C., Aspinall, P., ve Smith, H. (2009). On locational preferences for privacy in hospital wards. *Facilities,* **27**(3/4):88-106**.** Erişim Tarihi: 10.11.2022, https://doi.org/10.1108/02632770910933125.
75. Mersin, S. ve Bayrak Kahraman, B. (2019). Yoğun bakım hastasının ve ailesinin onuruna saygı ve mahremiyet. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* **23**(1):50-56. Erişim Tarihi: 28.11.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/45005/561128.
76. Karabey, G. (2021). Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
77. Leino- Kilpi H., Valimaki M., Dassent T., Gasull M., Lemonidou C., Scott A., Arndt M. (2001) Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies,* **38**(6), 663–671. Erişim Tarihi: 02.12.2022, https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00.
78. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) hastane seti, Versiyon 5.1*. Ankara: Pozitif Matbaa.
79. Candan, M. (2018). Hemşire ve Ebelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
80. Marin, C. R., Gasparino, R. C. ve Puggina, A. C. (2018). The perception of territory and personal space invasion among hospitalized patients. *PLoS One,* **13**(6), e0198989. Erişim Tarihi: 28.11.2022, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198989.
81. Atalay, H. N. (2021). Mahremiyet kapsamında kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması. *Journal of Academic Perspective on Social Studies,* **(1)**, 1-20. Erişim Tarihi: 09.12.2022, DOI: 10.35344/japss.786353.
82. Hartigan, L., Cussen, L., Meaney, S. ve O'Donoghue K. (2018). Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC Health Services Research,* **18** (978). Erişim Tarihi: 18.12.2022, https://doi.org/10.1186/s12913-018-3782-6.
83. Sert, G. (2012). *Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları.* İstanbul: Turap Tanıtım Yayınları.
84. Valizadeh, F. ve Ghasemi, S. F. (2020). Human privacy respect from viewpoint of hospitalized patients. *European Journal of Translational Myolog,* **30**(1). Erişim Tarihi: 20.12.2022, doi: 10.4081/ejtm.2019.8456. PMID: 32499876; PMC7254454.
85. Akten, R. (2017). Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
86. Varol, E. (2018). Hemşirelerin Mahremiyet Hakkındaki Tutumları ve Bakım Uygulamalarının Hasta Mahremiyetine Olan Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
87. Livberber Göçmen, T. (2018). Toplumsal Yaşamda Bireylerin Mahremiyet Yönelimleri: Sosyal Ağ Kullanıcıları Üzerine Bir Saha Araştırması. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
88. Korkmaz, S., Arıkan, G., Savaşkan, A. ve Aydınoğlu Çınar, B. (2018). Hasta mahremiyetine sağlık personelinin bakış açısı: bir kamu hastanesi örneği. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi,* **2**(6),19-35. Erişim Tarihi: 02.12.2022, Doi Numarası: 10.29226/tr 1001.2018.80.

89. Düzgüner, S. (2022). Mahremiyetin Tanımı, Sınıflandırılması ve Boyutları. İçinde Albayrak Ş. (Ed.), *Tüm Yönleriyle Mahremiyet.* Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 19-33.
90. Dülger, M. V. (2015). Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* **1**(2), 2015 ve 43-80. Erişim Tarihi: 08.11.2022, http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2564595.
91. Sayın, S. D. (2013). Perinatal Hizmetlerde Mahremiyet Algısı. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
92. Blightman, K., Griffiths, S. E. ve Danbury C. (2014) Patient confidentiality: When can a breachbe justified? *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain,* **14**(2), 52-56. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt032.
93. Bahar, A., Özgürbüz, N., Erdem, D. T. ve Dulkara, G. H. (2022). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin hasta mahremiyeti bilincine ilişkin bilgi ve tutumlarının incelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi,* **4**(2), 118-129. Erişim Tarihi: 20.11.2022, https://doi.org/10.51123/jgehes .2022.49.
94. Valizadeh, F., Heshmat, F., Mohammadi, S. ve Motaghi, Z. (2021). Affecting factors of parturient women's privacy preservation in the maternity ward: a qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health,* **15**(3), 186. Erişim Tarihi: 20.12.2022, doi: 10.18502/jfrh.v15i3.7137.
95. Korkmaz, Y. (2020). Hasta hakkı olarak özel hayatın korunması bağlamında beden mahremiyeti. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi,* **0**(15), 573-598. Erişim Tarihi: 02.12.2022, DOI: 10.18771/mdergi. 757649.
96. Yüksel, M. (2003). Mahremiyet hakkı ve sosyo - tarihsel gelişimi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi,* 58 (01). Erişim Tarihi: 30.12.2022, DOI: 10.1501/SBFder_0000001619.
97. İlgili Ö., Şahinoğlu S., Acıduman A., Tuzcu K. ve Şems, Ş. (2016). İslam dünyasında hekim andı uygulaması ve Hipokrat Andı'nın izleri (İslam dünyasında hekim andı). *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi,* **6**(3), 137-149. Erişim Tarihi: 28.12.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub/mutftd/issue/43178/523743.
98. Altuner, İ. (2015). Hipokrat yemini. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* **7**, 1-7. Erişim Tarihi: 29.12.2022, https://dergipark.org.tr/tr/pub/igdirsosbilder/issue/66812/1044838.
99. Hüzmeli, Ş. (2021). Hasta Mahremiyetinin Korunmasında Ameliyathane Hemşirelerinin Düşüncelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
100. Sarıtaş, H. G. (2022). Yoğun Bakım Ünitelerinde Görsel, İşitsel ve Dokunsal Mekân Unsurlarının "Hasta Mahremiyeti Sınırları" Bağlamında Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
101. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (İnternette). Erişim Tarihi: 06.12.2022,https://www5.tbmm.gov.tr/yayinlar/2021/TC_Anayasasi_ve_TBMM_Ic_Tuzugu.pdf.
102. Doğan, M. (2015). Özel Hastanelerin Tazminat Sorumluluğu. İçinde Hakeri, H. ve Doğan, C. (Ed.), *Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu, 2014, (16 – 17 Ekim ve Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti).* Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları; 21-62.
103. Can, N. (2020). Hasta mahremiyeti hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi,* (147), 183-219. Erişim Tarihi: 12.12.2022, https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/364017/.
104. Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2014). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.
105. Denzin, N. K. ve Lincoln, Y. S. (1998). *The lanscape of qualitative research: Theories and issues.* Thousand Oaks: Sage Publications.
106. Kıral, B. (2020). Nitel bir veri analizi yöntemi olarak doküman analizi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* **8**(15), 170-189. Erişim Tarihi: 16.03.2023, https:// dergipark.org.tr/tr/pub/susbid/issue/54983/727462.
107. Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
108. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
109. Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.
110. Korkmaz, N. (2022). Hastane Tasarımının Sağlık Hizmetleri Kalitesi Üzerine Etkilerini Araştıran Nitel Bir Çalışma. Doktora Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
111. Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* **7**(1), 231-274. Erişim Tarihi: 13.03.2023, https://dergipark.org.tr/tr/pub/bitlissos/issue/38061/399955.

112. Çakır, H. (2022). Sağlık Hizmetlerinde Farklılıkların Yönetimi Uygulamaları ve Hemşireler İçin Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
113. Creswell, J. W., ve Clark, V. L. P. (2004). *Principles of qualitative research: Designing a qualitative study*. Office of Qualitative & Mixed Methods Research, University of Nebraska, Lincoln.
114. Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır?. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* **5**(2), 368-388. Erişim Tarihi: 10.03.2023 DOI: 10.31592/aeusbed.598299.
115. Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish.* Newyork: The Guilford Press.
116. Guba, E. G. ve Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal,* **30**(4), 233-252.
117. Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* **9**(1), 23-28. Erişim Tarihi: 06.03.2023, https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46796/586804.
118. Gemlik, H. N., Saruhan, E. ve Arslanoğlu, A. (2019). Yaşlı hastaların yaşlı dostu hastanelerden beklentileri üzerine İçerenköy Bayındır Hastanesi'nde nitel bir araştırma. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi,* **3**(5), 144-156. Erişim Tarihi: 20.03.2023, Doi: 10.29226/tr1001.2019.148.
119. Aktan, G. G., Eşer, İ. ve Kocaçal, E. (2019). Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* **16**(4), 301-305. Erişim Tarihi: 18.11.2022, Doi:10.5222/HEAD.2019.301.
120. Akgül Yılmaz, S. (2020). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin ve Bu Ünitelerden Hizmet Alan Hastaların Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
121. Balcı, B. (2022). Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetinin Sağlık Çalışanları Gözünden Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
122. Atak Bilen, N. (2019). Hasta Mahremiyeti Konusunda Hemşirelerin Tutum ve Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
123. Aydın, R. (2019). Doğumda mahremiyetin önemi ve ebelik. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi,* **1**(2), 120-129. Erişim Tarihi, 07.10.2023, https://dergipark.org.tr/tr/pub/boneyusbad/issue/51659/627807.

EKLER

EK-1.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Sosyo-Demografik Özellikler

Mesleğiniz:
Eğitiminiz: ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
Cinsiyet: ( )K ( ) E
Yaş:
Meslekte çalışma süreniz:
Konu ile ilgili eğitim alma durumunuz: ( ) Evet ( ) Hayır

Görüşme Soruları

1. Hasta mahremiyeti deyince aklınıza neler gelmektedir? Hasta mahremiyeti uygulamaları neleri kapsar ve hastanın hangi bilgileri mahremdir?

2. Çalıştığınız kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hasta fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik neler yapılması gerektiğini biliyor musunuz? Peki bunları uyguluyor musunuz?

3. Çalıştığınız kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hasta psikolojik mahremiyetini sağlamaya yönelik neler yapılması gerektiğini biliyor musunuz? Peki bunları uyguluyor musunuz?

4. Çalıştığınız kurumda muayene, teşhis, tedavi ve diğer işlemlerin yapıldığı ortamda hasta bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik neler yapılması gerektiğini biliyor musunuz? Peki bunları uyguluyor musunuz?

5. Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılması gerektiğini biliyor musunuz?

6. Hasta mahremiyetini sağlarken en çok yaşadığınız sorunlar nelerdir? Sizce çözüm önerileri nelerdir? Sizce hangi hallerde hasta mahremiyeti ihlal edilmiş olur?

7. Sizce hasta mahremiyeti ve uygulamaları hakkında hizmet içi eğitim gerekli midir? Neden, görüş ve önerileriniz nelerdir?

8. Konuyla ilgili konuştuklarımız dışında eklemek istedikleriniz, katkıda bulunmak istediğiniz görüşleriniz nelerdir?

EK-2.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Seçil Varol'un Yüksek Lisans tezi kapsamında ve Doç. Dr. Ali Arslanoğlu danışmanlığında yürütülecek olan bilimsel bir çalışmadır.

Araştırmanın içeriği birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti uygulamaları ve hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının ve düşüncelerinin incelenmesidir. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Toplanan veriler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, kimliğinizi ortaya çıkarabilecek kayıtlar gizli kalacak, elde edilen kişisel bilgiler ve uygulanacak testlere verdiğiniz cevaplar araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi saklı tutulacaktır.

Araştırmanın 10 hekim ve 10 hemşire/ebe katılımıyla yürütülmesi ve yaklaşık 15 dakika sürmesi beklenmektedir. Bu çalışmada, görüşme formu kullanılacaktır. Literatür ve araştırmacı deneyimleri göz önünde bulundurularak hazırlanan soru formu ile size yöneltilecektir. Araştırma süreci boyunca sizden beklenen, soruları dürüst şekilde cevaplamaktır. Hiçbir sorumluluk altından kalmadan soruların bir kısmına cevap vermeme, araştırmaya katılmayı reddetme veya araştırmadan çekilme hakkına sahip olacaksınız.

'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.'

Gönüllü Katılımcı	**Araştırmacı**
	Seçil VAROL
İmza	**İmza**

EK-3.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.06.2022-9318

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 27.05.2022
Toplantı Sayısı : 2022/14
Karar Sayısı : 14/15

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU'nun sorumlu, Seçil VAROL'un yardımcı araştırmacı olduğu 22/247 kayıt numaralı ***"Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 27.05.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ali ÇETİN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

31.05.2022 Memur

Ali CEYLAN

EK-4.İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.04.2023-235875

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-213583576
Konu : Seçil VAROL'un Araştırma İzni Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09.09.2022 tarihli ve 159921 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Rekötrlüğü'nün ilgi de kayıtlı yazısında konu olan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Sağlıkta Kalite Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Seçil VAROL'un **"Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi"** konulu araştırmayı, Tuzla ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup, **04.04.2023** tarih ve **2023 / 05** sayılı kararınca; çalışmaların *6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa* riayet edilmesi ve Aile Hekimleri Mevzuatına uygun olarak Aile Sağlığı Merkezi'nin işleyişine ve güvenirliğine zarar vermeden, ilgili kurumun uygun gördüğü zaman diliminde ve başvuru dosyasındaki aralık gözetilerek koordinasyonun İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Aile Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimince sağlanması **şartıyla oy birliği ile uygun** görülmüştür.

Araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan