T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MAHREMİYETİ UYGULAMALARININ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA MAHREMİYETİNE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ (KONYA ÖRNEĞİ)

Kubilay ÖZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Musa ÖZATA

KONYA-2015

ÖNSÖZ

Bireyin yaşamı süresince onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükler insan hakları olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakları içerisinde yer alan "bireyin özel hayatının gizliliği hakkı" kişinin özel yaşamına yönelebilecek tüm etkilerin engellenmesini talep etmesini içermektedir. Uluslararası sözleşmelerde ve ulusal mevzuatlarda kişilerin bu hakları koruma altına alınmaktadır.

İnsan haklarının sağlık alanındaki uygulaması karşımıza "hasta hakları" olarak çıkmaktadır. Bu haklar; adalet ve hakkaniyete uygun olarak hizmetten faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, sağlık kuruluşlarında dini vecibeleri yerine getirebilme, dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ile ziyaret, refakatçi bulundurma gibi olarak sayılabilir. Özel hayatın gizliği hakkının sağlık alanıma yansıması ise "hastanın mahremiyetine" saygı gösterilmesi hakkıdır.

Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın temel hareket noktası, ülkemizde hasta mahremiyetine ilişkin sınırlı sayıda çalışmanın bulunmasıdır. Literatüre katkı sağlayacağı düşünülen bu çalışmada birçok kişinin desteği vardır.

Araştırmanın uygulanması sürecinde, destek ve ilgilerinin sürekli olarak benden esirgemeyen görüş ve önerileri doğrultusunda tez çalışmamın tamamlanmasında çok büyük katkıları olan Doç. Dr. Musa ÖZATA'ya;

Tez uygulanması sürecinde izin, destek ve katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı Konya Sağlık Müdürlüğü ve Konya Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliğinin sayın yöneticilerine,

Yüksek lisans çalışmamın başından sonuna kadar desteklerini esirgemeyen mesai arkadaş ve dostlarım; Prof. Dr. Yağmur ŞENER, Yrd. Doç. Dr. Ece SARIGÜL, Yrd. Doç. Dr. Selma DURAK ÜĞÜTEN, İsmail YURDAKURBAN ve Şenol TOPÇU'ya,

Son olarak, yüksek lisans sürecinin başından sonuna kadar evimizin ve çocuklarımızın sorumluluklarını alarak yükümü hafifleten, sonsuz destek ve katkısını her zaman arkamda hissettiğim sevgili eşim hayat arkadaşım Selvi ÖZER ve bana anlayış gösteren çocuklarımız Bedriye Elif, Alp Fatih, Ali Osman ÖZER'e sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Kubilay ÖZER.

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iiv**

ÖZET ..... **v**

SUMMARY ..... **vi**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Hak Kavramı 3

1.2. İnsan Haklarındaki Gelişmeler 5

1.2.1. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 7

1.2.2. İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi 8

1.2.3. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi 8

1.3. Hasta Haklarındaki Gelişmeler 9

1.3.1. Nuremberg Deklarasyonu 11

1.3.2. Amerikan Hastaneler Birliği Bildirgesi 11

1.3.3. Lizbon Bildirgesi 11

1.3.4. Amsterdam Bildirgesi 12

1.3.5. Bali Bildirgesi 12

1.3.6. Roma Hasta Hakları Bildirgesi 12

1.3.7. Santiago Hasta Hakları Bildirgesi 12

1.4. Mahremiyet Kavramı 13

1.5. Hasta Mahremiyeti Kavramı 14

1.6. Hasta Mahremiyeti İhlali Örnekleri 16

1.7. Türk Hukuk Sisteminde Mahremiyet 20

1.7.1. Anayasada Mahremiyet 20

1.7.2. Türk Medeni Kanunu ve Borçlar Kanununda Mahremiyet 21

1.7.3. Türk Ceza Kanununda Mahremiyet 22

1.8. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı Açısından Mahremiyet 23

1.8.1. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Mahremiyet 23

1.8.2. Sağlıkta Kalite Standartlarında Mahremiyet 27

1.8.3. Hasta Mahremiyeti Yönetmeliği Çalışmaları 31

2. GEREÇ VE YÖNTEM 33

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 33

2.2. Araştırmanın Türü 33

2.3. Araştırmanın Evreni 33

2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi 33

2.5. Örneklem Seçimi 34

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar 35

2.7. Ön Uygulama 37
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi 37
2.9. Araştırma Etiği 38
2.10. Araştırmanın Çalışma Takvimi 38
2.11. Araştırmanın Hipotezleri....38
2.11.1. Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Farklılık Gösterip Göstermediğinin Belirlenmesine İlişkin Hipotezler....39
2.11.2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Farklılık Gösterip Göstermediğinin Belirlenmesine İlişkin Hipotezler....44
2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları....52
3. BULGULAR....53
3.1. Araştırma Kapsamında Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Kuruluşlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler....53
3.2. Sağlık Kurumlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Karşılaştırılması 66
3.3. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarının Sosyo- Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması 85
4. TARTIŞMA....103
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastanelerde Hasta Mahremiyet Uygulamaların Durumu ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Değerlendirilmesi....103
4.2. Araştırma Yapılan Sağlık Kurumlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Karşılaştırılması....105
4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 110
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 118
5.1. Sonuçlar 118
5.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar....118
5.1.2. Kurum Uygulamalarına İlişkin Sonuçlar 119
5.1.3. Personel Tutumlarına İlişkin Sonuçlar....120
5.2. Öneriler 122
5.3. Gelecekte Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler 123
6. KAYNAKLAR 124
EK A-Anket Formu 128
EK D-Etik kurul kararı 137
8. ÖZGEÇMİŞ 138

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİHM	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
BM	Birleşmiş Milletler
Dr	Doktor
Doç	Doçent
HHUY	Hasta Hakları Uygulama Yönergesi
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
SKS	Sağlık Kalite Standartları
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TTB	Türk Tabipler Birliği
s	Sayfa
Prof	Profesör
v.b.	ve benzeri
Y	Yayınevi

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (Konya Örneği)

Kubilay ÖZER
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA 2015

Bu çalışmanın amacı sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesidir. Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışma olup, yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde faaliyet gösteren Üniversite, Devlet ve Özel hastanelerde görev yapan (N=8.209) sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu evrenden tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak 471 kişilik bir örneklem grubu oluşturulmuştur.

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu ve Hasta Mahremiyeti Envanteri kullanılmıştır. Envanterde yer alan soruların belirlenmesinde ilgili literatür, hasta mahremiyetine yönelik mevzuat, Sağlıkta Kalite Standartları, Hasta Hakları Yönetmeliği ve uzman görüşlerinden faydalanılmıştır. Hasta Mahremiyeti Envanterinde hastanelerdeki hasta mahremiyeti uygulamaların mevcut durumunun saptanmasına yönelik 51 soru ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik 55 soru yer almaktadır. Envanterde hasta mahremiyetinin önem taşıdığı birimler dokuz farklı kategoride değerlendirilmiştir.

Araştırma verileri istatistik programında değerlendirilmiştir. Veriler üzerinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. Kurumlar açısından hasta mahremiyeti uygulamalarının farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla *Ki-Kare Testi* uygulanmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında ikili karşılaştırmalarda *Bağımsız Gruplar Arası t Testi,* çoklu karşılaştırmalarda ise *Tek Yönlü Varyans Analizi* kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hem sağlık kuruluşlarının hem de sağlık çalışanlarının hasta mahremiyet konusu üzerinde titizlikle durdukları belirlenmiştir. Ancak özel, devlet ve üniversite hastanelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarında farklılıklar olduğu görülmüştür. Hasta mahremiyetine en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde gösterildiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Hasta Mahremiyeti, Sağlık Çalışanları, Sağlıkta Kalite Standartları, Sağlık Kuruluşları.

SUMMARY

T.C.
SELÇUK UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

The Evaluatıon Of Patıent Privacy Implementations In The Health Institutions and Health Care Workers' Attitude Towards The Patient Privacy (The Case Of Konya)

Kubilay ÖZER
Health Management Department

MASTER THESİS/KONYA 2015

The aim of this study is to examine the patient privacy implementations in the health institutions and health care workers' attitude towards privacy. It was a descriptive study and was conducted by using face to face interviews technique. The universe consists of health care workers (N = 8209) working at university, state and private hospitals in the centre of Konya. With the help of stratified sampling method, a sample of 471 people from the universe has been formed.

Socio-Demographic Characteristics Data Sheet and Patient Privacy Inventory were used as data collection tools. Relevant literature, regulations for patient privacy, the Health Quality Standards and expert opinion were used to determine the relevant questions for the inventory. There are 51 questions for determining the current status of patient privacy practices in the hospitals and 55 questions for determining health care workers' attitudes toward patient privacy in the Patient Privacy Inventory. The units which are important for patient privacy were evaluated in nine different categories.

Data were analyzed using statistics software. Descriptive statistics were used first on data. Chi-square test was used in order to assess whether patient privacy practices show a difference in terms of institutions. In the comparison of the average, independent Groups t-test for pairwise comparison and one-way analysis of variance for multiple comparisons were used.

As a result of the study, it has determined that both the health care providers and health care workers strictly give emphasis to patient privacy. However, there have been differences in the patient privacy practices of the private, public and university hospitals. It has also been stated that much more attention was given to patient privacy in private hospitals while the least attention has been determined in university hospitals.

Key words: Patient rights, Patient privacy, Health Care Workers, The Health Quality Standards, Health Institutions.

1. GİRİŞ

Son yıllarda tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de büyük bir değişim ve dönüşüm süreci yaşanmaya başlamıştır. Bu süreçte bir taraftan sağlık hizmetlerinin sunum şekillerinde, uygulanan tedavi yöntemlerinde ve kullanılan teknolojilerde gelişmeler yaşanırken diğer taraftanda tüm toplumun sağlık hizmetleri sektöründen beklentileri yeniden şekillenmeye başlamıştır. Toplum artık daha temiz, güvenli, saygın ve nezih ortamlarda, nitelikli, kaliteli ve insan onuruna yakışır bir sağlık hizmeti sunumunu talep eder hale gelmiştir. Ayrıca bu konuda ortaya konulan mevzuat da, artık toplumun beklentilerini hak kapsamanda değerlendirmeye başlamıştır.

Günümüzde insan yaşamına verilen değerin eski dönemlerle kıyaslanmayacak kadar önemli bir hale gelmesi, kişi sağlığının daha dikkatli bir biçimde ele alınması sonucunu beraberinde getirmiştir. Aynı zamanda hasta ile hekim ve sağlık hizmeti sunanların ilişkisi yoğun bir şekilde irdelenmektedir. Sağlık kuruluşları arasındaki kıyasıya rekabet bu ilişkilerin detaylarını ön plana çıkarmaktadır. Hukuksal anlamda da önemli sonuçlar doğuran bu ilişkiler, çeşitlerine göre farklılaşan karşılıklı yükümlülükleri barındıran karmaşık bir yapı oluşturmaktadır.

Mahremiyet hakkı, insan hakları içerisinde önemli ve gizemli bir yer tutan ve mutlaka korunması gereken temel haklar arasında yer almaktadır. Gerek özel hayatın mahremiyeti gerekse de hasta mahremiyeti hukuki anlamda teminat altına alınmıştır. Dolayısıyla yasal düzenlemeler, ilgili kişilere (hekim, sağlık çalışanı v.b.) diğer kişilerin (hasta, refakatçi v.b.) özel hayatına ve sağlığı ile ilgili hayatına saygı gösterme, mahremiyetlerini koruma zorunluluğu getirmektedir.

Hastaların mahremiyet konusunda beklentilerinin karşılanması ve bilgilendirilmeleri, onların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ve dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini artıran önemli bir etmendir. Çalışanların mahremiyet konusunda gösterdikleri titizlik onları yasalar karşısında olumsuz durumlara düşmekten koruyacaktır. Hastaların ve çalışanların mahremiyet konusunda bilgilendirilmeleri için öncelikle konuya ilişkin bilgi düzeyleri belirlenmeli ve hasta ve sağlık çalışanlarına gereksinimlerine göre eğitim verilmelidir. Sağlık hizmeti sunucularındaki mahremiyet uygulamaları ve sağlık personelinin mahremiyet

konusundaki düşünceleri, bu anlamda ölçülebilir olmalı ve belli aralıklarla değerlendirilmelidir. Bu bağlamda çalışma hasta mahremiyetini detayları ve alt boyutlarıyla incelemeye çalışan ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir.

Sağlık kuruluşlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarının mevcut durumunun saptanması ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma beş bölümden meydana gelmektedir.

Çalışmanın giriş bölümü kuramsal bilgileri içermektedir. Bu kısımda hak kavramının doğuşu, insan hakları konusunda dünyadaki gelişmeler ve hasta hakları alanındaki değişen değerler ışığında mahremiyet kavramına kısa bir bakış yapılmakta ve hasta mahremiyeti ile ilgili mevzuat incelenmektedir.

İkinci bölümde çalışmanın yöntemi hakkında ayrıntılı bilgiler sunulmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli, evren ve örneklem seçimi, veri toplama tekniği ve veri toplamada kullanılan araçlar, kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları, araştırmanın etiği, çalışma takvimi, araştırmanın hipotezleri ve araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgiler verilmektedir.

Üçüncü bölümde araştırmanın bulguları yer almakta olup, bulgular üç aşamada ortaya konulmaktadır. Birinci aşamada; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, sağlık kuruluşlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarının mevcut durumu ile sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarına dair tanımlayıcı istatistikler sunulmaktadır. İkinci aşamada sağlık kurumlarının hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından karşılaştırması yapılmakta, üçüncü aşamada ise sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırması yapılmaktadır.

Dördüncü bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatürde yer alan diğer çalışmalar ile karşılaştırılmaktadır.

Beşinci bölümde ise sonuçlara ilişkin genel değerlendirmeler yapılmakta ve öneriler sunulmaktadır.

1.1. Hak Kavramı

Çalışmamızın ana konusu mahremiyet olmakla birlikte, mahremiyet konusunun literatürde hak ve insan hakları bağlamında ele alınması nedeniyle öncelikli olarak bu kavramların açıklanması gerekmektedir. Hak kelimesinin sözlük anlamı; adalet, adaletin hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, emekten doğan manevi yetki, pay, emek karşılığı ücret, doğru ve gerçek (TDK 2015) olarak verilmiştir. Sungurbey (1997) bu kavramı "bireye (kişiye) çıkarlarını karşılamak amacıyla hukuk düzeninin tanıdığı irade gücü ya da hukuksal güç" olarak tanımlamaktadır.

Hak kavramının insanlığın ilk günlerinden günümüze doğru, değişen değerler ışığında gelişimini J.J Rousseou'nun kavrama bakışı doğrultusunda inceleyebiliriz. J.J. Rousseau, insanlık tarihinin ilk döneminde insanların hayvanlarla birlikte yaşayan gruplar oluşturduklarını, salt toplayıcılık ile geçindiklerini söyleyerek bu döneme "doğal yaşama" adını vermiştir. Rousseau'ya göre bu dönemde insanlar eşittiler, bu eşitliğin kökeni doğa kaynaklıydı. Doğanın nimetlerinin bütün insanlara yetmesi nedeniyle bu dönemin insanları, "ağaç altında yaşayan, bu ağacın meyveleriyle karnını doyuran ve yakınındaki pınardan suyunu içen" bir görünüm sergilemekteydi. İnsanlar bütün gereksinmelerini kendi başına karşılayabilme gücüne sahip olması nedeniyle, başka insanlara ihtiyaç duymuyordu ve insanlar arasında bir çatışma söz konusu değildi. Doğal yaşama döneminde doğa ve nimetleri o günün bütün insanların doğal ihtiyaçlarını karşıladığından dolayı mülkiyet henüz bir "hukuksal hak" olarak ortalıkta yoktu. Ancak zamanla "çitle çevirdiği" belli bir toprak alanını "burası benimdir" iddiasıyla kendine mal eden ilk insan, aynı zamanda uygar toplumun ilk kurucusu olarak mülkiyet olgusunun temelini atmıştır. Böylece insanlar arasındaki eşitsizliğin ilk tohumu da serpilmeye başlamıştır (Gürbüz 2003).

İnsanlar arasında eşitsizliğin artması, insanların örgütlü bir topluma geçmesine ve isteklerini karşılayacak olan devletin doğmasına yol açarak, hak kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Dolayısıyla köken olarak 'haklar' demek olan hukuk kavramı doğmuştur. Hak ile hukuk kavramları arasında çok yönlü bir ilişki söz konusudur. Hak, hukuku yaratan temel taşlardan en önemlilerinden biri olmasının yanında, hukuk da hakların korunması için vardır. Bu bağlamda devlet, insanların doğuştan gelen hak ve özgürlüklerinin varlığını kabul ederek, bu hakları

korumayı üstlendiğini açıklamıştır. İnsanlar da hak ve özgürlüklerinin güvencesi karşılığında bazı sınırlamalara rıza göstermişlerdir. Dolayısıyla bir şeyin hak olabilmesi için pozitif hukukta yer alması gerekmektedir (Karagöz 2002).

Devlet ve toplumun pozitif hukuk vasıtası ile güvenceye almış olduğu bir durum olarak karşımıza çıkan "hak kavramı", toplumdan topluma, yere ve zamana göre değişebilmektedir. Bu nedenle insanlığın toplayıcılıktan avcılığa, karasabandan bilimsel teknik devrime uzanan hikâyesinde "hak kavramına" farklı anlam ve değerler yüklenmiştir.

Literatürde hak kavramının ne olduğu sorusuna farklı kuramsal yaklaşımlarla cevap verilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bir yaklaşıma göre hak; hukuk düzeninin kişilere tanıdığı irade gücüdür. Bir diğerine göre hak; hukukun düzeninin koruduğu çıkardır. Biri irade gücüne, diğeri çıkara odaklanmış bu iki yaklaşımın eleştirilmesi sonucunda, ikisini (irade teorisi ve çıkar teorisi) birleştiren karma teori oluşturmuş ve bu teori literatürde büyük ölçüde paylaşılmıştır. Buna göre hak, "hukuk düzenince korunan ve kullanılmaması sahibinin iradesine bırakılmış olan çıkardır" da denebilir (Gezgin 2006).

Hak kavramı ayrıca felsefi yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılmış, insanın sırf insan olmasından dolayı bu haklara sahip olması gerektiği bir ahlâki ön kabul olarak alınarak insan haklarının insan onuruna yaraşır bir yaşam sürdürmek, insana özgü değerli bir hayat yaşamak için gerekli olduğu savunulmaktadır. Liberal ve liberteryan akımlar, aralarında bazı farklılıklar bulunmakla birlikte, genel olarak zaman ve mekan bağlamından koparılmış bir "soyut birey" anlayışından hareketle, "birey ve bireysel özgürlük" kavramlarını, yaklaşımlarının merkezine yerleştirirken; komünteryanlar, "kamu yararı", "toplumsal duyarlılık" ve "sosyal sorumluluk" gibi hususlar üzerinde yoğunlaşarak felsefi çerçevelerini inşa etmeye çalışmışlardır (Yüksel 2009).

Hukukî bir kavram olarak hak, mülkiyet kavramı ile de yakından ilişkilendirilmektedir. Mülkiyet kavramı sadece maddî mallar üzerinde değil, maddî bir varlığı bulunmayan soyut değerler üzerindeki sahiplik ilişkilerini de içermektedir (Yüksel 2009). Hak kavramı son aşamada bugün doğal olarak insan hakları kavramını çağrıştırmaktadır. İnsan hakları soyut bir kavram olup, ulaşılması gereken

bir ideali içinde barındırmakta, olanı değil, olması gerekeni göstermektedir (Soykan 2013). Bu haliyle dinamik bir kavram olan insan hakları, güvence altına alınmış ayrıcalıklardır ve insanı yüce, kutsal ve dokunulmaz bir varlık olarak görmektedir. Zamana, mekâna, toplumdan topluma ve kültüre göre değişip gelişerek günümüze ulaşmıştır. Hakkın kullanımı, hak bilincinin güçlenmesi ölçüsünde anlam, değer ve önem kazanmıştır.

Günümüzde insan doğuştan haklara sahiptir ve özel hukuk alanındaki birçok hakka sahip olma yeteneği ile doğmaktadır. Fakat hukuk düzenince tanınıp korunmadıkça bu hakların pratik bir anlamı olamamaktadır. Kısaca hak, hukuk düzeninin kişilere tanıdığı bir yetki olup, hak denince akla ilk olarak insan hakları gelmektedir. İnsanlık tarihi hak ihlalleriyle dolu olup, günümüzde insan hakları konusunda ulaşılan bu yüksek seviyeye gelinmesi hiçte kolay olmamıştır.

1.2. İnsan Haklarındaki Gelişmeler

İnsanın yeryüzündeki serüveni insan hakları ihlalleriyle doludur. Bu gün insan haklarından bahsedilmesinin sebebi bu ihlallerdir. İnsan haklarındaki gelişmelere felsefi, dini, kavramsal hangi açıdan bakarsak bakalım temelinde insan haklarının ihlallerini görebiliriz.

İnsan hakları teriminin öznesi İnsan dır. Tarihsel süreçte geleneksel toplumdan modern topluma doğru bir değişim olmuştur. Modern toplumu geleneksel toplumdan ayıran temel özelliklerin, hızlı ve yoğun değişme ve bu değişmenin giderek bütün toplumsal sistemi kuşatarak kendine özgü kuramsal ve düşünsel yapılar geliştirmesi olduğu söylenebilir. Modernleşme sürecinde hem insan-doğa, hem de insan-insan ilişkisi esaslı bir şekilde değişmeye başlamıştır (Yüksel 2003). Bu tarihsel süreçte yalnızca hak kavramı genişlememiş, hakkın özneleri bakımından da bir genişleme ve değişme söz konusu olmuştur. İnsan hakları ifadesindeki insan kavramı, aydınlanma döneminin getirisiyle düşünen varlık olarak kabulünün yanı sıra, başlangıçta yalnızca beyaz, özgür, erkek, varlıklı, mülkiyet sahibi kişi olarak da düşünülmüştür. Bu kabul zamanla değişime uğramış erkeğin yanında kadın, beyazların yanı sıra zenciler, varlıklıların yanı sıra yoksullar da zamanla insan hakları tabirindeki insan yani hakkın öznesi konumuna gelmişlerdir (Zabunoğlu 2012).

İnsan haklarının bir Batı buluşu olmadığı iddiası, Batılı olmayan çevrelerde insan hakları kavramlarına ilişkin çağdaş tartışmaların ortak bir özelliğidir. İnsan haklarına ilişkin yeryüzündeki farklı toplum, din, kültür, devlet kurum uygulamaları vardır. Konuyu bu tartışmanın dışında insan haklarının evrenselleşmesi açısından değerlendirdiğimizde, insan haklarının evrenselliğe kavuşması açısından başlangıç tarihi 1948 tarihli Birleşmiş Milletler (BM) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olarak kabul edilebilir. Bu bakış açısıyla insan haklarıyla ilgili gelişim sürecini; 1948 öncesi evrenselleşmemiş haklar dönemi ve 1948 sonrası evrenselleşmiş haklar dönemi olarak ikiye ayrılabiliriz.

1948 öncesi evrenselleşmemiş haklar döneminde insan hakları ile ilgili ilk gelişmenin 1215 yılında yazılan ve tam adı Magna Carta Libertatum olan, Magna Carta Bildirisi olduğu kabul edilmektedir. Türkçede "Büyük Ferman" anlamına gelen bu bildiri, derebeyleri tarafından zorlanan İngiliz Kralı I. John'dan elde edilen hakları kapsamaktadır. İkinci olarak ise 1789 yılında Fransız İhtilali'nin etkisiyle ortaya çıkan, "Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesi" olarak gösterebiliriz (Yaman 2015) İnsan haklarının evrenselleşmesi 1945 yılında İkinci Dünya Savaşının bitmesiyle sonraki yıllarda oluşabilecek çatışmaların önüne geçmek ve uluslararası dayanışmayı sağlamak için 1945 yılında Birleşmiş Milletler (BM) kurulması ve 1948 yılında *BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi* yayınlanmasıyla olmuştur. İkinci Dünya Savaşını dünyanın politik düzenini ve sosyal yapısını derinden etkilemiştir. Bu savaş birçok alanda olduğu gibi insan hakları konusunda da dönüm noktası olmuştur.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini sırasıyla İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi ve İnsan Hakları Avrupa Mahkemesinin kuruluşu izlemiştir. İnsan haklarındaki yukarıda bahsedilen gelişmeler doğrultusunda çalışmamamızın temel fikrini oluşturan mahremiyet açısından ilgili maddelerine yer verilerek aşağıda incelenmiştir.

1.2.1. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

BM İnsan Hakları Komisyonu 10 Aralık 1948'de, BM Genel Kurulu'nun Paris'te yapılan oturumunda BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi kabul edilmiştir. Bu otuz maddelik bildirinin 1, 7 ve 12 maddesi kişi mahremiyeti hakkındadır. İlgili maddeler şunlardır (Wikipedia 2014);

"Madde 1- Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışı ile davranmalıdırlar.

Madde 7- Herkes yasa önünde eşittir ve ayrım gözetilmeksizin yasanın korunmasından eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir. Herkesin bu Bildirgeye aykırı her türlü ayrım gözetici işleme karşı ve böyle işlemler için yapılacak her türlü kışkırtmaya karşı eşit korunma hakkı vardır.

Madde 12- Kimsenin özel yaşamı, ailesi, konutu ya da haberleşmesine keyfi olarak karışılamaz, şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin bu gibi saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı vardır"

Ülkemizde bu kararlar 6 Nisan 1949 tarih ve 9119 Sayılı Bakanlar Kurulu ile "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin Resmi Gazete ile yayınlanması yayımdan sonra okullarda ve diğer eğitim müesseselerinde okutulması ve yorumlanması ve bu beyanname hakkında radyo ve gazetelerde münasip neşriyatta bulunulması" kararlaştırılmıştır. Bakanlar Kurulu kararı 27 Mayıs 1949 tarih ve 7217 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır (Resmi Gazete 1949).

Başbakanlık insan haklarını, insanı insan yapan ve insanın sırf insan olarak herhangi bir şarta veya statüye bağlı olmadan doğuştan sahip olduğu dokunulmaz, vazgeçilmez, üstün nitelikli ahlaki değerler olarak tanımlamıştır (Başbakanlık 2007).

Her ne kadar bildiri, imzalayan ülkeler açısından bizzat bağlayıcı olmasa da, belgede yer alan hemen hemen bütün haklar, bağlayıcı olan birçok insan hakları sözleşmesinde ya bizzat yer almış veya sözleşmelerdeki maddelere kaynaklık etmiştir (Avcı 2006). Bildirinin sağlık alanına kaynaklık ettiği ve yansımanın hasta hakları başlığı altında değerlendirildiğini söyleyebiliriz.

1.2.2. İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi

Avrupa Konseyinde temsil edilen ülkeler tarafından 4 Kasım 1950'de "Avrupa Konseyi İnsan Hakları Bildirgesi" imzalanmış ve bu bildirgenin 8. maddesi özel hayat, konut dokunulmazlığını ve haberleşmeye saygı hakkını güvence altına almıştır. Bildirgenin 8. maddesi şu şekildedir;

"*Madde 8: "Herkes özel hayatına, aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılmasına bir kamu otoritesinin müdahalesi, ancak ulusal güvenlik, kamu emniyeti, ülkenin ekonomik refahı, dirlik ve düzeninin korunması, suç işlenmesinin önlenmesi, sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için, demokratik bir toplumda zorunlu olan ölçüde ve yasayla öngörülmüş olmak koşuluyla söz konusu olabilir*" (Roagna 2012).

1.2.3. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM), uluslararası bir teşkilat olan Avrupa Konseyi'ne bağlı olarak 1959 yılında kurulmuş uluslararası bir mahkemedir. Mahkeme, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve ek protokolleriyle güvence altına alınmış olan temel hakların çiğnenmesi durumunda bireylerin, birey gruplarının, tüzel kişiliklerin ve diğer devletlerin, belirli usuller ve kurallar dahilinde başvurabileceği bir yargı merciidir. 47 Avrupa Konseyi üyesi, AİHM'nin yargı yetkisini tanımaktadır. Mahkeme, Fransa'nın Strazburg şehrinde bulunmaktadır (Wikipedia 2016).

Bir kişinin AİHM'ye başvurabilmesi için öncelikle kendi ülkesinde hakkını araması, yani iç hukuk yollarını tüketmesi gerekmektedir. Kişiler, iç hukukta haklarını aradıktan ve bu konuda olumsuz nihai karar alındıktan sonra 6 ay içinde yazılı olarak, Strazburg'ta bulunan AİHM'ne başvurabilirler (Yerel demokrasi 2016).

AİHM bazı kararlarında, devletin özel hayatın korunması konusunda pozitif yükümlülüklerinin bulunduğunu belirtmiştir. Buna göre devletin, bireyin özel hayatına müdahale etmemesinin yanında kişinin özel hayatının korunması için tedbirleri de alması gerekmektedir (Sert 2007).

1.3. Hasta Haklarındaki Gelişmeler

Hasta hakları kavramı, insan hakları temelli uluslararası sözleşmelerden esinlenerek ortaya çıkmış bir kavram olup; hukuki, felsefi, etik, politik, sosyolojik ve teknolojik boyutları bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında hasta haklarının etik boyutu ve hukuki boyutu incelenmektedir.

Hasta hakları konusu ilk zamanlarında dahi tıp mesleğinin etik kurulları arasında yer alan ancak herhangi bir yaptırımı olmayan unsurlar arasında yer almaktaydı. Zamanla tıp mesleği "önce zarar verme" ilkesi temelinde gelişimini sürdürmüş ve bu bağlamda hasta haklarının temeli atılmaya başlanmıştır. Şahin (2005)' e göre günümüzden 3.800 yıl önce hazırlanan Hammurabi Kanunlarında, hastasına zarar veren hekimlere şiddetli cezaların öngörüldüğü belirtilmektedir. Eski Mısır'da da hastaya zarar veren hekim cezalandırılmaktaydı. Benzer şekilde Eski Hint'te hastaya zarar veren ve bilirkişi heyetlerince yetersizliğine karar verilen hekime, para cezasından parçalanarak öldürülmeye kadar değişen cezalar verilmekteydi. Hipokrat MÖ 5. yy'da, hastanın sırlarına saygı hakkını da gündeme getirmiştir. Roma Hukukundan itibaren tedavi maksatlı dahi olsa, hastaya zarar verilmemesi hakkı korunma altına alınmıştır. Orta Çağ'da Batı'da akıl hastası, cüzamlı ve benzeri hastalar toplumdan tecrit edilmekteydi. Ondördüncü yüzyılda Avrupa'da 'veba salgını sebebi' diye başka ırktan insanlar diri diri yakılıyordu.

Ancak Osmanlı İmparatorluğunda durum farklıydı. İnsana verilen değerler bu dönemde İmparatorlukta Batıdakinden daha fazlaydı. Bursa'daki hastanelerde din, ırk farkı gözetilmeden hastaların tedavileri yapılmaktaydı.

Din insanlık tarihi kadar eskidir ve kolektif hayatımızdaki yeri ve önemi tartışılamaz. İnsan hakları ve mahremiyet bütün ilâhi dinlerin ilgi alanında olan önemli kavramlardandır. İnsan haklarının ilk kez Tevrat'ta rastlanıldığını ifade edenler olduğu gibi İncil'de kullanıldığını ve Protestan felsefesinin bu kavramı benimsediğini iddia edenler de vardır (Yaman 2015). İslam hukuku açısından mahremiyet konusu irdelenecek olursa Şen (2015)'e göre: İslami literatürde mahremiyet olarak ifade edilen özel hayat, insanlık tarihi kadar eskidir. Bu düşüncenin temelinde ilk insan Hz. Adem (a.s)'ın cennet hayatı ve dünyaya gönderilişi bulunmaktadır. Hz. Adem ve Hz. Havva'nın utanma duygusu, herkese sır olan gizli mahremiyetlerine karşı hassasiyetleri önce, Tevrat'ta sonrada Kur'an'da

anlatılmaktadır. İslam'da insanın yaşam hakkı, bütün hakların başında gelir. İnsanın, yaşamını sürdürebilmesi ve bunun için gerekli sağlık tedbirlerini alması yaşam hakkının bir gereğidir. İnsanın yaşam hakkının yerine getirilmesi, sağlıklı olması ve sağlık hizmetlerini almasıyla mümkündür. İhtiyaç halinde tedavi olması ve bu hizmetlerden yararlanması en doğal hakkıdır. Bu hakkın kullanımı sırasında ve kullanım aşamalarında, İslâmî sınırların aşılmaması ve hasta mahremiyetine özen gösterilmesi temel ilkedir şeklinde tespitte bulunmuştur.

Hasta haklarının Batıda gelişimi ve günümüzdeki kapsamına ulaşmasının temeli, 19. yüzyılın başının ciddi savaşlar, insan ve hasta hakları ihlallerine sahne olmasıdır. Savaş sürecinde pek çok insan cezaevlerinde ve toplama kamplarında insanlık dışı muamelelere maruz kalmıştır. İkinci Dünya Savaşının bitmesine müteakip, savaş öncesi totaliter rejimlerde görülen insan hakları ihlallerine bütün dünya tepki göstererek uzun vadeli bir stratejinin oluşturulmasına katkıda bulunmuşlardır.

Hasta hakları ihlallerine ilişkin en ünlü örnek, İkinci Dünya Savaşında insanı kobay olarak kullanan ve "Nazi Kasabı" diye de anılan Josef Mengele ile ilgilidir. Nazilerin Auschwitz toplama kampında dört milyon insan öldürülmüştür. Kampta insanlar üzerinde tıbbi deneyler yapan ve "Ölüm Meleği" olarak da bilinen Dr. Mengele' nin en az 400 bin insanın ölüme sebep olduğu sanılmaktadır. Dr. Mengele, kampta tıbbi deneyler için 1560 ikiz çocuğa tifo ve tifüs mikrobu aşılamış ve denemeler sonucu bu çocuklardan ancak 180'i hayatta kalabilmiştir. Bir başka deneyde de çırılçıplak kar üzerinde bekletilen insanların soğuğa karşı dirençleri ölçülmüştür. Soğuk tuzlu suya atılan insanların tuza karşı direnci konusunda da deneyler yapılmıştır. Dr. Mengele, yeni doğan bebekleri de aç bırakarak, bebeklerin açlık sınırı konusunda deneyler yapmıştır (Akten 2008).

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri'nde başladığı kabul edilmektedir (Sert 2007). 1947'lerde başlayan süreçte esasen somut gelişmeler 1970'li yılların başlarında gündeme gelmiştir. 1970'li yıllarda başlayan süreç, 20 yıllık bir kuluçka döneminden sonra 1993'de Finlandiya'nın "Hasta Hakları Kanununu" kabul etmesiyle tamamlanarak somut meyvelerini vermeye başlamıştır (Göçmen 2005). Bu ülkeyi sırasıyla İsrail (1996), Litvanya (1996), İzlanda (1997), Danimarka (1998), Norveç (2000), Gürcistan (2000), Fransa (2002), Estonya (2002),

İsviçre (2003) gibi ülkeler takip etmiştir (Dalkılıç 2012). Hasta hakları alanındaki gelişmelerin aşamaları aşağıda sıralanmıştır.

1.3.1. Nuremberg Deklarasyonu

Hasta hakları ile ilgili ilk resmi deklarasyon Nuremberg Deklarasyonudur. Ekim 1947 'de, ABD, Birleşik Krallık, Fransa ve Sovyetler Birliği'nin Almanya'ya karşı açtığı Almanya'nın Nürnberg şehrinde yapıldığı için bu isimle anılan Nuremberg Mahkemelerinde ortaya çıkmıştır. Doktorlara tıbbi işlemleri uygulamadan önce hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması sorumluluğu verilmiştir (Sayek 1998).

1.3.2. Amerikan Hastaneler Birliği Bildirgesi

Hasta hakları ile ilgili bilinen ilk ulusal belge ABD' de hastaların açtıkları davaların artması ve gerek hekimlerin gerekse hastanelerin büyük tazminatlar ödemek zorunda kalması ile birlikte Amerikan Hastane Birliği tarafından 1972'de yazılı olarak yayınlanmıştır (Akbulut 2012). Beyannamede insan hakları temel alınmış ve hastanede yatan hastaların haklarının savunulması gereği vurgulanmıştır (Aydemir 2010).

1.3.3. Lizbon Bildirgesi

Hasta hakları konusundaki ilk uluslararası belge Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de yayınladığı 1981'de Lizbon'da Dünya Tabipleri Birliği'nce açıklanan bildirgedir. Lizbon Bildirgesi, temel hasta haklarını tanımlayan altı madde ve bu maddeleri sağlama konusunda hekimlere görev veren bir paragraftan oluşmaktadır.

"Hekim, pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinlemeli ve hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlarda bu uygulamaları düzeltmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmalıdır." (TTB 2009)

1.3.4. Amsterdam Bildirgesi

Hasta hakları ile ilgili hazırlanan bir diğer uluslararası belge 1994'te Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa Bürosu tarafından yayınlanan Amsterdam Bildirgesi'dir. Bildirge'de hasta hakları sağlık bakımında insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi, başvuru başlıkları ile belirlenmiş ve bu başlıklar altında ayrıntılı açıklamalar yapılmıştır (Oğuz 1997).

1.3.5. Bali Bildirgesi

1995'te Bali'de toplanan Dünya Tıp Birliği, 1981'de yayınladığı Lizbon Bildirgesini tekrar gözden geçirerek yayınlamıştır. Bu metin 1981'de yayınlanan metinden daha ayrıntılı bir şekilde hasta haklarından söz etmiş ve temel hakların neleri içerdiği ile ilgili tanımlamaları da içine almıştır. Ayrıca metnin ilk halinde yer almayan bazı haklar da bildirgeye eklenmiştir. Amsterdam Bildirgesi'yle paralellik gösteren Lizbon Bildirgesi'nin gözden geçirilmiş metninde Amsterdam Bildirgesi'yle farklılıklar gösteren hükümler de vardır (Sert 2007).

1.3.6. Roma Hasta Hakları Bildirgesi

2002 yılında Roma'da Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü benimsenmiştir. Bu temel doküman, hasta hakları ile ilgili olarak koruyucu tedbirler, yararlanma, bilgi, rıza (onay), özgür seçim, özel ve gizlilik, hastaların vaktine saygı, kalite standartları, güvenlik, yenilik (tedavi), gereksiz ağrı/acı ve kişisel tedavi, şikâyet ve tazminat hakkı gibi on dört maddeden oluşmaktadır (Aydemir 2010).

1.3.7. Santiago Hasta Hakları Bildirgesi

Dünya Hekimler Birliği tarafından 2005 yılında Santiago'da Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirge, nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme, bilinci kapalı hasta, yasal yeterliliği olmayan hasta, hastanın isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilenme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı onurunu koruma hakkı, dini destek hakkı gibi hasta haklarından oluşmaktadır (TTB 2009).

Hekim ve hasta ilişkilerinde son 50 yıldaki değişmeler bu ilişkiyi çerçeveleyen tıbbi ve toplumsal parametrelerde bir dizi büyük çaplı dönüşüme neden

olmuş ve dünyada 70'li yıllarda gündeme gelen hasta hakları, 80'li yıllarda uluslararası alana taşınmış, 90'lı yıllarda yasal düzenlemelerde yaygın biçimde yer almaya başlamıştır. Günümüzde uygulamaya ilişkin ayrıntılı protokoller geliştirilmeye başlanmıştır. Bu gelişim çizgisi rasyonel dinamikleriyle değerlendirildiğinde, hasta haklarının gündeme gelişinin, ekonomik yapısal değişikliklerle ve modern teknolojinin sağlık hizmetlerine yansımasıyla örtüştüğü görülür. Sağlık hizmetlerindeki yapısal değişikliklerin oluşturduğu zemin, dünyada ve ülkemizde hasta haklarıyla ilgili düzenlemelerin temelini oluşturmaktadır (TTB 2013)

Hasta hakları ile ilgili uluslararası belge ve sözleşmelerde yer alan ortak noktalar Hastaya ait kişisel ve tıbbi bilgilerin gizliliği ve hastanın beden mahremiyetine saygı başlıkları altında ele alındığı görülebilir.

1.4. Mahremiyet Kavramı

Mahremiyet kavramı, zaman, mekan, yaş, cinsiyet, ekonomik ve sosyo kültürel durum açısından algıda farklılıklar gösterebileceği gibi toplumdan topluma ve kültüre göre çeşitli anlam ve değerler yüklenebilir. Mahremiyet kavramına ilişkin günümüzde ortak bir tanımlama yapmak zordur. Mahremiyetin çok anlamlılığı ve belirsizliği, onu tanımlama girişimlerini de zorlaştırmaktadır. Mahremiyet, hem bir değer olarak tutarlı ve yansız olmalı, hem de hukukî bir kavram olarak kullanışlı olmalı ve bu çerçevede, hem mahremiyet kayıplarını, hem mahremiyete yönelik saldırıları, hem de fiili mahremiyet ihlallerini ifade ya da temsil edecek bir kapsama kavuşmalıdır (Yüksel 2009).

Mahremiyet kavramının tanımına bakıldığında şunlar söylenebilir:

Mahremiyet, Arapça ‘haram’ kelimesinden gelir ve ‘haram olma hali’ demektir. Mahrem, İslâm'da evlenilmesi haram olan (nikâh düşmeyen) kişiye denir (Wikipedia 2015). Dilimizde ise gizlilik anlamına gelen kelimedir (TDK 2014). Lâtince privatus sıfatından üretilmiş olan Mahremiyet kelimesinin İngilizce karşılığı confidentiality, privacy iken; Fransızca karşılığı privé olarak karşımıza çıkmaktadır (Key dictioray 2010). Alenî olmaya, herkes tarafından bilinmeye karşı kapalı olmayı, uzak kalmayı içermektedir (Yörükhan 2008).

Mahremiyet kavramı bu haliyle toplumuzda cinsellik kavramını çağrıştırsa da kavramın gizlilik, özel alan, mülkiyet, güvenlik, iletişim ve din gibi bileşenlerinin göz ardı edilmemesi gerekir. Bireyin özgürlük alanına dahil bir kavram olarak ele alınması gereken mahremiyetin, birey için özgür ve bağımsız varoluş halinin ve kendi kendini belirleme gücünün ifadesi olduğu görülmektedir (İzgi 2012).

Bu durumda mahremiyet, insan vücudundan bakılması, dokunulması ve hakkında konuşulması yasak olan bölgeleriyle ilgili dokunulmazlık halidir. Türkçemizde mahremiyet kelimesi bu anlamda kullanılmakla birlikte, anlamdan hareketle kişinin özel alanı, gizlilik gibi anlamlarda da kullanılmaktadır (Namlı 2013). Kısacası Mahremiyet, "girilemez" bir alanı belirtir. Bu, başkalarının birinin beden, duygu, düşüncesine veya bilgi ya da özel ilişkilerine girmesinin sınırlandırılması anlamına gelmektedir. Bireyin kendi durumu ile ilgili maddi ve manevi varlıklara, yine kendisiyle ilgili tüm bilgilere, öteki bireylerin erişimine engel koyduğu noktada mahremiyet başlamaktadır (Çobanoğlu 2009).

Mahremiyet alanının hukuk tarafından tanınması, bunun hak olarak tanımlanmasını doğurmaktadır. Dolayısıyla bu alana tecavüz niteliğindeki eylemlere karışı korunma sağlanmış olur. Kısacası mahremiyet bir haktır ve korunması gerekir. Bu bağlamda mahremiyete yönelik ihlâller, bir kimsenin kendi iyilerini ya da doğrularını sürdürmesine müdahale anlamına gelir. Sonuç olarak mahremiyete yönelik ihlâller, kişinin kendisine saygısını veya kendisine biçtiği değeri zayıflatmaktadır (Yüksel 2009).

1.5. Hasta Mahremiyeti Kavramı

Tıp alanında mahremiyet ve meslek sırrının ilk örneklerini eski Mısır'da. İmhotep Andında görebiliriz. İmhotep Andı hastalardan edinilen bilgileri hekimlerin gizli tutmasına yönelik bir yemin metnidir. Milattan önce 5. yüzyıla dayanan Hipokrat Andında da, hastadan edinilen bilgilerin gizli tutulacağına yönelik yemin edilmektedir. Bu durum sadece Eski Yunan kültürüyle de sınırlı değildir. Örneğin, eski Hint uygarlığında tıp eğitimi alan öğrenciler, hasta muayene etmeye gittikleri zaman, sadece ve sadece hastaya odaklanacaklarını, girdikleri evle ilgili başka şeylere dikkat etmeyecekleri, hastanın evine hasta yakını olmadan tek başlarına girmeyeceklerine yönelik yemin etmekteydiler (Görkey 2013). Kökeni milattan önce 5. yüzyıldan daha öncelere kadar uzanmakla birlikte mahremiyet kavramı etrafında

çeşitli kurumlar tarafından yapılan pek çok güncellenmiş tanım vardır (Wilen Berg 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "hasta mahremiyetini, bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişebilmeyi belirleme hakkıdır" şeklinde tanımlamıştır (WHO 2000).

Tıp tarihinin en yaygın kabul gören inançlarından birisi, doktor hasta ilişkisinin kutsal olduğunu, birebir ilişkinin mahremiyetinin tedavi için elzem koşul olduğu ve tedavinin üçüncü kişilerin müdahalesinden azade olması gerektiğidir. Doktor hasta ilişkisi öyle yapılandırılmalıdır ki hasta hekime yaşamının en gizli ayrıntılarını açabilecek inanca sahip olmalı ve bunun karşılığında da hekim kapsamlı bir tıbbi bakımı itina ile verebilmelidir (Williams 1971).

Hastanede poliklinik hizmeti alan hasta ile acil servise müracaat eden veya ambulansla sağlık hizmeti alan bireyler arasında fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ön hazırlık süreçleri arasından farklılıklar olması kaçınılmazdır. Ayrıca sağlık kurumlarında hasta mahremiyeti politikası açısından farklılıklar olabilmektedir.

Nelerin hastanın mahremiyet ve özel yaşam hakkının konusunu oluşturduğunun tespiti, her bir tıbbi müdahale için ayrı ayrı değerlendirmeyi gerektirmektedir. Genel bir hasta tipinden hareketle hastanın özel hayat hakkının belirlenmesi yanlışlıklara sebep olabilmektedir. Hastanın mahremiyet ve özel yaşama hakkının konusunun tespitinde öncelikle somut hasta tipi esas alınmalıdır. Hekim hasta ili ilgili bilgilerde, kendi değer yargılarına göre hastanın mahremiyet ve özel yaşam alanının tespiti mümkün değildir (İpek 2009).

Kişinin bakım ve tedavi amacıyla yada başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu, ancak toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanı hasta mahremiyeti konusu içinde değerlendirilebilir. Hasta kendi özel yaşamı ve hastalığı ile ilgili bilgileri çoğu zaman en yakını gibi kabul edebileceği hekimine verir. Hekimin, önemli bir tıp etiği ilkesi olan gizliliğe saygı ilkesine uyarak bu bilgileri bir sır olarak saklaması gerekir. Özellikle deri hastalıklarında, jinekolojik rahatsızlıklarda ve hasta için diğer mahrem olabilecek her durumda bu ilke önem kazanır.

Bireylerin sağlık kuruluşlarına tedavi veya sağlıklarını kontrol ettirmek için müracaatları sırasında mahremiyet açısından en savunmasız kaldığı durumlardır. Bir

de buna bilincin yarı kapalı yada bilinçsiz olarak sağlık kuruluşlarına müracaatlarını katarsak savunma mekanizması ortadan kalkması söz konusu olmaktadır.

Hasta mahremiyetini sadece bedensel mahremiyet olarak görmemek gerekir. Konunun bilişsel, fiziksel, psikolojik, sosyal ve teknolojik açıdan da ele alınması gerekmektedir. Örneğin teknolojideki gelişmeler bilgi ve kişisel gizlilik konusundaki geleneksel anlayışa meydan okumaktadır (Wilen Berg 2011). Son zamanlarda hastadan alınan bilgileri gizli olarak tutma ve saklama giderek güçleşmiş ve neredeyse imkânsızlaşmıştır. Birde buna sağlık kuruluşlarının alt yapı ve fiziksel sorunlarını eklersek, mahremiyet sağlık sektörünün göz ardı edemeyeceği bir kavram olarak karşımızda durmaktadır.

Sağlık profesyonellerince elde edilen veya öğrenilmek durumunda kalınan bazı bilgiler o kişinin sırrı olarak değerlendirilmeli, saklanmalı ve üçüncü şahısların merak alanı dışında tutulmalıdır (Alan ve Erbay 2011). Mahremiyet ihlalleri ayrımcılık, utanç, idari veya adli soruşturma hatta ekonomik zararla sonuçlanabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve sunumunda görev alacak profesyonellerin hasta hakları, etik ve sağlık hukuku konularında yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gereklidir (Sur ve ark, 2000).

Hasta mahremiyet ihlallerinin temel nedeni olarak, sağlık çalışanlarının hasta haklarını bilmemesi, sağlık çalışanlarının bireysel kusurlu davranışları, diğer yandan yoğun iş yükü, sağlık çalışanlarının görev ve yetki dağıtımında eşitsizlik, çalışma koşullarında düzensizlik ve çalışma ortamlarındaki huzursuzluk, fiziki alt yapı eksiklikleri, personel yetersizliği gibi birçok unsur göze çarpmaktadır (Timetürk 2015).

1.6. Hasta Mahremiyeti İhlali Örnekleri

Görkey 2013 tarihinde bir kongrenin açılış konuşmasında: “Hem hekim-cerrah, hem de tıp etiği hocası olan Ziegler’in 1982’de yayınlanmış bir makalesinden bahsederek önemli bir soruna dikkat çekmiştir. Makalede Ziegler, çok basit bir ameliyat için hastasını iki-üç günlüğüne hastaneye yatırıyor. Fakat bu süreç içerisinde gerekli gördüğü için hastasını başka bir servise aktarıyor. Bu süreçte, hasta, kendi başına not tutan birinden rahatsız oluyor ve hekimine "benim bilgilerim kaç kişiye gidiyor?" sorusunu soruyor. Buradan hareketle ufak bir araştırma yapan

Ziegler, hastaya ait bilgilerin en az 25 ve olasılıkla 100 kişiye ulaştığını görüyor ve bunların dökümünü yapıyor. Bu durumun kişilerin meslekleri ve sorumluluklarına bağlı olarak ortaya çıktığını belirliyor. Hastasıyla ilgili bilgiye ulaşan kişilerin; 6'sının hekim, 20'sinin hemşire, 6'sının solunum terapisti, 3'ünün diyetisyen, 4'ünün sekreter v.b. olduğunu görüyor. Ziegler bu makalesinde günümüzde meslek sırrını korumanın neredeyse imkânsızlığına dikkat çekmek istemiştir" diyerek hasta mahremiyeti kapsamında hasta bilgilerinin mahremiyeti konusunu vurgulamıştır.

Açılış konuşmasında sunulan makalenin 30 yıl öncesine ait olduğunu düşünürsek günümüzdeki bilgilerin korunması daha da güçleştiği aşikardır. Sağlık kuruluşlarımızda hastaya ait bilgiler otomasyon sisteminde uzun yıllar saklanmakta ve sağlık kuruluşlarında birçok sağlık çalışanı tarafından görülebilmektedir. Örneğin diş hekimine gelen bir hastanın hipertansiyonu varsa bu diş hekimini ilgilendirir. Bu bilgiler diş hekiminin kullanacağı anestezik solüsyon ve olası komplikasyonlar açısından önemlidir. Ancak aynı zamanda hasta bu süreç içerisinde iki kez kürtaj olmuşsa bu diş hekimi için gerekli bir bilgi değildir. En azından hastanın otomasyon sisteme girilen bütün bilgileri kurumda çalışan herkesin ulaşmasını bir şekilde çözmek, engellemek veya filtrelemek gerekmektedir.

Hasta Hakları Aktivistleri Derneğine gelen bir şikayette: "32 haftalık gebelik sürecindeyken, Esenler'deki bir özel hastanede bulunan doktorum, bebeğimin ciğerlerinin ve karnının su topladığını, kalbinin büyüdüğünü söyleyerek Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne sevk yazdı. Hastaneye acilden girdiğimde oradaki doktor da aynı teşhisi koyarak yatışımı sağladı ve o akşam bebeğimin kalp atışları çok yavaşladığından beni acil ameliyata aldılar. Asıl üzücü olan olaylar da bundan sonra başladı. Ameliyat için hazırlanırken üzerime alelade cırt cırtları her an açılabilen bir önlük giydirdiler. Başıma saçlarımın yarısı dışarıda olacak şekilde sürekli kayan bir bone taktırdılar (Sözde steril olması amaçlandı, fakat saçlarımı kapatmıyordu bile). Ameliyata girdiğimde beni masaya çıkartıp oturtturdular ve erkek hasta bakıcı gelip beni ameliyata hazırlama telaşı adı altında üzerimdeki ameliyat önlüğünü kaba bir şekilde komple çekip çıkardı. Sanki boynumdan aşağıya komple ameliyat olacakmışım gibi. Doktorlar ilgili bölgeye odaklanıyorlar belki, fakat hasta bakıcılar onlara verilen görevi yaparken mahremiyet haklarını yok sayarak plastikten cansız bir mankeni soyup giydirir gibi düşüncesizce muamele ediyorlar. Ben olaylar çok hızlı geliştiği için ve bebeğimi kaybedeceğim

düşüncesine kapılarak gerekli tepkiyi veremedim. Bebeğime ne olacağını düşünürken bir yandan da özensiz ve saygısız davranışlara tepki verememenin güçsüzlüğüyle tansiyonum 19'a çıktı" (Namlı 2013) denilmektedir.

Hasta Hakları Aktivistleri Derneği şikayetten hareketle yapmış olduğu bir araştırmada mahremiyet ihlallerinin temel nedeni olarak, sağlık çalışanlarının hasta haklarını bilmemesi, sağlık çalışanlarının bireysel kusurlu davranışları, diğer yandan yoğun iş yükü, sağlık çalışanlarının görev ve yetki dağıtımında eşitsizlik, çalışma koşullarında düzensizlik ve çalışma ortamlarındaki huzursuzluk, fiziki alt yapı eksiklikleri, personel yetersizliği şikayet etmekten kaçınıldığı (Hasta hakları aktivistleri 2015) saptanmıştır.

Hasta mahremiyeti konusunda 2010-2015 yılları arasında yapılan literatür araştırmalarında mahremiyet konusu genel anlamda Hasta hakları başlığı altında incelendiği görülmüştür. Hasta mahremiyetinin alt başlıkları ve boyutları yeterince araştırılmadığı görülmüştür. Yabancı kaynaklar incelendiğinde ise Hasta bilgi güvenliğinin daha ön planda olduğu görülmektedir.

Ülkemizde basın tarafından da sık sık hasta mahremiyeti ihlallerinin yapıldığı görülmektedir. Örneğin 6 Ekim 2011 tarihinde Manisa 'da eşi tarafından bıçaklanan Ş.E'in hastaneye götürülürken sağlık çalışanları tarafından mahremiyetine dikkat edilmediği için yarı çıplak bedeni basın mensupları tarafından fotoğraflanarak ertesi gün yazılı basında sürmanşet yayınlanmış ve sosyal paylaşım sitelerinde, yazılı ve görsel medyada pek çok tepki almıştır (Mediatekzip 2015). 7 Ekim 2011 tarihli Ş.E. cinayetinin basın analizi gerçekleştirildiğinde 7-13 Ekim 2011 tarih aralığında yerel ve ulusal basını temsilen toplam 14 gazetenin 69 haber ile söz konusu olaya yer verdiği saptanmıştır (Toker ve Altun 2015). Ş.E.'in yazılı ve görsel basında sürmanşet yayınlanan yarı çıplak görüntüsü ömür boyu yakınlarının hafızasından silinmeyecektir.

Bu olayda bir mahremiyet hakkı ihlali sözkonusudur. Ayrıca Ş.E. yaşasaydı basına yansıyan bu görüntülerden ne kadar rahatsız olacağı da ayrı bir tartışma konusudur. Hatta bu konuda "Toplumsal Şiddetin Aktarım Yoluyla Yeniden Üretilmesi: Basının Televizyonlaşması Bağlamında Ş.E. Cinayeti" (Toker ve Altun 2015) başlıklı Selçuk Üniversitesinde 2015 yılında bilimsel çalışma yapılmış, ancak hasta mahremiyeti açısından değerlendirme yapılmamıştır.

Başka bir örnekte Bakırköy Kadın Cezaevi'nde tutuklu bulunan hasta Ç. Ş. Bakırköy İlçe İnsan Hakları Kurulu'na yaptığı başvurusunda; 21 Aralık 2012 tarihinde Bakırköy Dr. Sadi Konuk Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniği'ndeki muayene ve tedavisi sırasında jandarma personelinin muayene odası içinde bulunmakta ısrar etmesi nedeniyle hasta mahremiyeti hakkının ihlal edildiğini ileri sürmüştür. Olaya ilişkin düzenlenen tutanakta; Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı arasında imzalanan 3'lü Protokol'e dayanılarak; "sağlık personelinin tehlikeye atılmaması, tutuklu ve hükümlünün emniyet ve muhafazasının sekteye uğratılmaması, intihar ve kaçmanın önlenmesi amacıyla' jandarmanın odada bulunması gerektiği ifade edilmiştir" (Adalet Bakanlığı 2014). Konu bazı yazılı ve görsel basında tartışılmıştır.

Şanlıurfa'da HIV virüsü kapan Y.Ç.'nin hiçbir sansüre uğramadan gündeme getirilmesi hasta hakları mahremiyetinde ihlalin en yakın örneklerinden bir başkası olarak değerlendirilebilir (Milliyet 2015).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen operasyonla Türkiye'de ilk yüz nakli yapılan U.A.'nın süreçte yaşadıklarının en ince ayrıntısına kadar haberleştirilmesi hasta mahremiyeti ihlaline bir diğer örnektir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan yasağa rağmen, U.A.'nın içtiği çorbadan sakal tıraşı olmasına kadar her türlü detay bası yoluyla kamuoyuna duyurularak hasta mahremiyeti ihlal edilmiştir. Ülkemizde bu ve benzer vakalarda hasta mahremiyetine fazla dikkat edilmezken, dünyada benzer uygulamalarda durumun çok farklı olduğu görülmektir. Mesela dünyada ilk yüz naklinin gerçekleştiği Fransa'da 38 yaşındaki I.D. ameliyat ve tedavi sürecinde kimseyle görüştürülmemiştir. İsmi yaklaşık 6 ay sonra medyaya yansımıştır. Bu örnek Türkiye'de yaşanan sürecin çok sağlıklı gitmediğinin de en önemli göstergelerindendir (Avcı 2012).

Ülkemizdeki gazetelerde en fazla sayıda haber tıbbi bakım alma (%28.5) konusunda çıkmıştır. Tüm haberlerin 1/3' ine yakını tıbbi bakım alma hakkı konusundadır. Bunu %15.3 ile mahremiyet hakkı konusunda çıkan haberler izlemiştir (Namlı 2013).

Bu konuda ki örnekler çoğaltılabilir. Bu tepkiler kimi zaman haksız ve yanıltıcı biçimde olmakla birlikte, bir tür hasta savunuculuğu işlevini yaşama

geçirmesi açısından önemlidir. Süreci başlatan etkenler ne olursa olsun, hasta hakları konusunun gündeme gelmiş olması ise olumlu bir gelişmedir.

1.7. Türk Hukuk Sisteminde Mahremiyet

Mahremiyet kavramı Türk Hukuk Sistemi ve Sağlık Bakanlığı mevzuatında hasta hakları alt başlığı olarak görülmektedir. Türk tarihinde İnsan Hakları'nın gelişimi ve pozitif hukuka geçişi, dünya tarihine göre bir yüzyıl sonrasına denk düşmektedir. Dolayısıyla hasta hakları'nın Türk Pozitif Hukuku'nda yer alması da yine aynı gecikmeyle gerçekleşmiştir (Akbulut 2012).

Her ne kadar pozitif hukuka geçiş bir yüzyıl geç olsa da kültürümüzde hastalar dinen ve ahlaken korunmuşlardır. Tarihi geçmişimize baktığımızda hastaları ziyaret etmek, teselli etmek, moral vermek, mahremiyetini korumak, sır saklamak, sonucu ve etkisi belli olmayan tedavi yöntemlerini uygulamamak yüzyıllardır var olan güzel uygulamalardır.

1.7.1. Anayasada Mahremiyet

Cumhuriyet Döneminde insan hakları konusundaki ilk önemli aşama mahremiyet ve hasta hakları kavramı geçmese de, 1924 Anayasa'nın kabulüdür. Bu anayasada temel hak ve özgürlüklere yer verilmektedir. Sosyal haklara 1961 Anayasasında yer verilmiştir. 1961 anayasasında insan haklarına dayalı olma ilkesi devletin nitelikleri arasına girmiştir. 1961 Anayasası ile temel hak ve özgürlükler yargı güvencesinde alınmıştır. 1982 anayasasının zamanın sosyal şartlarındaki bozukluktan dolayı 1961 anayasası ile çeliştiği pek çok yer olmuştur. 1982-1987 süreci TBMM "Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesini" ve "Helsinki Nihai Senedini" imzalanmasıyla sona ermiştir. 1982 Anayasasının getirdiği sınırlar, 1995 anayasa değişikliği ile büyük ölçüde aşılmıştır. Nihai gelişmelerle devam eden süreç 2010 yılında özel hayatın gizliliği başlığı altında anayasamızda işlenmiştir.

Anayasamızda "Hasta Hakları" ve "Mahremiyet" başlığı altında veya "hastalara ilişkin haklar" ibaresiyle bir koruma olmasa da Hasta Hakları'nın dayanağını oluşturan, sağlığın korunmasıyla ilgili çeşitli hükümler mevcuttur. Bu hükümler Anayasa'nın ikinci bölümünde yer alan "Kişinin Hakları ve Ödevleri başlığında şu şekilde zikredilmektedir;

"A. Özel hayatın gizliliği

MADDE 20- Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

(Ek fıkra: 12/9/2010-5982/2 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" (TBMM 2014).

Burada hastanın mahremiyetini korunmasının bu maddeyle güvence altına alındığını görüyoruz. Kişinin özeli, mahremiyeti kişiyi bağlar ve bu mahremiyeti kişi paylaşmak istemiyorsa ondan habersiz hastalığına ait bilgilerin de paylaşılmaması gerekir (Akbulut 2012).

1.7.2. Türk Medeni Kanunu ve Borçlar Kanununda Mahremiyet

Mahremiyet kavramını Türk Medeni Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu açısından değerlendirdiğimiz durumda, özel hayatın korunması ve dokunulmazlığı yanı sıra kişilik haklarına dokunulmayacağı anlaşılmaktadır.

Medeni kanunun 23. Maddesi ile Borçlar Kanununun 49. maddesi mahremiyet kavramıyla ilişkili hükümler içermektedir.

Yine Borçlar Kanunu çerçevesinde karşılıklı sözleşmelerden doğan yükümlülükler ile tarafların özel hayata saygı ve özen göstermesi anlamında borçlar yüklediği görülmektedir. Yani sağlık hizmeti almak üzere bir sağlık kuruluşuna başvurulması durumda, hasta ile kurum arasında bir tedavi sözleşmesi kurulduğu farz edilir. Türk hukukunda vekalet sözleşmesi olarak nitelendirilen tedavi sözleşmesi kapsamında tedavi eden kişi yada kurumun sadakat borcunun sonucu olarak sır saklama yükümlüğü verilmiştir (Sert 2007). Bu yükümlülük yalnızca hizmet alma sürecinde değil, sözleşmenin sona ermesinden sonrada devam eder.

Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu bağlamında mahremiyet ihlali durumlarında tecavüzün önlenmesi, tecavüzün durdurulması, giderim ve tespit davaları açılabilir.

1.7.3. Türk Ceza Kanununda Mahremiyet

Sağlık kuruluşlarında mahremiyet ve sır kavramları üzerinde Türk Ceza Kanunu ilişkilerine baktığımızda ceza kanununun özel hayata ve gizliliğine müdahaleyi açıkça suç saydığını görürüz.

Türk Ceza Kanunu Dokuzuncu Bölüm özel hayata ve özel hayatın gizliliğine karşı işlenen suçları ele almaktadır. 134. ve 137. maddeleri şu şekildedir:

134. madde;

"(1)Kişilerin özel hayatının gizliliğini ihlâl eden kimse, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Gizliliğin görüntü veya seslerin kayda alınması suretiyle ihlâl edilmesi hâlinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

(2) Kişilerin özel hayatına ilişkin görüntü veya sesleri ifşa eden kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiilin basın ve yayın yoluyla işlenmesi hâlinde, ceza yarı oranında artırılır."

137. madde;

"*a) Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle,*

b) Belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle, İşlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır" (TBMM 2014). Yaptırımlarıyla özel hayata ve gizliliğe müdahaleye yaptırımlar getirmiştir.

Ancak sağlık mensupları görevleri gereği çok çeşitli ve karmaşık durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenledir ki Türk Ceza Kanunu 280. maddesi

"(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır" (TBMM 2015). Sağlık mesleği

mensupları görevini yaptığı sırada bir suç işlendiği yönünde belirti ile karşılaşmaları halinde gecikmeksizin bildirimini zorunlu kılmaktadır.

1.8. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı Açısından Mahremiyet

Hasta-hekim ilişkisinin sınırlarını çizen yasal düzenlemeler, aslında ülkemiz için çok yeni değildir. Örneğin, 1928 tarihi Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun rızanın biçiminin ele alındığı ilk düzenlemedir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası (1961), Organ ve Doku Alınması Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun (1979), Aile Planlaması Hakkında Kanun (1983), İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (1993), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu hasta haklarına ilişkin maddeler içeren yasal düzenlemelerden bazılarıdır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlenen yönetmelik 27 Haziran 2015 tarihinde Resmî Gazete Sayı:29399 yayınlanmıştır. 1 Temmuz 2015 tarihinde ise 81 il valiliğine duyurulmasıyla bütün özel devlet ve üniversitelerin sağlık kuruluşlarında uygulamaya girmiştir.

1.8.1. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Mahremiyet

1998 yılında ilk defa yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği hasta haklarının benimsenmesi açısından çok önemlidir. Ancak hukukta normlar hiyerarşisi bakımından oldukça alt sıradadır.

Türkiye'de hasta haklarına ilişkin olarak atılan en önemli adım, Türkiye'nin taraf olduğu İnsan Hakları Sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildirilerin etkisiyle, 1 Ağustos 1998 tarihinde kabul edilen "Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)"dir. Yönetmelik iç mevzuatımızda dağınık halde bulunan hasta haklarına ilişkin düzenlemeleri tek çatı altında toplamıştır. HHY, dokuz bölüm ve toplam elli bir maddeden oluşmaktadır. HHY sağlık hizmetlerinin insan onur ve haysiyetine yaraşır ve gelişmiş ülkelerdeki hastaların almış olduğu nitelik ve

nicelikte bir sağlık hizmetinden faydalanmalarının ilkelerini tespit etmiştir (Aydemir 2010).

HHY'nin amacı, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan onuruna yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usül ve esasları düzenlemektir (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

HHY, sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına sahip olan bütün bireyleri kapsamaktadır. HHY'nin 4. Bölümünde hasta mahremiyeti ile ilgili maddeler şu şekilde sıralanmıştır;

"*Hasta Haklarının Korunması Mahremiyete Saygı Gösterilmesi:*

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.

g) 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" (Resmi Gazete 1998). Maddeleri ile hüküm altına almıştır.

Hasta mahremiyetini bu yönetmeliğin ilgili maddeleri ile güvence altına alındığını söyleyebiliriz.

"Hasta Hakları Yönetmeliği" ile hastalara tanınan yasal haklar şunlardır: Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme, tıbbi gereklilikler dışındaki müdahaleleri reddetme, tıbbi özen gösterilmesi, genel olarak bilgi isteme, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, mahremiyete saygı gösterilmesi, bilgilendirilmiş onayı olmaksızın tıbbi müdahaleye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulmasını isteme, tedaviyi reddetme ve durdurma, organ ve doku alınmasında ve tıbbi araştırmalarda bilgilendirilmiş onay alınması, gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi, güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma hakları yer almaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta haklarına ilişkin tavsiyelerde bulunmuştur. DSÖ Türkiye Raporu 2000'e göre; hastalar sıklıkla mahremiyet beklerler ve kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara ve bakımı alacakları yer ve kişiyle ilgili seçeneklere de katılmak isterler. Fakat kişilere saygı olarak adlandırılan saygınlık, özerklik ve mahremiyet bileşenleri maliyetsiz olarak iyileştirilebilir. Türkiye gibi kaynak kısıtlılığı olan ülkeler bile yeterliliğin bu boyutlarını sağlık bakım çalışanlarına verilen eğitimlerle, hastayı kendi bakımına dahil ederek, onun mahremiyetine gereken önemi vererek geliştirebilir denilmektedir (WHO 2000).

1998 yılında yürürlüğe giren HHY nin uygulanmasını sağlamak üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (HHUY)" yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Bu uygulama ile hasta ve yakınlarının mevzuatta belirlenmiş haklarını

kullanabilmeleri, her aşamada bilgilendirilmeleri, hasta ve yakınlarının hak ihlallerinden korunabilmeleri ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmeleri amaçlanmıştır.

Yönerge ile ilk aşamada 38 il ve 60 devlet hastanesinde uygulamaya geçilmesine karar verilmiştir. 2004 yılı sonuna kadar ise 81 il ve tüm büyük ilçelerde uygulamaya başlanmıştır. İlk aşamada uygulama başlatılan hastanelerin belirlenmesinde kalite konseylerinin oluşmuş olması esas alınmıştır. Uygulama ile birlikte Bakanlık Hasta Hakları Merkez Şubesi, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hastane Hasta Hakları Kurulu, Hastane Hasta Hakları Birimi, Sağlık Grup Başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları, ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları İletişim Birimleri kurulmuştur. Günümüzde ise Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kurumlarda uygulanmaktadır.

HHUY ile birinci basamak kamu sağlık tesisleri, özel sağlık tesisleri ve askeri hastaneler dahil olmak üzere bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta memnuniyetinin arttırılması, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesi, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanılabilmesini teminen hasta sorumlulukları da belirlenerek hasta/çalışan memnuniyeti ve güvenliğini gözeten bir yaklaşımla düzenleme yapılmıştır. Ayrıca, yönetmelikle uyumlu olarak, internet tabanlı Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) oluşturulmuştur. Bu sistemle, başvuruların internet üzerinden alınması ve hasta iletişim biriminden hasta hakları kurul kararlarının sonuçlarının bildirilmesine kadar geçen süreçteki başvuru kayıt, takip, değerlendirme ve tebliğ işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesi sağlanmıştır. Akabinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 15.12.2014 tarihinde "Hasta Hakları Uygulama Yönergesini Kaldırılmasına Dair Yönerge" hazırlayarak HHY hasta hakları için yeterli olması sebebiyle yönergeyi yürürlükten kaldırmıştır (Sağlık Bakanlığı 2015).

Sağlık Bakanlığının istatistikleri incelendiğinde 2003 yılından beri uygulanan hasta hakları uygulamalarını yürüten hasta hakları birimlerine yapılan şikâyet başvuru sayısının arttığı görülmektedir. Bu da hasta ve yakınlarının ve toplumun bu konuda bilinçlendiğini ve/veya hasta hakları ihlallerinin giderek artış göstermesinin bir işareti olabilir. Sağlık Bakanlığı 2007-2012 yıllarına ait istatistiki verileri

incelendiğinde: 2007 yılında toplam başvuru sayısı 78.636 iken, 2012 yılında toplam başvuru sayısı 195.669 ulaşmıştır. Beş yıllık süredeki hasta iletişim birimlerine hasta hakları ihlali ile yapılan şikayet sayısı iki kattan daha fazla artmıştır. Hasta iletişim birimlerine hasta hakları ihlalleri içinde, mahremiyetle ilgili başvurular toplam başvurular içinde %1'ini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015).

1.8.2. Sağlıkta Kalite Standartlarında Mahremiyet

Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığınca Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon-5) seti hazırlanarak, 01.07.2015 tarih ve 2015.5411.106 sayılı makam onayı doğrultusunda, 1 Temmuz 2015 tarihi itibari ile ülkemizde sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur.

Türkiye'de sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığınca "nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon" hedefi ile yürütülen çalışmalar kapsamında sağlıkta kalite sisteminin gerçekleştirilirken, DSÖ hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından büyük önem arz eden bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015).

1.8.2.1. SKS Amaç, Kapsam ve Hedef

SKS-Hastane, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde DSÖ hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye'de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. SKS-Hastane Türkiye'de tüm kamu, özel ve üniversite

statüsünde sağlık hizmeti veren hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır" (Sağlık Bakanlığı 2015).

SKS'de Hedef ise şu şekilde belirlenmiştir: *"SKS-Hastane, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak hastanelerde kalitenin güvence altına alınması amacıyla hasta güvenliği, hasta odaklılık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkililik, verimlilik, uygunluk, zamanlılık, hakkaniyet kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.*

Hastanelerin sundukları hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir. Bu hedefler genel olarak iki kategoride ele alınabilir, birinci kategoride yer alan hedefler, kurumun hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle kurumun hizmetlerini nasıl ortaya koyduğunu ilgilendiren organizasyonel hedeflerdir. (Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı) İkinci kategoride yer alan hedefler ise kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hedeflerdir (Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik). Yapılan kategorizasyon hedeflerin sadece daha net ortaya konulmasına yöneliktir. Örneğin sağlıklı çalışma ortamının olmadığı bir kurumda hasta odaklılığı sağlamak mümkün olmayacaktır. Sayılan hedeflerin öncelik ilişkilerinin olmamasının yanında, bu hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi de Sağlıkta Kalite Standartlarının üzerinde durduğu bir noktadır."

"SKS-Hastanede yer alan boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetimsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tamamını kapsayıcı bir perspektifle, tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. SKS-Hastane, bu özelliği itibariyle tekrarlı standartlar içermemektedir.

1.8.2.2. SKS'de Mahremiyet Kavramının Puan Bazında Değerlendirilmesi

SKS bütün hastane uygulamalarını puan bazında değerlendirmektedir. K*alite* puanının hesaplanmasında kullanılan formül şu şekildedir. *Kalite Puanı: [SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puan toplamı/(SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartların puan toplamı – SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartlardan değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı)] x 100 +/- Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar.*

SKS uygulamalarında puan değeri olan mahremiyet uygulamaları aşağıdaki gösterilmiştir:

Bölüm Hasta Deneyimi

- Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. (50 Puan)
- Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir. (10 Puan)

Bölüm Yaşam Sonu Hizmetler

- Cenazenin hastane içinde taşınması sırasında mahremiyet ve güvenlik sağlanmalıdır. (10 Puan)

Bölüm Radyasyon Güvenliği

- Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.30 Puan

Bölüm Bilgi Yönetimi

- BYS üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. (50 Puan)

Bölüm Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

- Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. (50 puan) (Sağlık Bakanlığı 2015).

Toplam 15430 puanda 250 puan mahremiyet uygulamalarına verilmiştir. SKS-Hastane, tekrarlı standartlar içermesinden dolayı 250 puan minimum puan olarak değerlendirmek gerekir. Tekrarlayan standartlar arttıkça puanda yükselecektir.

1.8.2.3. SKS' de Mahremiyete İlişkin Tanımlar

Mahremiyet: "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."

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."

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."

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."

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" (Sağlık Bakanlığı 2015).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin belirli standartlar doğrultusunda sunulması ve bu doğrultuda ilgili kurum ve kuruluşlarca denetlenmesi bir zorunluluktur Hasta hakları ile ilgili uluslararası belge ve sözleşmelerde yer alan ortak noktalar hastaya ait kişisel, tıbbi bilgilerin gizliliği ve hastanın beden mahremiyetine saygı başlıkları altında ele alındığı görülebilir. SKS ise bu iki başlığa mahremiyetin bilişsel, fiziksel, psikolojik, sosyal alt boyutlarını kapsamı içine katarak hastane uygulamalarına standart getirmiştir.

1.8.3. Hasta Mahremiyeti Yönetmeliği Çalışmaları

Hasta mahremiyetinin yönetmelik düzeyinde ele alınması gerekliliği bir süredir tartışılmaktadır. Yönetmelik hazırlıklarına dair basına yansıyan haberlerden bazıları şöyledir. 2012 yılı sonlarında Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu, *"Kişinin kimliği lazım değil sağlık bilgileri lazım. O nedenle, şimdi yeni çalışmamız kişiyi X olarak görebilmek. Biz, kişiyi X olarak görelim, X'i yalnız hasta ile hekim bilsin."* (Memurhaber 2014).

Bir başka haberde Aralık 2012' de Sağlık Bakanlığı, hasta bilgilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması için yeni bir yönetmelik taslağı hazırladığı basında memurlar net sitesinde yer almıştır. Taslağa göre, kişi isterse sağlık sisteminde kayıtlı olan bazı sağlık bilgilerini sistemden sildirebilecektir. Ancak şahıs kamunun sağlığını ilgilendiren bir hastalığa sahipse, istese bile bu özel bilgileri sistemden silinmesi mümkün olmayacaktır.

Bu yönetmelik taslağı kapsamında ilgili kişinin rıza veremeyecek durumda olması halinde yasal temsilcisinin, çocuklarda ise kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya yasal temsilcisinin rızası alınacaktır. Kişinin sağlık durumunun diğer kişileri veya toplum sağlığını tehdit etmesi halinde, bakanlık veya bağlı kuruluş yetkilisi izniyle tehlike altındaki kişilerle ve ilgili kurumun yetkilileri ile paylaşım yapılabilecektir. Kişisel sağlık verileri, veri sorumlusunun denetiminde ve bu konuda görevlendirilen kişilerce işlenecektir. Kişisel sağlık verilerini işlenmesinde görev alan herkes sır saklama yükümlülüğü altında olacaktır.

Vatandaş, sağlık verilerini isteme hakkına sahip olacak ve veri sorumlusu bu bilgileri vermekle yükümlü olacaktır. Yönetmelikle korunan verileri, kendisine veya başkasına yarar sağlamak veya başkasına zarar vermek amacıyla hukuka aykırı olarak işleyenler hakkında işlem yapılacaktır. Yönetmelik gereklerini yerine getirmeyen kamu görevlileri için bağlı oldukları disiplin amirliğine bildirim yapılacaktır (Memurlarnet 2014).

Beklenen ve basında yer alan yönetmelik henüz çıkmamış ama 27 Ekim 2014 tarihinde Sağlık Bakanlığı 81 ile yeni bir mahremiyet genelgesi göndermiştir. Bu genelgeye göre;

-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılmasının engellenmesini,

-Sağlık merkezlerindeki emzirme odalarına perde-paravan koyulmasını,

-Hastanın verdiği tıbbi öyküyü üçüncü kişilerin duymasının engellenmesini,

-Özel olan bilgileri tesadüfen duyan çalışanlar birinci derce sorumlu olacağını,

-Muayene sedyesinin çevresi ayaklı perde ile kapatılmasını,

-Poliklinik odasına aynı anda iki hasta alınmamasını,

-Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmesini,

-Kan alma gibi işlemlerinde perdeyi kapatmadan organlarını açtırılmamasını,

Salık vererek mahremiyet konusunda daha kapsamlı yaklaşılmıştır (Medimagazin 2014).

Sağlık kuruluşları hasta hakları yönetmeliği ve SKS doğrultusunda hasta mahremiyeti uygulamalarını geliştirirken veya olası bir mahremiyet yönetmeliği hazırlanırken, hastanın mahremiyet ve özel yaşama hakkının konusunun tespitinde öncelikle somut hasta tipi esas almalıdırlar. Sağlık çalışanları da hasta mahremiyeti konusunda kendi değer yargılarına değil hasta odaklı davrandıklarında sağlık kuruluşlarında mahremiyet ihlalleri tartışma konusu olmaktan çıkacaktır.

Sonuç itibariyle sağlık alanında kıyasıya rekabet ortamının olduğu günümüzde hasta mahremiyeti önemlidir. Bu nedenle Hasta Hakları Yönetmeliğe ve SKS projeksiyonunda Sağlık kuruluşlarında, sağlık çalışanlarının gözünden mahremiyet uygulamaları ve sağlık çalışanlarının mahremiyet algılarını belirlemeye yönelik envanter geliştirilerek bu çalışma yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde çalışmanın yöntemi hakkında ayrıntılı bilgiler sunulmaktadır. Bu bağlamda araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın modeli, evren ve örneklem seçimi, veri toplama tekniği ve veri toplamada kullanılan araçlar, kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları, araştırmanın etiği, çalışma takvimi, araştırmanın hipotezleri ve araştırmanın sınırlılıkları hakkında bilgiler verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma ile sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan literatür incelenmesinde ülkemizde hasta mahremiyetine yönelik çalışmaların genellikle hasta hakları bağlamında gerçekleştirildiği ve bu konuda sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen bu çalışmanın mevcut durumun tespit edilmesi açısından literatüre önemli ölçüde katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

2.2. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışmadır. Tanımlayıcı araştırmalar incelenen bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır (Karasar 2009).

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde faaliyet gösteren Üniversite, Devlet ve Özel hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre araştırmanın yapıldığı tarihte Konya ilinde 3.671'i devlet hastanelerinde, 2.787'si üniversite hastanelerinde ve 1.751'i özel hastanelerde olmak üzere toplam 8.209 sağlık çalışanının görev yaptığı tespit edilmiştir.

2.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde "evreni bilinen olayın ortalamasını incelemek için örnekleme alınacak birey sayısını saptamaya" yönelik

olarak kullanılan aşağıdaki formülden faydalanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2004):

Formül; $n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q}$ Şeklindedir.

$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q} = \frac{8209*1,96^2*0,50*0,50}{0,05^2*(8208)+1,96^2*0,50*0,50} = 366$

(N=Evren, n=Örneklem büyüklüğü, t=Tablo t değeri, p=İncelenen olayın olma olasılığı, q=incelenen olayın olmama olasılığı, d= sapma)

Buna göre örnek büyüklüğünün en az 366 kişi olması gerektiği saptanmıştır. Ancak araştırmadan elde edilen sonuçların gücünü arttırmak amacıyla araştırmaya katılmayı kabul eden 471 kişilik bir örneklem grubu araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

2.5. Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapılacağı hastanelerden alınacak örneklemin büyüklüğü tabakalı örneklem seçim yöntemiyle aşağıdaki formül kullanılarak bulunmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2004):

$\frac{Ni}{N} = a_i$ ve $a_i \times n_i = n_1$

N_i: Her bir hastane tipinde çalışan sağlık personeli sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

N: Örnekleme alınacak birey sayısı

Devlet hastanelerinden: $\frac{3671}{8209} \times 366 = 163$

Üniversite hastanelerinden: $\frac{2787}{8209} \times 366 = 124$

Özel hastanelerden: $\frac{1751}{8209} \times 366 = 78$

Yapılan hesaplamalar sonucunda devlet hastanelerinden 163, üniversite hastanelerinden 124 ve özel hastanelerden 78 sağlık çalışanının örneklem grubuna alınması planlanmıştır. Ancak yukarıda belirtildiği gibi araştırmanın gücünü artırmak

amacıyla örneklem grubunun daha yüksek tutulması istenmiş ve Devlet Hastanelerinden 181, Üniversite Hastanelerinden 140 ve Özel Hastanelerden 150 olmak üzere toplam 471 sağlık çalışanı araştırmanın örneklem grubuna dahil edilmiştir.

2.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar

Bu araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu ve Hasta Mahremiyeti Envanteri kullanılmıştır. Envanterlere ait aşağıda açıklanmaktadır.

2.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formunda; sağlık çalışanlarının cinsiyeti, medeni durumu çalıştığı kurum, çalıştığı bölüm, bölümde çalışma süresi, eğitim durumu, mesleği, yaşı ve son bir yıl içinde hasta mahremiyeti ili ilgili eğitim alıp almadığı soruları yer almaktadır.

2.6.2. Hasta Mahremiyeti Envanteri

Hasta mahremiyeti envanterinde hastanelerdeki hasta mahremiyeti uygulamaların mevcut durumunun saptanmasına yönelik 51 soru ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik 55 soru yer almaktadır. Kurumlardaki hasta mahremiyeti uygulamalarının tespitine yönelik sorular 1-Hayır ve 2-Evet şeklinde ifadelerle cevaplanmaktadır. Personel tutumlarının tespitine yönelik sorular ise 1'den 5'e doğru artan derecelendirme skalasına göre sıralanan; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum şeklinde ifadelerle cevaplandırılmaktadır.

Envanterde hasta mahremiyetinin önem taşıdığı birimler dokuz farklı kategoride değerlendirilmiştir. Bu birimler: 1-Polikilinik hizmetleri, 2-Doktor odaları, 3-Görüntüleme odaları, 4-Yataklı servisler, 5-Yoğun bakım üniteleri, 6-Diyaliz üniteleri, 7-Acil servisler, 8-Hasta bilgileri ve 9- Hastanelerin genel alanlarında mahremiyet şeklinde sıralanmıştır.

Envanterde yer alacak soruların belirlenmesinde ilgili litreratür, hasta mahremiyetine yönelik mevzuat, SKS, HHY ve uzman görüşlerinden faydalanılmıştır. Bu amaçla SKS ve HHY mahremiyete yönelik uygulamaların yasal

boyutu incelenmiş ve mevzuat kapsamında var olan düzenlemeler saptanmıştır. Daha sonra uzman görüşleri ve literatür dikkate alınarak idealde olması gereken düzenlemelerin ne olduğu belirlenmiştir.

Enavanterin şekillenmesinde faydalanılan SKS Sağlık Bakanlığınca ilk defa 2003 yılında uygulanmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi noktaya taşınması için uluslararası tecrübeleri de dikkate alarak ülkemize özgü uygulamalar geliştirilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları hastane rehberi sürüm 5.0 Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı tarafından en son; "Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (Versiyon-5) Seti hazırlanarak, 01.07.2015 tarih ve 2015.5411.106 sayılı makam onayı doğrultusunda, 1 Temmuz 2015 tarihi itibari ile ülkemizde sağlık hizmeti sunan kamu, üniversite ve özel tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur (Resmi Gazete 2015)

Envanterin hazırlanmasında faydalanılan bir diğer mevzuat ise Hasta Hakları Yönetmeliği olup, yönetmelik 01.08.1998 tarihinde 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin dördüncü bölümü hasta haklarının korunması ana başlığı altında, hasta mahremiyeti konularını düzenlemiştir.

Anketin güvenilirliği Cronbach Alpha güvenilirlik analizi ile test edilmiştir. 55 ifadenin yer aldığı Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik envanterde Cronbach's Alpha katsayısı 0,956 çıkmıştır. Çizelge 2.1'de personel tutumları envanterinin birimleri itibariyle katsayıları verilmiştir.

Çizelge 2.1. Personelin hasta mahremiyetine yönelik tutumlarına ilişkin sorulara ait cronbach alpha katsayısı değerleri.

Personel Tutumları Envanteri Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Cronbach Alpha
Poliklinik uygulamaları	5	0,796
Doktor odaları	4	0,842
Görüntüleme odaları	3	0,809
Yataklı servisler	10	0,961
Yoğun bakım üniteleri	2	0,897
Diyaliz üniteleri	1	*
Acil servisler	3	0,941
Hasta Bilgileri	11	0,917
Genel alanlar	12	0,910
Toplam	55	0,956

*Cronbach α katsayısı tek soruluk ölçeklerin güvenilirliğini hesaplamak için kullanılmaz (İslamoğlu 2013)

2.7. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesinde araştırma kapsamında tutulan 20 sağlık çalışanına araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda bilgi toplama formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri istatistik programında değerlendirilmiştir. Veriler üzerinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. Sağlık çalışanların hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik ve mesleki değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla her bir bölümle ilgili sorulara verilerin cevapların ortalaması alınmış ve test işlemleri bu değerler üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Kurumlar açısından hasta mahremiyeti uygulamalarının farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla *Ki-Kare Testi* uygulanmıştır. Ortalamaların karşılaştırılmasında ikili karşılaştırmalarda *Bağımsız Gruplar Arası t Testi,* çoklu karşılaştırmalarda ise *Tek Yönlü Varyans Analizi* kullanılmıştır. *Tek Yönlü Varyans Analizinde* farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için *varyansların homojenlik varsayımı* yerine geldiği durumlarda S*cheffe*

Testi, homojenlik varsayımının *yerine gelmediği* durumlarda ise *Games Howell* Testi uygulanmıştır.

2.9. Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden Girişimsel olmayan klinik araştırmaları Etik kurul onayı alınmıştır (Ek-D). Araştırmanın ilgili kurumlarda yapılabilmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliği ile Selçuk ve Necmettin Erbakan Üniversitelerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personeline araştırma ile ilgili açıklama yapılarak onayları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm personele araştırmanın amacı, süresi, süreci açıklanarak "aydınlatılmış onam" ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilecekleri belirtilerek "özerklik" ilkesi, kişisel bilgilerinin mutlaka korunacağı vurgulanarak "gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

2.10. Araştırmanın Çalışma Takvimi

Araştırma süreci aşağıda belirtilen takvim kapsamında gerçekleşmiştir:

- Literatür taraması, konu seçimi ve konunun sınırlarının belirlenmesi: 7 ay (Eylül 2014/Mart 2015)
- Tez önerisinin hazırlanması, teslim edilmesi ve kabulü: 2 ay (Nisan-Mayıs 2015)
- Verilerin toplanması: 3 ay (Haziran-Ağustos 2015)
- Verilerin değerlendirilmesi: 2 ay (Eylül-Ekim 2015)
- Araştırma raporunun hazırlanması: 2 ay (Kasım-Aralık 2015)

2.11. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri iki temel başlık altında toplanmıştır. Bunlar; a)Hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine ilişkin hipotezler, b) Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik özellikler açısından farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine ilişkin hipotezler. Çalışmanın alt hipotezleri şu şekildedir:

2.11.1. Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Farklılık Gösterip Göstermediğinin Belirlenmesine İlişkin Hipotezler

Hipotez 1: Ho=Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 2: Ho= Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmaması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 3: Ho= Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 4: Ho= Polikliniklerde hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duymasının engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 5: Ho= Polikliniklerde kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir x

Hipotez 6: Ho= Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 7: Ho= Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmaması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 8: Ho= Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duymasının engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 9: Ho= Doktor odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 10: Ho= Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 11: Ho=Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 12: Ho= Görüntüleme odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 13: Ho= Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 14: Ho= Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 15: Ho= Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 16: Ho= Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 17: Ho= Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 18: Ho= Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 19: Ho= Yataklı servislerde hemşirelerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 20: Ho= Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 21: Ho= Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 22: Ho= Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 23: Ho= Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 24: Ho= Yoğun bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 25: Ho= Diyaliz ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 26: Ho= Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 27: Ho= Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 28: Ho= Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastaların mahremiyetine dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 29: Ho= Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 30: Ho= Hastalar için bilgi güvenliği politikaları tanımlanması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 31: Ho= Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 32: Ho= Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 33: Ho= Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 34: Ho= Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreçler bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 35: Ho= Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreçler (kim tarafından, ne zaman yapıldığı, nerede saklandığı vb.) tanımlanması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 36: Ho= İşlem yapacak personelin kendini tanıtması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 37: Ho= Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 38: Ho= Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 39: Ho= Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 40: Ho= Genel kullanım alanlarında görevli personeller işini yaparken hastaya kendini tanıtması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 41: Ho= Emzirme odalarına perde ve paravan bulunması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 42: Ho= Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmaması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 43: Ho= Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 44: Ho= Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 45: Ho= Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikâyet etmeleri bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 46: Ho= Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam etmesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 47: Ho= Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilmeleri bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 48: Ho= Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 49: Ho= Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulması bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 50: Ho= Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermeleri bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 51: Ho= Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermemesi bakımından kurumlar açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

2.11.2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Farklılık Gösterip Göstermediğinin Belirlenmesine İlişkin Hipotezler

Hipotez 52: Ho=Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 53: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 54: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 55: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 56: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 57: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süreleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 58: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 59: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 60: Ho= Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 61: Ho=Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 62: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 63: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 64: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 65: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 66: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süreleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 67: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 68: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 69: Ho= Sağlık çalışanlarının doktor odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 70: Ho=Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 71: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 72: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 73: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 74: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 75: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 76: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 77: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 78: Ho= Sağlık çalışanlarının görüntüleme odasında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 79: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 80: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 81: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 82: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 83: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 84 : Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 85 : Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 86 : Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 87: Ho=Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 88: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 89: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 90: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 91: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 92: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 93: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 94: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 95: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 96: Ho=Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 97: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 98: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 99: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 100: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 101: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 102: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 103: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 104: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 105: Ho=Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 106: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 107:Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 108: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 109: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 110: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 111: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 112: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 113: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 114: Ho=Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 115: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 116: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 117: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 118: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 119: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 120: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 121: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 122: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 123: Ho=Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri bakımından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 124: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 125: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde medeni durum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 126: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim alma durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 127: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan kurum açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 128: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışılan bölüm açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 129: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde çalışma süresi açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 130: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde eğitim durumları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 131: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde meslekleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 132: Ho=Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik düşüncelerinde yaşları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

2.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları sadece araştırmanın yapıldığı evren için geçerli olup, ülke kapsamına genellenemez. Konya İlinde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dışında kalan sağlık çalışanlarının araştırmaya dahil edilememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Literatürde bu konuda araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle bulguları yorumlama sürecinde kullanılabilecek kaynakların sayısının azlığı da bir diğer sınırlılıktır.

3. BULGULAR

Sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında ortaya konmuştur. Birinci aşamada; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, sağlık kuruluşlarındaki hasta mahremiyeti uygulamaları ile sağlık çalışanlarının tutumlarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler; ikinci aşamada kurumlardaki hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından karşılaştırılması, üçüncü aşamada ise sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

3.1. Araştırma Kapsamında Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Kuruluşlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamaları ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmada kullanılan envanterin birinci bölümünde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ait sekiz ifade bulunmaktadır. Bu ifadelere ait bulgular şu şekildedir.

Çizelge 3.1. Örneklem grubundaki sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum tiplerine göre dağılımı**.**

Sağlık çalışanlarının kurumlarına göre dağılımı	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Üniversite Hastaneleri	140	29,72
Devlet Hastaneleri	181	38,43
Özel Hastaneler	150	31,85
TOPLAM	**471**	**100,00**

Çizelge 3.1'de görüldüğü gibi üniversite hastanelerinden 140 (%29,7), devlet hastanelerinden 181 (%38,4) ve özel hastanelerden 150 (%31,8) olmak üzere toplam 471 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Çalışma Konya il merkezinde bulunan S.Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Beyhekim Devlet Hastanesi, Numune Hastanesi, Dr. Faruk Sükan Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Özel Kızılay Hastanesi, Özel Anıt Hastanesi, Özel Akademi Hastanesi, Özel Medicana Hastanesi, Özel Mevlana Hastanesi, Özel Medline Hastanesi, Özel Belediye Hastanesi, Özel Selçuklu Hastanesi ve Özel Başkent hastanelerinde gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 3.2. Araştırma kapsamında incelenen sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri.

Yaş	**Sayı**	**Yüzde(%)**
19-29	244	51,8
30-39	158	33,5
40+	69	14,6
Toplam	**471**	**100**
Cinsiyet	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Kadın	289	61,4
Erkek	182	38,6
Toplam	**471**	**100**
Medeni Durum	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Evli	267	56,7
Bekar	204	43,3
Toplam	**471**	**100**
Eğitim Durumu	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Lise	146	31,0
Önlisans	99	21,0
Lisans	158	33,5
Lisans Üstü	68	14,4
Toplam	**471**	**100**

Çizelge 3.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının 244'ü (%51,8) 19-29, 158'i (%33,5) 30-39 ve 69'u(%14,6) ise 40 yaş ve üzeri arasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet dağılımına bakıldığında 289'u (%61,4) kadın ve 182'si (%38,6) erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından 267'si (%56,7) evli, 204'ü (%43,3) bekârlardan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının 146'sı (%31,0) lise, 99'u (%21,0) ön lisans, 158'i (%33,5) lisans ve 68'i (%14,4) lisansüstü eğitim almıştır.

Çizelge 3.3. Araştırma Kapsamında İncelenen Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.

Çalışılan Birim	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Cerrahi	152	32,3
Dahili	138	29,3
Laboratuvar/ Röntgen	99	21,0
Acil Servis	82	17,4
Toplam	**471**	**100**
Bölümde Çalışma Süreniz (Yıl)	**Sayı**	**Yüzde (%)**
0-4	300	63,7
5-9	133	28,2
10+	38	8,1
Toplam	**471**	**100**
Mesleğiniz	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Hemşire	249	52,9
Teknisyen/ Laborant	131	27,8
Hekim	91	19,3
Toplam	**471**	**100**

Çizelge 3.3'te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının 152'si (%32,3) cerrahi birimlerde, 138'i (%29,3) dahili birimlerde, 99'u (%21,0) laboratuvar ve röntgende, 82'si (17,4) acil serviste çalışmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bölümde çalışma süreleri incelendiğinde; 300'ü (%63,7) 0-4 yıl, 133'ü (%28,2) 5-9 yıl, 38'i (%8,1) 10 yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarından 249'u (%52,9) hemşire, 131'i (%27,8) teknisyen/laborant ve 91'i (%19,3) hekimlerden oluşmaktadır.

Çizelge 3.4. Mahremiyetle ilgili kurum uygulamalarının tespitine yönelik sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Sorular	Cevaplar			
	1-Evet		2-Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
1-Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımdadır.	414	87,9	57	12,1
2-Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamaktadır.	393	83,4	78	16,6
3-Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.	319	67,7	152	32,3
4-Polikliniklerde hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.	340	72,2	131	27,8
5-Polikliniklerde kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.	390	82,8	81	17,2
6-Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmıştır.	415	88,1	56	11,9
7-Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamaktadır.	321	68,2	150	31,8
8-Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.	330	70,1	141	29,9
9-Doktor odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.	389	82,6	82	17,4
10-Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmaktadır.	419	89,0	52	91,1
11-Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır.	429	91,0	42	8,9
12-Görüntüleme odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmektedir.	408	89,0	63	91,1
13-Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmektedir.	373	79,2	98	20,8
14-Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.	405	86,0	66	14,0
15-Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmektedir.	400	84,9	71	15,1
16-Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmektedir.	399	84,7	72	15,3
17-Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir.	398	84,5	73	15,5

Çizelge 3.4 (Devam). Mahremiyetle ilgili kurum uygulamalarının tespitine yönelik sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Sorular	Cevaplar			
	1-Evet		2-Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
18-Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir	400	84,9	71	15,1
19-Yataklı servislerde hemşirelerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmektedir	400	84,9	71	15,1
20-Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmektedir	370	78,6	101	21,4
21-Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmektedir	395	83,9	76	16,1
22-Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmektedir	417	88,5	54	11,5
23-Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.	425	90,2	46	9,8
24-Yoğun Bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmektedir.	390	82,8	81	17,2
25-Diyaliz Ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmaktadır.	394	83,7	77	16,3
26-Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir.	422	89,6	49	10,4
27-Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmektedir.	392	83,2	79	16,8
28-Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	395	83,9	76	16,1
29-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir.	436	92,6	35	7,4
30-Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmıştır.	411	87,3	60	12,7
31-Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmıştır.	399	84,7	72	15,3
32-Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmıştır.	406	86,2	65	13,8
33-Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmektedir.	416	88,3	55	11,7
34-Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreçler bulunmaktadır.	397	84,3	74	15,7

Çizelge 3.4 (Devam). Mahremiyetle ilgili kurum uygulamalarının tespitine yönelik sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Sorular	Cevaplar			
	1-Evet		2-Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
35-Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreçler (kim tarafından, ne zaman yapıldığı, nerede saklandığı vb.) tanımlanmıştır.	410	87,0	61	13,0
36-İşlem yapacak personeller kendini tanıtmaktadır.	380	80,7	91	19,3
37-Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmaktadır.	374	79,4	97	20,6
38-Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmaktadır.	371	78,8	100	21,2
39-Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir.	308	65,4	163	34,6
40-Genel kullanım alanlarında görevli personeller işini yaparken hastaya kendini tanıtmaktadır.	390	82,8	81	17,2
41-Emzirme odalarına perde ve paravan bulunmaktadır.	371	78,8	100	21,2
42-Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır.	345	73,2	126	26,8
43-Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.	403	85,6	68	14,4
44-Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmektedir.	371	78,8	100	21,2
45-Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikâyet ederler.	403	85,6	68	14,4
46-Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam eder.	412	87,5	59	12,5
47-Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler.	421	89,4	50	10,6
48-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmez.	406	86,2	65	13,8
49-Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur.	345	73,2	126	26,8
50-Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar verir.	361	76,6	110	23,4
51-Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.	418	88,7	53	11,3

Çizelge 3.4.'de görüldüğü gibi mahremiyetle ilgili kurum uygulamalarına yönelik yöneltilen sorulardan en yüksek puan ve en düşük puanı alan 5 soru şu şekilde sıralanmıştır. En yüksek puan alan sorular; "*Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir (Evet:% 92,6/ Hayır:%7,4)", "Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır (Evet:% 91,1/ Hayır:% 8,9)", "Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır (Evet:% 90,2/ Hayır:% 9,8)", "Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir (Evet:% 89,6/ Hayır:%10,4)", "Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler (Evet:% 89,4/ Hayır:%10,6)"* şeklinde sıralanmıştır. En düşük puan alan 5 soru ise; "*Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur (Evet:%73,2/ Hayır:% 26,8)", "Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır (Evet:% 73,2/ Hayır:% 26,8)", "Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir (Evet:%70,1/ Hayır:%29,9)", "Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır (Evet:% 67,7/ Hayır:% 32,3)", "Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir (Evet:% 65,4/ Hayır:%34,6)* şeklinde sıralanmıştır.

Çizelge 3.5. Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katılıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Poliklinikler	1-Kurumunuzda poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.	262	181	13	13	2	4,46	0,722
	2-Kurumunuzda poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.	269	183	17	2	0	4,53	0,590
	3-Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.	186	194	49	34	8	4,10	0,966
	4-Poliklinik odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	259	195	12	4	1	4,50	0,615
	5-Poliklinik odasında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	294	158	13	6	0	4,57	0,614
Doktor odaları	1-Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmış olmalıdır.	267	189	12	1	2	4,52	0,604
	2-Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamalıdır.	240	176	23	29	3	4,32	0,873
	3-Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	256	182	26	6	1	4,46	0,679
	4-Doktor odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	294	151	17	7	2	4,55	0,679
Görüntüleme odası	1-Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmalıdır.	276	180	13	1	1	4,55	0,585
	2-Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	281	178	10	1	1	4,56	0,572
	3-Görüntüleme odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	313	141	14	2	1	4,62	0,589

Çizelge 3.5 (Devam). Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katlıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Yataklı Servisler	1-Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	300	145	23	3	0	4,58	0,617
	2-Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.	309	152	7	2	1	4,63	0,562
	3-Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir.	316	142	10	3	0	4,64	0,559
	4-Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hasta mahremiyetine özen gösterilmedir.	305	151	13	1	1	4,61	0,576
	5-Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.	302	151	16	2	0	4,60	0,578
	6-Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.	305	150	14	1	1	4,61	0,580
	7-Yataklı servislerde hemşire nöbet değişimlerinde hasta başında yapılan devir teslimde mahremiyete dikkat edilmelidir.	300	148	21	2	0	4,58	0,599
	8-Yatalı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin görmesi engellenmelidir.	282	169	16	4	0	4,55	0,606
	9-Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmelidir.	306	150	14	1	0	4,62	0,556
	10-Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımda mahremiyete dikkat edilmelidir.	303	159	7	2	0	4,62	0,540

Çizelge 3.5 (Devam). Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katılıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Yoğunbakım	1-Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.	294	164	11	2	294	4,59	0,561
	2-Yoğun bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmelidir.	293	159	14	5	293	4,57	0,607
Diyaliz	1-Diyaliz ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmalıdır.	301	158	7	2	3	4,60	0,611
Acil Servis	1-Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmalı ve mahremiyete dikkat edilmelidir.	280	172	17	1	1	4,55	0,599
	2-Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmelidir.	291	167	11	1	1	4,584	0,573
	3-Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.	316	143	10	1	1	4,64	0,559

Çizelge 3.5 (Devam). Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katılıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Hasta Bilgileri	1-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsinin kaydedilmesi gerekir.	298	158	7	8	0	4,58	0,613
	2-Hastalar için bilgi güvenliği politikaları tanımlanmalıdır.	288	174	8	1	0	4,59	0,538
	3-Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmalıdır.	291	162	16	2	0	4,585	05820
	4-Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır.	304	149	15	3	0	4,60	0,585
	5-Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmelidir.	300	151	17	3	0	4,59	0,594
	6-Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreç izlenebilmelidir.	291	156	21	3	0	4,56	0,612
	7-Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreç (kim tarafından, ne zaman yapılacağı, nerede saklanacağı vb.) tanımlanmış olmalıdır.	289	163	17	2	0	4,57	0,612
	8-Hasta bilgileri alınırken işlem yapacak personel kendini tanıtmalıdır.	279	168	21	2	1	4,53	0,624
	9-Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmalıdır.	277	160	33	1	0	4,51	0,635
	10-Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmalıdır.	261	174	22	14	0	4,45	0,721
	11-Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir.	221	143	28	55	24	4,02	1,207

Çizelge 3.5 (Devam). Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katılıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Genel Kullanım Alanları	1-Genel kullanım alanlarında görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmalıdır.	302	157	7	1	4	4,60	0,621
	2-Emzirme odalarına perde ve paravan koyulmalıdır.	332	128	10	1	0	4,68	0,536
	3-Kan alma gibi işlemlerde perden ya da paravan kapatmadan organ açılmamalıdır.	321	132	14	1	3	4,63	0,619
	4-Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir.	281	170	18	1	1	4,55	0,603
	5-Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyet korunması yönünde gereken özenli yaklaşım gösterilmelidir.	281	174	12	2	2	4,55	0,613
	6-Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikayet edebilmelidir	285	165	19	1	1	4,55	0,606
	7-Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam etmelidir.	311	143	14	2	1	4,62	0,590
	8-Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler.	323	133	12	2	1	4,65	0,576
	9-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemelidir.	300	151	16	3	1	4,58	0,613
	10-Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulmalıdır.	272	140	35	19	5	4,39	0,870
	11-Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermelidir.	278	136	15	30	12	4,35	0,991
	12-Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermemelidir.	328	120	11	2	10	4,60	0,754

Çizelge 3.5 (Devam). Mahremiyetle ilgili personel tutumlarının tespitine yönelik tanımlayıcı istatistikler.

Birimler	Sorular	Cevaplar					İstatistikler	
		5-Kesinlikle katlıyorum	4-Katılıyorum	3-Kararsızım	2-Katılmıyorum	1-Kesinlikle katılmıyorum	$\bar{x}$	s
Eğilim Soruları	1-Mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime gerek vardır.	238	181	28	14	10	4,32	0,879
	2-Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değerdir.	218	191	22	15	25	4,19	1,039
	3-Hastaların mahremiyet hakkı hastalığın tedavisi kadar önemli değildir.	62	88	35	93	193	3,57	1,494
	4-Hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz.	118	98	68	99	88	2,875	1,468

Çizelge 3.5.'de görüldüğü gibi personelin hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarının tespitine yönelik olarak yöneltilen sorulardan en yüksek ve en düşük puanı alan 5 soru şu şekilde sıralanmıştır. En yüksek puanlar; *"Emzirme odalarına perde ve paravan koyulmalıdır ($\bar{x}$:4,68)", "Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler ($\bar{x}$:4,65)", "Bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir ($\bar{x}$:4,64)", "Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir ($\bar{x}$:4,64)", "Kan alma gibi işlemlerde perden ya da paravan kapatmadan organ açılmamalıdır ($\bar{x}$:4,63)*", şeklinde sıralanmıştır. En düşük puanlar ise; "*Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değerdir ($\bar{x}$:4,19)", "Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır ($\bar{x}$:4,10)", "Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir ($\bar{x}$:4,02)", "Hastaların mahremiyet hakkı hastalığın tedavisi kadar önemli değildir ($\bar{x}$:3,57)", "Hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz ($\bar{x}$:2,87)* şeklinde sıralanmıştır.

3.2. Sağlık Kurumlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Karşılaştırılması

Bu aşamada poliklinikler, doktor muayene odaları, görüntüleme odaları, yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, diyaliz üniteleri, acil servis, hasta bilgilerinin muhafazası ve genel kullanım alanlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarının, kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *Ki-kare Testi* kullanılmıştır. Bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 3.6. Polikliniklerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Poliklinik Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Kurumumuzda Poliklinik odalarında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanmaktadır.	Devlet	Sayı	15	166	181	117,67	0,003
		%	8,3%	91,7%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	28	112	140		
		%	20,0%	80,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	14	136	150		
		%	12,1%	87,9%	100,0%		
	Toplam	Sayı	57	414	471		
		%	12,1%	87,9%	100,0%		
2-Kurumumuz Poliklinik odalarında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamaktadır.	Devlet	Sayı	27	154	181	9,366	0,009
		%	14,9%	85,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	34	106	140		
		%	24,3%	75,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	17	133	150		
		%	11,3%	88,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	78	393	471		
		%	16,6%	83,4%	100,0%		
3-Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.	Devlet	Sayı	42	139	181	36,592	0,000
		%	23,2%	76,8%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	33	107	140		
		%	23,6%	76,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	77	73	150		
		%	51,3%	48,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	152	319	471		
		%	32,3%	67,7%	100,0%		
4-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	51	130	181	0,046	0,977
		%	28,2%	71,8%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	38	102	140		
		%	27,1%	72,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	42	108	150		
		%	28,0%	72,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	131	340	471		
		%	27,8%	72,2%	100,0%		

Çizelge 3.6 (Devam). Polikliniklerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Poliklinik Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Evet	Hayır			
5-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	18	163	181	21,727	0,000
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	41	99	140		
		%	29,3%	70,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	22	128	150		
		%	14,7%	85,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	81	390	471		
		%	17,2%	82,8%	100,0%		

Çizelge 3.6'da görüldüğü gibi polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Ki-Kare testi uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından *"4-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir."* uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak *diğer tüm uygulamaların* istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde poliklinik uygulamalarında 1, 3 ve 5 numaralı uygulamalara devlet hastanelerinde 2 numaralı uygulamada ise özel hastanelerde daha fazla önem verildiği görülmüştür.

Çizelge 3.7. Doktor muayene odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Doktor Muayene Odaları Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmıştır.	Devlet	Sayı	13	168	181	117,67	0,003
		%	7,2%	92,8%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	26	114	140		
		%	18,6%	81,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	17	133	150		
		%	11,3%	88,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	56	415	471		
		%	11,9%	88,1%	100,0%		
2-Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamaktadır.	Devlet	Sayı	47	134	181	9,366	0,009
		%	26,0%	74,0%	100,0		
	Üniversite	Sayı	50	90	140		
		%	35,7%	64,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	53	97	150		
		%	35,3%	64,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	150	321	471		
		%	31,8%	68,2%	100,0%		
3-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	18	163	181	0,046	0,977
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	43	97	140		
		%	30,7%	69,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	21	129	150		
		%	14,0%	86,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	82	389	471		
		%	17,4%	82,6%	100,0%		
4-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	37	144	181	36,592	0,000
		%	20,4%	79,6%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	44	96	140		
		%	31,4%	68,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	60	90	150		
		%	40,0%	60,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	141	330	471		
		%	29,9%	70,1%	100,0%		

Çizelge 3.7'de görüldüğü gibi doktor muayene odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Ki-kare testi uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından "*3-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.*" uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği (p>0,05) ancak *diğer tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05)*. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde doktor muayene odalarında hasta mahremiyetine en fazla özenin devlet hastanelerinde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.8. Görüntüleme odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Görüntüleme Odaları Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1- Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	18	163	181	8,451	0,015
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	24	116	140		
		%	17,1%	82,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	10	140	150		
		%	6.7%	93.3%	100.0%		
	Toplam	Sayı	52	419	471		
		%	11,0%	89,0%	100,0%		
2-Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır.	Devlet	Sayı	13	168	181	25,573	0,000
		%	7,2%	92,8%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	26	114	140		
		%	18,6%	81,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	3	147	150		
		%	2,0%	98,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	42	429	471		
		%	8,9%	91,1%	100,0%		
3- Görüntüleme odalarına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	20	161	181	19,233	0,000
		%	11,0%	89,0%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	33	107	140		
		%	23,6%	76,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	10	140	150		
		%	6,7%	93,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	63	408	471		
		%	13,4%	86,6%	100,0%		

Çizelge 3.8'de görüldüğü gibi görüntüleme odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Ki-Kare testi uygulanmıştır. *Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır* ($p<0,05$). Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde görüntüleme odalarında hasta mahremiyetine en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.9. Yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Yataklı Servis Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Yataklı servise hasta kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmektedir.	Devlet	Sayı	33	148	181	12,500	0,002
		%	18,2%	81,8%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	43	97	140		
		%	30,7%	69,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	22	128	150		
		%	14,7%	85,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	98	373	471		
		%	20,8%	79,2%	100,0%		
2-Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	21	160	181	18,689	0,000
		%	11,6%	88,4%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	34	106	140		
		%	24,3%	75,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	66	405	471		
		%	14,0%	86,0%	100,0%		
3-Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmektedir.	Devlet	Sayı	18	163	181	35,104	0,000
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	42	98	140		
		%	30,0%	70,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	71	400	471		
		%	15,1%	84,9%	100,0%		
4-Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmektedir.	Devlet	Sayı	19	162	181	33,937	0,000
		%	10,5%	89,5%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	42	98	140		
		%	30,0%	70,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	72	399	471		
		%	15,3%	84,7%	100,0%		

Çizelge 3.9 (Devam).yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Yataklı Servis Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
5-Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	19	162	181	35,841	0,000
		%	10.5%	89.5%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	43	97	140		
		%	30.7%	69.3%	100.0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7.3%	92.7%	100.0%		
	Toplam	Sayı	73	398	471		
		%	15,5%	84,5%	100,0%		
6-Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	19	162	181	32,069	0,000
		%	10,5%	89,5%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	41	99	140		
		%	29,3%	70,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	71	400	471		
		%	15,1%	84,9%	100,0%		
7-Yataklı servislerde hemşirelerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	25	156	181	18,020	0,000
		%	13,8%	86,2%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	35	105	140		
		%	25,0%	75,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	71	400	471		
		%	15,1%	84,9%	100,0%		
8-Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmektedir.	Devlet	Sayı	27	154	181	9,715	0,008
		%	14,9%	85,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	41	99	140		
		%	29,3%	70,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	33	117	150		
		%	22,0%	78,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	101	370	471		
		%	21,4%	78,6%	100,0%		

Çizelge 3.9 (Devam). Yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Yataklı Servis Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
9-Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	15	166	181	14,046	0,001
		%	8.3%	91.7%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	32	108	140		
		%	22.9%	77.1%	100.0%		
	Özel	Sayı	29	121	150		
		%	19.3%	80.7%	100.0%		
	Toplam	Sayı	76	395	471		
		%	16.1%	83.9%	100.0%		
10-Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	11	170	181	12,144	0,002
		%	6,1%	93,9%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	26	114	140		
		%	18,6%	81,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	17	133	150		
		%	11,3%	88,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	54	417	471		
		%	11,5%	88,5%	100,0%		

Çizelge 3.9' da görüldüğü gibi yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Ki-kare testi uygulanmıştır. *Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).* Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde yataklı servislerde hasta mahremiyetine 8, 9 ve 10 numaralı uygulamalarda devlet hastanelerinin, diğer tüm uygulamalarda ise özel hastanelerin daha fazla özen gösterdiği saptanmıştır.

Çizelge 3.10. Yoğunbakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Yoğun Bakım Üniteleri Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	9	172	181	9,210	0,010
		%	5.0%	95.0%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	21	119	140		
		%	15.0%	85.0%	100.0%		
	Özel	Sayı	16	134	150		
		%	10.7%	89.3%	100.0%		
	Toplam	Sayı	46	425	471		
		%	9.8%	90.2%	100.0%		
2-Yoğun bakım ünitesinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmektedir.	Devlet	Sayı	31	150	181	21,422	0,000
		%	17,1%	82,9%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	39	101	140		
		%	27,9%	72,1%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	81	390	471		
		%	17,2%	82,8%	100,0%		

Çizelge 3.10'da görüldüğü gibi yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla yapılan *Ki-Kare Testi* sonucunda tüm uygulamaların kurumlar açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Toplamda iki sorunun yer aldığı bu bölümde "1- *Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır"* uygulamasının devlet hastanelerinde*, "2- Yoğun bakım ünitesinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmektedir*" uygulamasının ise özel hastanelerde daha yüksek oranda gerçekleştirildiği görülmüştür.

Çizelge 3.11. Diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Diyaliz Üniteleri Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Diyaliz ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	16	165	181	13,319	0,001
		%	8,8%	91,2%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	26	114	140		
		%	18,6%	81,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	35	115	150		
		%	23,3%	76,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	77	394	471		
		%	16,3%	83,7%	100,0%		

Çizelge 3.11'de görüldüğü gibi diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti ile alakalı sadece bir uygulama olup, bu uygulamanın *kurumlar* açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,01$). Bu uygulamaya en çok devlet hastanelerinde (%91,2) daha sonra üniversite hastanelerinde (%81,4) ve en az ise özel hastanelerde (%76,7) dikkat edildiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.12. Acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Acil Servis Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	12	169	181	10,073	0,006
		%	6.6%	93.4%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	24	116	140		
		%	17.1%	82.9%	100.0%		
	Özel	Sayı	13	137	150		
		%	8.7%	91.3%	100.0%		
	Toplam	Sayı	49	422	471		
		%	10.4%	89.6%	100.0%		
2-Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	26	155	181	21,774	0,000
		%	14,4%	85,6%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	40	100	140		
		%	28,6%	71,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	13	137	150		
		%	8,7%	91,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	79	392	471		
		%	16,8%	83,2%	100,0%		
3-Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	23	158	181	23,755	0,000
		%	12,7%	87,3%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	40	100	140		
		%	28,6%	71,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	13	137	150		
		%	8,7%	91,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	76	395	471		
		%	16,1%	83,9%	100,0%		

Çizelge 3.12' de görüldüğü gibi acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip Ki-kare testiyle araştırılmıştır. Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde acil servislerde "*1-Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir*" uygulamasına devlet hastanelerinde, "*2-Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmektedir","3-Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir"* uygulamalarına ise özel hastanelerde daha fazla önem verdiği görülmüştür.

Çizelge 3.13. Hasta bilgilerinin mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Hasta Bilgilerinin Mahremiyeti	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir.	Devlet	Sayı	14	167	181	0,299	0,861
		%	7.7%	92.3%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	9	131	140		
		%	6.4%	93.6%	100.0%		
	Özel	Sayı	12	138	150		
		%	8,0%	92,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	35	436	471		
		%	7,4%	92,6%	100,0%		
2-Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmıştır.	Devlet	Sayı	16	165	181	15,851	0,000
		%	8,8%	91,2%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	31	109	140		
		%	22,1%	77,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	13	137	150		
		%	8,7%	91,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	60	411	471		
		%	12,7%	87,3%	100,0%		
3-Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmıştır.	Devlet	Sayı	20	161	181	21,811	0,000
		%	11,0%	89,0%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	38	102	140		
		%	27,1%	72,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	14	136	150		
		%	9,3%	90,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	72	399	471		
		%	15,3%	84,7%	100,0%		
4-Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmıştır.	Devlet	Sayı	16	165	181	26,754	0,000
		%	8,8%	91,2%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	37	103	140		
		%	26,4%	73,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	12	138	150		
		%	8,0%	92,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	65	406	471		
		%	13,8%	86,2%	100,0%		

Çizelge 3.13 (Devam). Hasta bilgilerinin mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Hasta Bilgilerinin Mahremiyeti	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
5-Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmektedir.	Devlet	Sayı	9	172	181	34,727	0,000
		%	5.0%	95.0%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	35	105	140		
		%	25.0%	75.0%	100.0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	55	416	471		
		%	11,7%	88,3%	100,0%		
6-Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreçler bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	26	155	181	20,341	0,000
		%	14,4%	85,6%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	37	103	140		
		%	26,4%	73,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	74	397	471		
		%	15,7%	84,3%	100,0%		
7-Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreçler (kim tarafından, ne zaman yapıldığı, nerede saklandığı vb.) tanımlanmıştır.	Devlet	Sayı	18	163	181	17,836	0,000
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	32	108	140		
		%	22,9%	77,1%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	61	410	471		
		%	13,0%	87,0%	100,0%		
8-İşlem yapacak personeller kendini tanıtmaktadır.	Devlet	Sayı	25	156	181	38,170	0,000
		%	13,8%	86,2%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	51	89	140		
		%	36,4%	63,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	15	135	150		
		%	10,0%	90,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	91	380	471		
		%	19,3%	80,7%	100,0%		

Çizelge 3.13 (Devam). Hasta bilgilerinin mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Hasta Bilgilerinin Mahremiyeti	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
9-Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmaktadır.	Devlet	Sayı	26	155	181	14,962	0,001
		%	14.4%	85.6%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	44	96	140		
		%	31.4%	68.6%	100.0%		
	Özel	Sayı	27	123	150		
		%	18.0%	82.0%	100.0%		
	Toplam	Sayı	97	374	471		
		%	20,6%	79,4%	100,0%		
10-Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmaktadır.	Devlet	Sayı	27	154	181	11,979	0,003
		%	14,9%	85,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	43	97	140		
		%	30,7%	69,3%	100,0%		
	Özel	Sayı	30	120	150		
		%	20,0%	80,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	100	371	471		
		%	21,2%	78,8%	100,0%		
11-Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir.	Devlet	Sayı	29	152	181	68,525	0,000
		%	16,0%	84,0%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	45	95	140		
		%	32,1%	67,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	89	61	150		
		%	59,3%	40,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	163	308	471		
		%	34,6%	65,4%	100,0%		

Çizelge 3.13'de görüldüğü gibi hasta bilgilerinin mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla *Ki-kare Testi* uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda "*1-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir"* uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak *diğer tüm uygulamaların* kurumlar açısından anlamlı olduğu saptanmıştır *($p<0,05$)*. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde 1, 5, 9 ve 10 numaralı uygulamaların devlet hastanelerinde, diğer uygulamaların ise özel hastanelerde daha iyi durumda olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.14. Genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Genel Kullanım Alanları Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
1-Görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmaktadır.	Devlet	Sayı	26	155	181	5,689	0,058
		%	14.4%	85.6%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	33	107	140		
		%	23.6%	76.4%	100.0%		
	Özel	Sayı	22	128	150		
		%	14,7%	85,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	81	390	471		
		%	17,2%	82,8%	100,0%		
2-Emzirme odalarına perde ve paravan bulunmaktadır.	Devlet	Sayı	15	166	181	36,192	0,000
		%	8,3%	91,7%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	32	108	140		
		%	22,9%	77,1%	100,0%		
	Özel	Sayı	53	97	150		
		%	35,3%	64,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	100	371	471		
		%	21,2%	78,8%	100,0%		
3-Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır.	Devlet	Sayı	23	158	181	34,955	0,000
		%	12,7%	87,3%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	41	99	140		
		%	29,3%	70,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	62	88	150		
		%	41,3%	58,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	126	345	471		
		%	26,8%	73,2%	100,0%		
4-Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.	Devlet	Sayı	21	160	181	36,192	0,000
		%	11,6%	88,4%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	35	105	140		
		%	25,0%	75,0%	100,0%		
	Özel	Sayı	12	138	150		
		%	8,0%	92,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	68	403	471		
		%	14,4%	85,6%	100,0%		

Çizelge 3.14 (Devam). Genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Genel Kullanım Alanları Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
5-Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmektedir.	Devlet	Sayı	35	146	181	32,420	0,000
		%	19.3%	80.7%	100.0%		
	Üniversite	Sayı	51	89	140		
		%	36.4%	63.6%	100.0%		
	Özel	Sayı	14	136	150		
		%	9.3%	90.7%	100.0%		
	Toplam	Sayı	100	371	471		
		%	21.2%	78.8%	100.0%		
6-Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikayet ederler.	Devlet	Sayı	23	158	181	17,559	0,000
		%	12,7%	87,3%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	34	106	140		
		%	24,3%	75,7%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	68	403	471		
		%	14,4%	85,6%	100,0%		
7-Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam eder.	Devlet	Sayı	17	164	181	19,959	0,000
		%	9,4%	90,6%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	32	108	140		
		%	22,9%	77,1%	100,0%		
	Özel	Sayı	10	140	150		
		%	6,7%	93,3%	100,0%		
	Toplam	Sayı	59	412	471		
		%	12,5%	87,5%	100,0%		
8-Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler.	Devlet	Sayı	14	167	181	8,951	0,011
		%	7,7%	92,3%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	24	116	140		
		%	17,1%	82,9%	100,0%		
	Özel	Sayı	12	138	150		
		%	8,0%	92,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	50	421	471		
		%	10,6%	89,4%	100,0%		

Çizelge 3.14 (Devam). Genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından değerlendirilmesi (Ki-kare testi).

Genel Kullanım Alanları Uygulamaları	Çalıştığınız kurum		Cevap		Toplam	Ki-kare	p
			Hayır	Evet			
9-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmez.	Devlet	Sayı	20	161	181	34,727	0,211
		%	11,0%	89,0%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	25	115	140		
		%	17,9%	82,1%	100,0%		
	Özel	Sayı	20	130	150		
		%	13,3%	86,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	65	406	471		
		%	13,8%	86,2%	100,0%		
10-Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur.	Devlet	Sayı	18	163	181	58,526	0,000
		%	9,9%	90,1%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	37	103	140		
		%	26,4%	73,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	71	79	150		
		%	47,3%	52,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	126	345	471		
		%	26,8%	73,2%	100,0%		
11-Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar verir.	Devlet	Sayı	20	161	181	33,287	0,000
		%	11,0%	89,0%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	33	107	140		
		%	23,6%	76,4%	100,0%		
	Özel	Sayı	57	93	150		
		%	38,0%	62,0%	100,0%		
	Toplam	Sayı	110	361	471		
		%	23,4%	76,6%	100,0%		
12-Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.	Devlet	Sayı	19	162	181	6,166	0,046
		%	10,5%	89,5%	100,0%		
	Üniversite	Sayı	23	117	140		
		%	16,4%	83,6%	100,0%		
	Özel	Sayı	11	139	150		
		%	7,3%	92,7%	100,0%		
	Toplam	Sayı	53	418	471		
		%	11,3%	88,7%	100,0%		

Çizelge 3.14'de görüldüğü gibi genel kullanım alanlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla *Ki-kare Testi* uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından "*1-Görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmaktadır" ve "9-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmez"* uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak *diğer tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır* ($p<0,05$). Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde 1, 2, 3, 8, 9, 10 ve 11 numaralı uygulamanın devlet hastanelerinde 4, 5, 6, 7 ve 12 numaralı uygulamaların ise özel hastanelerde daha iyi durumda olduğu görülmüştür.

3.3. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Sağlık çalışanların hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla ikili karşılaştırmalarda *bağımsız gruplar arası t testi,* çoklu karşılaştırmalarda ise *tek yönlü varyans analizi* kullanılmıştır. Bu amaçla öncelikle her bir bölümle ilgili sorulara verilerin cevapların ortalaması alınmış ve test işlemleri bu değerler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bulgular aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 3.15.1. Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

POLİKLİNİK UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	21,96	-2,046	0,041
	Erkek	182	22,46		
Medeni durum	Evli	267	22,00	-1,365	0,173
	Bekar	204	22,34		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	21,86	-1,811	0,071
	Evet	302	22,31		

Çizelge 3.15.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların poliklinik uygulamalarına yönelik tutumlarında c*insiyet* açısından anlamlı bir farklılık olduğu *(p<0,05),*ancak *medeni durum ve eğitim alma durumu* açısından ise anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (p>0,05)*".*

Çizelge 3.15.2. Sağlık çalışanlarının polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

POLİKLİNİK UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	21,11	28,506	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	22,40			
	Özel	150	23,17			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	22,43	3,33	0.019	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil ve Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	22,32			
	Acil	82	21,34			
	Laboratuvar	99	22,18			
Çalışma Süresi	0-4	300	22,31	2,95	0,059	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	5-9	133	22,05			
	10 ve üzeri	38	21,23			
Eğitim Durumu	Lise	146	21,86	4,471	0,004	Scheffe test sonuçlarına göre: Önlisans- lisansüstü grupları arasında fark bulunmuştur.(p<0,05)
	Ön lisans	99	21,61			
	Lisans	158	22,42			
	Lisans üstü	68	22,92			
Meslek	Hekim	91	22,48	1,302	0,273	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	21,98			
	Teknisyen	131	22,25			
Yaş	19-29	244	22,31	,966	0,381	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	21,94			
	40 ve üzeri	69	22,05			

Çizelge 3.15.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların polikliniklerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların poliklinik uygulamalarına yönelik tutamlarının "*çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve eğitim durumu"* açısından farklılık gösterdiği (p<0,05); *"çalışma süresi, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise" varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell* testi uygulanmıştır. Test sonuçları ve

farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.16.1. Sağlık çalışanlarının doktor odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

DOKTOR ODASI UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	17,77	-0,868	0,386
	Erkek	182	17,96		
Medeni durum	Evli	267	17,73	-1,134	0,258
	Bekar	204	17,98		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	17,41	-2,942	0,003
	Evet	302	18,08		

Çizelge 3.16.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların doktor odaları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların doktor odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının *"eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$)*;"cinsiyet ve medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.16.2. Sağlık çalışanlarının doktor odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

DOKTOR ODASI UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	16,90	38,109	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	17,81			
	Özel	150	19,01			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	18,04	3,043	0,029	Tukey test sonuçlarına göre: Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	18,13			
	Acil	82	17,30			
	Laboratuvar	99	17,56			
Çalışma Süresi	0-4	300	18,07	8,683	0,000	Scheffe test sonuçlarına göre: tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	5-9	133	17,74			
	10 ve üzeri	38	16,42			
Eğitim Durumu	Lise	146	17,67	2,583	0,053	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Önlisans	99	17,62			
	Lisans	158	18,26			
	Lisans üstü	68	17,55			
Meslek	Hekim	91	17,83	0,105	0,900	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	17,80			
	Teknisyen	131	17,92			
Yaş	19-29	244	18,05	2,142	0,119	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	17,65			
	40 ve üzeri	69	17,52			

Çizelge 3.16.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların doktor odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi* testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların doktor odası uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi"* açısından farklılık gösterdiği (p<0,05); *"eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği

durumlarda ise *Games Howell* testi uygulanmıştır. Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.17.1. Sağlık çalışanlarının görüntüleme odalarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

GÖRÜNTÜLEME ODASI UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	5,64	-0,677	0,499
	Erkek	182	5,69		
Medeni durum	Evli	267	5,69	0,919	0,359
	Bekar	204	5,62		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	5,53	-2,501	,013
	Evet	302	5,73		

Çizelge 3.17.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların görüntüleme odaları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların görüntüleme odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının *"eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği *($p<0,05$), "cinsiyet ve medeni durum*" açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.17.2. Sağlık çalışanlarının görüntüleme odalarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

GÖRÜNTÜLEME ODALARI UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	5,71	12,349	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : Devlet-Üniversite ve Özel-Üniversite grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	5,40			
	Özel	150	5,84			
Çalıştığınız Bölüm	Dahili	138	5,50	3,102	0,026	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil grubu arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	5,69			
	Acil	82	5,81			
	Laboratuvar	99	5,71			
Çalışma Süresi	0-4	300	5,64	1,174	0,310	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	5-9	133	5,75			
	10 ve üzeri	38	5,57			
Eğitim durumu	Lise	146	5,82	3,176	0,054	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	5,56			
	Lisans	158	5,62			
	Lisans üstü	68	5,55			
Meslek	Hekim	91	5,73	0,435	0,648	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	5,65			
	Teknisyen	131	5,64			
Yaş	19-29	244	5,70	0,979	0,376	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	5,59			
	40 ve üzeri	69	5,71			

Çizelge 3.17.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların görüntüleme odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi* testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların görüntüleme odası uygulamalarına yönelik tutumlarının "*çalışılan kurum ve çalışılan bölüm"* açısından farklılık gösterdiği *(p<0,05); "çalışma süresi, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik

varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell Testi* uygulanmıştır. Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.18.1. Sağlık çalışanlarının yataklı servislerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

YATAKLI SERVİS UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	45,82	-1,087	0,278
	Erkek	182	46,33		
Medeni durum	Evli	267	45,89	-0,629	0,530
	Bekar	204	46,18		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	45,45	-1,850	0,065
	Evet	302	46,33		

Çizelge 3.18.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yataklı servisler açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların *yataklı servis* uygulamalarına yönelik tutumlarının İstatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.18.2. Sağlık çalışanlarının yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

YATAKLI SERVİS UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	43,56	67,926	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre :tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	45,77			
	Özel	150	49,20			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	47,18	7,958	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil, Cerrahi – Acil ve Labaratuvar-Dahili grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	46,55			
	Acil	82	44,35			
	Laboratuvar	99	44,96			
Çalışma Süresi	0-4	300	46,50	4,824	0,008	Scheffe test sonuçlarına göre :0-4 ile10 ve üzeri grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur. . (p>0,05)
	5-9	133	45,44			
	10 ve üzeri	38	44,23			
Eğitim Durumu	Lise	146	46,03	,977	0,403	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	45,30			
	Lisans	158	46,30			
	Lisansüstü	68	46,38			
Meslek	Hekim	91	46,30	,238	0,789	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	46,01			
	Teknisyen	131	45,83			
Yaş	19-29	244	46,32	1,646	0,194	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	45,43			
	40 ve üzeri	69	46,28			

Çizelge 3.18.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi* testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların yataklı servisler uygulamalarına yönelik tutumlarının "*çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi"* açısından farklılık gösterdiği (p<0,05)*; "eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell testi* uygulanmıştır.

Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.19.1. Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerindeki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

YOĞUNBAKIM UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyete göre	Kadın	289	9,11	-1,319	0,188
	Erkek	182	9,24		
Medeni duruma göre	Evli	267	9,11	0,973	0,331
	Bekar	204	9,22		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	9,09	-1,004	0,316
	Evet	302	9,20		

Çizelge 3.19.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yoğun bakım üniteleri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların yoğun bakım üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.19.2. Sağlık çalışanlarının yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

YOĞUN BAKIM UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	8,59	65,033	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	9,18			
	Özel	150	9,83			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	9,45	18,884	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil, Cerrahi – Acil ve Labaratuvar-Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	9,38			
	Acil	82	8,45			
	Laboratuvar	99	9,01			
Çalışma Süresi	0-4	300	9,23	3,553	0,029	Games-Howell test sonuçlarına göre : 0-4 ile 5-9 grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur. . (p>0,05)
	5-9	133	8,95			
	10 ve üzeri	38	9,36			
Eğitim Durumu	Lise	146	9,00	1,966	0,118	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	9,16			
	Lisans	158	9,21			
	Lisansüstü	68	9,38			
Meslek	Hekim	91	9,31	1,107	0,332	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	9,12			
	Teknisyen	131	9,13			
Yaş	19-29	244	9,16	4,948	0,007	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	30-39	158	9,00			
	40 ve üzeri	69	9,50			

Çizelge 3.19.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi* testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların yoğun bakım üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının "*çalışılan kurum, çalışılan bölüm, çalışma süresi ve yaş grupları"* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *"eğitim durumu ve meslek"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell testi* uygulanmıştır.

Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.20.1. Diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti açısından sağlık çalışanlarının tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

DİYALİZ ÜNİTELERİ UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	4,54	-2,557	0,011
	Erkek	182	4,68		
Medeni durum	Evli	267	4,59	-0,045	0,964
	Bekar	204	4,59		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	4,51	-2,006	0,046
	Evet	302	4,64		

Çizelge 3.20.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların diyaliz üniteleri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"eğitim alma durumu ve cinsiyete"* göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *"medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.20.2. Sağlık çalışanlarının diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

DİYALİZ ÜNİTELERİ UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	4,35	43,051	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	4,55			
	Özel	150	4,92			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	4,61	5,254	0,001	Games Howell test sonuçlarına göre: Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	4,72			
	Acil	82	4,41			
	Laboratuvar	99	4,52			
Çalışma Süresi	0-4	300	4,64	2,447	0,088	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	5-9	133	4,51			
	10 ve üzeri	38	4,50			
Eğitim Durumu	Lise	146	4,52	1,591	0,191	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	4,57			
	Lisans	158	4,67			
	Lisansüstü	68	4,58			
Meslek	Hekim	91	4,73	3,052	0,048	Games Howell test sonuçlarına göre :Hekim-Hemşire gruplarında fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Hemşire	249	4,55			
	Teknisyen	131	4,58			
Yaş	19-29	244	4,61	43,051	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	30-39	158	4,56			
	40 ve üzeri	69	4,60			

Çizelge 3.20.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm, meslek ve yaş grupları"* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *"çalışma süresi ve eğitim durumu"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howel Testi* uygulanmıştır.

Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.21.1. Acil servislerde hasta mahremiyeti açısından sağlık çalışanlarının tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

ACİL SERVİS UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	13,68	-1,407	0,160
	Erkek	182	13,90		
Medeni durum	Evli	267	13,76	-0,044	0,965
	Bekar	204	13,77		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	13,46	-3,082	0,002
	Evet	302	13,94		

Çizelge 3.21.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların acil servisler açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların acil servis uygulamalarına yönelik tutumlarının "*eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$); "*cinsiyet ve medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$)."

Çizelge 3.21.2. Sağlık çalışanlarının acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

ACİL SERVİS UYGULAMALARI		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	13,01	63,056	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	13,64			
	Özel	150	14,80			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	14,17	16,110	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : Dahili-Acil, Cerrahi – Acil, Labaratuvar-Dahili ve Labaratuvar-Cerrahi grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	14,15			
	Acil	82	13,07			
	Laboratuvar	99	13,19			
Çalışma Süresi	0-4	300	13,89	2,761	0,064	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	5-9	133	13,63			
	10 ve üzeri	38	13,31			
Eğitim Durumu	Lise	146	13,59	2,471	0,061	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	13,57			
	Lisans	158	13,89			
	Lisansüstü	68	14,13			
Meslek	Hekim	91	14,16	4,649	0,010	Games Howell test sonuçlarına göre :Hekim-Teknisyen gruplarında fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Hemşire	249	13,77			
	Teknisyen	131	13,48			
Yaş	19-29	244	13,77	1,275	0,280	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	13,65			
	40 ve üzeri	69	14,02			

Çizelge 3.21.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların acil servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların acil servis uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve meslek "* açısından farklılık gösterdiği *(p<0,05); "çalışma süresi, eğitim durumu ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi,* homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howel Testi* uygulanmıştır. Test sonuçları ve

farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.22.1. Hasta bilgilerinde hasta mahremiyeti açısından sağlık çalışanlarının tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası t testi).

HASTA BİLGİLERİ		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289	49,36	-1,090	0,276
	Erkek	182	49,93		
Medeni durum	Evli	267	49,38	-0,906	0,365
	Bekar	204	49,85		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	48,74	-2,322	0,021
	Evet	302	50,05		

Çizelge 3.22.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların hasta bilgileri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"eğitim alma*" durumuna göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$)*; "cinsiyet ve medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.22.2. Sağlık çalışanlarının hasta bilgileri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

HASTA BİLGİLERİ		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	46,85	49,220	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	140	50,15			
	Özel	150	52,35			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	50,70	5,292	0,001	Scheffe test sonuçlarına göre : Dahili-Acil ve Dahili- Laboratuvar grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	50,04			
	Acil	82	48,40			
	Laboratuvar	99	48,30			
Çalışma Süresi	0-4	300	50,20	5,614	0,004	Games-Howell test sonuçlarına göre : 0-4 ile 5-9 grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur. . (p>0,05)
	5-9	133	48,72			
	10 ve üzeri	38	47,73			
Eğitim Durumu	Lise	146	49,26	0,699	0,553	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	49,22			
	Lisans	158	49,84			
	Lisansüstü	68	50,20			
Meslek	Hekim	91	49,52	0,138	0,871	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	49,70			
	Teknisyen	131	49,39			
Yaş	19-29	244	49,82	0,526	0,591	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	49,40			
	40 ve üzeri	69	49,14			

Çizelge 3.22.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların hasta bilgileri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi"* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *"eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell testi* uygulanmıştır. Test sonuçları ve

farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

Çizelge 3.23.1. Hastanede genel kullanım alanlarında hasta mahremiyeti açısından sağlık çalışanlarının tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Bağımsız gruplar arası T testi).

GENEL ALANLARDA		Sayı	Ortalama	t	p
Cinsiyet	Kadın	289		0,372	0,710
	Erkek	182	54,61		
Medeni durum	Evli	267	54,40	-1,468	0,143
	Bekar	204	55,19		
Eğitim alma durumu	Hayır	169	53,70	-2,738	0,007
	Evet	302	55,32		

Çizelge 3.23.1'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların genel kullanım alanları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların genel kullanım alanları uygulamalarına yönelik tutumlarının *"eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$)*; "cinsiyet ve medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.23.2. Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması (Tek yönlü varyans analizi).

GENEL KULLANIM ALANLARINDA		Sayı	Ortalama	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	244	49,82	26,806	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	Üniversite	158	49,40			
	Özel	69	49,14			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	55,71	4,853	0,002	Scheffe test sonuçlarına göre : Laboratuvar-Dahili ve Dahili- Laboratuvar grupları arasındaki fark anlamlı bulunuştur. (p<0,05)
	Cerrahi	152	55,26			
	Acil	82	54,15			
	Laboratuvar	99	53,08			
Çalışma Süresi	0-4	300	55,58	9,059	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre : tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. (p>0,05)
	5-9	133	53,33			
	10 ve üzeri	38	53,05			
Eğitim Durumu	Lise	146	54,44	,770	0,511	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Ön lisans	99	54,24			
	Lisans	158	55,14			
	Lisansüstü	68	55,19			
Meslek	Hekim	91	55,21	,671	0,512	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	Hemşire	249	54,79			
	Teknisyen	131	54,32			
Yaş	19-29	244	55,20	2,098	0,124	Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)
	30-39	158	54,00			
	40 ve üzeri	69	54,79			

Çizelge 3.23.2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanların genel kullanım alanları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların genel kullanım alanları uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi"* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *"eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığına yönelik testler yapılmıştır. Test sonuçları ve farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ilişkin bulgular çizelgede ayrıntılı olarak yer almaktadır.

4. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır. Başlıklar şu şekilde sıralanabilir;

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, hastanelerde hasta mahremiyet uygulamaların durumu ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarına ait tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesi.
- Araştırma yapılan sağlık kurumlarındaki hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından karşılaştırılması.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılması.

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Hastanelerde Hasta Mahremiyet Uygulamaların Durumu ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri (Çizelge 3.2) incelendiğinde sağlık çalışanlarının 244'ü (%51,8) 19-29, 158'i (%33,5) 30-39 ve 69'u 40 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının 289'u (%61,4) kadın ve 182'si (%38,6) erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 267'sinin (%56,7) evli ve 204' ünün (%43,3) bekar olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna bakıldığında sağlık çalışanlarının 146'sı (%31,0) lise, 99'u (%21,0) ön lisans, 158'i (%33,5) lisans, ve 68'i (%14,4) lisans üstü eğitim almıştır. Sağlık çalışanlarının çalışılan birim olarak bakıldığında 152'si (%32,3) cerrahi birimlerde, 138'i (%29,3) dahili birimlerde, 99'u (%21,0) laboratuvar/röntgende ve 82'si (17,4) acil serviste çalışmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bölümde çalışma süreleri incelendiğinde 300'ü (%63,7) 0-4 yıl, 133'ü (%28,2) 5-9 yıl, 38'i (%8,1) 10 yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarından 249'u (%52,9) hemşire, 131'i (% 27,8) teknisyen/laborant ve 91'i (%19,3) hekimlerden oluşmaktadır.

Mahremiyetle ilgili kurum uygulamalarına yönelik verilen cevaplar (Çizelge 3.4) incelendiğinde en yüksek puan alan 5 soru şu şekilde sıralanmıştır: "Hasta ile

ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir *(Evet:% 92,6/Hayır:%7,4)*", "Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır *(Evet:% 91,1/Hayır:% 8,9)*", "Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır *(Evet:% 90,2/Hayır:% 9,8)*", "Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir *(Evet:%89,6/ Hayır:%10,4)*", "Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler *(Evet:% 89,4/ Hayır:%10,6)*", şeklinde sıralanmıştır. En düşük puan alan 5 soru ise: "Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur *(Evet:%73,2/ Hayır:% 26,8)*", "Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır *(Evet:% 73,2 /Hayır:% 26,8)*", "Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir *(Evet:%70,1/Hayır:%29,9)*", "Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır *(Evet:% 67,7 Hayır:% 32,3)*", "Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir *(Evet:% 65,4/ Hayır:%34,6)* şeklinde sıralanmıştır.

Çizelge 3.5'de görüldüğü gibi personelin hasta mahremiyetine ilişkin tutumlarının tespitine yönelik olarak yöneltilen sorulardan en yüksek puan ve en düşük puanı alan 5 soru şu şekilde sıralanmıştır. En yüksek puanlar: *"Emzirme odalarına perde ve paravan koyulmalıdır ($\bar{x}$:4,68)", "Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler ($\bar{x}$:4,65)", "Bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir ($\bar{x}$:4,64)", "Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir ($\bar{x}$:4,64)", "Kan alma gibi işlemlerde perden ya da paravan kapatmadan organ açılmamalıdır ($\bar{x}$:4,63)*" şeklinde sıralanmıştır. En düşük puanlar ise: "*Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değerdir ($\bar{x}$:4,19)", "Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır ($\bar{x}$:4,10)", "Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir ($\bar{x}$:4,02)", "Hastaların mahremiyet hakkı hastalığın tedavisi kadar önemli değildir ($\bar{x}$:3,57)", "Hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz ($\bar{x}$:2,87)* şeklinde sıralanmıştır.

4.2. Araştırma Yapılan Sağlık Kurumlarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının Kurumlar Açısından Karşılaştırılması

Hasta mahremiyetine yönelik uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğinin saptanması amacıyla ki-kare testi yapılmıştır. Test sonuçları incelendiğinde;

a. Polikliniklerde hasta mahremiyeti uygulamalarına ilişkin olarak; Çizelge 3.6' da görüldüğü gibi *"Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir."* uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmüş ve **Hipotez 4** kabul edilmiştir. Diğer uygulamalar incelendiğinde; "*Kurumumuzda poliklinik odalarında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanmaktadır", "Kurumumuz Poliklinik odalarında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamaktadır", "Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır" ve "Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir*" uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve bu nedenle **Hipotez 1,2, 3 ve 5** red edilmiştir. Hasta mahremiyetine genel anlamda özen gösterildiği en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmüştür.

b. Doktor muayene odalarında uygulamalarına ilişkin olarak; Çizelge 3.7' de görüldüğü gibi "*Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir*." uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmüş ve **Hipotez 8** kabul edilmiştir. Diğer uygulamalar incelendiğinde; "*Kurumumuzda poliklinik odalarında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanmaktadır", "Kurumumuz poliklinik odalarında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamaktadır", "Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır*" uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve bu nedenle **Hipotez 6, 7 ve 9** red edilmiştir. Hasta mahremiyeti açısında doktor muayene odalarında en fazla özen devlet hastanelerinde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmüştür.

Aydemir (2010)'in yaptığı araştırmada hastanelerde hastaların muayene, girişimsel işlemler ve tüm tıbbi tedavilerde mahremiyet gereksinimlerinin karşılandığı ve mahremiyete korumaya yönelik düzenlemelere (%83,5) büyük oranda uyulduğu saptanmıştır. Yine Kaçar (2008)'ın yaptığı araştırmada, hastaların büyük çoğunluğu (%74.6) muayene ve tedavileri için düzenlenen ortamlarda hasta mahremiyetinin korunduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçları literatürdeki diğer bulgularla benzerlikler göstermektedir. Ancak elde edilen bulgular incelendiğinde kurumlar açısından hasta mahremiyeti uygulamalarının anlamlı bir farklılık gösterdiği de açık bir şekilde görülmektedir. Mahremiyet uygulamalarına genellikle özel hastaneler ve devlet hastanelerinde daha fazla özen gösterilirken, üniversite hastanelerinde ise daha az özen gösterildiği anlaşılmaktadır. Bu durum üniversite hastanelerinde mevzuat açısından zorlayıcı bir durumun olmaması ile açıklanabilir. Ayrıca üniversite hastanelerin eğitim hastaneleri olması nedeniyle özellikle öğrencilerin tıbbi girişim yapılan alanlara ve muayene odalarına rahat bir şekilde girip çıkması gibi spesifik nedenlere bağlı olarak da hasta mahremiyetine daha az dikkat edilmesi gibi gerekçelerle açıklanabilir. Özel hastanelerin fiziki imkanlar açısından daha iyi şartlara sahip olması, buralardan faydalanan hastaların hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik beklentilerinin yüksekliği ve idarelerin bu tür konulara daha fazla özen göstermesi nedeniyle, hasta mahremiyeti uygulamaları açısından en yüksek puanları aldıkları düşünülmektedir. Devlet hastanelerinde ise özellikle SKS ve HHY'nin hasta mahremiyetinin sağlanması noktasında idarelere yükümlülükler getirmesi bu kurumların uygulamalara riayet etmesini zorunlu hale getirmektedir.

c. Görüntüleme odalarında hasta mahremiyeti uygulamalarında kurumlar açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan analizler sonucunda (Çizelge 3.8) "*Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmaktadır", "Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır", "Görüntüleme odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmektedir*" ($p<0,05$) uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle **Hipotez 10, 11. ve 12** red edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde görüntüleme odalarında hasta mahremiyetine en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmüştür. Bu durum yukarıda

da belirtildiği gibi özel hastanelerin hasta mahremiyeti ile ilgili beklentilerin yerine getirilmesine diğer hastanelere oranla daha duyarlı bir şekilde davranmaları ile açıklanabilir.

Güden ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada çalıştıkları ünitelerde hasta mahremiyetini sağlamayı amaçlayan giyinme kabin bulunduğunu belirten çalışan oranı %78,7'dir. Bu çalışmada ise oran % 89 olarak bulunmuştur. Bulgular arasında benzerlikler olduğu görülmektedir.

d. Yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla *Ki-Kare Testi* uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda "*Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmektedir", "Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır", "Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmektedir", "Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmektedir", "Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir", "Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir", "Yataklı servislerde hemşirelerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmektedir", "Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmektedir", "Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmektedir", "Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmektedir*" uygulamada kurumlar açısından istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) ve bu nedenle **Hipotez 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 ve 22** red edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde yataklı servislerde hasta mahremiyetine 8, 9 ve 10 numaralı uygulamalarda devlet hastanelerinin diğer tüm uygulamalarda ise özel hastanelerin daha fazla özen gösterdiği saptanmıştır. Yukarıda poliklinik uygulamaları için ortaya konulan düşüncelerin yataklı servisler içinde geçerli olduğu düşünülmektedir.

e. Yoğun bakımlarda hasta mahremiyetinin kurumlar açısından değerlendirilmesinde, kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu nedenle **Hipotez 23. ve 24.** red edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde yoğun bakımlarda hasta mahremiyetine en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerde olduğu görülmüştür

f. Diyaliz üniteleri hasta mahremiyetinin kurumlar açısından değerlendirilmesinde kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu nedenle **Hipotez 25** red edilmiştir.

Akdemir ve ark. (2006)'nın yapmış oluğu Hemodiyaliz Ünitelerinde Durum Saptama Çalışmasında hastalar için soyunma odası ve dolap bulunması oranı % 76.5 olarak hesaplanmıştır. Yapılan bu çalışmada özel hastaneler için oran % 76,7 ile benzerlik gösterirken, üniversite hastanelerinin oranı %81,4 devlet hastanelerinde ise bu oran %91,2 dir.

g. Acil servislerde hasta mahremiyetinin kurumlar açısından değerlendirilmesinde kurumlar açısından tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu nedenle **Hipotez 26, 27. ve 28** red edilmiştir. Acil servislerde hasta mahremiyetine en fazla özenin özel hastanelerde, en az özenin ise üniversite hastanelerde olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada devlet hastaneleri acil servislerinde mahremiyet uygulamalarının oranı ortalama %88,7 çıkmıştır. Topal ve ark.'nın 2013 yılında bir devlet hastanesi acil servisinde yaptıkları araştırmada "tüm personel kişisel mahremiyetinize özen gösterdi mi?" sorusuna %84 beklentilerimin üzerinde, %14 beklentim düzeyinde cevabı vermiştir. Topal ve arkadaşlarının çalışmasında hasta beklentilerinin karşılaması oranı toplamda %98'dir. Sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir

h. Hasta bilgilerine ilişkin hasta mahremiyeti uygulamaları Çizelge 3.13'de görüldüğü gibi 11 soru yer almaktadır. Yapılan *Ki-Kare Testi* sonucunda "Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir" uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) için **Hipotez 29**

kabul edilmiştir. Diğer tüm uygulamaların ise istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) ve bu nedenle **Hipotez 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 ve 39** red edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde 2,3,4,6,7,8 numaralı uygulamalara özel hastanelerde, 5,9,10,11 numaralı uygulamalara ise devlet hastanelerinde daha fazla özen gösterildiği belirlenmiştir.

i. Genel alanlardaki hasta mahremiyetini değerlendirmek amacıyla Çizelge 3.14'de görüldüğü gibi 12 uygulama değerlendirme kapsamına alınmıştır. Uygulamalarının kurumlar açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla Ki-Kare testi uygulanmıştır. Test işlemleri sonucunda kurumlar açısından "*Görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmaktadır." ve "Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmez*" uygulamasının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$) için **Hipotez 40. ve 48.** kabul edilmiştir. Ancak diğer tüm uygulamaların "istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu nedenle **Hipotez 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50. ve 51.** red edilmiştir. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde 1,2,3,8,9,10,11 numaralı uygulamaların devlet hastanelerinde 4,5,6,7,12 numaralı uygulamaların ise özel hastanelerde daha iyi durumda olduğu saptanmıştır.

4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının belirlenmesinde çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi*, ikili karşılaştırmalarda ise *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise" varyansların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe Testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell* testi uygulanmıştır. Bulgular şu şekilde özetlene bilir;

a. *Sağlık çalışanlarının polikliniklerde mahremiyet uygulamalarına yönelik tutumlarının cinsiyet, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve eğitim durumu* açısından anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), *medeni durum, eğitim alma durumu, çalışma süresi, meslek ve yaş grupları* açısından anlamlı bir farlılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre **Hipotez 52, 55, 56 ve 58.** red; **Hipotez 53, 54, 57, 59. ve 60.** kabul edilmiştir. Poliklinik uygulamalarında cinsiyet yönünden farklılık görülmesi kadınların fiziksel mahremiyete erkeklerden daha fazla önem göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışılan hastanelerin türlerine göre devlet, üniversite ve özel hastanelerde yani tüm gruplar arasında farklılık bulunmuştur. Bu durum özel hastanelerin doğası gereği beklenen hizmet ve fiziksel özellikler açısından daha iyi durumda olmaları, üniversite hastanelerinin ise eğitimi daha ön planda tutması ile açıklanabilir. Çalışılan bölüm açısından dahili-acil ve cerrahi-acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu durum bu birimlerde hastalara sunulan hizmetlerin niteliği ile açıklanabilir. Örneğin acil servise gelen hastalara müdahale sırasında kimi zaman istenmeden hasta mahremiyetinin ihlali söz konusu olabilmektedir. Aynı şekilde cerrahi uygulamaların yerine getirilmesi sırasında bedensel mahremiyetin ortadan kalkması genellikle yadırganmayan bir durumdur. Eğitim durumu açısından sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin olumlu tutumlarının lisansüstü eğitime sahip personelde daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum hemen her noktada eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Topbaş ve ark. (2005)'nın yapmış olduğu bir çalışma sonucunda ise hem hizmeti alanların mahremiyetlerine saygı konusunda sıkıntılı durumlarının olduğu

hem de hizmeti sunan/sunacak olan doktorların bazılarının konu hakkındaki duyarlılıklarının az olduğu, muayene ve tedavi sırasında hastayı insan değil incelenecek bir materyal olarak gördükleri düşüncesine varılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular Topbaş ve ark.'nın çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Bu durum son yıllarda sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemelerin hayata geçirilmesi ve bu konu üzerinde ciddiyetle durulmasıyla açıklanabilir.

b. Doktor odasında mahremiyet uygulamasına ilişkin tutumlar incelendiğinde *Eğitim alma durumu, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi* açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). *Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları* değişkenleri açısından farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Mahremiyet hakkında eğitim alanlar almayanlara göre, doktor odalarında mahremiyete daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışılan kurum açısından devlet, üniversite ve özel hastaneler arasında tüm gruplar arasında fark poliklinik uygulamalarında olduğu gibi anlamlı bulunmuştur. Çalışılan bölüm açısından cerrahi-acil bölümlerinde farklılık anlamlı bulunmuştur ki bu durumun yapılan işin doğasından kaynaklandığını akla getirmektedir. Çalışma süresi açısından tüm gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Bu bağlamda **Hipotez 63, 64, 65 ve 66** red; **Hipotez 61, 62, 67, 68 ve 69** kabul edilmiştir.

Ünalan ve ark. (2007) Kayseri Devlet Hastanesinde poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumunu araştırdıkları bir çalışmada, katılımcıların %53,8'i çalışanların hasta mahremiyete saygı duyduklarını belirtmiştir. Ünsal ve ark. (2010)'ının poliklinik hizmeti alan hastaların hasta haklarına ilişkin bilgi düzeylerini araştırdığı başka bir çalışmada ise, hastaların en az bildikleri hasta haklarının "bilgilerin gizli tutulmasını isteme hakkı (%53,8), bilgilendirilme ve bilgi isteme hakkı (%60,4) ve mahremiyete saygı hakkı (%64,8)" olduğu saptanmıştır. Araştırmalarda elde edilen sonuçlar ışığında ve sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde hasta mahremiyeti konusunda hastaların ve sağlık çalışanlarının daha çok bilgilendirilmesi, kurumlar ve sağlık politikası belirleyicileri tarafından daha çok gündemde tutulması gerektiği düşünülmektedir.

c. Görüntüleme odalarındaki mahremiyet uygulamaları çizelge 3.17.1 ve 3.17.2' de değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, çoklu gruplar arasında *tek yönlü varyans analizi* yapılmıştır. İstatistiki değerlendirmelere göre sağlık çalışanlarının görüntüleme odalarındaki mahremiyet uygulamalarına ilişkin görüşlerinde; *eğitim alma durumu, çalışılan kurum ve çalışılan bölüm* açısından farklılıklar anlamlı bulunmuş ($p<0,05$), *cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, eğitim durumu, meslek ve yaş değişkenleri* açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğitim alma durumuna göre $\bar{x}=5.73$ ile mahremiyet konusunda eğitim alanların görüntüleme odalarındaki uygulamalar konusunda daha hassas oldukları söylenebilir. Hastaneler arasındaki farklılıkta Games Howell test sonuçlarına göre devlet-üniversite, üniversite-özel hastaneler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışılan birimler açısından değerlendirdiğimizde dahili-acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Değerlendirmeler doğrultusunda **Hipotez 72, 73 ve 74** red; **Hipotez 70, 71, 75, 76, 77 ve 78** kabul edilmiştir.

d. Sağlık çalışanların yataklı servisler açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır Çizelge 3.18.1 ve 3.18.2'de görüldüğü gibi test işlemleri sonucunda çalışanların yataklı servisler uygulamalarına yönelik tutumlarının *çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *eğitim durumu, meslek ve yaş grupları* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$)." Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise" varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda *Scheffe testi*, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise *Games Howell* testi uygulanmıştır. Test sonuçları ile farklılığın çalışılan kurum açısından bütün hastane gruplarında anlamlı olduğu, çalışılan bölüm açısından dahili-acil, cerrahi-acil ve laboratuar-dahili gurupları arasında farkın anlamlı olduğu, çalışma süresi açısından 0-4 ile 10 ve üzeri grupları arasında farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda **Hipotez 82, 83 ve 84** red; **Hipotez 79, 80, 81, 85, 86 ve 87** hipotezler kabul edilmiştir.

e. Yoğun bakım uygulamalarında sağlık çalışanlarının mahremiyete yönelik düşünceleri Çizelge 3.19.1 ve 3.19.2'de istatistiki analizler yapılarak incelenmiştir. Bağımsız guruplar arası t testi sonuçlarına göre cinsiyet, medeni durum, ve eğitim alma durumuna göre değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). *Tek yönlü varyans analizi* sonuçlarına göre *eğitim durumu ve meslek* değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, *çalışılan kurum, bölüm, çalışma süresi ve yaş* değişkenleri açısından gurplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın araştırılmasında varyansların homojenlik varsayımının yerine gelmediği için Games Howel testi uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre: Çalışılan kuruma göre bütün hastane gruplarında farklılık anlamlı bulunmuştur. Çalışmanın genelinde bütün hastane gruplarında fark anlamlı çıkmaktadır. Çalışılan bölüm açısından dahili-acil, cerrahi-acil ve acil-laboratuvar grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur. Yaş grupları değişkeni açısından tüm gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Bulgular doğrultusunda **Hipotez 91, 92, 93 ve 96** red; **Hipotez 88, 89, 90, 94 ve 95** hipotezler kabul edilmiştir.

f. Diyaliz üniteleri açısından (Çizelge 3.20.1) sağlık çalışanların hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *eğitim alma durumu ve cinsiyete* göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *medeni durum* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Hasta mahremiyeti konusunda verilen eğitimlerin sağlık çalışanının mahremiyet tutumuna olumlu olduğu söylenebilir. Çizelge 3.20.2'ye bakıldığında ise sağlık çalışanların diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *çalışılan kurum, çalışılan bölüm, meslek ve yaş grupları* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *çalışma süresi ve eğitim durumu* açısından ise

istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).” Games Howell testi sonuçlarına göre: araştırmanın genelinde olduğu gibi hastane grupları açısından fark anlamlı çıkmıştır. Verilen hizmetin çeşidi ve hizmet beklentileri hastane grupları arasındaki farkı belirginleştirmekte olduğu söylenebilir. Çalışılan bölümler açısından cerrahi-acil grupları arasındaki fark anlamı çıkmıştır. Meslek değişkeni açısından hekim-hemşire grupları arasında farklılık çıkmışsa da aradaki farkın çok küçük olduğu görülmüştür. Yaş değişkeni açısından yine tüm gruplar arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Hipotezlerin kabul ve red durumları şu şekildedir: **Hipotez 97, 99, 100, 101, 104 ve 105** red; **Hipotez 98, 102 ve 103** kabul edilmiştir.

g. Acil servislerde sağlık çalışanlarının mahremiyete yönelik düşünceleri Çizelge 3.21.1 ve 3.21.2’ de incelenmiştir. İkili gruplarda farkın belirlenmesi için bağımsız gruplar arası t testi uygulanmıştır. *Cinsiyet ve medeni duruma* ilişkin değişkenlerde istatistiki farklılık çıkmaz iken, *eğitim alma durumuna* göre fark anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Eğitim alma durumuna göre farklılığın anlamlı çıkması hasta mahremiyeti konusunda verilen eğitimlerin sağlık çalışanlarının bakış açılarını olumlu yönde değiştirdiğini düşündürmektedir. Çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans* analizi yapılarak değişkenler açısından farklığın test sonuçlarına göre *çalışılan kurum, bölüm ve meslek grupları* açısından farklılık anlamlı, bu gruptaki *diğer değişkenler açısından* fark anlamlı bulunmamıştır. Games Howell testi sonuçlarına göre yine çalışılan kurum açısından devlet, üniversite ve özel hastaneler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Meslek grupları açısından hekim-teknisyen gruplarında fark anlamlı bulunmuştur. Acil servislerde hekimlerin hasta mahremiyetine sağlık teknisyenlerine göre daha hassas oldukları söylenebilir. Çalışılan bölüm açısından yine acil servislerle diğer bölümler arasında farklılık görülmektedir. Bulgular neticesinde acil servislerde sağlık çalışanlarının mahremiyet konusunda daha titiz davranılması gerektiğini düşündükleri söylenebilir. Bu bağlamda **Hipotez 106, 108, 109. 110 ve 113** red; **Hipotez 107, 111 ve 112** kabul edilmiştir.

h. Sağlık çalışanların hasta bilgilerinin mahremiyetine ilişkin tutumlarının (Çizelge 3.22.1) sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip

göstermediğini test etmek amacıyla *bağımsız gruplar arası t testi* kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının *eğitim alma durumuna* göre farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *cinsiyet ve medeni durum* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).” Çizelge 3.22.2’de görüldüğü gibi sağlık çalışanların hasta bilgileri açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının *çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *eğitim durumu, meslek ve yaş grupları* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Farklılık tespit edilen değişkenlerde farkın nereden kaynaklandığını test etmek için ise” varyansaların homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda Scheffe testi, homojenlik varsayımının yerine gelmediği durumlarda ise Games Howel testi uygulanmıştır. Çalışılan kurum ve çalışılan bölüm açısından araştırmamın geneline benzer sonuçlar bulunmuştur. Hasta bilgileri açısından bu araştırma bulguları doğrultusunda araştırma kapsamındaki hastanelerin büyük çoğunluğunda hastane personelinin hastaların tıbbi kayıtlarının korunması için tüm işlemlerde maksimum düzeyde özen gösterilmesini istedikleri görülmektedir. Bu da hasta bilgilerinin korunduğunu ortaya koyan önemli bir bulgudur. Bu doğrultuda **Hipotez 117, 118, 119 ve 120** red; **Hipotez 115, 116, 121, 122 ve 123** ise kabul edilmiştir.

i. Sağlık çalışanlarının genel kullanım alanında hasta mahremiyetine yönelik bulgular ise şu yöndedir: Çizelge 3.23.1 ve 3.23.2 incelendiğinde *eğitim alma durumu, çalışılan kurum, bölüm ve çalışma süresi* açısından istatistiki fark anlamlı bulunmuş, *cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaş* değişkenleri açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sağlık çalışanlarınınGenel kullanım alanlarda hasta mahremiyeti uygulamaları açısından düşünceleri üst düzeydedir. Eğitim alma durumunun mahremiyete bakış açısını olumlu yönde artırdığı görülmekle beraber hastane çeşitleri

arasında farkın anlamlı oluşu ise hizmetin üretilmesi ve hizmetten beklentiler noktasında şekillendiği söylenebilir. Bu bağlamda **Hipotez 126, 127, 128. ve 129.** red edilmiş; **Hipotez 124, 125, 130, 131 ve 132** hipotez kabul edilmiştir.

Ayrıca hasta mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime toplamda 419 kişi (%89) gerek olduğuna katıldıklarını/kesinlikle katıldıklarını söylemişleredir. Bu sağlık çalışanlarının mahremiyet konusunda hassasiyetlerini göstermektedir. Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değer olduğunu 409 kişi (%87) belirtmişlerdir. Bu oran sağlık kuruluşlarının mahremiyet konusunu gündemde tuttuklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Sağlık çalışanlarına mahremiyet eğilimlerini belirlemek adına *"hastaların mahremiyet hakkı hastalığın tedavisi kadar önemli değildir"* sorusu yöneltilmiştir. Sağlık çalışanlarından bu soruya 62 kişi (%13) kesinlikle katılıyorum ve 88 kişi (%18) katılıyorum cevabını vermiştir. Olumlu görüş bildirenlerin toplam oranının %31 olduğunu düşünürsek, sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine, hastalığın tedavisi kadar önem verdiği söylenebilir. Kılıçarslan ve ark. (2012)'nın yapmış olduğu bir çalışmada benzer soruya verilen cevabın oranı % 23.1 olarak belirlenmiştir. Bu haliyle her iki çalışmanın sonuçları yakınlık göstermektedir.

"Hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz" sorusuna toplamda % 46 oranında kesinlikle katılıyorum/katılıyorum cevabı vermiştir. Yapılan bu çalışmada mahremiyet konusunda hassasiyeti yüksek olan sağlık çalışanlarının neredeyse yarısı hasta mahremiyeti ile kendilerini değerlendirilmesinden hoşlanmamışlardır. Son zamanlarda sağlık çalışanlarının performans değerlendirmesi adı altında yapılan uygulamaların bu olumsuz tavra etkisi olduğu düşünülmektedir.

Demircan ve ark. (2008)'nın, *sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini belirlemeye* yönelik yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin en az bildikleri hasta hakkının "mahremiyete saygı hakkı" olduğu belirlenmiştir. Özer ve Günay (2007)'ın hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerine yönelik yaptıkları çalışmada ise hekimlerin hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkını çok iyi bildikleri saptanmıştır

Bu çalışmada genel olarak sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyetine yönelik kurum uygulamalarının neredeyse en üst seviyede olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik olumlu tutumlarının kurum uygulamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak hasta aktivistleri derneğinin 2013 yılında yapmış olduğu bir çalışmada mahremiyet hakkının korunmadığını düşünenlerin oranı %63 olarak belirlenmiştir (Hasta hakları aktivistleri 2015). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla, hasta aktivistleri derneğinin yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarını karşılaştırdığımızda, sağlık çalışanlarının ve hastaların aynı doğrultuda düşünmedikleri sonucuna ulaşılmaktadır. Bu bağlamda hastalar mahremiyetlerine saygı gösterilmediğini ifade ederken, sağlık çalışanları ise tam tersi en üst düzeyde mahremiyetle ilgili kurullara uyduklarını belirtmektedir. Dolayısı ile aradaki bu düşünce farkının nerden kaynaklandığının başka çalışmalarla ortaya koyulması büyük bir önem arz etmektedir. Bu göstergeler hasta haklarının gündemimizde olduğundan daha çok tartışılması ve araştırılması gereğinin bir göstergesi olarak karşımızda durmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu kısmında araştırmadan elde edilen bulgular özet olarak sunulmakta ve bu kapsamda yapılması gerekenler hakkında öneriler dile getirilmektedir.

5.1. Sonuçlar

Bu çalışma sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi için yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlar şöyledir.

5.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Sonuçlar

- Üniversite hastanelerinden 140 (%29,7), Kamu hastanelerinden 181 (%38,4), Özel hastanelerden 150 (%31,8) olmak üzere toplam 471 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 244'ü (%51,8) 19-29, 158'i (%33,5) 30-39 ve 69'u(%14,6) ise 40 yaş ve üzeri arasında yer almaktadır.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet dağılımına bakıldığında 289'u (%61,4) kadın, 182'si (%38,6) erkeklerden oluşmaktadır.
- Medeni durum açısından 267'si (%56,7) evli, 204'ü (%43,3) bekarlardan oluşmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının 146'sı (%31,0) lise, 99'u (%21,0) ön lisans, 158'i (%33,5) lisans, 68'i (%14,4) lisansüstü eğitim almıştır.
- Sağlık çalışanlarının 152'si (%32,3) cerrahi birimlerde, 138'i (%29,3) dahili birimlerde, 99'u (%21,0) laboratuvar ve röntgende, 82'si (17,4) acil serviste çalışmaktadır.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bölümde çalışma süreleri incelendiğinde 300'ü (%63,7) 0-4 yıl, 133'ü (%28,2) 5-9 yıl, 38'i (%8,1) 10 yıl ve üzeri olarak belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarından 249 (%52,9) hemşire, 131 (27,8) teknisyen veya laborant, 91 (%19,3) hekim araştırmaya katılmıştır.

5.1.2. Kurum Uygulamalarına İlişkin Sonuçlar

- Kurum uygulamaları envanterindeki sorulara verilen cevaplara en yüksek puan alan 5 soru sırasıyla: *"Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir", "Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır", "Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır ", "Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir", "Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler*" şeklinde sıralanmıştır.
- Kurum uygulamaları envanterindeki sorulara verilen cevaplara en düşük puan alan beş soru ise: "Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur*", "Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır", "Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir", "Poliklinik odalarında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır", "Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir"* şeklinde sıralanmıştır.
- Poliklinik uygulamalarına ilişkin en yüksek puanı, "*Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımdadır"* sorusu alırken, en düşük puanı *"Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır*" sorusu almıştır.
- Doktor odası uygulamalarına ilişkin en yüksek puanı, "*Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmıştır*" alırken, en düşük puanı "*Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamaktadır*" sorusu almıştır.
- Görüntüleme odaları uygulamalarına ilişkin en yüksek puanı *"Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır" sorusu almıştır*. En düşük puanı ise*"Görüntüleme odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmektedir*" sorusu almıştır.
- Yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarıyla ilgili sorulara verilen cevaplarda en yüksek puanı "*Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmektedir" sorusu almıştır.* En düşük puanı ise *"Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu*

dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmektedir" sorusu almıştır.

- Acil servislere ilişkin en yüksek puanı "*Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir*" sorusu alırken, en düşük puanı "*Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmektedir*" sorusu almıştır.
- Hasta bilgileri uygulamalarının tespiti için sorulan sorulara verilen cevaplarda en yüksek puanı "*Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir"* sorusu almıştır. En düşük puanı "*Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir"* sorusu almıştır.
- Genel alanlarda mahremiyet uygulamalarını ölçmek için sağlık çalışanlarına yöneltilen sorulara en yüksek puanı *"Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler"* sorusu alırken en düşük puanı "*Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır" ve "Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur*" soruları almıştır.
- Hasta mahremiyetine yönelik kurum uygulamalarının genel anlamda kurumların hassas davrandıkları saptanmıştır.
- Kurumlar açısından özel hastanelerde işin doğası gereği hasta mahremiyetine daha fazla özen gösterildiği belirlenmiştir.
- Poliklinikler, Görüntüleme odaları, yataklı servisler ve yoğun bakım ünitelerinde en fazla özenin özel hastanelerde olduğu saptanmıştır.
- Hasta bilgileri, genel kullanım alanları, diyaliz üniteleri, doktor muayene odalarında devlet hastanelerinde en fazla özenin gösterildiği saptanmıştır.
- Bütün kurum uygulamaları açısından üniversite hastanelerinin hasta mahremiyeti konusunda en az özenin gösterildiği belirlenmiştir.

5.1.3. Personel Tutumlarına İlişkin Sonuçlar

- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik düşüncelerinde hasta mahremiyetinin koruması lehinde oldukça hassas oldukları saptanmıştır.
- Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası (% 64) hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir.

- Sağlık çalışanlarının mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime çoğunlukla (%89) gerek olduğu söyledikleri belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanları Hasta mahremiyeti konusunda çalışanların değerlendirilmesinden neredeyse yarısı (%46) hoşnut olmadıkları belirlenmiştir.
- Çalışanların poliklinik uygulamalarına yönelik tutumlarında "cinsiyet, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve eğitim durumu" açısından farklılık gösterdiği; medeni durum, eğitim alma durumu, çalışma süresi, meslek ve yaş grupları açısından ise farklılık göstermediği belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının doktor muayene odalarında mahremiyet uygulamalarına yönelik tutumlarında "*çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi, eğitim alma durumu"* açısından farklılık gösterdiği; "*eğitim durumu, meslek, yaş gruplar cinsiyet ve medeni durum"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.
- Çalışanların görüntüleme odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının "eğitim alma, çalışılan kurum ve çalışılan bölüm" göre farklılık gösterdiği, "cinsiyet ve medeni durum çalışma süresi, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları" açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.
- Çalışanların yataklı servis uygulamalarına yönelik *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi"* açısından farklılık gösterdiği; *"cinsiyet, medeni durum, eğitim alma durumu, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları"* açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.
- Sağlık çalışanların yoğun bakım üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm, çalışma süresi ve yaş grupları"* açısından farklılık gösterdiği diğer uygulamalarda ise farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
- Çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm, meslek, yaş grupları eğitim alma durumu ve cinsiyete"* göre farklılık gösterdiği, diğer uygulamalarda ise farklılık göstermediği saptanmıştır.

- Acil servis uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve meslek, eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği diğer uygulamalarda ise farklılık göstermediği belirlenmiştir.
- Çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm çalışma süresi ve eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği diğer uygulamalarda ise farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
- Çalışanların genel kullanım alanları uygulamalarına yönelik Tutumlarının *"çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi eğitim alma"* durumuna göre farklılık gösterdiği diğer uygulamalarda farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

5.2. Öneriler

- Hasta mahremiyeti konusunda kurumlar tarafından hasta mahremiyeti politikaları hazırlanmalı ve bu doğrultuda süreçlerin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Kurumda hasta bilgilerine, kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır ve filtreleme tekniği kullanılmalıdır.
- Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir.
- Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmalıdır.
- Hasta mahremiyeti konusunda hasta ve sağlık çalışanları için ölçek geliştirilmeli ve hasta mahremiyeti konusundaki sağlık çalışanlarının eğilimler ile sağlık kuruluşlarında mevcut hasta mahremiyeti uygulamalarının durumu saptanmalıdır.
- Hasta ve yakınlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmeli ve hukuki sorumluluklarının olduğu bildirilmelidir.
- Hasta mahremiyeti konusunda daha fazla kamuoyu oluşturulmalıdır.
- Hasta mahremiyeti ihlallerinin sebebinin belirlenmesi ve kök analizlerinin yapılması gerekmektedir.
- Hasta mahremiyeti ihlalleri ile ilgili sağlıklı istatistik tutulmalıdır.

- Hastanelerin fiziki durumlarından kaynaklanan hasta mahremiyeti kötü uygulamalarını iyileştirmesi yönünde işlem başlatılmalıdır.
- Mahremiyet hakkı ihlal edilen hastalar şikâyet konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Hasta mahremiyeti konusunda daha fazla akademik çalışma yapılması gerekmektedir.

5.3. Gelecekte Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumları incelenmiştir Ancak benzer bir çalışmanın hastaların bakış açısını da değerlendirilmesinin yapılması literatüre büyük bir katkı sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

Adalet Bakanlığı, 2014. Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Protokol, Erişim tarihi, 30 Eylül 2014. Erişim adresi, http://www.cte.adalet.gov.tr/ menüdekiler/mevzuat/protokol/adalet-saglik-icisleri.pdf

Akbulut S, 2012. Hasta Haklarının Anayasal Temeli. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

Akdemir N, Akkuş Y, Kapucu SS, Karacan Y, 2006. Hemodiyaliz ünitelerinde durum saptaması. Hacettepe Hemşirelik yüksekokulu dergisi. Erişim tarihi, 17 Aralık 2015. Erişim adresi, http://dergipark. Ulakbim .gov.tr/hunhemsire/article/view /5000052953/ 5000050269

Akten R, 2008. Hasta hakları uygulamaları. Ankara kariyer matbaacılık. s.7

Alan S, Erbay H, 2011. Tıp etiği açısından ambulans hizmetlerinde hasta mahremiyeti. Akademik acil tıp dergisi. s.33-38.

Aydemir İ, 2010. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Avcı Ç, 2012. Önemsenmeyen hasta mahremiyeti, Erişim tarihi, 05 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.zaman.com.tr/gundem_haber-yorum-onemsenmeyen-hasta-mahremiyeti-ne-olacak_1249417.html

Avcı F 2006. Ceza yargılamasında özel hayatın gizliliği hak ve hürriyetinin hukuka aykırı olarak elde edilen deliller nedeniyle ihlali. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Başbakanlık, 2007. İnsan Hakları Nedir T.C. Başbakanlık yayınları. Erişim tarihi, 22 Aralık 2015. Erişim adresi, www.cermik.gov.tr/ortak_icerik/cermik/insan%20hakları.doc

Çobanoğlu N,2009. Kurumsal ve uygulamalı tıp etiği, Eflatun yayınevi, s. 147.

Dalkılıç E, 2012. İnsan Hakları, Sağlık Hakkı, Hasta Hakları ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları. Erişim tarihi, 12 Ocak 2015. Erişim adresi, https://ezgidalkilic.wordpress.com/2012/12/24/insan-haklarisaglik-hakkihasta-haklari-ve-hemsirenin-rol-ve-sorumluluklari/

Medimagazin, 2014. Sağlık bakanlığı mahremiyet kurallarını belirledi. Erişim tarihi, 15 Ocak 2016. Erişim adresi, http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-saglikta-mahremiyet-kurallari-2-12-62271.html

Gezgin M.F. Hukukun Temel Kavramları ,İstanbul,2006.s.139

Göçmen E, 2005.Temel Hasta Hakları", Güncel Hukuk, Sayı: 13, s.59

Görkey Ş, 2013. Sağlıkta sır saklama ve veri paylaşımı. Türk dişhekimleri birliği sayı 18. S:7.

Güden E, Öksüzkaya A, Balcı E, ve ark . 2012. Radyoloji Çalışanlarının Radyasyon Güvenliğine İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışı. Sağlıkta Performans ve kalite dergisi. Sayı, 3 s.29-45.

Gürbüz A, 2003. J. J. Rousseau ve toplum sözleşmesi kuramı'nın değeri. Elektronik sosyal bilmer dergisi Sayı,4 Erişim tarihi, 20 Aralık 2015. Erişim adresi, http://dergipark.ulakbim. gov.tr/esosder /article/ view/ 5000067894

Hasta hakları aktivistleri, 2015. Bilinmeyen hak mahremiyet. Erişim tarihi 03 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.hastahaklari.net/Bilinmeyen-Hak-%E2%80%9C-Mahremiyet-%E2%80%9D-376-haberi.aspx

İpek E, 2009. Hastanın yasal sorumlulukları ve hakları. Bitirme tezi. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir.

İslamoğlu A, Alnıacık Ü, 2013.Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (SPSS Uygulamalı).Beta yayınevi İstanbul 2013, s.278

Kaçar H, 2008. Hastanede yatan hastaların hasta hakları konusunda bilgi düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Karasar N, 2009. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler. 9. Basım, Ankara, Nobel Yayıncılık.

Karagöz Y, 2002. Liberal öğretide adalet, hak ve özgürlük. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 26 S, 267-295. Erişim tarihi 9 Aralık 2015. Erişim adresi, http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/ makale/73.pdf

Key dictionary, 2010. Ertem basım yayın dağıtım 3.baskı Ankara, s:1040.

Kılıçarslan N, Yılmaz F, Tarım M, 2012. Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması. Sağlıkta Performans ve kalite dergisi. Sayı, 3 s.47-62.

Mediatekzip, 2015. Habertürk' ün manşetine sanalalemden tepki. Erişim tarihi 03 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.medyatekzip.com/haberturkun-mansetine-sanal-alemden-tepki-4628h.htm

Memurhaber, 2014. Sağlık sisteminde devrim gibi uygulama. Erişim tarihi , 05 Kasım 2014. Erişim adresi, http://www.memurhaber.com/saglik-sisteminde-devrim-gibi-uygulama-h24232.html

Memurlar net, 2014. Sağlık Bakanlığı, hasta bilgilerinin işlenmesi ve mahremiyetinin sağlanması. Erişim tarihi 26 Eylül 2014. Erişim adresi, http://www.memurlar.net/haber/318619/

Milliyet, 2015. Verilen kandan hiv virüsü bulaştı. Erişim tarihi, 04 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.milliyet.com.tr/verilen-kandan-hiv-virusu-bulasan-aids-li-yusuf-un-drami/ gundem/gundemdetay/31.05.2011/1396855/default.htm

Namlı S, 2013. Bilinmeyen hasta hakları, Erişim tarihi, Hasta Hakları Aktivistleri Derneği Ocak 2013, İstanbul http://www.hastahaklari.net/ Bilinmeyen-Hak- %E2%80%9C-Mahremiyet-%E2%80%9D-376-haberi.aspx

Oğuz NY, 1997. Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişmeler. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, Sayı,5:2. s.50-55.

Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998. 23420 sayılı "Hasta Hakları Yönetmeliği"

Resmi Gazete, Tarih:27,05.1949. 7217 sayılı Bakanlar kurulu kararı.

Resmi Gazete, Tarih 27.06.2015. "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik"

Roagna I, 2012. Avrupa Konseyi insan hakları el kitapları. Erişim tarihi, 17 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.yargitay.gov.tr /abproje/belge/kitaplar/OzelHayataSaygiHakki.pdf

Sağlık Bakanlığı, 2015. Sağlıkta kalite standartları. Erişim tarihi, 21 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www. kalite. saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=250

Sağlık Bakanlığı, 2015. SKS versiyon 5 yayınlandı. Erişim tarihi 05 Aralık 2015. Erişim adresi, https://kalite. saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page= 46&newsCat= 1 & news ID=1248

Sağlık Bakanlığı, 2015. Hasta hakları istatistikleri. Erişim tarihi 06 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www. saglik. gov.tr/Hastahaklari/dosya/1-94773/h/2008--hasta-haklari-istatistikleri.pdf

Sağlık Bakanlığı 2015, Hasta hakları uygulama yönergesinin kaldırılmasına dair yönerge. Erişim tarihi, 21 Aralık 2015. Erişim adresi, www. saglik .gov.tr/ Hastahaklari/dosya/1-95045/h/yönerge-degisikligi.pdf.

Sayek F, 1998. Sağlıkla ilgili ulusal belgeler. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. Sayı,3. s.5

Sert G, 2007. Tıp etiği ve tıp hukuku açısından sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı kavramı. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Soykan Ö.N, İnsan haklarına kavramsal bir çözümleme. Türk dünyası sosyal bilimler dergisi. Sayı: 64, Yaz 2013, sL229-246.

Sur H, Söylemez D, Özkan E, Belirgen M, Toker S, Ercan H, Hayran O, 2000. Hekim ve Hastaların Hasta Haklarına Yaklaşımları. 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Bildiri Kitabı, S: 403-407.

Sungurbey İ, 1997. Hak Nedir? Hayrettin Ökçesiz, Çağdaş Hukuk Felsefesi ve Hukuk Kuramı İncelemeleri, İstanbul, Alkım Yayınları, 1997, s. 152.

Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K, 2004.Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. 5. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Basım ve Yayım.

Şen Y, 2015. İslâm Hukûkuna Göre Sağlık Hizmetlerinde mahremiyet hakkı. Ekev akademi dergisi Yıl: 19 Sayı: 61 (Kış 2015)

Timetürk, 2015. Hastanelerde yaşanan mahremiyet ihlalleri. Erişim tarihi, 01 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.timeturk.com/tr/2013/01/19/hastanelerde-yasanan-hastanelerd-yasanan-mahremiyet-ihlalleri.html

Toker H, Altun D, 2015. Toplumsal Şiddetin Aktarım Yoluyla Yeniden Üretilmesi: Basının Televizyonlaşması Bağlamında Şefika Etik Cinayeti. Selçuk İletişim, 2015, 9 (1): s.115-140

Topal F.E, Şenel E, Topal F, Mansuroğlu C, 2013. Bir devlet hastanesinin acil klineğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi, Sayı,5. s.199-205

Topbaş M, Özlü T, Çan G, Bostan S, 2005. Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İntern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri. Turkiye Klinikleri J Med Ethics, Sayı,13. s.81-85.

Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2014. Türkiye cumhuriyeti anayasası. Erişim tarihi 05 Aralık 2014. Erişim adresi, http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf .

Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2015. Türk ceza kanunu. Erişim tarihi 29 Ekim 2015. Erişim adresi, http://www. tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html

Türk Dil Kurumu, 2014. Güncel Türkçe sözlük arama mahremiyet. Erişim tarihi 29 Mayıs 2015. Erişim adresi, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567925ccba 8555. 34733907

Türk Dil Kurumu, 2015. Güncel Türkçe sözlük arama hak. Erişim tarihi 17 Aralık 2015. Erişim adresi, http: //www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567925c 5e5fd95.01076429

Türk Tabipler Birliği, 2009. Fusun Sayek TTB raporları Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler. Erişim tarihi, 21 Aralık 2015. Erişim adresi, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/belgeler2009.pdf

Türk Tabipler Birliği, 2013.Hasta haklarının tanımı ve gelişme süreci. Erişim Tarihi 12 Ocak 2016. Erişim adresi, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65

Ünalan D, Öztürk A, Tolga Y, Taşdelen C, Yazlak Z, Öğüt E, Gündüz E, Elmalı F, 2007.Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 3, s.8.

Ünsal A, Bulucu G, Kura E, Ercan Y, 2010. Poliklinik hizmeti alan hastaların hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri. Fırat sağlık hizmetleri dergisi, Cilt 6, Sayı 17.

Yaman Ö.F, 2015. İnsan Hakları Perspektifinden Medine Vesikası İle Magna Carta'nın Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Turgut Özal Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Yerel Demokrasi, 2016. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi. Erişim tarihi: 08 Ocak 2016, Erişim adresi, http://yereldemokrasi.net/basvurulacak-makamlar/.

Yörükhan T, 2008. Bir İlişki Düzenleme Süreci Olarak Mahremiyet. Tisk akademi II, S 129.

Yüksel M, 2003.Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi dergisi. s:181:212

Yüksel M, 2009. Mahremiyet hakkına ve bireysel özgürlüklere felsefi yaklaşımlar. Ankara Üniversitesi Sosyal bilimler fakültesi dergisi. s. 275:278

Zabunoğlu H.G, 2012. Siyasal Hak ve Özgürlüklerin Kapsamı ve Sınırları. Doktora tezi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

WHO 2000. World Health Report 2000, Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.

Wikipedia, 2014. İnsan hakları evrensel beyannamesi. Erişim tarihi 30 Mayıs 2014. Erişim adresi http://tr.wikisource.org/wiki/%C4% B0nsan_Haklar%C4%B1_Evrensel_Beyannamesi.

Wikipedia, 2015. Mahrem. Erişim tarihi 01 Aralık 2015, Erişim adresi, https://tr.wikipedia. org/wiki/Mahrem.

Wikipedia, 2016. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi. Erişim tarihi: 08 Ocak 2016, Erişim adresi,https://tr.wikipedia.org/wiki/Avrupa_%C4%B0nsan_Haklar%C4%B1_Mahkemesi.

Wilen Berg J, 2011. Patient Confidentiality: Privacy and Public Health. Erişim tarihi 03 Aralık 2015. Erişim adresi, http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/bioethics/art3401.html.

Williams JI, 1971. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique, Vol. 62, No. 6 (November/December 1971), pp. 490-495.

7.EKLER

EK A-Anket Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA MAHREMİYETİNE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ (KONYA ÖRNEĞİ)

Bu anket, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'nda "Sağlık Çalışanlarının H asta Mahremiyetine Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi (Konya Örneği)" amacıyla düzenlenmiş olup, sağlık çalışanlarının "Mahremiyet" konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi sonucunda aynı adlı yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Tamamen bilimsel amaçlı olarak yürütülen bu çalışmada, demografik özellik taşıyan cevaplar tamamen gizli tutulacaktır. Bu bilimsel çalışmaya vermiş olduğunuz katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Kubilay ÖZER

Araştırmacı

1) Çalıştığınız Kurum : ……

2) Çalıştığınız Bölüm : ……

3) Bölümde Çalışma Süreniz (Yıl) : ……

4) Cinsiyetiniz : ☐ Kadın ☐ Erkek

5) Medeni Durumunuz : ☐ Evli ☐ Bekar

6) Eğitim Durumunuz : ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisans ☐ Lisans Üstü

7) Mesleğiniz : ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐

Diğer……..

8) Yaşınız : ……

9) Son bir yıl içerisinde hasta mahremiyeti ile ilgili eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

10) Mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime gerek vardır.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım

☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

11) Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değerdir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım

☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

12) Hastaların mahremiyet hakkı hastalığın tedavisi kadar önemli değildir.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım

☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

13) Hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz.

☐ Kesinlikle Katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım

☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

Kategori 1) Poliklinikte Hasta Mahremiyeti	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Kurumumuzda Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımdadır.			
2-Kurumumuz Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamaktadır.			
3-Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.			
4-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.			
5-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.			

Kategori 1.1) Poliklinikte Hasta Mahremiyeti	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Kurumunuzda Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.					
2-Kurumunuzda Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.					
3-Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.					
4-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir					
5-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.					

Kategori 2) Doktor Odasında Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmıştır.			
2-Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamaktadır.			
3-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmektedir.			
4-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmektedir.			

Kategori 2.1) Doktor Odasında Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmış olmalıdır.					
2-Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamalıdır.					
3-Hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.					
4-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.					

Kategori 3) Görüntüleme Odasında Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmaktadır.			
2-Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmaktadır			
3-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapıların dışarıdan açılması engellenmektedir			

Kategori 3.1) Görüntüleme Odasında Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmalıdır.					
2-Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmalıdır.					
3-Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.					

Kategori 4) Yataklı Servislerde Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgilerin üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenmektedir.			
2-Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.			
3-Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmektedir.			
4-Ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hastanın mahremiyetine özen gösterilmektedir.			
5-Pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir.			
6-Doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmektedir.			
7-Hemşirerin nöbet değişimi sırasında hasta başında yapılan devir teslimlerde mahremiyete dikkat edilmektedir.			
8-Hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin tarafından görülmesi engellenmektedir.			
9-Hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmektedir.			
10-Hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımlarında mahremiyete dikkat edilmektedir.			

Kategori 4.1) Yataklı Servislerde Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.					
2-Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.					
3-Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir.					
4-Ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hasta mahremiyetine özen gösterilmedir.					
5-Pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.					
6-Doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.					
7-Hemşire nöbet değişimlerinde hasta başında yapılan devir teslimde mahremiyete dikkat edilmelidir.					
8-Hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin görmesi engellenmelidir.					
9-Hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmelidir.					
10-Hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımda mahremiyete dikkat edilmelidir.					

Kategori 5) Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmaktadır.			
2-Bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmektedir.			

Kategori 5.1) Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.					
2-Bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmelidir.					

Kategori 6) Diyaliz Ünitelerinde Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Hastaların soyunma-giyinme işlemlerini rahatlıkla yapabilmesi için hasta soyunma odaları ve yeterli sayıda elbise dolabı bulunmaktadır.			

Kategori 6.1) Diyaliz Ünitelerinde Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Hastaların soyunma-giyinme işlemlerini rahatlıkla yapabileceği hasta soyunma odaları ve yeterli sayıda elbise dolabı bulunmalıdır.					

Kategori 7) Acil Servis Ünitelerinde Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Her bir kabin perde/paravanla ayrılmakta ve mahremiyete dikkat edilmektedir.			
2-Hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmektedir.			
3-Bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.			

Kategori 7.1) Acil Servis Ünitelerinde Mahremiyet	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1-Her bir kabin perde/paravanla ayrılmalı ve mahremiyete dikkat edilmelidir.					
2-Hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmelidir.					
3-Bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.					

Kategori 8) Hasta Bilgileri ve Mahremiyet	Evet	Hayır	Kısmen
1-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsi kaydedilmektedir.			
2-Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmıştır.			
3-Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmıştır.			
4-Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmıştır.			
5-Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmektedir.			
6-Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreçler bulunmaktadır.			
7-Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreçler (kim tarafından, ne zaman yapıldığı, nerede saklandığı vb.) tanımlanmıştır.			
8-İşlem yapacak personeller kendini tanıtmaktadır.			
9-Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmaktadır.			
10-Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmaktadır.			
11-Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilir.			

Kategori 8.1) Hasta Bilgileri ve Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsinin kaydedilmesi gerekir.					
2-Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmalıdır.					
3-Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmalıdır.					
4-Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır.					
5-Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmelidir.					
6-Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreç izlenebilmelidir.					
7-Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreç (kim tarafından, ne zaman yapılacağı, nerede saklanacağı vb.) tanımlanmış olmalıdır.					
8-İşlem yapacak personel kendini tanıtmalıdır.					
9-Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmalıdır.					
10-Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmalıdır.					
11-Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir.					

Kategori 9) Genel Alanlarda Mahremiyet	**Evet**	**Hayır**	**Kısmen**
1-Görevli personeller işini yaparken hastaya kendini tanıtmaktadır.			
2-Emzirme odalarına perde ve paravan bulunmaktadır.			
3-Kan alma gibi işlemlerde perde ya da paravan kapatmadan organ açılmamaktadır.			
4-Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.			
5-Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmektedir.			
6-Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikayet ederler.			
7-Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam eder			
8-Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler			
9-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahele edilmez			
10-Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulur			
11-Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar verir			
12-Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez			

Kategori 9.1) Genel Alanlarda Mahremiyet	**Kesinlikle Katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
1-Görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmalıdır.					
2-Emzirme odalarına perde ve paravan koyulmalıdır.					
3-Kan alma gibi işlemlerde perden ya da paravan kapatmadan organ açılmamalıdır.					
4-Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir.					
5-Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyet korunması yönünde gereken özenli yaklaşım gösterilmelidir.					
6-Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikayet edebilmelidir.					
7-Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılsalar bile mahremiyet hakları devam etmelidir.					
8-Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler					
9-Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahele edilmemelidir.					
10-Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulmalıdır.					
11- Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermelidir.					
12-Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermemelidir.					

Anket çalışmama katıldığınız için teşekkür ederim.

8. ÖZGEÇMİŞ

• Aslen Konya'nın Ilgın İlçesindenim. 17/12/1970 yılında babamın doğu görevi yaptığı Şırnak İli Uludere İlçesinde ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya gelmişim. Askerliğimi Isparta'da kısa dönem olarak yaptım. Evli ve 3 çocuk babasıyım.

EĞİTİM DURUMU :

2010 yılı İnönü Üniversitesi Sağlık Eğitimi Bölümünde Lisans tamamladım.(2.Lisans)

2005 yılında Ankara Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü Tıbbi İstatistik ve Bilgisayar bölümünden mezun oldum.

1998 yılında A.Ü. İktisat Fakültesinden mezun oldum.

1989 yılında Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Toplum Sağlığı bölümünden mezun oldum.

İlk ve orta eğitimimi Konya-Beyşehir ilçesi Kurucuova kasabasında tamamladım.

İŞ TECRÜBESİ :

2013 Şubat ayından itibaren Necmettin Erbakan Üniversite Dişhekimliği Fakültesi Hastane müdürü

2012-2013 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokul Sekreterliği

2008-2012 yılında kurumlar arası geçişle Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesine atandım. Müdür Yardımcılığı, Hastane Müdürlüğü, Başmüdürlük ve Selçuklu ve Meram Tıp Fakülteleri Kalite Koordinatörlüğü.

2005-2008_ Şanlıurfa İl Kadın Doğum Hastanesi Müdür Yardımcılığı, Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü, ve Şanlıurfa İl Kalite Koordinatörlüğü üyesi,

1994-2000 Konya-Ilgın Merkez Sağlık Ocağı,1991-1994 Van-Erciş Altındere Sağlık Ocağı 1989-1991 Bitlis-Güroymak Sağlık Ocağı Sağlık Memuru,

YAYINLAR:

Ankara ilinde aşı ve biyolojik ürün sata ecza depolarında soğuk zincir uygulamaları (Sağlık Eğitim Enstitüsü bitirme tezi 2005)

Kamu ihale mevzuatında ihalelere katılmaktan yasaklama prosedürü. (9.Sağlık kuruluşları yönetimi kongresi 26-29 Mayıs 2011 Kıbrıs)

TSE ISO 10002 Müşteri memnuniyeti yönetim sistemi üniversite hastanesi uygulaması(2.Uluslararası Sağlık Yönetimi kongresi 11-14 Mayıs 2011 Antalya)

Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Değişen Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektörüne Etkisi(7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 27-29 Eylül 2013Konya)