

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN SAĞLIK KAYITLARINDA GÜVENLİK,
GİZLİLİK VE MAHREMİYET UYGULAMALARINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Gamze KARAKÖSE

**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2021

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN SAĞLIK KAYITLARINDA GÜVENLİK,
GİZLİLİK VE MAHREMİYET UYGULAMALARINA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

Gamze KARAKÖSE

**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sergül DUYGULU**

**ANKARA
2021**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyet Uygulamalarına
İlişkin Görüşleri

Öğrenci: Gamze KARAKÖSE

Danışman: Doç.Dr.Sergül DUYGULU

Bu tez çalışması 05.08.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Hizmetleri
Yönetimi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr.Deniz TANYER
(Selçuk Üniversitesi)

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Sergül DUYGULU
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr.Fahriye VATAN
(Ege Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr.Fatoş KORKMAZ
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Seher BAŞARAN AÇIL
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili
maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

01 Eylül 2021

Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.

01/09/2021

Gamze KARAKÖSE

1 “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. * Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç.Dr.Sergül DUYGULU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne göre yazıldığını beyan ederim.

Gamze KARAKÖSE

TEŞEKKÜR

Tez danışmanı olarak araştırmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren, yüksek lisans eğitimimin her aşamasında mesleki bilgisi ile yol gösteren danışmanım Sayın Doç.Dr. Sergül DUYGULU'ya,

Araştırmanın veri toplama aracına uzman görüşü ile katkı veren Sayın Doç.Dr. Süheyla Abaan, Doç.Dr. Fatoş Korkmaz, Dr.Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl, Prof.Dr. Havva Öztürk, Güven Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Uzman Hemşire Birsen Civil'e,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli kurum izni veren Güven Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi ve Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Başhekimliğine,

Araştırmanın uygulamasına katılarak içtenlikle katkı veren tüm servis hemşirelerine, sorumlu hemşirelere ve eğitim hemşirelerine,

Araştırmaya görüşleri ile katkı sunan değerli jüri üyeleri Doç.Dr. Deniz Tanyer, Doç.Dr. Fahriye Vatan, Doç.Dr. Fatoş Korkmaz, Dr.Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl'a,

Her zaman yanımda olan desteğini ve fedakârlığını esirgemeyen değerli eşim Fatih KARAKÖSE'ye, her zaman arkamda dualarını hissettiğim babam, annem ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma sonuçlarının ülkemizdeki bilimsel üretime katkı getirmesi ve hemşirelerin sağlık hizmet sunumu sürecinde faydalı olmasını dilerim.

Gamze KARAKÖSE

Eylül, 2021

Ankara

ÖZET

Karaköse, G. Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyet Uygulamalarına İlişkin Görüşleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021. Bu çalışma sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet (SKGGM) uygulamalarını etkileyen faktörler ve çözüm önerilerine ilişkin hemşire görüşlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve tanımlayıcı-fenomenolojik olmak üzere sıralı açıklayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın nicel bölümü tanımlayıcı araştırma olarak tasarlanmıştır. 272 hemşire örnekleme yer almıştır. Veriler Ekim-Aralık 2019 tarihlerinde “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışmanın nitel bölümü tanımlayıcı-fenomenolojik araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın örnekleminde 21 hemşire yer almıştır. Veriler Aralık 2019 tarihinde odak grup görüşmesi yöntemiyle “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için yapılan içerik analizinde verilerin kavramlaştırılması ve temaların ortaya çıkarılması sağlanmıştır. Nicel bulgulardan elde edilen başlıca sonuçlar; hemşirelerin şifre güvenliğine yeteri kadar uymadığı, günlük işleyişte hasta bilgilerinin gizliliğinin ve mahremiyetinin sağlanması için gerekli tüm tedbirleri almadıkları yönündedir. Hemşirelerin yarıya yakını çalıştıkları hastanede SKGGM’nin sağlanması açısından hemşirelerin birincil derecede sorumlu olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması konusunda yaşlarına, kurumdaki süreye, çalıştıkları kliniğe ve eğitim alma durumlarına göre farklılık vardır. Gizliliğinin sağlanması konusunda çalıştıkları pozisyona ve eğitim alma durumuna göre farklılık vardır. Mahremiyetinin sağlanması konusunda çalıştıkları kliniğe ve eğitim alma durumlarına göre farklılık vardır. Görüşmelerden elde edilen sonuçlar, hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasıyla ilgili olarak erişim güvenliği, fiziki güvenlik ve idari güvenlik konularına, gizliliğin sağlanmasında ise sağlık çalışanlarının davranışlarına odaklandıklarını göstermektedir. Hemşireler sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasıyla ilgili olarak kurumsal düzenlemeler, hastane çalışanlarının davranışları ile hasta/hasta yakınlarının davranışları konularına odaklanmışlardır. Hemşirelere göre SKGGM’nin sağlanması için öncelikle konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılması, etik anlayışının güçlendirilmesi, çalışanların eğitim alması, teknolojinin uygun kullanımına ilişkin düzenlemeler ve kontrolünün sağlanması, yönetsel düzenlemelerin yerine getirilmesi ve olay bildirim sisteminin sağlık kayıtları detayında özelleştirilmesi önemlidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yönetici hemşireler, sağlık kuruluşları, meslek örgütleri ve araştırmacılara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Kayıtları, Güvenlik, Gizlilik, Mahremiyet, Hemşire

ABSTRACT

Karaköse, G. The Views of Nurses on Practices of Security, Confidentiality and Privacy in Health Records, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Program of Nursing Services Management, Master Thesis, Ankara, 2021. This study has been carried out in sequential descriptive pattern as descriptive and descriptive-phenomenological with the aim of analyzing the views of nurses on factors that affect the practices of security, confidentiality and privacy in health records (SCPHR) and solution suggestions. Quantitative section of the study has been designed as descriptive research. 272 nurses have taken part in the sample. Data has been collected using “Introductory Information Form” and “Form of Nurse’s View on Security, Confidentiality and Privacy of Health Records” in October-December 2019. Descriptive statistics have been used in data assessment. Qualitative section of the study has been designed as descriptive-phenomenological research. 21 nurses have taken part in the sample of the study. The data has been collected using “Semi-Structured Interview Questions” with the method of focus group interview in December 2019. In the content analysis carried out to assess the data, conceptualization of data and disclosure of the themes have been provided. Main results obtained from quantitative findings indicate that nurses do not abide by password security as required and that they do not take all the required measures in order to ensure the confidentiality and privacy of the patient information in daily process. Nearly half of the nurses think that nurses are responsible primarily in the hospitals they work at in terms of providing SCPHR. There is difference between nurses in terms of providing the security of health records in the facilities they work at according to their ages, their time period in the facility, the clinic they work at and their trainings. In terms of providing confidentiality, there is difference according to their positions and trainings. In terms of providing privacy, there is difference according to the clinic they work at and trainings. The results obtained from the interviews show that nurses focus on the topics of access security, physical security and administrative security in terms of providing the security of health records and that they focus on behaviors of healthcare professionals in terms of providing confidentiality. Nurses have focused on the topics of corporate regulations, behaviors of hospital employees and behaviors of patients/patient relatives in terms of providing the privacy of health records. According to nurses, in order to provide SCPHR, firstly, it is important to make relevant legal regulations, to strengthen the ethical approach, to train the employees, to provide regulations and control in terms of proper usage of technology, to provide execution of administrative regulations and to customize incident reporting system specific to health records. In accordance with the results obtained from the research, suggestions have been made for nurse managers, healthcare organizations, professional associations and researchers.

Keywords: Health Records, Security, Confidentiality, Privacy, Nurse

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Nicel Bölümünün Amacı	6
1.3. Araştırmanın Nitel Bölümünün Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlık Kayıtları	7
2.1.1. Kişisel Veri, Sağlık Verisi	8
2.2. Sağlık Verisinin Sahip Olduğu Özellikler	9
2.2.1. Güvenlik	9
2.2.2. Gizlilik	11
2.2.3. Mahremiyet	12
2.2.4. SKGGM’yi Sürdürmeye Yönelik Ulusal ve Uluslararası Düzenlemeler	12
2.2.5. Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Yapılmış Çalışmalar	17
2.3. Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyet Uygulamalarını Sürdürmede Yönetici Hemşirelerin Sorumlulukları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25

3.3.1. Araştırmanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem	25
3.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	29
3.4.2. Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu	29
3.4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	30
3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması	30
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	31
3.5.1. Araştırmanın Nicel Verilerinin Toplanması	31
3.5.2. Araştırmanın Nitel Verilerinin Toplanması	32
3.5.3. Nitel Verinin Geçerlik ve Güvenirliği	33
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi	36
3.6.1. Araştırmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerinin Analizi	36
3.6.2. Araştırmanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerinin Analizi	37
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	37
4. BULGULAR	39
4.1. Araştırmanın Nicel Bölümüne İlişkin Bulgular	39
4.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
4.1.2. SKGGM'ye İlişkin Hemşire Görüş Formuna Yönelik Bulgular	43
4.1.3. Hemşirelerin SKGGM'ye İlişkin Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımına Yönelik Bulgular	46
4.2. Araştırmanın Nitel Bölümüne İlişkin Bulgular	50
4.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	50
4.2.2. SKGGM'nin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerilerine Yönelik Niteliksel Bulgular	52
5. TARTIŞMA	67
5.1. Sağlık Kayıtlarına Yönelik Yapılan Düzenlemelere İlişkin Bulguların Tartışması	67
5.2. Hemşirelerin SKGGM'ye İlişkin Genel Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Tartışması	69
5.3. SKGGM'nin Sağlanmasına İlişkin Nicel ve Nitel Bulgularının Tartışması	72

5.3.1. Sağlık Kayıtlarının Güvenliğine İlişkin Bulguların Tartışması	72
5.3.2. Sağlık Kayıtlarının Gizliliğine İlişkin Bulguların Tartışması	75
5.3.3. Sağlık Kayıtlarının Mahremiyetine İlişkin Bulguların Tartışması	77
5.3.4. SKGGM’yi Etkileyen Faktörlere ve Çözüm Önerilerine İlişkin Bulguların Tartışması	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	83
6.1. Sonuçlar	83
6.2. Öneriler	85
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER	
EK-1: Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK-2: Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu	
EK-3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	
EK-4: Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni	
EK-5: Hastane İzinleri	
EK-6: Gönüllü Katılım Formları	
EK-7: Tez Orjinallik Raporu	
EK-8: Dijital Makbuz	
EK-9: Güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin yapılmış çalışmaların özeti	
EK-10: Bireysel ve mesleki özelliklerine göre bakımları altındaki bireylerin SKGGM’nin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri	
9. ÖZGEÇMİŞ	115

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	American Nurses Association - Amerikan Hemşireler Birliği
BGYS	Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi
GDPR	General Data Protection Regulation - Avrupa Birliği'nin Genel Veri Koruma Yönetmeliği
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act - Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası
ICN	International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Birliği
JCI	Joint Commission International - Uluslararası Ortak Komisyon
KVKK	Kişisel Verileri Koruma Kurumu
NCBSN	National Council of State Boards of Nursing - ABD Ulusal Hemşirelik Konseyi
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
SKGGM	Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyet
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
TCK	Türk Ceza Kanunu
THD	Türk Hemşireler Derneği
TTB	Türk Tabipler Birliği

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
4.1. Araştırmanın tematik yapısı	53

TABLolar

Tablo		Sayfa
3.1.	Hastanelerden araştırmaya katılan hemşire oranları	27
4.1.	Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	40
4.2.	Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki sağlık kayıtlarına yönelik düzenlemelere ilişkin görüşleri	41
4.3.	SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin genel hemşire görüşleri	42
4.4.	SKGGM'ye ilişkin hemşire görüşlerinin dağılımı	44
4.5.	Bireysel ve mesleki özelliklerine göre çalıştıkları kurumda SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri	47
4.6.	Yarı yapılandırılmış görüşme sorularını yanıtlayan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	51
4.7.	Sağlık kayıtlarında güvenliğin sağlanmasını etkileyen faktör konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu	54
4.8.	Sağlık kayıtlarında gizliliğin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu	58
4.9.	Sağlık kayıtlarında mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu	60
4.10.	Sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler için zm nerileri konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu	63

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık kaydı, kişiye sağlanan sağlık hizmetleri ve kişinin fiziksel-ruhsal sağlığına ilişkin, geçmişten şimdiye kadar uzanan bilgilerin derlemesidir. Sağlık hizmetinin kim tarafından, ne yapıldığı, ne zaman yapıldığı, nerede yapıldığı, neden yapıldığı ve nasıl yapıldığı sağlık kayıtları ile belgelenmektedir (1). Sağlık kayıtları kâğıt üzerinde ya da elektronik ortamda oluşturulup, saklanabilmektedir. Elektronik sağlık kaydı, hasta bilgilerini yetkili kullanıcılara anında ve güvenli bir şekilde sunan gerçek zamanlı hasta merkezli kayıtlardır (2). T.C.Sağlık Bakanlığı elektronik sağlık kaydını, *“kişinin geçmişten bugüne fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili elektronik ortamda kayıt altına alınan ve işlenen her türlü bilgi”* olarak tanımlamaktadır (3).

Sağlık kayıtları bireysel hakların korunması, resmi ve yasal işlemler, mahremiyetle ilgili hakların kullanılması ve bireylerin sağlık durumlarının tespit edilmesinin temelini oluşturmaktadır (1, 4). Sağlık kayıtları, yöneticiler, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından bireyin bakım ve tedavisinin sürdürülmesi, sunulan hizmetin kişiye özel hale getirilmesi ve planlanması için kullanılmakta ve saklanmaktadır.

Sağlık kaydı, hastalık öyküsü, sağlık bakım planları, değerlendirme notları, tanı, bakım, tedavi, ilerleme bilgileri, sonuç raporları ve gelecekteki sağlık durumu hakkındaki bilgileri içermektedir (1). Bu sağlık kayıtlarının içerisinde demografik bilgiler, sigorta bilgileri, reçeteler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psikolojik sorunlar, fiziksel istismar vb. konulara ait hassas bilgiler de bulunabilmektedir. Bir başka deyişle sağlık kayıtları kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığına ilişkin bilgileri içerirken, aynı zamanda sosyal davranışları, kişisel ilişkileri ve finansal durumu hakkında da bilgi içerebilmektedir (5). Bu hassas bilgileri içeren sağlık kayıtlarında yaşanan ihlaller her geçen gün artmaktadır. Sağlık bilgilerine ilişkin ihlaller güvenlik tedbirlerinin sağlanamamasından kaynaklanırken, bu ihlallerin sonucunda gizlilik ve mahremiyete ilişkin olumsuz sonuçlar doğmaktadır (6).

Sağlık kayıtlarında güvenlik kavramı, *“sağlık bilgilerine erişmeye yetkili kişilere veya kurumlara erişim izni verirken, üçüncü kişilere erişimi engellemek için alınan bireysel ve elektronik önlemler”* olarak tanımlanmaktadır (7, 8). Mahremiyet

ve gizlilik birbiriyle ilişkili olmakla beraber aynı kavramlar değildir. Mahremiyet hakkı, her bireyin sahip olduğu geniş tabanlı bir haktır ve ahlaki temellere daha yakındır (9, 10). Gizlilikteki gibi bir birey ile diğeri arasında özel bir ilişkiye bağlı değildir. Mahremiyet, kişisel bilgilerin kime ve hangi amaçlarla paylaşılacağına karar verme hakkını saklı tutmaktadır (10). Gostin (1995)'e göre bireysel bir hak olan mahremiyet *“kişinin bilgilerine başkaları tarafından erişimin sınırlanmasıdır”* (11). Westin (1967)'e göre mahremiyet *“belirli bir işlev için hangi kişisel bilgilerin toplanması veya saklanması gerektiğinin”* sınırlarını çizmektedir. Gizlilik ise *“kabul edilmiş amaçlar için toplanan kişisel verilerin, toplanan kuruluş tarafından nasıl muhafaza edilip kullanılacağıının”* sınırlarını çizmektedir (12). Hassas verilerin yer aldığı sağlık kayıtlarının güvenliği sağlanamadığında temel bir hak olan mahremiyet ihlali ve sağlık profesyoneli ile birebir ilişkiye dayanan gizlilik ihlali meydana gelmekte, hizmet alan bireyler, çalışanlar ve kurum zarar görmekte (11, 13-15), yasal ve etik problemler ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık kayıtlarının korunmasında bütünlüğün sağlanması, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin ortak sorumluluğudur (16). Nitekim uluslararası ve ulusal düzeydeki düzenlemeler de sağlık profesyonellerine sağlık kayıtlarının güvenliği, gizliliği ve mahremiyeti alanında sorumluluk yüklemektedir. Amerikada sağlık hizmetlerinde bilgi güvenliği standartlarını belirlemek amacıyla yürürlüğe giren ve konuyla ilgili çalışmalarda rehber olarak esas alınan Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA), sağlık verilerinin mahremiyeti ve güvenliğine ilişkin sağlık kurumlarının ve profesyonellerinin sorumluluklarını belirlemiştir (17, 18). İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi (19) ve Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesinde (20) özel hayatın gizliliği hakkı korunmuştur. Yine Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde (21) özel hayatın gizliliği vurgulanmıştır. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi (22), Amsterdam Bildirgesi (23), Bali Bildirgesi (24), Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'nde (Ana Sözleşmesi) (25) kişinin sağlık bilgileri ile ilgili gizlilik ve mahremiyet hakkının olduğu ifade edilmektedir.

Ülkemizde de bu konuda yasal düzenlemeler bulunmaktadır. 09.11.1982 tarih ve 17863 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 20 nci maddesinde özel hayatın gizliliği hüküm altına alınmıştır (26). 21.06.2019 tarih ve 30808 sayılı Kişisel Sağlık

Verileri Yönetmeliği'nde sağlık hizmeti sunucularının, elektronik kayıt sistemlerinin güvenlik ve mahremiyetinin sağlanmasından sorumlu olduğu belirtilmektedir (27). Yine 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta mahremiyetine saygı gösterilmesinin esas olduğu vurgulanmıştır. Yönetmeliğin 23 ncü maddesinde ise, sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgilerin, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamayacağı belirtilmektedir (28).

Ülkemizde veri güvenliği ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından ele alınan bir konudur. Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında, sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanması için sağlık kurumlarından gerçekleştirmeleri beklenen zorunlu standartlar mevcuttur (29). Birçok sağlık kuruluşunun almış olduğu ISO 27001 standardı da bilgi güvenliği konusunda kayıtlarda gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik ilkelerinin yerine getirilmesi gerektiğini belirtmektedir (30, 31). Kişisel Verilerin Korunması Kurumu da veri güvenliği için alınması gereken teknik ve idari tedbirler konusunda Kişisel Veri Güvenliği (Teknik ve İdari Tedbirler) Rehberini yayınlamıştır (32). Etik kurallar da sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetine ilişkin sağlık profesyonellerine davranışları bakımından ana hatları çizen örgütsel düzenlemelerdir.

Hemşirelik örgütleri için de sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti dikkat çekilen etik konulardan biridir. Türk Hemşireler Derneğinin (THD) yayınlamış olduğu etik ilkelerin, Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesinde sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetine yönelik hemşirelerin de sorumlu olduğunu açıkça belirtmektedir (33, 34). ANA (Amerikan Hemşireler Birliği) etik kurallarında gizlilik için hemşirenin görevine atıfta bulunurken, mahremiyetin bir hasta hakkı olduğu vurgulanmaktadır. Hemşirenin hastaya ait her türlü sağlık bilgisinin gizliliğini sağlaması gerektiği belirtilmiştir. Elektronik iletişim kullanırken veya elektronik sağlık kayıtları ile çalışırken, hemşirelerin veri güvenliğini sağlamak için her türlü çabayı göstermeleri gerekliliği ise ayrıca ifade edilmiştir (34). ICN (Uluslararası Hemşireler Konseyi) etik kurallarında da hemşirenin, kişisel bilgileri gizli tutması gerektiği ve bu bilgileri muhakeme ederek paylaşması gerektiğine vurgu yapılmıştır. Bu etik kural kapsamında hemşire ve hemşire yöneticilere gizliliği sağlayan kayıt ve bilgi yönetim sistemlerini kullanmaları gerektiği belirtilmiştir (35).

Konuyla ilgili çalışmalar, sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasında kurumsal ve bireysel faktörlerin rol oynadığını göstermektedir. Kurumsal faktörleri, kurumun bilgi güvenliği konusundaki personeli desteklemesi; politika ve prosedürlere sahip olması; teknik ve idari tedbirlerin sağlanması oluşturmaktadır (36-39). Bireysel faktörleri ise, hemşirenin ve diğer sağlık profesyonellerinin hukuki sorumluluklarının farkındalığı, etik ilkelere uygun hareket edip edilmemesi ve kişisel değerler oluşturmaktadır (38, 40-44). Nitekim Forrester Research (2005), HIPAA “Mahremiyet Kuralı” yürürlüğe girdikten sonra vatandaşların sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yürüttüğü saha araştırmasında elde edilen sonuçlar, bireysel faktörlerin önemini işaret etmektedir. Çalışmaya katılanların üçte ikisi, sağlık kayıtlarının mahremiyetinden endişe duyduklarını söyleyerek, HIPAA Mahremiyet Kuralının, halkın mahremiyet konusundaki endişelerini azaltmadığını belirtmişlerdir (45). Bu durum bireylerin hizmet aldıkları alanda güvenlik, gizlilik ve mahremiyet endişelerinin önüne geçilmesinde yasal, idari ve etik düzenlemelerin etkisi olduğu kadar hizmeti sunan insan faktörünün de dikkate alınması gerektiğini işaret etmektedir.

Sağlık kayıtlarını kapsayan tüm düzenlemelerin ve teknolojilerin merkezinde nihai olarak sağlık profesyonelleri bulunmaktadır. Sağlık kayıtlarının güvenliği, gizliliği ve mahremiyetinin sağlanması ile ilgili yasal düzenlemeler, mesleki düzenlemeler ve çalışma sonuçları hem yasal hem idari hem de etik açıdan sağlık profesyonellerine sorumluluk yüklemektedir. Hemşirelerin veriyi üretmesi, kaydetmesi ve son kullanıcılarından biri olması, sağlık kayıtlarının korunması sürecinde hemşirelerin önemli sorumlulukları olduğunu göstermektedir (42, 46-49).

İncelenen alan yazında Türkiye’de sağlık kayıtlarının (hem elektronik kayıtlar hem de kâğıt üzerindeki kayıtlar) güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramlarını beraber ele alan herhangi bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Ancak bilgi güvenliği (50-54), elektronik sağlık kayıtlarının güvenliği (55), elektronik sağlık kayıtlarının gizliliği ve mahremiyeti (56, 57), sağlık hukuku kapsamında sağlık verilerinin mahremiyetine (58, 59) ilişkin çalışmalar mevcuttur. Bunun yanı sıra söz konusu çalışmalarda sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin ihlal edilebileceği riskini gösteren pek çok sonuca ulaşılabilmektedir. Kişisel Verileri Koruma Kurumunun (KVKK) gerçekleşen ihlaller sonrası Kararlarına bakıldığında,

sağlık profesyonellerinin ve veri sorumlusu olan sağlık hizmet sunucularının idari para cezalarına çarptırıldığı görülmektedir (60). KVKK tarafından yayınlanan ihlal bildirimleri incelendiğinde, sağlık kurumlarının çeşitli siber saldırılara maruz kaldığı ve bu saldırıdan etkilenen kişisel verilerin; hastalara ait kimlik bilgileri, e-posta adresleri, telefon numaraları, sağlık ile ilgili detaylı bilgiler, tıbbi geçmişler, muayene bulguları, laboratuvar sonuçları ve cinsel sorunları içeren veriler olduğu görülmektedir.

Ülkemizde ihlal bildirim sistemi ve ilgili mevzuatın yeni olması sebebi ile kamuoyuna açık şekilde paylaşılan hemşirelerle ilgili herhangi bir karara ulaşamamıştır. Ancak konuyla ilgili yasal düzenlemeleri daha uzun süredir yürürlükte olan ve bu konudaki çalışmaları daha uzun süredir yürüten bazı ülkelerde hemşireler ile ilgili alınmış kararlar ile karşılaşmak mümkündür. 2015 yılında New York'ta bir hemşire izinsiz olarak 3000 hastanın kişisel olarak tanımlanabilir verilerini yeni işyerine aktarmıştır. Durumun fark edilmesi üzerine hemşirenin lisansı askıya alınmış, eski işyeri ise HIPAA kuralları kapsamında para cezasına çarptırılmıştır (61). Yine ABD Hemşirelik Ulusal Konseyi (NCBSN) tarafından yayınlanan rehberde (62) hemşirelerin sosyal medya üzerinden hasta bilgilerinin gizlilik ve mahremiyetinin ihlal edildiği örnekler ve HIPAA kapsamındaki değerlendirmeleri paylaşılmıştır.

Yukarıda ülkemizde gerçekleşen veri ihlallerine ilişkin kararlar ve hangi tür verilerin etkilendiği paylaşılmıştır. Ayrıca hemşireler özelinde yakın zamanda yaşanmış bir yurtdışı örneği paylaşılmıştır. Bu tip durumlar sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti ile ilişkili sorunların hemşireler için de risk oluşturduğunu düşündürmektedir.

Planlanan bu çalışma hemşirelerin, SKGGM'ye ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışma ile hemşirelerin güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin görüşlerini etkileyen faktörler belirlenecektir. Ülkemizde hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliğine ilişkin görüşlerini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile hemşirelerde SKGGM açısından farkındalık oluşturacağı bakım ve yönetim faaliyetlerini sürdürürken idari, hukuki ve etik açıdan sorumlu oldukları bu alanlara katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu çalışma sonuçlarının hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda; hemşirelik araştırmalarında, eğitiminde, yönetiminde ve uygulamalarında yararlanılabilecek bir

kaynak oluřturması dűőünűlmektedir. Bu alıőma sonunda saęlık kayıtlarının son kullanıcılarından biri olan hemőirelerin gűrűőleri ortaya konulacaęı için kurumların saęlık kayıtlarını uçtan uca korumaya yűnelik stratejiler geliőtirmesine űneriler getireceęi dűőünűlmektedir.

1.2. Araőtırmanın Nicel Bűlűműnűn Amacı

Araőtırmanın nicel bűlűműnűn amacı hemőirelerin saęlık kayıtlarında gűvenlik, gizlilik ve mahremiyet uygulamalarına iliőkin gűrűőlerinin ve bu gűrűőlerinin bireysel ve mesleki űzelliklere gűre farklılaőma durumunun belirlenmesidir. Bu genel amaç doęrultusunda aőaęıdaki sorular yanıtlanmıőtır:

1. Hemőirelerin SKGGM uygulamalarına iliőkin gűrűőleri nedir?
2. Hemőirelerin SKGGM uygulamalarına iliőkin gűrűőleri kiőtisel (bireysel ve mesleki) űzelliklerine gűre farklılaőtmakta mıdır?

1.3. Araőtırmanın Nitel Bűlűműnűn Amacı

Araőtırmanın nitel bűlűműnűn amacı, hemőirelerin saęlık kayıtlarında gűvenlik, gizlilik ve mahremiyet uygulamalarını etkileyen faktűrler ve bunlara iliőkin űzűm űnerilerine yűnelik gűrűőlerinin belirlenmesidir. Bu genel amaç doęrultusunda aőaęıdaki sorular yanıtlanmıőtır:

1. Hemőirelere gűre saęlık kayıtlarının gűvenlięini etkileyen faktűrler ve bunlara iliőkin űzűm űnerileri nelerdir?
2. Hemőirelere gűre saęlık kayıtlarının gizlilięini etkileyen faktűrler ve bunlara iliőkin űzűm űnerileri nelerdir?
3. Hemőirelere gűre saęlık kayıtlarının mahremiyetini etkileyen faktűrler ve bunlara iliőkin űzűm űnerileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kayıtları

Sağlık çalışanları tarafından kâğıt veya elektronik ortamda girilen, dijital görüntüler, testler, notlar veya diğer sağlık bilgileri gibi çeşitli veriler sağlık kayıtlarını oluşturmaktadır (4). Sağlık kayıtları alan yazında tıbbi kayıt, klinik kayıt, tıbbi dokümantasyon, hasta kaydı gibi kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramları en geniş anlamıyla ilgili yönetmelikte de vurgulandığı üzere, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ve belge, kişiye sunulan sağlık hizmetiyle ilgili her türlü bilgi ve belge olarak ifade etmek mümkündür (27). Sağlık sistemi faaliyetlerinin olağan seyrinde oluşan bu belgeler, klinik karar verme, hizmetlerin koordinasyonu, bakım kalitesini ve etkinliğini değerlendirme, araştırma, yasal koruma/dayanak, eğitim, akreditasyon ve düzenleme işlemlerini destekleyen bir iletişim aracıdır (63).

Uluslararası Ortak Komisyonu (JCI) Hastaneler İçin Akreditasyon Standartlarının 7. versiyonunda (2021), Bilgi Yönetimi başlığı altında da, “*Kuruluş, bakılan ve tedavi edilen her hasta için standartlaştırılmış, doğrulanmış bir klinik kayıt açar ve bu kaydı uygun şekilde saklar. Kaydın içeriğini, biçimini ve girişlerin yapıldığı yerleri belirtir.*” standardı bulunmaktadır (64). Bu standart kapsamında klinik kayıtların, hastayı tanımlamak, tanıyı desteklemek, hasta bakımında görev alan diğer sağlık personelinin bilgilendirerek bakımın devamlılığını sağlamak için gerekli ve yeterli bilgileri kapsaması gerektiği belirtilmektedir.

Hem kâğıt üzerinde hem elektronik ortamda bulunabilen sağlık kayıtları farklı yönleri ile kısıtlılıklara sahiptir. Kâğıt üzerinde yapılan kayıtlara bir seferde yalnızca bir kullanıcının erişebilmesi, manuel olarak güncellenebilmesi ve bu işlemlerin uzun sürmesi bu kayıt türünün en büyük kısıtlılıkları arasında yer almaktadır (63). Kâğıt tabanlı kayıtların en büyük kısıtlılıklarından bir diğeri ise güvenlidir. Bu kayıtlara erişim, kapılar, kilitler, kimlik saptama kartları gibi kontrol edilemeyen yöntemler ile sağlanabilmektedir (63).

Bilgi teknolojisindeki gelişmeler sağlık kayıtlarının dijitalleşmesini sağlarken, sağlık bilgilerinin başarıyla toplanması, işlenmesi, depolanması, paylaşılması, kolaylıkla güncellenmesi için yeni yöntemlerin veya kullanılan yöntemlerin

geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır (65, 66). Sayısallaştırılmış sağlık bilgileri daha taşınabilir ve sağlık kuruluşları arasında paylaşılabilirler, sağlık araştırmalarında kullanılabilirler ve hastaların erişimine açılması daha kolaydır (67). Ancak bu dijitalleşme sağlık kayıtlarının bilgi teknolojisiyle ilgili güvenlik ihlallerinin oluşmasına da yol açmaktadır. Hassas bilgilerin üçüncü kişilere ifşa edilmesi durumunda hastanın ciddi sorunlarla karşılaşabileceği gerçeğine dayalı olarak güvenlik ve mahremiyet bu tür kayıtlar açısından oldukça önemlidir (66). Hassas bilgileri içermesi sebebi ile özet nitelikli kişisel veri kategorisinde değerlendirilen sağlık verisi bu açıdan oldukça önemlidir.

2.1.1. Kişisel Veri, Sağlık Verisi

Kişisel verilerin korunması hakkı, temel insan hak ve özgürlükleri arasında yer almakta olup, insanın şahsiyetinin korunması, hukuk devleti ilkesi ve demokrasinin sağlanabilmesi için büyük önem arz etmektedir (68). Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'nün Rehber İlkelerinde kişisel veriler; *“Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişiye ilişkin tüm bilgiler”* olarak (69), Avrupa Birliği'nin Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nde (GDPR) *“Kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişi ile ilişkilendirilebilen her türlü bilgi”* şeklinde ifade edilmiştir (70). Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nda kişisel veri türleri özel nitelikli kişisel veriler ve genel nitelikli kişisel veriler olarak ikiye ayrılmaktadır. Söz konusu kanunda özel nitelikli kişisel veriler *“Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, **sağlığı**, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir.”* şeklinde tanımlamıştır (71).

Özel nitelikli veriler, kişisel verilerin daha fazla korunma uygulanması gereken bir alt kümesi olarak düşünülebilir. İnsanların temel haklarını ve özel yaşamın gizliliğini ihlal edebilecek verilerdir. Sağlık yaşamı ve cinsellik ile ilgili kişisel veriler de hassas veri olarak tanımlanmaktadır (72). OECD yapmış olduğu bir tanımlamada sağlık verisinin, bireyleri tanımlayan bilgiler içerdiği için kişisel olduğu; bireyin tedavi ve sağlık bakım hizmetleriyle ilişkili olduğu için de hassas veri (özel nitelikli kişisel veri) kategorisinde olduğunu belirtmektedir (73).

Genel çerçevede baktığımızda kişisel sağlık verileri Kişisel Verileri Koruma Kanunu sistematığında özel nitelikli kişisel veri ve genel nitelikli kişisel veri ayrımında ilk kategoride yer almakta olup burada da kendine özgü işleme şartları bulunan bir konumdadır. Söz konusu Kanun'da açık rıza olmaksızın işleme konusunda farklı işleme şartlarına tabi tutulmaları sebebiyle özel nitelikli kişisel veriler de kendi içerisinde (a) sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ile (b) diğer özel nitelikli kişisel veriler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı 21.06.2019 yılında Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır, yönetmelikte kişisel sağlık verisi, *“Kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmetiyle ilgili bilgiler.”* şeklinde tanımlanmaktadır (27). Avrupa genelinde AB vatandaşlarının kişisel verilerini korumaya yönelik oluşturulmuş 27.04.2016 tarihinde yürürlüğe giren GDPR'da sağlıkla ilgili veriler, *“sağlık durumuna ilişkin bilgileri ortaya çıkaran, sağlık hizmetlerinin sağlanması da dahil olmak üzere, gerçek bir kişinin fiziksel veya zihinsel sağlığına ilişkin kişisel veriler”* olarak tanımlanmaktadır (70).

2.2. Sağlık Verisinin Sahip Olduğu Özellikler

Sağlık verisi tanımından yola çıkıldığında, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilginin depolandığı sağlık kayıtlarının, risk oluşturabilecek tüm boyutları ile ele alınması gerektiği görülmektedir. Sağlık kayıtları açısından güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramlarından herhangi birinin ihlali durumunda diğerlerinin de ihlal edilebileceği durumuna bağlı olarak aralarında güçlü bir ilişkili olsa da gerçek anlamda farklıdırlar.

2.2.1. Güvenlik

Güvenlik, *“sistem öğelerinin yanlışlıkla veya kötü amaçlı erişime, kullanıma, değiştirmeye, imha etmeye veya ifşa edilmesine karşı korunması”* olarak tanımlanmakta olup bu süreci yürütürken ulaşılmak istenilen bilgiye erişimin kontrol edilerek gizliliğin ve mahremiyetin sağlanması esastır (74). Bilgi ve bilgi işleme tesislerinin emniyetli ve güvenilir olarak kullanılabilmesi bütünlüğünün ve gizliliğinin

muhafazası ve yetkisiz şahısların bilgiye ulaşmaları halinde tespit edilmelerine yönelik tedbirlerin tümü *bilgi güvenliğini* ifade etmektedir (75).

Sağlık kayıtlarının güvenliği *teknik, fiziksel ve idari* tedbirler ile sağlanabilmektedir (76). Teknik koruma (erişim güvenliği), elektronik bir kaynağa erişimi engelleyerek veya sınırlayarak, yalnızca yetkili kişilere erişimi sağlayan koruma yöntemidir. Sağlık hizmet sunucuları, hassas veri olarak nitelendirilen hasta verilerini toplamakta, depolamakta ve korunmasını sağlamaktadır. Bu aşamada korunmayı rol tabanlı yetkilendirme ile yapmaktadırlar (76). Sağlık Verileri Yönetmeliği'nin Sağlık Personelinin Verilere Erişimi Başlığı 6. maddesinin 1. fıkrasında sağlık personelinin sağlık verilerine erişimini "*sağlık hizmeti sunumunda görevli kişiler; ilgili kişinin sağlık verilerine ancak, verilecek olan sağlık hizmetinin gereği ile sınırlı olmak kaydıyla erişebilir.*" maddesi ile sınırlandırmaktadır. Bu madde ile de her bir sağlık personelinin rol tabanlı yetkilendirmeye sahip olması gerekliliği vurgulanmaktadır (27).

Fiziksel güvenlik, kaynaklara fiziksel erişimi engelleyen ve sınırlayan koruma yöntemidir. Teknik korumada olduğu gibi erişimi yalnızca yetkili kişilere sunar (76). Sağlık tesislerinde özellikli birimlere yetkili personel dışında girilememesi, hemşire veya doktor dosyalarının üçüncü kişilerin erişemeyeceği alanlarda tutulmasına yönelik tedbirler bu kapsamdadır.

İdari güvenlik ise teknik ve fiziksel güvenlik önlemlerinden de parçalar içeren, güvenlik açıklarını düzenli olarak kontrol etmek ve kuruluşun güvenlik durumunu sürekli olarak iyileştirmek için kullanılmaktadır (76). Sağlık tesisinin konuyla ilişkili olan politika, prosedür ve uygulamalarını idari güvenlik kapsamındaki tedbirler olarak nitelendirmek mümkündür.

Sağlık hizmet sunucularında sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması için kurumlar, teknik, fiziksel ve idari önlemleri almak durumundadır (29, 32, 36, 40, 41, 76-78). Güvenliğe ilişkin önlemler planlanırken de öncelikle kullanılan kayıt sisteminin tanımlanması gerekmektedir. Türkiye'de sağlık kayıtlarının bir kısmı sağlık bilgi yönetim sistemleri üzerinden bir kısmı ise kâğıt üzerinden devam etmektedir. Bu entegre yapının olumlu ve olumsuz yönlerinin beraber ele alınması gerektiği ve bu yapının karşılanması gereken güvenlik ihtiyaçları olduğunu söylemek mümkündür. Carey ve arkadaşları (79) entegre sağlık kayıtlarının; maliyetleri düşürmek, sağlık

hizmeti kalitesini iyileştirmek, kanıta dayalı ilaç kullanımını teşvik etmek, kayıtların tutulmasına yardımcı olmak ve kayıtların hareketliliğini sağlamak gibi faydalara sahip olduğunu belirtmektedir. Elektronik ortamdaki kayıtların korunması ile kâğıt üzerindeki kayıtların korunması farklı yöntemler ile sağlanabilmekle birlikte temel amaç bu kayıtların güvenliğinin sağlanması ve güvenlik için yeterli önlemlerin alınarak sağlık kayıtlarının yetkisiz kişilerin erişimine ve kullanımına karşı korunmasıdır. Sağlık kayıtlarına ilişkin yeterli ve uygun önlemler alınmadığında güvenlik ihlalinin meydana gelmesinin yanı sıra potansiyel olarak gizlilik ihlalinin de meydana gelmesi söz konusu olmakta ve olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedir (14, 15, 77). Sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması için alınması gereken tüm tedbirlerde öncelikle, kimin hangi veriye ne ölçüde erişmesi gerektiğinin belirlenmesi yani gizlilik sınırlarının çizilmesi gerekmektedir.

2.2.2. Gizlilik

Bilgi varlığının temel özellikleri gizlilik, bütünlük ve kullanılabilirliktir. Bilgi güvenliğinden bahsedebilmek için bu üç özelliğinde sağlanması gerekmektedir (80-82). Bütünlük, *“bilginin yetkisiz kişilerce silinmesi, değiştirilmesi veya istenmeyen değişikliklere karşı içeriğinin korunması”* olarak tanımlanırken, kullanılabilirlik, *“yetkili bir kişinin kullanmaya ihtiyaç duyduğu her an bir sisteme erişilebilmesini ve tam olarak çalışmasını sağlanması”* olarak tanımlanmaktadır (82).

Gizlilik ise, *“bilginin yetkisiz kişilerin ve kuruluşların erişememesi ve açıklanmaması”* şeklinde tanımlanmaktadır (82). Sağlık kayıtları açısından ise *“hasta bilgilerinin kullanımı için gerçek ve meşru bir amaca sahip olan sağlık profesyonellerine sınırlandırılması”* olarak tanımlanmaktadır. Gizlilik hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki güvenin korunması için temel bir gereklilik olup, yasal ve etik güvencelere tabidir (10, 83, 84). Yani gizlilik bir ilişki içerisinde elde edilen veya paylaşılan sağlık bilgilerinin, kişinin izni olmaksızın yeniden paylaşamayacağı anlamına gelmektedir.

Kâğıt üzerinde, bilgisayar ortamında, görsel veya sesli olarak kaydedilmiş ya da sadece sağlık profesyonelleri ile sözlü olarak paylaşılmış, tanımlanabilir tüm hasta bilgileri gizliliğe tabidir (84). Kişiye sunulan sağlık hizmetine ilişkin klinik bilgiler, doktorunun kim olduğu, hangi klinikte ve ne zaman yattığı gibi bilgiler, kişinin adı-

soyadı, adresi, doğum tarihi ve daha başka birçok kişisel verisine ulaşımı sağlayarak hastayı tanımlanabilir hale getirebilir (84). Bu tür açık tanımlayıcılar olmasa bile daha küçük gruplarda, nadir hastalıklar, ilaç tedavileri veya istatistiksel analizler, bireylerin tanımlanmasına sebep olabilir (84). Bu sebeple sağlık profesyonelleri, kişi üzerinde mahkeme kararı ile alınmış bir gizlilik kararı olmadığı durumlarda da hastaya ait bilgileri paylaşmadan önce hasta rızasını almalıdır.

2.2.3. Mahremiyet

Mahremiyet, bir kişinin kişisel bilgilerinin ne zaman, nasıl ve hangi düzeyde başkaları tarafından aktarılacağını veya başkaları tarafından paylaşılacağını belirleme hakkını ifade etmektedir (81). Mahremiyet, sağlık çalışanlarının ve hastaların eylemlerinden kaynaklanan durumlar ya da önlenemeyen sistemsel sorunlar nedeniyle ihlal edilebilir. Nass, Levit ve Gostin (14), sağlık kayıtlarının gizlilik ve mahremiyeti sağlanamadığında bireylerin sağlık sigortasının kaybı veya reddi, iş ayrımcılığı, damgalanma ve/veya utanç gibi sorunlarla karşılaşabileceğini belirtmektedir. Mahremiyet sağlanamadığında bireylerin sağlık hizmet sunucusuna ve sağlık sistemine olan güvenini de sarsabilmektedir. Güvenin olmadığı bir ortamda bireyler sağlık bilgilerini sağlık profesyonelleri ile paylaşmada çekingen davranabilmekte (14), dolayısıyla sunulan sağlık bakımına katılımda geri durabilmektedirler.

2.2.4. SKGGM’yi Sürdürmeye Yönelik Ulusal ve Uluslararası Düzenlemeler

Toplumda sağlık verilerinin, hassas ve kişisel doğasının dikkatli bir şekilde yönetilmesi ve bunun yasal bir amaca uygun olarak sınırlandırılması gerektiği anlamına gelen makul bir beklenti vardır. Bunun için birçok ülkede kişisel sağlık verileri yasalarla korunmaktadır (85). Konuyla ilgili yıllar içerisinde yapılan uluslararası düzenlemelerin tamamında hasta bilgilerinin korunmasına, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin maddeler olduğu görülmektedir.

Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi’nde (1981) hasta haklarının sınırlarının belirlendiği “*Hastanın, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden beklemeye hakkı vardır.*” maddesi ile kişilerin

aldıkları sağlık hizmeti süresince ve sonrasında tıbbi ve kişisel verilerinin gizliliği hakkı olduğu açıkça belirtilmiştir (86, 87).

Lizbon Bildirgesi'nin geliştirilmesi gereksinimi Bali Bildirgesi (1995) ile gerçekleştirilmiştir. Bali Bildirgesinde “*gizlilik hakkı*” daha da genişletilerek, hastanın sağlık kayıtlarının ve kişisel bilgilerinin ölümden sonra bile gizli tutulması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca bu bildirmede bilgilerin açıklanması durumu için hasta onamının önemine ve diğer sağlık personelleri ile paylaşım konusuna yer verilmiştir. Bildirmede vurgulanan bir diğer husus ise hastayı tanımlanabilir hale getiren tüm verilerin saklanma biçimlerine uygun olarak korunması gerektiğidir (86, 87).

Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi, 1994), hasta haklarını tanımlarken “*Mahremiyet ve Özel Hayatın Gizliliği*” başlığı altında hastaların sağlık kayıtları ve kişisel bilgilerine ilişkin maddelere yer verilmiştir. Bildirmede kişinin sağlık kayıtları ve kişisel bilgilerinin ölümden sonra da gizli tutulması, bu bilgilerin ancak hastanın açık onamı veya mahkeme kararı ile açıklanabileceği, hasta kayıtlarına kişinin talebi doğrultusunda ulaşabileceği ancak üçüncü kişilerin ulaşamayacağı, belirli durumlarda bilgilerini güncelleyebilme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sağlık personelinin hastanın bakım ve tedavi ihtiyaçlarıyla sınırlı olacak şekilde hastaya ait bilgilere ulaşabileceği, hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personelinin sürece dâhil olması durumunda sağlık bilgilerinin paylaşılabilirliği, hastanın kimlik verilerinin saklanma koşullarına uygun olarak korunması konularına vurgu yapılmıştır (86, 87).

HIPAA idari güvenlik önlemleri, fiziksel önlemler ve teknik önlemler başlıkları altında sağlık bilgilerinin nasıl korunması gerektiğini belirtmektedir (9). Bu başlıklar bilgisayarların konumunun korunmasını sağlayan tekniklerden sağlık bilgilerini korumaya yönelik yazılımların uygulamasına kadar uzanan geniş bir açılıma sahiptir. Bunun yanı sıra sağlık verilerinin mahremiyeti ve güvenliğine ilişkin sağlık kurumlarının ve profesyonellerinin sorumluluklarını da açık bir şekilde belirlemiştir (18).

Ülkemizde sağlık kayıtlarına yönelik yapılan düzenlemelere genel hatları ile baktığımızda; Anayasa, Türk Ceza Kanunu (TCK), 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, Kişisel Veri Güvenliği Rehberi, Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi, Hasta Hakları

Yönetmeliği'nin ilk sıralarda yer aldığını söylemek mümkündür. Yine Türk Tabipler Birliği (TTB) Mahremiyet Bildirgesi ve THD Etik İlkelerinde hasta bilgilerinin korunması, gizliliğinin ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik maddeler olduğu görülmektedir.

Hukukumuzda özel hayatın gizliliğinin ihlali, kişilik hakkına saldırı olarak nitelendirilmektedir ve anayasamızın 20. Maddesinde özel hayatın gizliliği güvence altına alınmıştır (26). Sağlık kayıtları kişisel verileri içerdiği için hukuka aykırı olarak açıklanması TCK'nın 136. ve 137. maddeleri kapsamında tanımlanan suçlar içerisinde değerlendirilmesine sebep olabilmektedir (59).

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda, sağlık verilerinin kişisel ve özel nitelikli olması durumu dikkate alınarak yönetilmesi ve belirli amaçlar doğrultusunda sınırlandırılması için istisnai durumlar açıkça ifade edilmiştir. Kanunda veri sorumlusunun veri güvenliği için yükümlülükleri; kişisel verilerin hukuka aykırı olarak işlenmesi ve erişilmesinin önlenmesi, kişisel verilerin muhafazasını sağlamak amacıyla her türlü teknik ve idari tedbirlerin alınması olarak hüküm altına alınmıştır (71).

Ayrıca Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik'te sağlık verilerinin korunmasına ilişkin hükümler detayları ile yer almaktadır. Yönetmelikte sağlık hizmet sunucuları tarafından hizmet alanların birbirlerine ait kişisel verileri duymalarını, görmelerini, öğrenmelerini veya ele geçirmelerini engelleyecek nitelikte gerekli fiziki, teknik ve idari tedbirlerin alınması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunucularının, hastaya ait kişisel sağlık verilerini içeren basılı materyal üzerinde gerekli kısmî kimliksizleştirme veya maskeleyen tedbirlerini, yetkisiz kişilerin eline geçmesi hâlinde ise kime ait olduğunun tespit edilmesini zorlaştıracak diğer tedbirleri alması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık personelinin sağlık verilerine erişimi de detayları ile açıklanmıştır. Yönetmeliğe göre sağlık profesyonelleri ilgili kişinin sağlık verilerine, sunulacak sağlık hizmetinin gereği ile sınırlı olmak kaydıyla erişebileceği ifade edilmektedir. Mahremiyet düzeyi daha yüksek olan, başkaları tarafından görülmesi ve bilinmesi halinde kişilerin sosyal hayatını ve ruh sağlığını olumsuz etkileme riski taşıyan kişisel sağlık verilerinin ise Bakanlıkça belirleneceğini ve sağlık personelinin bu verilere erişimine ölçülü kısıtlar getirebileceği belirtilmektedir (27).

Yönetmelikte sağlık verilerinin güvenliğine ilişkin olarak Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun 12. maddesinde yer alan güvenliğe ilişkin yükümlülüklerle uyulması gerektiği vurgulanmaktadır. Teknik ve idari tedbirlerin alınmasında ise Kişisel Verileri Koruma Kurumu tarafından hazırlanan Kişisel Veri Güvenliği Rehberinin esas alınması gerektiği hüküm altına alınmıştır. Ayrıca sağlık hizmet sunucuları tarafından yürütülecek bilgi güvenliği süreçlerinin Bilgi Güvenliği Polikaları Yönergesine uygun olarak yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.

Yönergede bilgi güvenliğinin sağlanması için sadece siber güvenlik ile ilgili tedbirlerin alınmasının yeterli olmadığı, personel, evrak, ekipman, fiziksel ve çevre güvenliği için de güvenlik tedbirleri alınması gerekliliği belirtilmektedir. Sağlık personelinin, çalıştığı kurumun Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemleri (BGYS) politikalarına uymak ve görevleri süresince elde ettikleri bilgileri, sır saklama yükümlülüğü uyarınca süresiz olarak saklamakla yükümlü olduğu vurgulanmaktadır (75). BGYS politikalarına ve sır saklama yükümlülüğüne uymayanlar hakkında ise; *“657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun veya iş sözleşmesinin ilgili hükümleri ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun ilgili hükümleri uyarınca işlem yapılacağı”* belirtilmektedir.

Kişisel Veri Güvenliği Rehberinde, veri güvenliğinin sağlanması için veri sorumluları tarafından alınması gereken idari ve teknik tedbirler tanımlanmıştır (32). Bu kapsamda sağlık hizmet sunucularının alması gereken teknik tedbirleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür.

“Yetki Matrisi, Yetki Kontrolü, Erişim Logları, Kullanıcı Hesap Yönetimi, Ağ Güvenliği, Uygulama Güvenliği, Şifreleme, Sızma Testi, Saldırı Önleme ve Tespit Sistemleri, Log Kayıtları, Veri Maskeleyme, Veri Kaybı Önleme Yazılımları, Yedekleme, Güvenlik Duvarı, Güncel Anti-Virüs Sistemleri, Silme, Yok Etme ve Anonim Hale Getirme, Anahtar Yönetimi”

Kişisel Veri Güvenliği Rehberi kapsamında sağlık hizmet sunucularının alması gereken idari tedbirler ise;

“Kişisel Veri İşleme Envanteri Hazırlanması, Kurumsal Politikalar (Erişim, Bilgi Güvenliği, Kullanım, Saklama ve İmha vb.), Sözleşmeler, Gizlilik Taahhütnameleri, Kurum İçi Periyodik ve/veya Rastgele Denetimler, Risk Analizleri, İş Sözleşmesi, Disiplin Yönetmeliği (Kanuna Uygun Hükümler İlave Edilmesi),

Kurumsal İletişim (Kriz Yönetimi, Kurul ve İlgili Kişiyi Bilgilendirme Süreçleri, İtibar Yönetimi vb.), Eğitim ve Farkındalık Faaliyetleri (Bilgi Güvenliği ve Kanun), Veri Sorumluları Sicil Bilgi Sistemine (VERBİS) Bildirim” dir.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde ise gizlilik ilkesi, hukuki sorumluluk ilkesi ve zarar görme ihtimali ilkesi kapsamında bireylerin sağlık bilgilerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Gizlilik ilkesi kapsamında; sağlık hizmet sunumunda elde edinilen bilgilerin kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamayacağı belirtilmektedir. Hukuki sorumluluk ilkesi kapsamında; kişinin rızası olsa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, açıklayanın sorumluluğunun ortadan kalkmadığı vurgulanmaktadır. Zarar görme ihtimali ilkesi kapsamında ise; hastanın zarar görme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirdiği hüküm altına alınmıştır (28).

TTB Mahremiyet Bildirgesi’nde ulusal ve uluslararası mevzuatla uyumlu çeşitli maddelere yer verilerek hekimlerin sağlık kayıtlarına erişim ve kullanımlarına ilişkin sınırları çizmiştir. Bildirgede hekimlerin hizmet sunumunda elde ettiği her türlü bilgiyi mesleki sır kapsamında değerlendirmesi gerektiği, hastanın ölümünden sonra da bilgi gizliliğinin korunması gerektiği, hasta onamı olmadan kişisel bilgilerin açıklanamayacağı, hasta bilgilerinin doğru ve aslına uygun olarak kayıt edilmesi gerektiği belirtilmektedir (88).

THD’nin yayınlamış olduğu etik ilkelere baktığımızda ise “*Mahremiyet ve Sır Saklama*” ilkesinde, hemşirenin hizmet sunumu sırasında paylaştığı bilgileri yasal zorunluluk veya hayatı tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası dışında üçüncü kişilerle paylaşamayacağı vurgulanmaktadır. Ayrıca bakımı altındaki bireylerle ilgili kayıtların gizliliğinden sorumlu olduğu, kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemleri alması gerektiği belirtilmektedir. Tüm bunların yanında bakımı altındaki bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında bilgilendirme yapması gerektiğine dair maddeler de yer almaktadır (33).

2.2.5. Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Yapılmış Çalışmalar

SKGGM'ye ilişkin yapılan çalışmalara bakıldığında, konunun yıllar öncesinde hasta gizliliği kapsamında değerlendirildiği göze çarpmaktadır.

Ubel ve Cols (1995), hastane çalışanlarının asansörleri kullanırken yaptıkları uygunsuz yorumların türünü ve sıklığını belirlemek amacıyla farklı hastanelerde 259 asansör yolculuğunda gözlemlenmiştir. Tüm yolculukların yaklaşık yedide birinde hasta gizliliğinin ihlal edildiği tespit edilmiştir. Asansörde yapılan uygunsuz konuşmaların yaklaşık olarak yedide biri hekimler, onda biri hemşireler, geri kalan kısmının da diğer hastane personelleri tarafından yapıldığı belirtilmiştir (89).

Yine gizlilik ve mahremiyet ihlallerinin sıklığını belirlemek amacıyla Mlinek ve Pierce (1997) tarafından bir acil serviste yürütülen çalışmada, hastaların gizliliğinin ve mahremiyetinin yılda yaklaşık 22.000 hasta ziyareti ile ihlal edildiği. 6 saatlik gözlem süresi boyunca triyaj/bekleme alanında bulunan 32 hastadan 26'sında gizlilik ihlalleri meydana geldiği, 18 saatlik gözlem sırasında hasta bakım alanlarında saatte 3 ile 24 arasında ihlal meydana geldiği belirtilmektedir (90).

Yıllar içerisinde teknolojinin sağlık hizmetleri ile yakın ilişkisine bağlı olarak elektronik sağlık kayıtlarının ve bu kayıtların güvenliğine ilişkin endişelerin artması, yapılan çalışmaların yönünü değiştirmiştir. Söz konusu çalışmalar her ne kadar 2000 li yılların başında yoğunlaşmış olsa da dünyanın birçok yerinde hala hibrit/entegre kayıt sistemlerinin (hem kağıt tabanlı hem elektronik tabanlı) kullanıldığını söylemek mümkündür.

Ferreira ve ark. (2011) çalışmalarında sağlık hizmet sunumunda kimlik doğrulama ve erişim kontrolü özelliklerinin kullanılabilirliğini incelemişlerdir. Çalışma sonucuna göre hemşireler arasında şifre paylaşımının daha fazla yapıldığı, hemşirelerin kâğıt kayıtlarla ilgili birçok sorunun varlığını tartıştıkları ancak dijital kayıtlarla ilgili daha az sorun yaşadıkları, tıbbi kayıtlarına erişebilmeleri konusunda hastaları bilgilendirmenin zaman alacağı düşüncesinin hemşirelerde daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmada ayrıca hibrit yapının kullanılmasının daha çok kâğıt israfına sebep olduğu, kayıt sisteminde sadece birinin benimsenmesi gerektiği, kullanılabilirliğin elektronik sağlık kayıtları açısından en önemli güvenlik sorunlarından biri olma eğiliminde olduğu, acil veya beklenmeyen durumlarda sağlık

kayıtlarına erişmek için belirli erişim kontrol kurallarının sağlanması ihtiyacı olduğu belirtilmektedir (91).

Lambe ve ark. (2013) tarafından, sağlık kayıtlarının hem elektronik ortamda hem de kâğıt üzerinden sürdürüldüğü İrlanda da, kâğıt tabanlı sağlık kayıtlarının korunmasını konu alan bir çalışma yürütülmüştür. Çalışma sonucunda, gizliliğin sağlanması gereken sağlık kayıtlarının hastanede uygunsuz şekillerde tutulduğu ve bu durumun risk oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (77). Lambe ve arkadaşları, çalışmanın yapıldığı hastanenin ulusal ve uluslararası (JCI) kalite seviyelendirmesine sahip olmasına rağmen, hastanede kâğıt tabanlı kayıtların korunması için yeterli içerik ve standart olmadığını belirtmektedir. Çalışmada ayrıca hemşirelik kayıtlarının tıbbi kayıtlara göre iki kat sıklık ile gözetimsiz bırakıldığı ve tıbbi kayıtlara oranla daha fazla sayıda hemşirelik kaydının gözetimsiz bırakıldığı gözlemlenmiştir.

José Roque Junges ve ark. (2015), çalışmasında birinci basamak sağlık hizmet sunumunda hasta bilgilerinin işlenmesinde gizlilik ve mahremiyet sorununun ele alınışını tartışmıştır. Çalışma sonuçlarına göre birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hasta bilgilerinin gizliliği ve mahremiyetinin ekip üyelerinin mesleki yükümlülüklerine, kullanıcı dostu yazılımların kullanılmasına, kullanıcıların erişim düzeylerinin net bir şekilde tanımlanmasına, ekip üyelerine nasıl aktarılacağı ve ekip arasında nasıl konuşulacağı hususlarının tanımlanmasına bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (92).

Ma, Kuo ve Alexander (2015), Tayvan'da üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan askeri hastanede, Yapılandırılmış Planlı Davranış Teorisine dayanarak, elektronik tıbbi kayıtların mahremiyetinin korunmasında hemşireleri motive eden faktörleri belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Çalışma sonucuna göre, hemşirelerin tutumu, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol faktörleri, hemşirelerin elektronik sağlık kayıtlarının mahremiyetini koruma niyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, algılanan kullanılabilirlik ve uyumluluk, akran ve üstün etki, öz-yeterlilik ve kolaylaştırma koşulları da sağlık kayıtlarının mahremiyetini koruma niyetini etkileyen faktörler arasındadır (44).

Beltran-Aroca ve ark. (2016) tarafından İspanya'da Kordoba Üniversite Hastanesinde klinik uygulamada gizlilik ihlali olan durumları incelemek amacıyla doğrudan gözlem yoluyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, klinik ve/veya kişisel verilerin hastanenin dışındaki kişiler ve hastanın bakımında yer

almayan sağlık personeline açıklanması en sık gözlenen ihlallerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır (43). Tüm olayların yarıya yakını şiddetli gizlilik ihlalleri (sağlık kayıtlarının üçüncü kişiler veya sağlık bakım süreçlerinde bulunmayan sağlık profesyoneli ile paylaşılması, sağlık bakım hizmetleri için işlenen cinsel yaşam, ırk, etnik köken, mental sağlık veya diğer damgalayıcı tanılar ile ilgili olan verilerin ađıklanđıđı durumlar) oluşturmaktadır. Aynı çalışmada ihlallerin yaklaşık beşte ikisinin koridorlarda, asansörlerde, kafeteryada, merdivenlerde ve soyunma odaları gibi ortak kullanım alanlarında gerçekteştiği saptanmıştır. Çalışmada hemşireler ile gizlilik ihlalleri arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Özellikle hemşire istasyonlarında gözlenen ihlaller, tüm ihlallerin yaklaşık olarak beşte ikisini oluşturmaktadır. Hemşire istasyonlarında kaydedilen ihlallerin tamamına yakını hastanın klinik öyküsü ve belgelerinin muhafazası ile ilgili olanlardır. Çalışmada gözlenen diğer ihlaller ise tıbbi kayıtların bulunduğu klasörlerin korumasız ve açık şekilde bakım arabalarında ve hemşire istasyonlarında bırakılması; elektronik sağlık kayıtlarında bilgisayarların korunmasız bırakılması; elektronik sağlık kayıtlarına yetkisiz erişilmesi; sağlık kayıtların uygunsuz şekillerde (hasta bilekliklerini barkodları, hasta listelerini imha etmeden çöp kutusuna atmak gibi) imha edilmesidir (43).

Mahfuth, Dhillon ve Drus (2016), yapmış oldukları sistematik derleme çalışması sonucunda, elektronik sağlık kayıtlarında mahremiyetin sağlanması için, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık kurumlarının güvenlik politikasına sahip olması gerektiği vurgulanmıştır (39).

Smaradottir (2017), sağlık bilgi sistemlerinde güvenlik yönetimini araştırmak için yapmış olduğu sistematik derleme çalışmasında; temel amacı hasta mahremiyetini ve gizliliğini korumak olan güvenlik politikasının, yasal, kurumsal ve teknik konulardan etkilendiğini belirtmektedir (36).

Hassidim ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların çoğunun başka bir sağlık personelinin şifresini aldığı belirtilmektedir. Asistanların tamamı başka bir sağlık personelinin şifresini kullandığını belirtirken, hemşirelerin beşte üçü başkasının şifresini kullanıp kullanmadığı hakkında durum bildirmiştir. Çalışmada her personelin, farklı bir kullanıcı kimliğine sahip olmasını gerektiren düzenlemeler,

parola paylaşımı ve veri güvenliği riskinin azalmasına katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (93).

Humaidi ve Balakrishnan (2018) tarafından içerisinde hemşirelerinde bulunduğu sağlık çalışanları arasında bilgi güvenliği politikalarına uyum davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada yönetim desteğinin kullanıcıların bilgi güvenliği politikalarına uyum davranışlarını dolaylı yönden etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (94).

Bani İssa ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışmada, hemşirelerin elektronik sağlık kayıtlarının güvenliği konusunda endişelere sahip oldukları vurgulanmıştır. Bunlardan idari güvenlik ile ilgili olarak eğitimlerin yetersizliği ve yetkisiz kullanıcıların erişimi en sık bildirilen endişeler olarak belirtilmiştir. Ayrıca her bir ülkenin kendi sağlık sisteminin dâhilinde etik olmayan davranışlar ve güvenlik ihlallerinin sağlık kayıtları üzerindeki etkisini değerlendirmesi gerektiği, bu değerlendirme sonrasında da hemşirelik kodlarının güncellenmesi ihtiyacı olduğuna vurgu yapılmıştır (95).

Yukarıda sıralanan çalışmalar (EK 9)'da sunulmuştur.

2.3. Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyet

Uygulamalarını Sürdürmede Yönetici Hemşirelerin Sorumlulukları

Temel insan hakları arasında yer alan hasta haklarının korunması için sağlık hizmet sunucularının sağlık mevzuatı çerçevesinde hareket etmesi, hasta haklarının korunması için gereken tedbirleri alması zorunluluğu vardır. Sağlık profesyonellerinin sundukları sağlık hizmeti süresince edindikleri bilgileri gizli tutma yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu yükümlülük, tıp etiği kurallarına dayanmaktadır (58).

Hemşirelik hizmetleri özelinde bakıldığında, gizliliğin ilk olarak Nightingale yemininde yer aldığı görülmektedir. Nightingale Yemininde, mesleğin sunumuna bağlı olarak kişisel ve aile konularında edinilen bilgilerin gizli tutulması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (96). ICN, ANA ve THD gizlilik için hemşirenin görevine atıfta bulunarak, hemşirenin hasta bilgilerini gizli tutması gerektiğine ve bunun için gerekli önlemleri almaktan sorumlu olduğuna vurgu yapmaktadır (33-35). ICN hemşire ve hemşire yöneticilere gizliliği sağlayan kayıt ve bilgi yönetim sistemlerini kullanmaları gerektiğini işaret ederken (27), ANA bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanırken

hemşirelerin veri güvenliğini sağlamak için her türlü çabayı göstermeleri gerekliliğini vurgulamaktadır (26).

Hemşirelik mesleğin profesyonel sorumluluklarının ötesinde sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanabilmesi için kurumsal önlemlerin de alınması gerekmektedir. Bu önlemler arasında yer alan bilgi güvenliği politikalarına uyum ve çalışanın konu hakkındaki bilgi düzeyinin yetersizliği ciddi gizlilik ihlallerine neden olmaktadır (97). Özellikle son yıllarda sağlık sektörüne yapılan siber saldırıların artması ile yaşanan ihlaller sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi sahibi olmasının önemini göstermektedir. Bu saldırılar genellikle son kullanıcının açık bıraktığı bir kapı üzerinden yapılmaktadır. Güvenilir olmayan bir web sitesinin kullanılması, güvenliği teyit edilmemiş bir mailin açılması, sosyal mühendislik riskine karşı tedbirsiz davranmak ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık hizmet sunumun ön saflarında yer alan hemşirelerin bu risklerin bertaraf edilmesi açısından stratejik konumdadır (98).

Ekibin önemli bir üyesi olan, sağlık kayıtlarında hizmet verdiği bireyle ilgili veriyi oluşturan ve bu veriyi kullanan hemşirelerin ve hemşire yöneticilerin, SKGGM hakkında hem kavramsal olarak bilgi sahibi olmaları hem de bu bilgilerini uygulayabilmeleri beklenmektedir. Konuyla ilgili alan yazın incelendiğinde sağlık kayıtlarının korunmasına yönelik hemşire ve hemşire yöneticilerin sorumlulukları açısından çeşitli öneriler dikkati çekmektedir ve bunlardan bazılarını aşağıda yer verilmiştir:

- Hemşirelerin yönetsel düzenlemeleri ve mesleki etik ilkeleri uygulamaya aktarmaları için desteklenmesi (37, 95).
- Hemşirelerin ülkelerindeki yasal düzenlemelerin getirdiği sorumlulukların farkında olması (99, 100).
- Hemşirelerin konuyla ilgili mevzuat, politikalar ve standartların geliştirilmesine ve uygulanmasına katkıda bulunması için desteklenmesi (16, 38, 44).
- Hemşirelerin bilgi güvenliği politikalarına uyumunun (101) kurumsal iklim ve üst yönetim desteği ile iyileştirilmesi (94, 102).

- Teknik ve fiziksel önlemlere (güçlü şifreler, fiziksel güvenlik ve elektronik kontroller vb.) ilişkin süreçlerin takip edilerek hemşirelerin uyumu konusunda desteklenmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi (37, 77, 93, 103).
- Sağlık kayıtlarının muhafazasının tek başına teknik önlemlerle yeterli olmaması sebebiyle hemşirelerin ve diğer çalışanların sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, iyi uygulama örneklerinin paylaşılması (37, 39, 40, 43).
- HBYS' nin son kullanıcılarından birisi olan hemşirelere son kullanıcı eğitimleri verilerek, veri güvenliğini sağlamaları için desteklenmesi ve yönlendirilmesi (36, 41, 98).
- Sosyal medya hesaplarında hastalara ve kliniklere ilişkin hiçbir bilginin paylaşılmaması (62, 104) gerektiği konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi ve konuya ilişkin sistemsel düzenlemelerin yapılması.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, nicel ve nitel araştırmanın sıralı açıklayıcı tasarımın bir arada kullanıldığı karma modelde yürütülmüştür. Hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla nicel tasarımlardan tanımlayıcı ve niteliksel olarak da tanımlayıcı-fenomenolojik araştırma türü kullanılmıştır (105, 106).

Hemşire Görüş Formundan elde edilen nicel verinin yanında, araştırmaya katılan 21 hemşire ile yarı yapılandırılmış odak grup görüşmeleri yapılarak araştırmaya nitel bir boyut eklenmiştir. Hemşirelerle yapılan görüşmeler veri çeşitliliği bağlamında düşünüldüğünde, bu çalışma karma tip araştırma özelliklerini sağlamaktadır (107-109).

Çalışmanın yürütülmesinde Creswell'in (2003) sıralı açıklayıcı tasarımı tercih edilmiştir. Sıralı açıklayıcı tasarımda; nicel verilere öncelik verilir ve nitel veri daha çok nicel verileri desteklemek amacıyla kullanılır. Bu tasarımda verilerin analizi birbiriyle ilişkili olup çoğunlukla veri yorumlama ve tartışma bölümlerinde birleştirilir. Bu tasarım özellikle beklenmeyen araştırma bulgularını veya ilişkileri açıklamakta daha faydalıdır (105, 106). Sıralı desenlerde araştırmacı önce nicel (ya da nitel) verilere ait bulguları, daha sonra diğer yöntemle ait bulguları verebilir ancak tartışma bölümünde bulguları birbiri ile ilişkilendirilmiş şekilde özetlemesi ve tartışması gerekmektedir (106). Bu çalışmada tartışma bölümünde birbiri ile ilişkili nicel ve nitel veriler bir arada sunularak bütünleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde, genel sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu bir üniversite hastanesi, bir Sağlık Bakanlığı hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere toplam üç hastanede yapılmıştır. Hastanelerin belirlenmesinde; Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip olması, kişisel verilerin korunmasına yönelik beyanı, hastaların bilgi ve belgelerinin kurum politikaları ve yasal yükümlülükler çerçevesinde tutulduğunun beyanı, bilgi güvenliği çalışmalarına yönelik faaliyetleri yürütmesi gibi hususların bir ya da birden fazlasına

sahip olması özelliği dikkate alınmıştır. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastaneler içerisinde basit örnekleme yöntemi ile Özel Ankara Güven Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır.

Çalışma örnekleme için seçilen tüm hastanelerin Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi'ne bağlı olarak yayınlanan Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu Sürüm 2.1'de (110) belirtilen hususları yerine getirmesi beklenmektedir. Kılavuzda yer alan hususlar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

“...İSM’ler (İl Sağlık Müdürlüğü) Bakanlığın bilgi güvenliği hedefleri doğrultusunda, kendi sorumluluk alanlarında bulunan ve bilgi işleme faaliyetlerinde kullanılan tüm unsurlar için (sistemler, süreçler, tesisler, insanlar vb.) kuralları tanımlanmış, planlı, etkileşimli ve sürekli iyileştirmeye dayanan bir BGYS kurmakla, aşağıda belirtilen esaslar çerçevesinde kendi kurumsal bilgi güvenliği politikalarını oluşturmakla ve tesis edilen BGYS’yi etkin bir şekilde işletmekle yükümlüdür.”

Özel Ankara Güven Hastanesi: 254 yatak kapasiteli olup, toplam 215 hemşire çalışmaktadır. JCI Akreditasyonuna sahip olup ISO 9001:2000 kalite belgesine sahiptir. Hastane, hem sağlık hizmet sunumu alan kişilerin hem de çalışanların her türlü kişisel verisinin ve özel nitelikli kişisel verisinin, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun olarak işlendiği ve muhafaza edildiğini beyan etmektedir. Ayrıca, hasta hakları ve etik değerleri merkeze alarak, hasta/hasta yakınlarının memnuniyetini sağladıklarını belirtmektedirler. Bunun yanı sıra tıbbi bilgi-belgelerin kalite politikalarına uygun ve yasal yükümlülüklerini de yerine getirecek şekilde arşivlendiği vurgulanmaktadır (111).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi: 757 yatak kapasitesine sahip olup, 694 hemşire ile hizmet vermektedir. Joint Commission International' dan (JCI) akredite olan ilk devlet üniversitesi hastanesidir. Hastane, hasta haklarını koruma doğrultusunda muayene ve tedavilerine ait kayıtların düzenli bir şekilde saklanması, saklanan kayıtların hasta, hasta yakınları, araştırmacılar veya ilgili adli ve idari makamlar tarafından talep edilmesi durumunda bilgi ve belgelerin zamanında ulaştırılması için bünyesinde Arşiv ve İstatistik Hizmetleri Müdürlüğü bulunmaktadır (112).

Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 308 yatak kapasitesine sahip olup, 287 hemşire ile hizmet vermektedir. Kurumun kalite politikaları arasında; en son teknolojik gelişmelere paralel olarak çalışanların niteliğini eğitimlerle geliştirmek, çalışan memnuniyetini sağlamak ve yasal düzenlemelere uygun olarak sağlık hizmeti vermek yer almaktadır. Ayrıca hastanenin tüm bilgi varlıklarının gizliliği, bütünlüğü ve gerektiğinde yetkili kişilerce erişilebilirliğini sağlamak amacıyla BGYS faaliyetlerine ilişkin çalışmaları mevcuttur (113).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada çalışma evreninden iki ayrı örneklem grubu oluşturulmuştur. İlk örneklem grubu ‘Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu’ nun uygulanmasına dönük iken (araştırmanın nicel boyutu), ikinci örneklem grubuyla yarı yapılandırılmış görüşmeler (araştırmanın nitel boyutu) yürütülmüştür.

3.3.1. Araştırmanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem

Araştırmanın evrenini Özel Ankara Güven Hastanesinden 172 hemşire, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinden 328 hemşire ve Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 179 hemşire olmak üzere toplam 679 hemşire oluşmuştur. Araştırmanın nicel boyutuna dâhil edilme kriterleri aşağıda verilmiştir:

- Söz konusu hastanelerde en az 6 aydır çalışıyor olma
- Yataklı servislerde çalışıyor olma.

Araştırmanın nicel bölümünde, örneklem kapsamına alınacak hemşire sayısı, yapılan ön uygulama sonrası belirlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Gazi Mustafa Kemal Hastanesinde 30 hemşire üzerinde ön uygulama yapılmış ve popülasyon varyansı $s^2=29.48$ olarak hesaplanmıştır. Ön uygulama sonucu hesaplanan standart sapma dikkate alınarak aşağıdaki formül ile olması gereken örneklem büyüklüğü 272 kişi olarak hesaplanmıştır. (Birinci tip hata $\alpha=0.05$, Örneklem hatası $d=0.50$ olarak tayin edilmiştir.)

Hesaplama formülü (114):

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

d = Örneklem hatası

s^2 = Örneklem varyansı

$t_{\alpha, sd}$ = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir ($sd=n-1$). $t_{\alpha, sd}$

$$n = \frac{Nt^2s^2}{d^2(N-1) + t^2s^2}$$

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşireler bağlı oldukları hastanelere göre tabakalanmıştır. Toplam örneklem içinde her bir tabaka evrendeki oranı ölçüsünde temsil edilmesi için kaç hemşirenin alınacağı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak tabakalardaki hemşire sayısında orantılı olarak seçilmiştir (114). Her bir tabaka için hemşirelerin bulunduğu listede numaralandırma yapılmış ve basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme dâhil olacak hemşireler belirlenmiştir (114). Bu kapsamda Özel Ankara Güven Hastanesi'nden 69 hemşire, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden 131 hemşire, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 72 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Ayrıca Özel Ankara Güven Hastanesi'nden 5 hemşire, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden 15 hemşire, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 10 hemşire yedek olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın nicel bölümünde Özel Ankara Güven Hastanesi'nden 1 hemşire, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden 9 hemşire, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 3 hemşire çalışmaya katılmayı reddetmiş olup reddeden hemşirelerin yerine daha önce yedek olarak belirlenen hemşireler örnekleme dâhil edilmiştir. Her bir hemşire için ilgili çalışma saatlerinde hastanelere gidilmiş kapalı zarfla kendilerine teslim edilmiştir. Çalışmanın nicel verisinin toplandığı örneklem grubunun belirlenmesine ilişkin hesaplama Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Hastanelerden araştırmaya katılan hemşire oranları

Hastane	Toplam Hemşire Sayısı	Araştırmaya Dahil Olma Kriterini Karşılayan Hemşire Sayısı	Evren İcerisindeki Ağırlığı	Örnekleme Seçilen Hemşire Sayısı	Yedeklere Seçilen Hemşire Sayısı	Ulaşılan Hemşire Sayısı	Örnekleme Ulaşma Oranı
Özel Ankara Güven Hastanesi	215	172	$172/679 = 0,2533$	$272 * 0,2533 = 69$	5	68+1*	%100
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	328	328	$328/679 = 0,4830$	$272 * 0,4830 = 131$	15	122+9*	%100
Ankara Keçöören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	179	179	$179/679 = 0,2636$	$272 * 0,2636 = 72$	10	69+3*	%100
Toplam	1196	679	100	272	30	272	%100

*Yedek listeden gelen hemşire sayısını ifade etmektedir.

3.3.2. Araştırmanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu

Nitel verilerin toplanması için gerekli olan çalışma grubu amaçlı örnekleme yönteminden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir (115). Amaçsal örnekleme yönteminde, araştırmacı kimlerin çalışma grubuna dâhil edileceği konusunda kendisi değerlendirme yapmakta ve araştırmanın amacına en uygun, araştırma konusuna ilişkin zengin tecrübeye ve bilgiye sahip olduğunu öngördüğü/düşündüğü katılımcıları tespit etmektedir (116).

Bu çalışmanın nitel bölümü için odak grup görüşmelerine 22 hemşire ölçüt örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Ancak üniversite hastanesinde yapılan görüşmede bir hemşire görüşme sabahı katılamayacağını iletmiş olup bu bölüm toplamda 21 hemşire ile tamamlanmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemine göre seçim kriterleri aşağıda verilmiştir:

- Araştırmanın nicel boyutuna katılma
- Çalıştıkları kurumun bilgi güvenliği politikalarını en az bir defa okumuş olma
- Çalıştıkları kurumda verilen bilgi güvenliği eğitimlerinden birisine katılmış olma
- Araştırmanın nitel bölümüne katılmaya gönüllü olma
- Görüşmede ses kaydı alınmasına izin verme.

Araştırmanın bu bölümünde veriler, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanarak toplanmıştır. Araştırmanın örnekleme veri toplama süreci boyunca geliştirilmiş, verilerde doyum noktasına gelindiğinde, yeni veri elde edilemediğinde üç farklı odak grup görüşmesi sonrasında verilerde doyumluğa ulaşılmış ve odak grup görüşmelerine son verilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada ‘Tanıtıcı Bilgiler Formu’, ‘Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu’ ve ‘Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları’ olmak üzere üç adet veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Tanıtıcı bilgiler formu, katılımcıların yaş, hemşirelikte en son mezun olunan program, mesleki deneyim süresi, kurumdaki çalışma süresi, çalışılan klinik, çalışma pozisyonu, klinikteki çalışma süresi, sağlık kayıtlarıyla ilgili yasal düzenlemeler, hemşirelerin yazılı düzenlemelerde yer alma durumu, konuyla ilgili eğitim alıp almama durumu, gizlilik sözleşmesi imzalanıp imzalanmadığı, sağlık kayıtlarına erişimin kayıt altına alınıp alınmadığı, kurum ve çalışanlar tarafından SKGGM'nin sağlanma durumu, SKGGM'nin ihlali durumlarına ilişkin görüşlerini belirlemeye dönük on beş sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.4.2. Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu

Bu form, araştırmacı tarafından ilgili alan yazının taranması ve örnek veri toplama araçlarının incelenmesi ile oluşturulmuştur (7, 8, 13, 14, 30, 37, 38, 40-44, 49, 77, 103, 117-128). Veri toplama aracının geliştirilmesinde anket geliştirme aşamalarına dikkat edilmiştir.

Öncelikle ilgili alan yazın taranarak sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetine ilişkin hemşirelerin görüşlerini almaya yönelik maddeler yazılmış ve bu şekilde bir madde havuzu oluşturulmuştur. Yazılan maddeler 3'lü Likert tipinde derecelendirilmiştir. Madde havuzundaki maddeler sağlık bilimleri alan uzmanlarının görüşlerine sunulmuştur. Toplamda dört farklı kurumda çalışan toplamda 8 uzmana görüş sunulmuş olup, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 4 alan uzmanından, KATÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden 1 alan uzmanından, Özel Ankara Güven Hastanesi Hemşirelik Direktörlüğünden 1 alan uzmanından geri dönüş sağlanmıştır. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda bazı maddelerde anlam değişikliği olacak biçimde yazım değişikliğine gidilirken, bazı maddeler de havuzdan çıkarılmıştır. Değişiklik önerisi veren 4 alan uzmanının 2. kez görüşüne sunulmuştur. Alınan olumlu görüşlerin ardından veri toplama aracına belirtilen eklemeler yapılmış ve veri toplama aracının ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada ulaşılan sonuçlar incelenerek forma 25 maddelik son biçimi verilmiştir (EK 2).

3.4.3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme soruları geliştirilmiştir. Sorular yataklı ve yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin SKGGM'nin sağlanması durumuna ilişkin görüşlerini almaya dönüktür. Görüşme formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların hemşirelikte en son mezun oldukları programı, mesleki deneyim sürelerini, yaşlarını, buldukları kurumdaki çalışma sürelerini, çalıştıkları kliniği, kurumdaki pozisyonları ve klinikteki çalışma sürelerini belirlemeye ilişkin yedi tanıtıcı soru içermektedir. İkinci bölümü ise hemşirelerin sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerini almak üzere yöneltilen altı soruyu içermektedir (EK 3).

Görüşme soruları üç aşamada oluşturulmuştur. İlk aşamada çalışmanın nicel bölümünde incelenen literatür kapsamında alan uzmanlarıyla görüşmeler yapılmış ve oluşan deneyimle 10 görüşme sorusu oluşturulmuştur. İkinci aşamada görüşme soruları alan uzmanı dört öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan gelen önerilere göre bazı sorular çıkartılmış, bazı sorularda anlam değişikliğine gidecek şekilde değişiklikler yapılmış ve taslak sorular oluşturulmuştur. Üçüncü aşamada T.C. Sağlık Bakanlığı Gazi Mustafa Kemal Hastanesinde daha önce nicel bölümün ön uygulaması yapılan 30 hemşireden 8'i ile görüşme sorularının amaç, anlam ve kapsam açısından değerlendirilmesini yapmak amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Odak grup görüşmesi sonunda yarı yapılandırılmış sorular üzerinde düzenleme yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ön uygulamada elde edilen verilerin çözümlenmesi sonucunda 6 sorunun da görüşmede kullanılmasına karar verilmiştir.

3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması

Nicel veri toplama aracının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla araştırmanın yapılacağı hastanelerin dışında genel hastane özelliği taşıyan Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi'nde 30 gönüllü ve kurumda en az 6 aydan bu yana çalışan hemşire ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Nicel verilerin ön uygulamasına dâhil edilen 30 hemşirenin 8'i ile odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmesi sonunda yarı yapılandırılmış 6 görüşme sorusunda da düzenleme yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ön uygulama sonucunda

çalışmanın nicel ve nitel veri toplama araçlarının hemşireler tarafından anlaşılır olduğu tespit edilmiştir.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.5.1. Araştırmanın Nicel Verilerinin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan Özel Ankara Güven Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yönetiminden, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi için ise Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında öncelikle hastanelerin sağlık bakım hizmetleri müdürlerine veya yönlendirme yaptıkları eğitim hemşiresi ve hemşirelik hizmetleri koordinatörlerine araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir.

Formlar Kasım 2019 – Aralık 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten ve katılımcılardan yazılı onam alındıktan sonra sırasıyla, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Özel Ankara Güven Hastanesi ve Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesine kapalı zarf ile dağıtılmış yine kapalı zarf ile toplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde ise bazı servislere veri toplama aracı araştırmacı tarafından dağıtılıp geri alınmış, bazı servislerde ise araştırmacı tarafından dağıtılmış ancak toplama kısmında servis sorumlu hemşirelerinden destek alınmıştır. Özel Ankara Güven Hastanesi'nde ve Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anketler eğitim hemşiresi eşliğinde araştırmacı tarafından dağıtılmış, servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile toplanmıştır.

Hemşirelere araştırmacı tarafından doğrudan teslim edilen formların bir kısmı aynı gün içerisinde teslim alınmıştır, bir kısmı ise hemşirelerin çalışma yoğunlukları göz önünde bulundurularak 2-5 iş günü içerisinde teslim alınmıştır. Hemşirelere doğrudan teslim edilen her form için araştırmanın amacı, konusu ve uygulaması hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin çalışma saatlerinde kendilerine ulaşılmış formlar teslim edilmiştir. Hemşirelerin soru formlarını doldurmaları ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.5.2. Araştırmanın Nitel Verilerinin Toplanması

Araştırmanın nicel verilerinin toplanmasına takiben her bir hastaneden belirlenen 21 hemşire ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Hastane yöneticileri tarafından gösterilen toplantı salonları veya hemşire odalarında görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Hemşire odasında yapılan görüşmelerde bölünme olmaması amacıyla bir servis hemşiresi, lisans stajyeri hemşireler ve yüksek lisans stajyeri hemşireler klinik işler ile ilgilenmiştir. Görüşme için hazırlanan ortamda hemşireler ile buluştuktan sonra ilk olarak görüşmenin amacı açıklanmıştır. Hemşirelere görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği, ses kaydının hangi nedenle yapıldığı ve görüşmeden elde edilen tüm verilerin gizli olacağı ile ilgili bilgiler sözlü olarak ve gönüllü katılımcı bilgilendirme formu ile yazılı olarak verilerek hemşirelerin yazılı izinleri alınmıştır. Tüm görüşmeler sırasında hemşirelerin tepkileri ve davranışları, ortam ile ilgili notları kaydedilmiştir. Görüşme süreleri ortalama her hastanede 45 dakika sürmüştür.

Birinci grupta 8 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Görüşme süresince ses kaydı alınmıştır. Görüşme hastane yönetiminin göstermiş olduğu toplantı salonunda gerçekleşmiştir. Hemşireler isimlerini kullanmak istemedikleri için 1'den 8'e kadar numaralandırılmış ve konuşmalarından önce numaralarını söylemeleri rica edilmiştir. Görüşme öncesi sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramları tek tek açıklanmıştır. Görüşme 15.45-16.30 arasında tamamlanmıştır.

İkinci grupta 9 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Görüşme süresince ses kaydı alınmıştır. Görüşme hemşire odasında gerçekleşmiştir. Hemşireler isimlerini kullanmak istemedikleri için 1'den 9'a kadar numaralandırılmış ve konuşmalarından önce numaralarını söylemeleri rica edilmiştir. Görüşme öncesi sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramları tek tek açıklanmıştır. Görüşme 12.00-13.00 arasında tamamlanmıştır.

Üçüncü grupta 5 hemşire ile görüşmeye başlanmış olup, görüşmenin yedinci dakikasında bir hemşire yorgunluğu sebebi ile ayrılmıştır. 4 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Görüşme süresince ses kaydı alınmıştır. Görüşme hemşire odasında gerçekleşmiştir. Hemşireler isimlerini kullanmak istemedikleri için 1'den 5'e kadar numaralandırılmış ve konuşmalarından önce numaralarını söylemeleri rica edilmiştir.

Görüşme öncesi sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramları tek tek açıklanmıştır. Görüşme 08.30-09.10 arasında tamamlanmıştır.

Görüşme soru sırasının değişikliğine müdahale edilmemiş, deneyimlerini derinlemesine paylaşımları desteklenmiştir. Görüşmeler süresince hemşirelerin farklı deneyimlerini de paylaşımlarına izin verilmiş bu deneyimler araştırma sorusu ile ilişkili olanlar çalışma kapsamına alınmıştır.

3.5.3. Nitel Verinin Geçerlik ve Güvenirliği

LeCompte ve Goetz'e (1982) göre, herhangi bir araştırma modelinin tam geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamak imkânsızdır. Yine de araştırmacılar, belirli araştırma problemlerinin güvenilirliğini ve geçerliliğini artıran çeşitli faktörleri dengeleyerek bu hedeflere yaklaşabilirler. Araştırmacılar, çeşitli stratejiler kullanarak güvenilirliği ve geçerliliği tehdit eden faktörleri azaltabilir (129). Geçerlilik araştırma sonuçlarının doğruluğu ile ilgilidir. Dış geçerlilik, kullanılan veri toplama aracının benzer gruplarda benzer sonuçlar üretip üretmeyeceği; iç geçerlilik, araştırmacının ölçmek istediği verileri kullandığı araç veya yöntemle gerçekten ölçüp ölçemeyeceğiyle ilgilidir. Güvenilirlik, araştırma sonuçlarının tekrarlanabilirliği ile ilgilidir. Dış güvenilirlik, araştırma sonuçlarının benzer ortamlarda aynı şekilde elde edilip edilemeyeceği; iç güvenilirlik, diğer araştırmacıların aynı verileri kullanarak aynı sonuçları elde edip edemeyeceğiyle ilgilidir (129).

Sözel verilerin işlendiği nitel araştırmalarda, geçerlilik ve güvenilirlik kavramları bazı anlam değişiklikleri ile karşı karşıyadır. Yıldırım ve Şimşek'e (2018) göre nitel araştırmalarda; araştırma alanına yakınlık, yüz yüze görüşmeler yoluyla ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplama, doğrudan ve olayın meydana geldiği doğal ortamda bilgi toplama, uzun süreli bilgi toplama ve bulguları doğrulamak ve ek bilgi sağlamak için sahaya geri dönebilme, geçerlilik kazanmak için önemli özelliklerdir (106). Nitel araştırmada iç geçerliliği sağlamak için aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

“Araştırma bulguları, verilerin elde edildiği ve bu ortama bağlı olarak tanımlandığı ortam dikkate alınarak anlamlı olmalıdır”, “Bulgular kendi içlerinde tutarlı ve anlamlıdır”, “Anlamlı ortaya çıkan kavramlar anlamlı bir bütün oluşturmalıdır”, “Farklı veri kaynakları, veri toplama yöntemleri ve analiz stratejileri

kullanarak bulguların doğrulanması”, “Elde edilen bulgular oluşturulan teorik çerçeve ile tutarlıdır”, “Bulguları doğrulamak için bazı kural ve stratejilerin doğru kullanımı”, “Bulguları yorumlamak için alternatif yaklaşımlar kullanma”, “Bulguların araştırmaya katılan bireyler tarafından gerçekçi bulunması”, “Bulgulara dayalı olarak yapılan tahmin ve genellemeler elde edilen verilerin tutarlı olmalıdır.” (106, 129, 130). Bahsedilen hususlar doğrultusunda bu çalışmada iç geçerliliği sağlamak için aşağıdaki çalışmalar yapılmıştır.

- ✓ Bulgulara ilişkin bölümde araştırma ortamından elde edilen verilere ilişkin doğrudan alıntılara yer verilmiştir.
- ✓ Bulguların kendi içinde tutarlı ve anlamlı olması ve ortaya çıkan kavramların anlamlı bir bütün oluşturması için veriler kodlar altında toplanmıştır. Kodlar ise alt temalar altında toplanarak kendi aralarında anlamlı bir bütün oluşturacak şekilde birleştirilmiştir.
- ✓ Veri toplama süreci öncesinde ve sırasında, sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti, elektronik sağlık kayıtları ve bilgi güvenliği ile ilgili literatür sürekli olarak incelenmiştir. Böylece araştırmacıya bulguları elde etmede yol gösterecek teorik yapı sağlanmıştır.
- ✓ Uygulama sonucunda elde edilen veriler teorik yapı ile birlikte incelenmiş ve verilerin analiz edilmesini sağlayacak kod listesinin oluşturulmasında bu teorik çerçeveden faydalanılmıştır.
- ✓ Nitel verilerin analizinde ulaşılan temalara tümevarımsal analizler sonucunda ulaşılmıştır.
- ✓ Görüşme formunu geliştirirken, literatüre bağlı kalarak incelenmeler yapılmış ve gerekli uzman görüşü alınmıştır.
- ✓ Veriler elde edildikten sonra araştırmacı tarafından görüşmeye ilişkin özet yapılarak elde edilen veriler katılımcılar tarafından doğrulanmıştır. Böylece yanlış anlaşılmalara olup olmadığı belirlenmiştir.
- ✓ Çalışmada, bulgulara dayalı olarak yapılan genellemelerin özellikle benzer durumlar için yapılabileceği vurgulanmıştır.
- ✓ Yapılan genellemelerin katılımcılardan elde edilen veriler ve süreçte yaşanan durumlarla sınırlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bazı genellemelerin de elde edilen bulgularla veya uygulamaya katılan grupla sınırlı olduğu belirtilmiştir.

Yıldırım ve Şimşek'e (2018) göre dış geçerlik araştırma sonuçlarının genellenebilirliği ile ilgilidir. Bir araştırmanın sonuçları benzer ortam ve durumlara genellenebilirse araştırmanın dış geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, genelleştirilebilirlik, nitel araştırmanın zayıf yönlerinden biridir. Sosyal olayların mevcut ortama göre değiştiği varsayımına dayanarak, hiçbir araştırmanın sonuçları doğrudan başka bir duruma genellenemez. Nicel araştırmada genelleme doğrudan olabilirken, nitel araştırmada dolaylı olarak genelleme yapılabilir (106). Bu çalışmada dış geçerliliği sağlamak için aşağıdakiler yapılmıştır.

- ✓ Araştırmada yer alan çalışma grubu ve özellikleri, görüşme sürecinin detayları araştırmanın yöntem bölümünde detaylı olarak açıklanmıştır.
- ✓ Bulgular doğrultusunda ulaşılan genellemelerde kavramsal çerçeve rehberliğinde grubun ve çevrenin özelliklerine bağlı kalınmış, genellemelerin belirtilen özellikler çerçevesinde sınırlı olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçlarına diğer benzer grup ve ortam özelliklerinde de ulaşılabileceği düşünülmektedir.
- ✓ Araştırmadaki gruplar, grupların özellikleri, uygulama süreci detaylı bir şekilde tanımlanmıştır. Dolayısıyla, diğer araştırmacıların da bu ayrıntılı tanımlamalardan yararlanarak benzer grup ve ortamlar için çalışma sonucunda yapılan genellemelerden yararlanabileceği düşünülmektedir.
- ✓ Ulaşılan sonuçlar ve genellemelerin teorik çerçeve ile tutarlılığına dikkat edilmiştir.

Yıldırım ve Şimşek'e (2018) göre; nitel araştırmanın temel özelliklerinden olan algıların önemi ve doğal çevreye duyarlılık, güvenilirlik ile ilgili bazı hususlar sorun yaratmaktadır. Nitel araştırmada temel ilkelere biri, olguların bireylere ve çevreye göre sürekli değiştiğini ve araştırmanın benzer gruplar halinde tekrarlanmasının aynı sonuçlara ulaşmayı mümkün kılmadığını baştan kabul etmektir. Aslında, kullanılan yöntem ne olursa olsun, insan davranışı üzerine birebir aynı araştırmayı tekrarlamak mümkün değildir. Güvenirlik ile ilgili bazı kriterler bazı nitel araştırma kriterleri ile çelişmekle birlikte nitel araştırmada hem dış güvenilirlik hem de iç güvenilirlik için alınması gereken bazı önlemler vardır (106). İlgili literatür incelenerek bu çalışmanın iç güvenilirliğini sağlamak için aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir:

- ✓ Araştırma soruları açıkça belirtilmiştir. İfade edilen araştırma soruları doğrultusunda araştırmanın yöntemi, çalışma grubu, araştırmada izlenen süreç, veri toplama araçları, veri analizi ve yorumlar belirlenmiş ve açıklanmıştır.
- ✓ Araştırma verileri, araştırma soruları doğrultusunda görüşme soruları kullanılarak elde edilmiştir. Veriler yorum eklenmeden sunulmuş ve ilgili alıntılar sunulmuştur. Böylelikle verinin özgünlüğü yansıtılmaya çalışılmıştır.
- ✓ Araştırma verilerinin araştırma sorularına cevap olup olmayacağı ve elde edilen sonuçların bulgularla tutarlılığı sürekli kontrol edilmiştir.
- ✓ Veri analizinde literatür ve ön veri analizi okumalarından sonra taslak kod listeleri oluşturulmuştur. Taslak kod listeleri uzman görüşüne sunulmuş ve son haline getirilmiştir. Araştırmacı ve uzman örnek kodlama konusunda fikir birliğine varıldıktan sonra asıl kodlama yapılarak son hali verilmiştir.

3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmanın nicel ve nitel iki ayrı kaynağından toplanan veriler, farklı yöntem ve tekniklerle çözümlenmiştir.

3.6.1. Araştırmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerinin Analizi

İlk örneklem grubuna uygulanan ‘Tanıtıcı Bilgiler Formu’ ile ‘Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu’ndan elde edilen veri düzenlenerek elektronik ortamda kayıt altına alınmış ve SPSS (26) istatistiksel analiz paket programında çözümlenmiştir.

Çalışmada sayısal değişkenlere ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır. Kişisel özelliklerine göre hemşirelerin güvenlik, gizlilik ve mahremiyet konularına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması amacıyla kategorik değişkenler dikkate alınarak ortalama, standart sapma, frekans hesaplamalarının yanın da ki-kare testleri yürütülmüş, gözlenen farklılıkların kaynağını belirlemek amacıyla da kategoriler arasında ikili karşılaştırmalar yapılarak ilgili tablolarda eşleştirilmiştir.

Çalışmanın nicel verisinin toplandığı Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu 25 madde içermektedir. Maddelerden

11'i güvenlik, 8'i gizlilik, 6'sı da mahremiyet konularına yönelik görüş almaya dönüktür. Bu araçtan elde edilen veri sıklık ve oran olarak hesaplanarak sunulmuştur.

3.6.2. Araştırmanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerinin Analizi

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde tanımlayıcı-femonolojik analiz kullanılmıştır. Veriler analiz edilirken ses kayıtları araştırmacı tarafından önce ses kaydı olarak birçok kez dinlenmiş daha sonra bir metin haline getirilerek her bir hastanede yapılan görüşmeler ayrı ayrı olmak üzere toplamda on sekiz sayfalık ham veri haline getirilmiştir. Bilgisayar ortamında görüşme dökümleri üzerinde herhangi bir düzeltme işlemi yapılmamış, katılımcıların anlam ve bakış açıları, konuşmanın gerçek yapısı korunarak aktarılmıştır.

Görüşme kayıtlarından elde edilen dökümler araştırmacı tarafından bağımsız olarak tek tek okunmuş ve başlangıç kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan kodlar alt tema ve tema altında toplanmıştır. Bu analiz ve kodlama süreci ile kodların uygunluğu danışman öğretim üyesi tarafından kontrol edilerek uzman incelemesi yapılmıştır. Elde edilen bulguların yorumlanma ve raporlaştırılmasında; araştırma soruları yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere H1, H2, H3... gibi kodlar verilmiştir. Verinin çözümlenmesinde ve sunulmasında bu kodlardan yararlanılmıştır. İçerik analiziyle çözümlenen verinin sunulmasında, mümkün olduğunca sayısallaştırmadan kaçınılmış, katılımcı görüşleri üzerinde yalnızca sıklık (f) değerleri verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygulunun değerlendirilmesi açısından Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyona 11 Şubat 2019 da başvuru yapılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonun 19 Şubat 2019 tarihli toplantısı ile onay alınmıştır (EK 4). Araştırmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi, Özel Ankara Güven Hastanesi ve Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Ön uygulamanın yapılabilmesi için, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesinin yönetiminden yazılı izin alınmıştır (EK 5). Araştırmanın nicel ve nitel örnekleme alınacak hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onamları Gönüllü Katılım Formları (EK 6) aracılığı ile alınmıştır. Form araştırmaya

katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi vermek ve kendi hakları hakkında bilgi vermek amacı ile oluşturulmuştur. İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından çalışma hakkında verilen bilgiler bulunmaktadır. İkinici bölümde ise katılımcının beyanına ait ifadeler bulunmaktadır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada sözel ve sayısal verinin işlendiği sıralı açıklayıcı modelde karma tip araştırma süreci yürütülmüştür. Bu bölümde, sözel ve sayısal verinin çözümlenmesinden elde edilen bulgularla araştırma sorularının cevaplarına yer verilmiştir.

Araştırmanın Nicel Bölümüne İlişkin Bulgular:

- (1) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,
- (2) SKGGM'ye İlişkin Hemşire Görüş Formuna Yönelik Bulgular
- (3) Hemşirelerin SKGGM'ye İlişkin Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulgular

Araştırmanın Nitel Bölümüne İlişkin Bulgular:

- (4) Hemşirelerin SKGGM'yi Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerilerine İlişkin Bulgular

4.1. Araştırmanın Nicel Bölümüne İlişkin Bulgular

4.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu kısmında katılımcı hemşirelere uygulanan 'Tanıtıcı Bilgiler Formundan' elde edilen verilere ilişkin bulgular sunulmuştur. Tablo 4.1'de çalışmanın nicel bölümünde araştırma kapsamına alınan 272 hemşirenin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n:272)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	Ort±SS
Yaş			
29 yaş ve altı	133	48.9	31.31±6.99
30-39 arası	91	33.5	Min: 22
40 yaş ve üzeri	48	17.6	Max: 55
Toplam	272	100	
En Son Mezun Olunan Hemşirelik Programı			
Sağlık meslek lisesi	32	11.8	
Ön lisans	22	8.1	
Lisans	195	71.7	
Yüksek lisans/Doktora	23	8.5	
Toplam	272	100	
Hemşirelik Mesleğinde Çalışma Süresi			
6 ay - 5 yıl	100	36.8	9.26±7.40
6 - 10 yıl	73	26.8	Min: 6 ay
11 - 15 yıl	42	15.4	Max: 31 yıl
16 - 20 yıl	31	11.4	
21 yıl ve üzeri	26	9.6	
Toplam	272	100	
Çalışılan Kurum			
Özel hastane	69	25.4	
Eğitim ve araştırma hastanesi	72	26.5	
Üniversite hastanesi	131	48.1	
Toplam	272	100	
Bulunduğu Kurumdaki Çalışma Süresi			
6 ay - 5 yıl	138	50.7	6.37±5.43
6 - 10 yıl	71	26.1	Min: 6 ay
11 - 15 yıl	49	18	Max: 31 yıl
16 yıl ve üzeri	14	5.2	
Toplam	272	100	
Çalışılan Klinik			
Yoğun bakım	76	27.9	
Cerrahi birimler	90	33.2	
Dahili birimler	73	26.8	
Cerrahi-Dahili (karma servisler)	33	12.1	
Toplam	272	100	
Çalışma Pozisyonu			
Servis sorumlu hemşiresi	28	10.3	
Servis hemşiresi	244	89.7	
Toplam	272	100	
Bulunduğu Klinikteki Çalışma Süresi			
6 ay - 5 yıl	192	70.6	4.23±4.23
6 - 10 yıl	54	19.8	Min: 1 ay
11 yıl ve üzeri	26	9.6	Max: 31 yıl
Toplam	272	100	

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.31±6,99 yıldır ve hemşirelerin %48,9'u 29 yaş ve altı grubundadır. Hemşirelerin %71,7'si en son hemşirelikte lisans programını bitirmiştir. Hemşirelerin meslekte ortalama çalışma

süresi 9.26 ± 7.40 yıldır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %48,1'i üniversite hastanesinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin buldukları kurumda ortalama çalışma süresi 6.37 ± 5.43 yıldır. Hemşirelerin %27,9'u yoğun bakımda, %33,2'si cerrahi servislerde, %26,8'i dâhili servislerde, %12,1'i karma servislerde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin %89,7'si servis hemşiresi olarak çalışmakta olup buldukları klinikteki ortalama çalışma süresi 4.23 ± 4.23 yıldır.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki sağlık kayıtlarına yönelik düzenlemelerin varlığına ilişkin bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardaki sağlık kayıtlarına yönelik düzenlemelere ilişkin görüşleri

Sorular	Cevap Seçeneği	İstatistiksel Değerler n (%)
Kurumunuzda sağlık kayıtlarını toplama, kullanma, açıklama ve güvenliğini sağlama ile ilgili yazılı düzenlemeler (politika, prosedür, standart vb) mevcut mu?	Evet	252 (%93)
	Hayır	20 (%7)
Bu yazılı düzenlemelerin oluşturulması ve güncellenmesi sürecinde hemşire temsilciler yer aldı mı/alıyor mu?	Evet	212 (%78)
	Hayır	38 (%14)
Bu kurumda çalışmaya başladığınızda ve/veya çalışma sürecinde sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya yönelik eğitim aldınız mı?	Evet	226 (%83)
	Hayır	46 (%17)
Bu kurumda çalışmaya başladığınızda ve/veya çalışma sürecinde sizinle bir gizlilik sözleşmesi imzalandı mı?	Evet	107 (%39)
	Hayır	165 (%61)
Elektronik ortamdaki sağlık kayıtlarına her erişiminiz kayıt altına alınıyor mu?	Evet	180 (%68)
	Hayır	86 (%32)

Tablo 4.2'ye göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %93'ü kurumlarında sağlık kayıtlarını toplama, kullanma, açıklama ve güvenliğini sağlama ile ilgili yazılı düzenlemenin mevcut olduğunu belirtmiştir. Bu hemşirelerin %85'i ise yazılı düzenlemelerin oluşturulması ve güncellenmesinde hemşire temsilcilerin olduğunu vurgulamaktadır. Hemşirelerin %83'ü sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya yönelik eğitim aldığını belirtirken, %61'i kendisi ile

gizlilik sözleşmesi imzalanmadığını belirtmektedir. Hemşirelerin %68'i elektronik ortamdaki sağlık kayıtlarına erişimlerinin kayıt altına alındığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin genel hemşire görüşleri

Genel olarak sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasına ilişkin görüşünüz				
	Her zaman n (%)	Sıklıkla n (%)	Bazen-Nadiren n (%)	
Güvenlik	116 (%43)	108 (%40)	48 (%17)	
Gizlilik	113 (%42)	122 (%45)	37 (%13)	
Mahremiyet	131 (%48)	113 (%42)	28 (%10)	
Bakımınız altındaki bireylerin bilgi güvenliğini, gizliliğini ve mahremiyetini sağlama durumunuza ilişkin görüşünüz				
	Her zaman n (%)	Sıklıkla n (%)	Bazen-Nadiren n (%)	
Güvenlik	188 (%69.10)	70 (%25.70)	14 (%5.20)	
Gizlilik	183 (%67.30)	84 (%30.90)	5 (%1.80)	
Mahremiyet	198 (%72.80)	70 (%25.70)	4(%1.50)	
Kurumunuzda meydana gelen sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet ihlallerine ilişkin görüşünüz				
	Hiçbir zaman n (%)	Nadiren n (%)	Bazen n (%)	Sıklıkla-Her zaman n (%)
Güvenlik	149 (%55.00)	83 (%30.60)	26 (%9.60)	13 (%4.80)
Gizlilik	138 (%50.90)	87 (%32.10)	30 (%11.10)	16 (%5.90)
Mahremiyet	145 (%53.50)	89 (%32.80)	26 (%9.60)	11 (%4.10)

Tablo 4.3'te hemşirelerin sağlık kayıtları özelinde kurumlarındaki ve bakımları altındaki bireylerin SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin görüşleri ve sağlık kayıtlarında meydana gelen ihlallere ilişkin görüşleri gösterilmektedir. Tablonun okunmasında hemşirelerin bazen ve nadiren yanıtları bir arada değerlendirilmiştir. Sağlık kayıtlarında meydana gelen ihlallere ilişkin bölümün okunmasında ise sıklıkla ve her zaman yanıtları bir arada değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin %43'ü çalıştıkları kurumda sağlık kayıtlarının güvenliğinin her zaman sağlandığını ifade ederken, bakımı altındaki bireyin sağlık kayıtlarının güvenliğini her zaman sağladığını ifade eden hemşire oranı %69'dur. Sağlık

kayıtlarında gizlilik konusunda da güvenliğe benzer oranlar göze çarpmaktadır. Hemşirelerin %42'si kurumlarında sağlık kayıtlarının gizliliğinin her zaman sağlandığını ifade ederken, bakımı altındaki bireyin sağlık kayıtlarının gizliliğini her zaman sağladığını ifade eden hemşire oranı %67'dir. Hemşirelerin %48'i kurumlarındaki sağlık kayıtlarının mahremiyetinin her zaman sağlandığını ifade ederken, bakımı altındaki bireyin sağlık kayıtlarının mahremiyetini her zaman sağladığını ifade eden hemşire oranı %73'tür. Hemşirelerin %55'i kurumlarında güvenlik ihlali yaşanmadığını düşünürken, gizlilik ihlali yaşanmadığını düşünen hemşirelerin oranı %51'dir. Mahremiyet ihlali konusunda ise hemşirelerin %53'ü hiçbir zaman böyle bir durum yaşanmadığını ifade etmektedir.

4.1.2. SKGGM'ye İlişkin Hemşire Görüş Formuna Yönelik Bulgular

Tablo 4.4'te "Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu" nun maddelerine ilişkin görüşleri sıklık ve oran değerleri ile sunulmuştur.

Tablo 4.4. SKGGM'ye ilişkin hemşire görüşlerinin dağılımı (n=272)

İfade	Seçenek		
	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Güvenlik			
Hastalara ait sağlık kayıtlarına sadece yetkili kişiler erişebilir.	16 (5,88)	69 (25,37)	187 (68,75)
Bu hastanede Hastane Bilgi Yönetim Sistemi' nde (HBYS) her hemşirenin ayrı kullanıcı adı ve şifresi vardır.	1 (0,37)	7 (2,57)	264 (97,06)
Bu hastanede bütün servis/klinik çalışanları aynı şifre ile HBYS'ye girmektedir.	215 (79,04)	16 (5,88)	41 (15,07)
HBYS erişiminde kullandığım şifremleri çalışma arkadaşlarımla (ikinci bir kişi ile) paylaşmamda sakınca yoktur.	215 (79,04)	40 (14,71)	17 (6,25)
Şifremleri paylaşmak zorunda kaldığım durumda şifremleri değiştiririm.	22 (8,09)	50 (18,38)	200 (73,53)
Zorunda kaldığımda diğer hemşire ve doktorların şifresi ile sisteme girerim.	167 (61,40)	74 (27,21)	31 (11,40)
Güvenlik ihlallerinde bildirim yapabileceğim bir sistem var.	44 (16,18)	67 (24,63)	161 (59,19)
Güvenlik ihlali durumunda olay ile ilgili bildirimde bulunurum.	22 (8,09)	49 (18,01)	201 (73,90)
Çalışanlar kurum bilgisayarlarından sosyal medya ve kişisel e-posta hesaplarını kullanabilir.	154 (56,62)	75 (27,57)	43 (15,81)
Bu hastanede sağlık kayıtlarının ifşası durumunda, söz konusu davranışı gösteren kişilere her zaman yaptırımlar uygulanır.	40 (14,71)	120 (44,12)	112 (41,18)
Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	58 (21,32)	95 (34,93)	119 (43,75)
Gizlilik			
Değiştirilmesi ya da çıkarılması gereken durumlarda hasta kimlik bilekliklerini geri dönüşümsüz olarak yok ederim (kırpma makinesine atma vb.)	96 (35,29)	89 (32,72)	87 (31,99)
Gün içerisinde kullandığım hasta listesini ve üzerine aldığım notları çalışma saatimin bitiminde yok ederim.	37 (13,60)	50 (18,38)	185 (68,01)
Hasta transferlerinde dosyayı sadece hastayı teslim alacak hemşire ve/veya doktora teslim ederim.	20 (7,35)	69 (25,37)	183 (67,28)
Taburcu olan hastaların fiziksel dosyalarının arşive gizlilik içerinde teslim edilmesindeki süreçleri takip ederim.	67 (24,63)	109 (40,07)	96 (35,29)
Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerinin de okurum. (örn; adli vakalar ait dokümanlar)	109 (40,07)	112 (41,18)	51 (18,75)

Tablo 4.4. (Devam) SKGGM'ye ilişkin hemşire görüşlerinin dağılımı (n=272)

Madde	Seçenek		
	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalara ait sağlık kayıtlarını ihtiyaç duyulması halinde kişisel e-posta vb. yollarla diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşırım.	180 (66,18)	70 (25,74)	22 (8,09)
Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	65 (23,90)	98 (36,03)	109 (40,07)
Bu hastanede sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanabilmesi için (son kullanıcı) hekim, hemşire ve sekreterlere düzenli eğitimler verilir.	58 (21,32)	92 (33,82)	122 (44,85)
Mahremiyet			
Hastaların sağlık durumlarını diğer çalışanlar ile zaman zaman hemşire dinlenme odası, kantin, toplu taşıma, ev vb. yerlerde konuştuğum oluyor.	148 (54,41)	102 (37,50)	22 (8,09)
Çalıştığım birimde hastaların mahremiyeti her zaman korunur.	7 (2,57)	66 (24,26)	199 (73,16)
Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini öğrenip kayıt altına alırım.	158 (58,09)	80 (29,41)	34 (12,50)
Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	44 (16,18)	108 (39,71)	120 (44,12)
Zaman zaman hastanın izni/ bilgisi olmadan hasta yakınlarına bilgi vermek durumunda kalıyorum.	137 (50,37)	105 (38,60)	29 (10,66)
Hasta bakım ve tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan kişiler ile zaman zaman hastanın durumu ile ilgili bilgiyi telefonda paylaşırım.	236 (86,76)	28 (10,29)	8 (2,94)

Tablo 4.4'te hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet uygulamalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir.

Formun güvenlikle ilgili maddelerine hemşirelerin verdiği yanıtların dağılımına bakıldığında; hemşirelerin % 97.06'sı çalıştıkları hastanede her hemşirenin ayrı kullanıcı adı ve şifresi olduğunu, %79.04'ü hastanelerinde bütün çalışanların farklı şifre ile sisteme girdiğini ve şifresini çalışma arkadaşlarıyla paylaşmadığını, %73.90'ı şifresini paylaşmak zorunda kaldığı durumda şifresini değiştirdiğini, %56.62'si çalışanların kurum bilgisayarlarından sosyal medya ve kişisel e-posta hesaplarını kullanmaması gerektiğini düşündüğünü, %44.02'si hastanelerinde sağlık

kayıtlarının ifşası durumunda, söz konusu davranışı gösteren kişilere yaptırımlar uygulandığını ifade ederken, %43.75'i hastanelerinde hastalara ait sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasından hemşirelerin birincil derecede sorumlu olduğunu vurgulamıştır.

Formun gizlilik ilgili maddelerine hemşirelerin verdiği yanıtların dağılımına bakıldığında; hemşirelerin %68.01'i gün içerisinde kullandığı hasta listesini ve üzerine aldığı notları çalışma saatinin bitiminde yok ettiğini, %67.28'i hasta transferlerinde dosyayı sadece hastayı teslim alacak hemşire ve/veya doktora teslim ettiğini, %40.7'si hastanelerinde sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasından hemşirelerin birincil derecede sorumlu olduğunu, %35.29'u taburcu olan hastaların fiziksel dosyalarının arşive gizlilik içinde teslim edilmesindeki süreçleri takip ettiğini, %31.99'u değiştirilmesi ya da çıkarılması gereken durumlarda hasta kimlik bilekliklerini geri dönüşümsüz olarak yok ettiğini belirtmektedir.

Formun mahremiyet ilgili maddelerine hemşirelerin verdiği yanıtların dağılımına bakıldığında; %86,76'sı hasta bakım ve tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan kişilerle telefonda bilgi paylaşımı yapmadığını, %73.16'sı çalıştığı yerde hastaların mahremiyetinin her zaman korunduğunu, %50.37'si hastanın izni/ bilgisi olmadan hasta yakınlarına bilgi vermediğini, %44.12'si hastanelerinde hastalara ait sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasından hemşirelerin birincil derecede sorumlu olduğunu belirtmiştir.

4.1.3. Hemşirelerin SKGGM'ye İlişkin Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımına Yönelik Bulgular

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda ve bakımları altındaki bireylerin SKGGM'yi sağlama durumlarına yönelik değerlendirmelerinin bireysel ve mesleki özelliklerine (yaşları, eğitim düzeyleri, mesleki deneyim süreleri, çalıştıkları klinik, işyerindeki pozisyonları) göre farklılaşmasına yönelik bulgular Tablo 4.5. ve (EK 8) sunulmuştur.

Tablo 4.5. Bireysel ve mesleki özelliklerine göre çalıştıkları kurumda SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri

Değişken	Grup	Güvenlik				Gizlilik				Mahremiyet				İst*	
		Bazen-Nadiren n (%)	Sıklıkla n (%)	Her zaman n (%)	İst* X ² sd P	Bazen-Nadiren n (%)	Sıklıkla n (%)	Her zaman n (%)	İst* X ² sd P	Bazen-Nadiren n (%)	Sıklıkla n (%)	Her zaman n (%)	İst* X ² sd P	İst*	
														X ²	sd
Yaş	29 yaş ve altı	11 (%4)	55 (%20,2)	67 (%24,6)	20.178	15 (%5,5)	57 (%21)	61 (%22,4)	8.427	10 (%3,7)	55 (%20,2)	68 (%25)	6.939		
	30-39 arası	26 (%9,6)	31 (%11,4)	34 (%12,5)	6	17 (%6,3)	38 (%14)	36 (%13,2)	6	14 (%5,1)	33 (%12,1)	44 (%16,2)	6		
	40 yaş ve üzeri	11 (%4)	22 (%8,1)	15 (%5,5)	.003	5 (%1,8)	27 (%9,9)	16 (%5,9)	0.208	4 (%1,5)	25 (%9,2)	19 (%7)	0.326		
Hemşirelikte Bitirilen En Son Program	Sağlık Meslek Lisesi	2 (%0,7)	12 (%4,4)	18 (%6,6)	11.008	3 (%1,1)	14 (%5,1)	15 (%5,5)	4.432	3 (%1,1)	13 (%4,8)	16 (%5,9)	5.321		
	Ön Lisans	7 (%2,6)	5 (%1,8)	10 (%3,7)	9	4 (%1,5)	9 (%3,3)	9 (%3,3)	9	3 (%1,1)	7 (%2,6)	12 (%4,4)	9		
	Lisans	34 (%12,5)	81 (%29,8)	80 (%29,4)	0.275	26 (%9,6)	87 (%32)	82 (%30,1)	0.881	18 (%6,6)	82 (%30,1)	95 (%34,9)	0.805		
Kurumdaki Çalışma Süresi	Yüksek L./Doktora	5 (%1,8)	10 (%3,7)	8 (%2,9)		4 (%1,5)	12 (%4,4)	7 (%2,6)		4 (%1,5)	11 (%4)	8 (%2,9)			
	5 yıla kadar	18 (%6,6)	53 (%19,5)	67 (%24,6)	21.376	20 (%7,4)	55 (%20,2)	63 (%23,2)	6.648	14 (%5,1)	55 (%20,2)	69 (%25,4)	4.201		
	6-10 yıl arası	14 (%5,2)	29 (%10,7)	28 (%10,3)	9	9 (%3,3)	36 (%13,2)	26 (%9,6)	9	8 (%3)	30 (%11)	33 (%12,1)	9		
Çalışma Süresi	11-15 yıl arası	14 (%5,1)	19 (%7)	16 (%5,9)	.011	7 (%2,5)	24 (%8,8)	18 (%6,6)	0.674	5 (%1,9)	22 (%8,1)	22 (%8,1)	0.898		
	16 yıl ve üzeri	2 (%0,8)	7 (%2,6)	5 (%1,8)		1 (%0,4)	7 (%2,6)	6 (%2,2)		1 (%0,4)	6 (%2,2)	7 (%2,6)			

Tablo 4.5. (Devam) Bireysel ve mesleki özelliklerine göre çalıştıkları kurumda SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri

Değişken	Grup	Güvenlik			İst*			Gizlilik			İst*			Mahremiyet			İst*	
		Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd	P	Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd	P	Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd	P		
																	n (%)	n (%)
Hemşirelikte Çalışma Süresi	10 yıla kadar	24 (%8,8)	69 (%25,4)	80 (%29,4)	9,896		23 (%8,5)	74 (%27,2)	76 (%27,9)	6,664		16 (%5,8)	72 (%26,5)	85 (%31,3)	6,491			
	6-10 yıl arası	18 (%6,6)	27 (%9,9)	28 (%10,3)	6		12 (%4,4)	32 (%11,8)	29 (%10,7)	6		10 (%3,7)	26 (%9,6)	37 (%13,6)	6			
	21 yıl ve üzeri	6 (%2,2)	12 (%4,4)	8 (%2,9)	0,129		2 (%0,7)	16 (%5,9)	8 (%2,9)	0,353		2 (%0,7)	15 (%5,5)	9 (%3,3)	0,37			
Çalıştığı Klinik	Cerrahi	16 (%5,9)	46 (%16,9)	28 (%10,3)	17,804		10 (%3,7)	49 (%18)	31 (%11,4)	14,687		8 (%2,9)	46 (%16,9)	36 (%13,2)	17,76			
	Dahili	17 (%6,2)	21 (%7,7)	35 (%12,9)	9		13 (%4,8)	24 (%8,8)	36 (%13,2)	9		11 (%4,1)	19 (%7)	43 (%15,8)	9			
	Yoğun Bakım	14 (%5,1)	29 (%10,7)	33 (%12,1)	.038		11 (%4)	38 (%14)	27 (%9,9)	0,1		8 (%3)	36 (%13,2)	32 (%11,8)	.038			
Çalıştığı Pozisyon	Cerrahi-Dahili	1 (%0,4)	12 (%4,4)	20 (%7,4)			3 (%1,1)	11 (%4)	19 (%7)			1 (%0,4)	12 (%4,4)	20 (%7,4)				
	Sorumlu Hemşire	6 (%2,2)	10 (%3,7)	12 (%4,4)	0,447		4 (%1,5)	12 (%4,4)	12 (%4,4)	9,653		3 (%1,1)	10 (%3,7)	15 (%5,5)	6,104			
	Servis Hemşiresi	42 (%15,4)	98 (%36)	104 (%38,2)	3		33 (%12,2)	110 (%40,4)	101 (%37,1)	3		25 (%9,2)	103 (%37,9)	116 (%42,6)	3			
Eğitim Alma Durumu	Evet	31 (%11,4)	93 (%34,2)	102 (%37,5)	15,114		23 (%8,5)	105 (%38,6)	98 (%36)	15,654		16 (%5,9)	93 (%34,2)	117 (%43)	17,11			
	Hayır	17 (%6,2)	15 (%5,5)	14 (%5,1)	3		14 (%5,1)	17 (%6,3)	15 (%5,5)	3		12 (%4,4)	20 (%7,4)	14 (%5,1)	3			
					.002					.022					0,107			

*İstatistiksel analiz: Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test; üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5 incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumda SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin görüşlerinin hemşirelikte bitirilen en son program ve hemşirelikte çalışma süresine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sağlık kayıtlarında güvenlik konusunda yaşlarına ($X^2: 20,178$, $sd:6$, $p<0.05$), kurumda çalışılan süreye ($X^2: 21,376$, $sd:9$, $p<0.05$), çalıştıkları kliniğe ($X^2: 17,804$, $sd:9$, $p<0.05$) ve eğitim alma durumlarına ($X^2: 15,114$, $sd:3$, $p<0.05$) göre farklılık gözlenmiştir. Sonuçlar sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasında; 29 yaş ve altında yaşta olan, 5 yıldan az çalışan, cerrahi ve yoğun bakım biriminde görev yapan ve konuyla ilgili eğitim alanların daha olumlu görüş içerisinde olduklarını göstermektedir.

Sağlık kayıtlarında gizlilik konusunda çalıştıkları pozisyona ($X^2: 9,653$, $sd:3$, $p<0.05$) ve eğitim alma durumuna ($X^2: 15,654$, $sd:3$, $p<0.01$) göre farklılık gözlenmiştir. Sonuçlar servis hemşireleri ile konuyla ilgili eğitim alanların gizlilik konusunda kurumlarına yönelik daha olumlu düşüncelere sahip olduklarını göstermektedir.

Sağlık kayıtlarında mahremiyet konusunda çalıştıkları kliniğe ($X^2: 17,764$, $sd:9$, $p<0.05$) ve eğitim alma durumlarına ($X^2: 17,111$, $sd:3$, $p<0.01$) göre farklılık bulunmaktadır. Dâhili birimdeki hemşireler ve konu ile ilgili eğitim alanlar çalıştıkları kurumların sağlık kayıtlarının mahremiyetine daha fazla dikkat ettiğini düşünmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin bakımları altındaki bireylerin SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin görüşleri incelendiğinde (EK 8), yaşlarına, eğitim düzeylerine, hemşirelik kıdemlerine, kurumda çalıştıkları süreye, çalıştıkları kliniğe, kurumdaki pozisyonlarına göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Hemşirelerin eğitim alma durumuna göre sağlık kayıtlarında güvenlik konusundaki görüşlerinin eğitim alma durumlarına göre farklılaştığı ($X^2: 10.767$, $sd:3$, $p<0.05$) gözlenmiştir. Konuyla ilgili eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayan hemşirelere göre sağlık kayıtlarının güvenliğini daha fazla sağladıklarını ifade ettikleri görülmüştür.

4.2. Araştırmanın Nitel Bölümüne İlişkin Bulgular

4.2.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

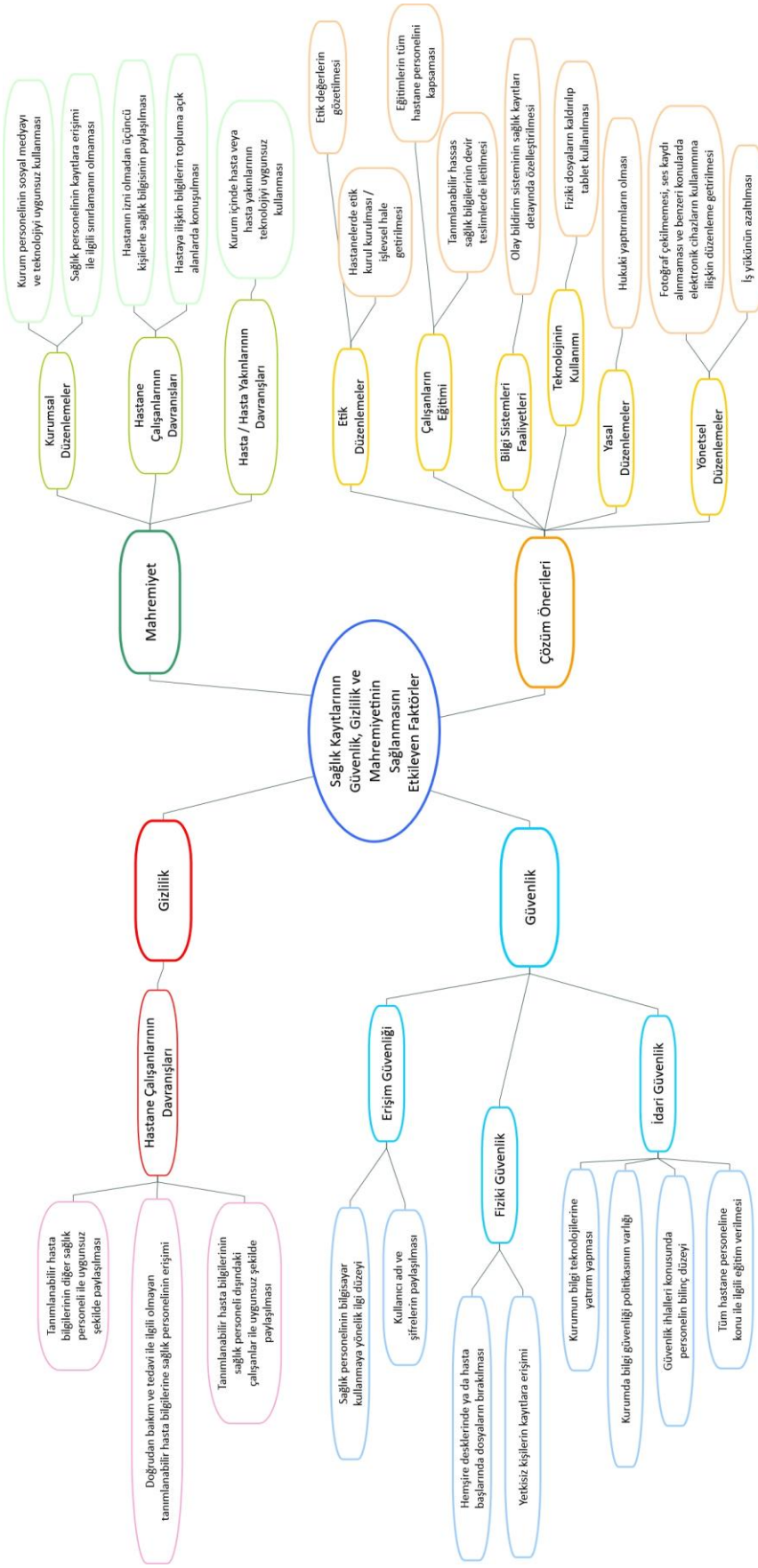
Tablo 4.6'de çalışmanın nitel bölümünde araştırma kapsamına alınan 21 hemşireye ait tanıtıcı bilgiler verilmiştir.

Tablo 4.6. Yarı yapılandırılmış görüşme sorularını yanıtlayan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=21)

Katılımcı	Yaş	En Son Bitirdiği Hemşirelik Programı	Hemşirelik Mesleğinde Çalışılan Süre	Kurumdaki Çalışma Süresi	Klinik	Çalışma Pozisyonu	Klinikte Çalışma Süresi
H1	43	Lisans	25 yıl 1 ay	7 yıl 5 ay	Dahiliye S.	Sorumlu Hemşire	3 Yıl 3 Ay
H2	44	Lisans	25 yıl 2 ay	11 yıl 3 ay	KBB	Servis Hemşiresi	11 Yıl 3 Ay
H3	45	Lisans	15 yıl	7 yıl	Ortopedi S.	Servis Hemşiresi	7 Yıl
H4	42	Lisans	14 yıl	7 yıl 3 ay	Yenidoğan YB	Servis Hemşiresi	7 Yıl 3 Ay
H5	33	Lisans	12 yıl 6 ay	12 yıl 6 ay	Yenidoğan YB	Servis Hemşiresi	12 Yıl 6 Ay
H6	47	Lisans	28 yıl	10 yıl	KBB	Sorumlu Hemşire	4 Yıl
H7	34	Yüksek Lisans	9 yıl	9 yıl	Genel YB	Servis Hemşiresi	9 Yıl
H8	45	Lisans	26 yıl 4 ay	12 yıl 4 ay	Dahiliye S.	Sorumlu Hemşire	7 Yıl
H9	23	Lisans	8 ay	8 ay	Genel YB	Servis Hemşiresi	8 Ay
H10	27	Lisans	2 yıl 11 ay	1 yıl 2 ay	Nöroloji S.	Servis Hemşiresi	1 Yıl 2 Ay
H11	28	Lisans	4 yıl	6 yıl	Nöroloji S.	Servis Hemşiresi	4 Yıl
H12	37	Lisans	14 yıl 9 ay	14 yıl 9 ay	Nöroloji S.	Sorumlu Hemşire	1 Yıl 5 Ay
H13	27	Lisans	2 yıl 7 ay	1 yıl 7 ay	Nöroloji S.	Servis Hemşiresi	1 Yıl 7 Ay
H14	26	Sağlık Meslek L.	1 yıl 3 ay	1 yıl 3 ay	Cerrahi S.	Servis Hemşiresi	1 Yıl 3 Ay
H15	25	Sağlık Meslek L.	6 yıl 1 ay	6 yıl 1 ay	Cerrahi S.	Servis Hemşiresi	6 Yıl 1 Ay
H16	26	Lisans	2 yıl 4 ay	2 yıl 4 ay	Genel YB	Servis Hemşiresi	2 Yıl 4 Ay
H17	24	Yüksek Lisans	2 yıl 4 ay	8 ay	Genel YB	Servis Hemşiresi	8 Ay
H18	24	Lisans	2 yıl	2 yıl	Dahiliye S.	Servis Hemşiresi	2 Yıl
H19	23	Lisans	7 ay	7 ay	Kardioloji S.	Servis Hemşiresi	7ay
H20	25	Sağlık Meslek L.	5 yıl 11 ay	5 yıl 11 ay	Kardioloji S.	Servis Hemşiresi	5 Yıl 11 Ay
H21	24	Lisans	3 yıl	8 ay	Pediyatri S.	Servis Hemşiresi	8 Ay

4.2.2. SKGGM'nin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerilerine Yönelik Niteliksel Bulgular

Bu bölümde SKGGM'nin sağlanmasını etkileyen faktörlerin ve çözüm önerilerinin belirlenmesi amacıyla 21 hemşireden elde edilen sözel verilere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın tematik yapısı Şekil 4.1'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Araştırmanın tematik yapısı

Tablo 4.7. Sağlık kayıtlarında güvenliğin sağlanmasını etkileyen faktör konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu

Güvenliğin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler (Tema)		
Alt Tema	Kod	Görüş Bildiren Hemşireler
Erişim Güvenliği	• Yetkili sağlık personeli tarafından uygunsuz erişim (şifre ve kullanıcı adlarının paylaşılması)	H1, H15,
	• Sağlık personelinin bilgisayar kullanımına olan ilgi düzeyi	H1
Fiziki Güvenlik	• Hemşire desklerinde ya da hasta başlarında dosyaların bırakılması	H4, H12, H6, H7, H9
	• Yetkisiz kişiler (aile üyeleri, ziyaretçiler vb.) tarafından uygunsuz erişim	H6, H7
İdari Güvenlik	• Bilgi güvenliği politikasının olup/olmaması	H1, H8, H12, H13
	• Bilgi teknolojilerine kurum tarafından yapılan yatırım	H14, H16, H11
	• Güvenlik ihlalleri konusunda personelin bilinç düzeyi	H16, H3, H15, H16, H12, H1, H4, H21, H11, H20
	• Tüm hastane personeline konu ile ilgili eğitim verilip/verilmemesi	H21, H19, H20, H8, H5, H3, H1

Tablo 4.7’de hemşireler sağlık kayıtlarında güvenliğin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda “yetkili sağlık personeli tarafından uygunsuz erişim (n=2), sağlık personelinin bilgisayar kullanımına olan ilgi düzeyi (n=1), hemşire desklerinde ya da hasta başlarında dosyaların bırakılması (n=5), yetkisiz kişiler tarafından uygunsuz erişim (n=2), bilgi güvenliği politikasının olup/olmaması (n=4), bilgi teknolojilerine kurum tarafından yapılan yatırım (n=3), güvenlik ihlalleri konusunda personelin bilinç düzeyi (n=10), tüm hastane personeline konu ile ilgili eğitim verilip/verilmemesi (n=6)” kodlarını oluşturmuşlardır.

Yetkili sağlık personeli tarafından uygunsuz erişim (şifre ve kullanıcı adlarının paylaşılması) koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Biz aşı düşerken birbirimizin şifresi ile işlem yapıyoruz-H1.”

“Evet olabiliyor, değiştiriyoruz ama değiştirmesek bile belli bir süre sonra zaten sistem şifremizi değiştirmemizi istiyor...verdiğim kişiye bağlı-H15.”

Sağlık personelinin bilgisayar kullanımına olan ilgi düzeyi koduna ilişkin olarak H1 kodlu hemşirenin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Çünkü diğer hemşire açamıyor bilemiyor benim sisteminden düşüyoruz, mesela yeni gelen arkadaş açamıyor, unutmuş şifresini mecburen benden yapıyoruz-H1.”

Hemşire desklerinde ya da hasta başlarında dosyaların bırakılması koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Görürsem, kesinlikle müdahale ederim. Bir hasta yakını girişte deskin üstünde dosyayı karıştırıyorsa, personel farklı bir servisten gelip karıştırıyorsa kesinlikle müdahale ederim. O benim kliniğimin sorumluluğu dâhilindedir-H4.”

“Benim postam herhangi bir odaya girip bir hastanın dosyasını alamaz, onu gören hemşirede uyarır, bende zaten keza-H12.”

“Hemşire gözleri var galiba diğer bölümlerde ama bizde bütün dosya duruyor. Ve bunu hastalarda görüyor hasta yakınları da görüyor evet, güvenliği de etkiliyor, gizliliği de etkiliyor, mahremiyeti de etkiliyor. Üçünü de etkiliyor yani-H6”

“Hastalara çok fazla işlem yapıyoruz. Tedavi takip, o dosyayı sürekli kaldırıyor musunuz siz? Sürekli dosyayı getirmek götürmek zor olabiliyor. Bunu biraz hastalardan korumak gerçekten zor-H9.”

“Gelen yayıyor giden yayıyor. Biz topluyoruz sanki sadece bizim sorumluluğumuzda gibi-H7.”

Yetkisiz kişiler (aile üyeleri, ziyaretçiler vb.) tarafından uygunsuz erişim koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Polis dâhil herkese dağılıyor sonuçta herkese dağılıyor”-“Ziyaretçisi görebiliyor-H7.”

“Bizde bütün dosya duruyor ve hastalarda görüyor hasta yakınları da görüyor-H6.”

Bilgi güvenliği politikasının olup/olmaması koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Yönetim kendini kurtarmak için herkese bunu imzalattı, imzalamak istemeyenler çıktı ama onlara dahi zorunlu olarak imzalattılar-H1.”,

“İmzaladık, eğitimlerde dönem dönem veriliyor-H8”,

“Buna yönelik hep var zaten. Politika, prosedür. Yapılan bütün uygulamalara dair, yaptığın öğrendiğin uyguladığın herşeyin nasıl olması gerektiği idari modüllerimizde yani kalite dokümanlarımızda belli. Hepsinin prosedür, talimat şeklinde formlanmış üniversitemizde bu şekilde olur diye kayıt altına alınmış belgeler halinde... Bir protokolün uygulanması tüm hastanenin tüm serişelerinde aynı, ben ayrı o ayrı uygulayamaz-H12.” H13 kodlu hemşire de bu hemşirenin görüşünü desteklemiştir.

Bilgi teknolojilerine kurum tarafından yapılan yatırım koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“...Hastanesi olarak yer fotoğraf paylaşımında yer bildirimini yaptığımızda hastanede bunu izleyen bir birim var-H14.”,

“Hastanemizde bizim sosyal medya üzerinden yapmış olduğumuz paylaşımlar denetleniyor, takip ediliyor-H16.”,

“Konum paylaştığımız zaman oluyor. Güven hastanesinde diye fotoğraf paylaşıyorsunuz, etiket yapıyorsunuz, hani bunu direk gören birileri var yani, öyle bir sistem var-H11.”

Güvenlik ihlalleri konusunda personelin bilinç düzeyi koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Buraya kim gelmiş vb. şeklinde sorular oluyor, güvenliğe sormalar. Ben susuyorum, o susuyor, temizlik personeline soruyorlar ve bir şekilde öğreniyorlar. Böyle sadece hemşire üzerinden değil, toplu şekilde bilinçli olunması lazım-H16.”,

“Ama işte o bilinç yok onlarda, konuşabiliyor her yerde, duyduklarını taşıyor-H3.”

“Herkes işini yapsın gitsin-H15.”

“Ekibi bilinçlendirmek önemli-H16.”

“İlgili doktoru ve hemşiresi sorumludur. Yapılacak tetkikinden, şey yapılacak yere kadar. Hani hemşiresi hekimi sorumlu onun. Bir yere giderken götüreceği belgesi, alacağı edeceği, ortalıkta uluorta herkesin ulaşabileceği ya da verilebilecek bir şey değil-H12.”

“Biz sorumlu hemşire olduğumuz için ben birincil derecede sorumludur dedim. Biz hastanın dosyasından birincil derecede sorumluyuz benim görüşüme göre-H1.”

H12 ve H4 kodlu hemşireler de arkadaşlarını şöyle desteklemektedir:

“Hemşire bakım planı ve gözlem formu dâhilinde ve yapmam gerekenler dâhilinde sorumluyum-H4”,

“Bakımlık hasta, korunma mahremiyetimin sağlanması bize ait-H12.”

“Ben sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin bir şey paylaşıldığını düşünmüyorum açıkçası. Sadece fotoğraf çekiliyor-H11.”

“Sağlık kayıtları ile ilgili kimse hiçbir şey paylaşmıyor. Sadece bebeklerin tatlı ve sevimli olduklarını düşündükleri fotoğrafları paylaşıyor-H21.”

“Bireysel sorumlüğümüz güvenliğin ihlal edildiğini gördüğümüzde bunu bir üst yöneticimize bildirmek ve bu konuda daha dikkatli olmak-H20.”

Tüm hastane personeline konu ile ilgili eğitim verilip/verilmemesi koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“En basitinden ekibe veya şahsa bir eğitim verilebilir-H21”,

“Hastanemizde eğitim veriliyor ama henüz giremedik, sırayla gidiyoruz-H19.”,

“Sorumlumuz söyleyip bu konu ile ilgili eğitimlerin tekrarı yapılabilir-H20.”,

“Ama onun dışında eğitim her dönem alıyoruz. Çok eğitim aldık bilgi güvenliği adı altında-H3.”,

“Eğitimlerde dönem dönem veriliyor-H8.”,

“Sadece hemşire grubuna veriliyor-H5.”,

“Eğitimler sadece hemşirelere veriliyor. Doktor da katılmaz temizlik personeli de katılmaz. Bütün eğitimler hemşirelere veriliyor-H1.”

Tablo 4.8. Sağlık kayıtlarında gizliliğin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu

Gizliliğin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler (Tema)		
Alt Tema	Kod	Görüş Bildiren Hemşireler
Hastane Çalışanlarının Davranışları	<ul style="list-style-type: none"> Tanımlanabilir hasta bilgilerinin diğer sağlık personeli ile uygunsuz şekilde paylaşılması (devir teslim süreçleri, gizliliğe dikkat edilmemesi (personel) vb.) 	H11, H12, H7, H15, H3, H1
	<ul style="list-style-type: none"> Tanımlanabilir hasta bilgilerinin sağlık personel dışındaki personeller ile uygunsuz paylaşılması 	H7, H3, H12
	<ul style="list-style-type: none"> Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan tanımlanabilir hasta bilgilerine sağlık personelinin erişimi 	H1, H3

Tablo 4.8’da hemşireler sağlık kayıtlarında gizliliğin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda “tanımlanabilir hasta bilgilerinin diğer sağlık personeli ile uygunsuz şekilde paylaşılması (n=6), tanımlanabilir hasta bilgilerinin sağlık personel dışındaki personeller ile uygunsuz paylaşılması (n=3), doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan tanımlanabilir hasta bilgilerine sağlık personelinin erişimi (n=2)” kodlarını oluşturmuşlardır.

Tanımlanabilir hasta bilgilerinin diğer sağlık personeli ile uygunsuz şekilde paylaşılması (devir teslim süreçleri, gizliliğe dikkat edilmemesine (personel) vb.) koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Hepatit b ve hepatit c li hasta varsa onu hemşire gözleminin üzerine yazıyoruz, niye arkadaşlarımızda müdahale ederken ona göre müdahalede bulunsun diye.-H3”,

“Aşlında yemekçi görsün diye yazıyoruz-H1.”,

“Ziyaretçisi görebiliyor-H7”,

“Oraya hepatit C diye yazmıyoruz zaten HCV + olarak yazdığımız için daha onun ne olduğunu çok ta bilmiyorlar-H1”,

“Bizde de yoğun bakımda şöyle bir şey oluyor. Ortopediden bir hasta geldi durumu kötü, onu mesela hemşire arkadaşım arayıp sorabiliyor-H7.”,

“Eskiden mesela devlet hastanelerinde HIV+, Hepatit pozitif yazan kocaman bilekler takılıyordu. Bence yazılması lazım-H15.”

“Hasta başında (hasta transferlerinde) biz gitmiyoruz-H11.”“Biz telefonda bütün bilgileri veriyoruz teslim olarak. İşte alıyoruz sedyesine ya da tekerlekli sandalyesine dosyasını da koyup posta ile gönderiyoruz-H12.”,

“Hastayla beraberse hemşire teslim ediyor (hasta dosyası). Mesela yoğun bakım.-H12”

“Yoğun bakıma devrederken hemşire ile teslim ediyoruz-H11.”,

“Ama servisten servise rahat hasta, hani herhangi bir sıkıntısı yok, yanında birinin gitmesine gerek yok. Hastanın gerekli devirleri belgeleri her şeyi ayarlanıp o demir dosyasına konup hastayla beraber gönderiliyor. Ki hastanın yatışında bile acilden hasta da o şekilde geliyor, ama yanında genel durumuna bağlı birilerinin gelmesi gerekmiyorsa-H12.”

Tanımlanabilir hasta bilgilerinin sağlık personel dışındaki personeller ile uygunsuz paylaşılması koduna ilişkin olarak H7 kodlu hemşirenin görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Geçen gün acilde şey oldu mesela, 6 ya da 7 yaşlarında bir çocuğun ağzına şırınga kaçtı. Onu acildekilerden biz yoğun bakımlarda duyduk mesela, sonra haberlere de çıktı.”,

“Polis dâhil herkese dağılıyor sonuçta herkese dağılıyor.”,

“Hatta telefonla arayıp soranlar oluyor mesela.”,

“Yoğun bakımda, hepsini hemşiresi topluyor. Dosyasının içerisine koyuyor. Sonra sekreterin masasına koyuyoruz, sekreter dosyanın eksikliklerini tamamladıktan sonra arşive gönderiyor.”

H3 kodlu hemşire dosyaların sadece yetkili personeller arasında paylaşılmasına özen gösterildiğini belirten *“Personelin dosyayla kesinlikle işi olmaz zaten, onlar atılan şeylerle ilgilenir. Doya hemşirenin doktorun kontrolündedir. Doktor ex raporunu hazırlarken dosyayı da alıp götürür zaten.”*, *“Taburcu olurken de sekreter, doktor hemşire arasındadır dosya, personel görmez.”* ifadelerini kullanmıştır.

H12 kodlu hemşire de diğer hemşirelerle aynı yönde ifadeler kullanarak *“Benim postam herhangi bir odaya girip bir hastanın dosyasını alamaz, onu gören hemşirede uyarır, bende zaten keza.”*, *“Bir posta gelecek hasta dosyasını alıp başka*

bir yere götürüp bilgi verecek, onu sadece şu aşamada yapabilir. Yapılacak işlemi var, hemşiresi ayarlamış, demir dosyasını da al o tetkike giderken bu gidecek diye verir. O ama gidip bunu kendi kafasına göre gidip alamaz, okumaz, okuyamaz yani.” sağlık kayıtlarının diğer personel ile paylaşım şekillerine dikkat çekmiştir.

H3 kodlu hemşire “kırık gelse bakmıyorum ama bir ateşli silahlı yaralanma olunca okuyorum, ne yalan söyleyeyim” ifadesi ile doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan tanımlanabilir hasta bilgilerine sağlık personelinin erişimi koduna işaret etmiştir.

Tablo 4.9. Sağlık kayıtlarında mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu

Mahremiyetin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler (Tema)		
Alt Tema	Kod	Görüş Bildiren Hemşireler
Kurumsal Düzenlemeler	• Sağlık personelinin kayıtlara erişimi ile ilgili sınırlamanın olmaması	H12, H5, H3, H21, H15, H11, H12
	• Kurum içerisinde sağlık personeli tarafından sosyal medyanın/ teknolojinin uygunsuz kullanımı	H17, H20, H21, H15
Hastane Çalışanlarının Davranışları	• Hastanın izni olmadan üçüncü kişilerle sağlık bilgisinin paylaşılması	H1, H20, H12
	• Hastaya ilişkin bilgilerin topluma açık alanlarda konuşulması	H8, H3
Hasta/Hasta Yakınlarının Davranışları	• Kurum içerisinde hasta ve hasta yakınlarının sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı	H12, H6

Tablo 4.9’te hemşireler sağlık kayıtlarında gizliliğin sağlanmasını etkileyen faktörler konusunda “sağlık personelinin kayıtlara erişimi ile ilgili sınırlamanın olmaması (n=7), kurum içerisinde hasta ve hasta yakınlarının sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı (n=4), hastanın izni olmadan üçüncü kişilerle sağlık bilgisinin paylaşılması (n=3), hastaya ilişkin bilgilerin topluma açık alanlarda konuşulması (n=2), kurum içerisinde sağlık personeli tarafından sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı (n=2), kodlarını oluşturmuşlardır.

Sağlık personelinin kayıtlara erişimi ile ilgili sınırlamanın olmaması koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Hasta keza bunu direk yaşan kısım zaten. Onun mahremiyeti benimle burada olduğu süre kadardır. Bunun dışında ben onun hiçbir şeyini bilip bir yere iletme ya da şey yapma gibi bir hakkım yok. Burada da sadece ilgili olduğu için, onunla ilgili bir şeyleri paylaşıp, sorup sorgulayıp yapmam gerektiği için yaparım-H12.”

“Ama şöyle bir şey var bizim serviste bütün servisleri gören arkadaşlarda var-H5.”

“Benim şuanda bir tek genel cerrahi ve nöroloji servisi açık, o da bir kere nörolojiden hasta yatmıştı hemşirelik bakım planı yapmak için bilgi işleme açturdum. Ama diğer ortopedi servisinde gören arkadaşlar yok mu? Var-H3.”

“Şimdi şöyle bir durum var, ben D5 teyim ama A1, A2 de ve diğer kliniklerde yatan tüm hastaların bilgilerine erişebiliyorum-H21.”

“Görüyoruz ama bir uygulama yapamıyoruz ki (sağlık kayıtlarını kastediyor)-H15.”

“Zaten gizlilik isteyen hastalar hasta kabule başvurarak bilgilerini gizleyebiliyor.”-“Bilgi işlem hastanın hemşire kabulünde dâhil her şeyini gizliyor. Sadece hasta hiç kabul edilmemiş gibi sistemde. Order dâhil hiçbir istemde görülüyor sadece ismi soy ismi görünüyor sistemde-H11.”

“Adli vakalar, psikiyatri hastalarının şeyleri göremezsin-H12.”

Kurum içerisinde sağlık personeli tarafından sosyal medyayı/ teknolojiyi uygunsuz kullanımı koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Fotoğraf paylaşıldığını gördüm.” “Herkes aynı şeyi yaptığı için, ya herhangi birine söylenmesi lazım, açıkçası çok söylense de çok bir şey değişeceğini düşünmüyorum-H17.”

“Genel yoğun bakım için öyle ama yeni doğan yoğun bakım için öyle olduğunu söyleyemem. Oradaki hemşireler hastaların fotoğraflarını paylaşıyorlar-H20.” H20, “evet, paylaşılıyor-H17.”

“Ben sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin bir şey paylaşıldığını düşünmüyorum açıkçası. Sadece fotoğraf çekiliyor-H15.”

“Sağlık kayıtları ile ilgili kimse hiçbir şey paylaşmıyor. Sadece bebeklerin tatlı ve sevimli olduklarını düşündükleri fotoğrafları paylaşıyor-H21.”

Hastanın izni olmadan üçüncü kişilerle sağlık bilgisinin paylaşılması koduna ilişkin olarak hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“ Biz hasta yakınlarına da bilgi vermiyoruz, git doktorundan al bilgiyi diyoruz-H1.”,

“Genelde telefonda 3. bir kişi bilgi istediğinde, bilgi veremeyeceğimizi, doktorumuzun 1. derece yakınlarına bilgi verdiğini söylüyoruz ve ziyaret saatleri dışında hasta ile ilgili bilgileri vermiyoruz. Ziyaret saatleri dışında hastanın durumunda extra bir değişiklik olursa, doktorumuz yatışa bıraktıkları numaradan hasta yakınlarını arayıp bilgi veriyorlar-H20.”

“Kurum olarak kayıtlar konusunda çok ciddi şeyler var. Gerek iç denetimler gerek hani bizim hassasiyetimiz bizim aldığımız eğitimler hani hasta mahremiyeti onunla ilgili bilgiler hastanın kendisi dışında kimse ile paylaşılmıyor-H12.”

Hastaya ilişkin bilgilerin topluma açık alanlarda konuşulması koduna ilişkin olarak H8 ve H3 kodlu hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Asansörde, hastane bahçesinde (konuşulabildiğini belirtmiştir)-H8”,

“Geçen gün oldu mesela, kadın doğum salonu yan tarafta, büyük ihtimalle personelden (temizlik) yayıldı. Genç bir kız karın ağrısıyla acile geliyor, meğerse doğum başlamış ama ailenin haberi yok.”- “Doktorlar dikkat etmiyor, koridorda hasta yakınlarına bilgi veriyor çevredeki insanlar duyuyor-H3.”

Kurum içerisinde hasta ve hasta yakınlarının sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı koduna ilişkin olarak H12 ve H6 kodlu hemşirelerin konuyla ilgili görüşlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri şöyledir:

“Hasta yakını, bilgi olarak filan değil de, sosyal medyaya, yatak fotoğrafını çekerek instagrama atmıştı-H12.”,

“Bizim hemşire arkadaşımızın hasta görüntüsünü alıyor, hemşirenin tedavi yaparken serumunu takarken, daha sonra onu paylaşmış, bunu biz daha sonra duyduğumuzda baya şaşırmiştık. Aradan birkaç gün sonra bir beyefendi oturmuş telefonu bana doğru tutuyordu, beyefendi siz kamera görüntüsü mü alıyorsunuz

dedim? Hayır, oyun oynuyorum dedi. Burası benim servisim burada bir sürü insan var dedim, telefonumuzu açmazsanız polisi çağıracağım dedim. Tamam siliyorum siliyorum dedi ve sildi-H6.”

Tablo 4.10. Sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler için çözüm önerileri konusunda oluşturulan kodların sıklık durumu

Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetin Sağlanmasını Etkileyen Faktörler İçin Çözüm Önerileri (Tema)		
Alt Tema	Kod	Görüş Bildiren Hemşireler
Yasal Düzenlemeler	• Hukuki yaptırımların olması	H1, H3, H6, H4
Etik Düzenlemeler	• Etik değerlerin gözetilmesi	H8, H17, H14, H20
	• Hastanelerde etik kurul kurulması/işlevsel hale getirilmesi	H21
Çalışanların Eğitimi	• Eğitimlerin tüm hastane personelini kapsamaması	H21, H8, H6, H16
	• Tanımlanabilir hassas sağlık bilgilerinin devir teslimlerde iletilmesi	H9, H7, H14, H15
Teknolojinin Kullanımı	• Fiziki dosyaların kaldırılıp tablet kullanılması	H12, H1, H8
Yönetsel Düzenlemeler	• İş yükünün azaltılması	H14, H15, H20, H1, H17, H18
	• Elektronik cihazların kullanımına ilişkin düzenlemeler (fotoğraf çekilmemesi, ses kaydı alınmaması vb.)	H3, H6
Bilgi Sistemleri Faaliyetleri	• Olay bildirim sisteminin bu konu detayında özelleştirilmesi	H1, H21, H13, H12, H11

Tablo 4.10’te hemşireler sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler için çözüm önerileri konusunda “hukuki yaptırımların olması (n=4), etik değerlerin gözetilmesi (n=4), hastanelerde etik kurul kurulması/işlevsel hale getirilmesi (n=1), eğitimlerin tüm hastane personelini kapsamaması (n=4), tanımlanabilir hassas sağlık bilgilerinin devir teslimlerde iletilmesi (n=4), fiziki dosyaların kaldırılıp tablet kullanılması (n=3), iş yükünün azaltılması (n=6), elektronik cihazların kullanımına ilişkin düzenlemeler (n=2), olay bildirim sisteminin bu konu detayında özelleştirilmesi (n=5)” kodlarını oluşturmuşlardır.

Sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörlerin çözümü konusunda H1, H3, H6 ve H4 yaptırımlar uygulanmasının etkili

bir yöntem olabileceği görüşünderken, H8 kodlu hemşire *“Etik olan hukuku da kapsıyor bence de. Yani hani doğru olanı yaptıktan sonra bu her alanı kapsıyor. Hem kural kısmını hem de hukuk kısmını kapsıyor. Çünkü doğru her yerde doğru, doğrunun böyle değişmez bir şeyi var. Bence etik olarak yaklaşmak lazım, çünkü hasta olayı hastalık olayı başka bir şey. Hukuk tabii ki önemli ama zaten etik te onu kapsıyor.”* konuyu etik boyutuyla ele almaktadır. H17,H14, H20 kodlu hemşireler de etik değerlere uygun hareket edilmesi yönünde görüş bildirmektedir. *“Hem hemşirelik hem de insani vicdani değerler için-H17.”*, *“Etik değerlerimiz için dikkat etmeliyiz-H14.”*, *“Uluslararası hemşirelik birliğinin belirlemiş olduğu etik kodlar vardır. Birde etik değerler vardır. Bunların içerisinde zaten yer alan bunlardır, gizlilik, mahremiyettir-H20.”*

H21 kodlu hemşire ise hastanelerde kurulacak etik kurul ile sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanabileceği görüşündedir: *“Bir etik kurul kurulabilir. Hastanede var galiba ama ayda bir mi toplanıyor 6 ayda bir mi toplanıyor bilmiyorum onu. Bununla ilgili bir kurul kurulabilir. Kurul bunları değerlendirebilir-H21.”*

H21 sağlık kurumundaki tüm personelin güvenlik konusunda eğitimden geçirilmesini önerirken, H8 de özellikle eğitimin temizlik personeline yönelik yoğunlaştırılmasını önermektedir. *“Bununla ilgili bir yaptırım olmasa bile, en basitinden ekibe veya şahsa bir eğitim verilebilir. Böyle bir düzenleme getirilebilir diye düşünüyorum-H21”*, *“Özellikle temizlik personeli eğitilmeli-H8”*. H6 da *“yalnızca hemşireler üzerinden değil de personeli doktoru da bu mahremiyete dikkat etmesi gerekiyor. Tüm ekip”* şeklinde görüşünü ifade etmiştir. H16 da *“ekibi bilinçlendirmek önemli...”* diye görüşünü ifade etmiştir.

H7, H9, H14 ve H15 kodlu hemşireler ise tanımlanabilir hassas sağlık bilgilerinin devir teslimlerde devir teslimde iletilmesinin sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasında önemli olduğunu ifade etmiştir. H7 kodlu hemşirede *“...Teslimde birbirimize iletmemiz söylenmişti.”*, *“...servis içerisinde yayılmamalı. Ona bakmayan hemşire bilmemeli-H9.* H15 kodlu hemşire *“HIV+ , hepatitli olsa bile dosyanın üzerine yazamıyoruz”* derken H14 kodlu hemşire teslimlerde ilettiklerini belirtmektedir. *“Teslimlerde iletiyoruz-H14.”*

Hemşireler fiziki dosyaların kaldırılıp, tablet kullanılması yönünde görüşlerini iletmişlerdir. *“Şifre sistemli bütün var olan kayıtların buraya geçmesi bence belgesel olarak sadece izlem kısmı. Ya da hasta başına geldiğinde yine benim şifrele girip hastanın aldığı vitalini bile kaydedeceğim tablet gibi. Ama çok rahat kullanımlı, notebook gibi düşünün.”* - *“Nasıl kimlik kartı var ona ait tableti olsun, kalibrasyon süresi belli olan, kayıtlarının taburculuğunun onun baktığı hastalarının olduğu, sadece kendi hastalarını gördüğü-H12.”*, *“Bence hemşirelerin hepsine tablet dağıtılacak, tabletin üzerinden devam edecek-H1.”*, *“Tablet bu açığın yüzde ellisini kapatabilir, kalan yüzde ellisini de dosyaların hasta başından kaldırarak yapılabilir o da dediğim gibi çok zor-H8.”*

İş yükünün azaltılması yönünde görüş bildiren hemşirelerden H14 kodlu hemşire *“Yoğun oluyoruz, önceliklerimizi belirlememiz lazım. Yapmam gereken iş var dosyayı deskin üstüne bırakıp gidiyorum mesela. En fazla yaptığımız bu iş yükünden dolayı...”* derken, H15 kodlu hemşire de onu desteklemektedir *“Ben bir dünya işimin arasında uyaramam arkadaşımı yok o dosyayı mı okuyorsun bu dosyayı mı okuyorsun? Sen mi okuyorsun, niye okuyorsun, yasak diyemem”*. Aynı şekilde H20 kodlu hemşire de *“İş yükünden kastım buydu, biz buna vakit ayıramayız, bunun yerine bu konu ile ilgili sorumlu bir birim olursa bizim için daha uygun olur”* şeklinde görüşünü ifade etmiştir. H1 ise bu konuda *“Sadece hemşirelerin üzerine bu işin yıkılmaması lazım”* demiştir.

İş yükü konusunda tersi yönde düşünen H17 ise görüşünü şöyle dile getirmiştir: *“Ben çok alakalı olduğumu düşünmüyorum. İş yükü fazlalığı birçok konuyu etkiliyor ama başka bir kadın hasta dosyalarına erişip okumak, yani buna ayıracak vaktiniz varsa, vaktin var ki buna extra zaman ayırabiliyorsun demektir. Bu sebeple iş yüküne bağlamıyorum”*. H18 kodlu hemşire de H17 kodlu hemşireyi bu konuda desteklemiştir.

H3 ve H6 kodlu hemşireler hastanelerde hasta ve hasta yakınları tarafından elektronik cihazların kullanımına ilişkin düzenlemelerin (fotoğraf çekilmemesi, ses kaydı alınmaması vb.) getirilmesi gerektiği görüşündedirler. *“Böyle bir uyarı olabilir, fotoğraf ve video çekmek yasaktır-H3.”*, *“Uyarı yazıları olabilir-H6.”*

Yine H21 kodlu hemşire tarafından olay bildirim sisteminin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet ihlalleri boyutuyla özelleştirilebileceğine vurgu

yapılmıştır: *“Olay bildirim sistemi, her türlü konuya açık bir sistem. Bu sistem sadece bu alanda özelleştirilebilir-H21”*. H1, H13, H12 ve H11 kodlu hemşirelerin ifadeleri de aynı yönde katkı sunmaktadır. *“Sistemde olay bildirimini diye bir şey var. Oraya bu konu yazılabilir-H1.”*, *“Hastane genelinde olan olaylarda kendini koruyorsun. Olay bildirim formları var-H13.”* *“Olay bildirim formu –H12.”*, *“Olay bildirim formları ile çoklu her şey var içerisinde-H11.”*

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hem elektronik ortamda hem de fiziki ortamda tutulan sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri araştırılmıştır. SKGGM'nin sağlanmasını etkileyen faktörler ve çözüm önerilerine ilişkin hemşire görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada nicel ve nitel verilerin işlenmesiyle ulaşılan sonuçlar üç alt başlıkta tartışılmıştır:

5.1.Sağlık Kayıtlarına Yönelik Yapılan Düzenlemelere İlişkin Bulguların Tartışması

5.2.SKGGM'ye İlişkin Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Tartışması

5.3.SKGGM'nin Sağlanmasına İlişkin Nicel ve Nitel Bulgularının Tartışması

5.1. Sağlık Kayıtlarına Yönelik Yapılan Düzenlemelere İlişkin Bulguların Tartışması

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda sağlık kayıtlarına yönelik yapılan düzenlemelere ilişkin görüşleri alınmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Hemşire görüşlerinden elde edilen bulgulara dayanarak kurumların tamamına yakınının yazılı düzenlemelere sahip olduğu, çoğunun bu yazılı düzenlemelerin hazırlanması sürecine hemşireleri dâhil ettiği ve hemşirelere konuyla ilgili eğitimler sunduğu, yarısından fazlasının ise elektronik sağlık kayıtlarına yapılan erişimleri takip ettiği söylenebilir. Hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi ile gizlilik sözleşmesi imzalanmamıştır. Gizlilik sözleşmesine ilişkin olarak, Bani İssa ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen çalışmada diğer tüm sağlık personelleri gibi hemşirelerin de eylemlerinden sorumlu tutulmaları için gizlilik sözleşmesinin kritik noktalardan biri olduğu vurgulanmıştır (95). Ülkemizdeki hukuki sorumluluklar açısından bakıldığında ise sağlık verilerinin güvenliğine ilişkin olarak Kişisel Veri Güvenliği Rehberi'nin esas alınması gerektiği Kişisel Sağlık Verileri Yönetmeliği'nde belirtilmektedir. Gizlilik sözleşmesi, Kişisel Veri Güvenliği Rehberi kapsamında sağlık hizmet sunucularının alması gereken idari tedbirler arasında yer almaktadır (27, 32). Ancak Kişisel Verileri Koruma Kurulu 26/12/2019 tarih ve 2019/393 sayılı kararında; 657 sayılı Kanun kapsamında çalışan ve kişisel veri işleyen personele kişisel verilerin korunmasına yönelik ayrıca bir gizlilik sözleşmesi imzalatılmasının uygun olmayacağı, ancak kişisel verilerin korunması hakkı

kapsamında uymaları gereken usul ve esaslara dair bilgilendirici mahiyette bir metin tebliğ edilmesinin ve bu konuda periyodik eğitimler düzenlenmesinin uygun olacağı belirtilmektedir.

“Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Yeterli Önlemler" ile ilgili Kişisel Verileri Koruma Kurulunun 31/01/2018 Tarihli ve 2018/10 Sayılı Kararı bulunmaktadır. Kararda veri güvenliğine yönelik politika ve prosedürlerin nasıl planlanması gerektiği, özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesi süreçlerinde yer alan çalışanlara yönelik alınması gereken tedbirler (veri güvenliği konularında düzenli olarak eğitimler verilmesi, gizlilik sözleşmelerinin yapılması vb.), özel nitelikli kişisel verilerin işlendiği, muhafaza edildiği ve/veya erişildiği ortamların elektronik veya fiziksel ortam ise nasıl korunması gerektiği gibi konular belirtilmiştir. Özel nitelikli kişisel veri kategorisinde yer alan sağlık verisinin de güvenliğine yönelik olarak bu tedbirlerin sağlanması esastır.

Çalışmanın yapıldığı hastanelerin web sitelerinde Kişisel Verileri Koruma Kanunu kapsamında hastaneye başvuranların verilerinin korunduğu, bilgi güvenliği politikalarının olduğu, sahip oldukları belgeler (JCI) kapsamında kalite süreçlerini planladıklarını ve sağlık çalışanlarına çeşitli konularda eğitim sundukları göz önüne alındığında, yukarıda vurgulanan esaslara uygun davranmaları beklenmektedir. Bu çalışmada üniversite hastanesi ve özel hastane JCI belgesine sahiptir. JCI Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları başlığının altındaki boyutlardan birisi ‘bilgi yönetimi’dir (64). Bu boyut altında on üç standart bulunmakta olup, ikinci standart hastanenin veri ve bilgi bütünlüğünün korunması, güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ile ilişkilidir. Üniversite hastanesinin kalite komiteleri arasında ‘bilgi yönetimi komitesi’ bulunmakta olup, komite bilgi güvenliğinin, gizliliğinin, mahremiyetinin ve veri tutarlılığının sağlanmasını faaliyetleri arasında açıkça belirtmiştir. Eğitim araştırma hastanesinin bilgi güvenliği politikasına ise online olarak erişilebilmektedir. Hastanenin ‘bilgi güvenliği yönetim sistemleri politikası’ dokümanında, parola güvenliği, erişim kontrolü, gizlilik sözleşmesi, e-posta güvenliği, bilgi güvenliği eğitimi gibi alt başlıklar ile izlenmesi gereken adımlar net bir şekilde tanımlanmıştır. Sahip olunan bu özellikler sebebi ile hastanelerin sağlık kayıtlarına ilişkin düzenlemeleri net bir şekilde oluşturduğu düşünülmektedir. Ancak yapılan düzenlemelerde hemşirelerin yeteri kadar rol almaması yönetimin konuyu uçtan uca

değerlendirmediyi göstermektedir. Elektronik sağlık kayıtlarına yapılan erişimlerin takip edilmemesi ya da personelin sağlık kayıtları üzerindeki hareketlerinin izlendiği hakkında bilgisinin olmaması bilgi sistemlerine yönelik süreçlerin tasarlanmasında sağlık personelinin değerlendirmeye alınmadığını düşündürmektedir.

5.2. Hemşirelerin SKGGM'ye İlişkin Genel Değerlendirmelerinin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine Göre Farklılaşmasına Yönelik Bulguların Tartışması

Sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasında; yaşı küçük ve daha az çalışma süresi bulunan ve cerrahi ve yoğun bakım biriminde görev yapan hemşirelerin farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanması konusunda servis hemşirelerinin farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasında ise dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin farkındalıklarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Konuyla ilgili bilgi alan hemşirelerin ise SKGGM'nin sağlanmasıyla ilgili farkındalıklarının arttığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

Bu çalışmada yaş ve mesleki deneyim süresi arttıkça hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliği konusunda farkındalıklarının azaldığı biçimindeki sonuçlar, Filik ve Ünalın (2021) tarafından yürütülen çalışma ile örtüşmektedir. İncelenen çalışmada mesleki deneyim süresi 1-10 yıl olan tıbbi sekreterlerin, Kişisel Verilerin Korunması ve Bilgi Güvenliği Farkındalığı konularında daha yüksek puanlar elde etmişlerdir (131). Bu kapsamda değerlendirildiğinde yeni mezun hemşirelerin günümüz teknolojilerine ve konuyla ilgili yeni mevzuata göre eğitim almalarının çalışma sonucunu bu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim hemşirelik hizmetleri yönetimi dersinde kullanılan yayınlarda yasal-etik düzenlemeler ve teknoloji-bilgi güvenliğine ilişkin bölümlerin öğrencilere sunulduğu görülmektedir (132).

Bu çalışmada sağlık kayıtlarının güvenliği konusunda cerrahi ve yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin, sağlık kayıtlarının mahremiyeti konusunda dâhili servislerde çalışan hemşirelerin, sağlık kayıtlarının gizliliği konusunda ise servis hemşirelerinin kurumlarına yönelik daha olumlu olduğu yönündeki sonuçlar değerlendirildiğinde; servis sorumlu hemşirelerinin daha fazla grupta iletişim halinde

olması ve servis içi süreçleri koordine etmesi konuya biraz daha eleştirel yaklaşımlarına sebep olmuş olabilir. Cerrahi ve yoğun bakım servislerinde uygulamaların farklılaşması ve uzmanlık gerektirmesi, yoğun bakımlarda disiplinler arası iletişiminin yoğun olması, bu iletişim sürecinde hasta bilgilerinin sağlık profesyonelleri arasında sürekli olarak akış halinde olması, bu bölümde çalışan hemşirelerin hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanmasında daha hassas olduklarını düşündürmektedir. İki servis için de hastaların mahremiyet açısından daha savunmasız olduğu ve hemşirelerin yakın desteğine ihtiyaç duyduğu klinikler olduğunu söylemek de mümkündür. Hastanın savunucusu rolü olan hemşireler ve diğer ekip üyelerinin hastanın gizliliği ve/veya mahremiyetini sağlamak üzere sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Beltran-Aroca ve arkadaşları (2016) tarafından gözlem yoluyla yapılan çalışmada en fazla gizlilik ihlalinin cerrahi kliniklerde gözlemlendiği, bunun sebebinin de hekimlerin hasta yakınlarını ameliyathane çıkışlarında ve koridorlarda bilgilendirmesinden kaynaklanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (43). Özata ve Özer (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da dâhili kliniklerde çalışan sağlık çalışanlarının hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanmasına yönelik tutumlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (133). Benzer şekilde Tanrıku ve arkadaşları (2020) çalışmasında yoğun bakım ve dâhili kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta mahremiyeti gözetme durumu puanları diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (134). Varol'un (2018) hemşirelerin hasta mahremiyeti hakkındaki tutumlarını belirlediği çalışmasında ise, hemşirelerin çalıştıkları birime göre mahremiyet ölçeği toplam puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (135).

Hemşirelerin bakımları altındaki bireylerin SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin görüşlerine bakıldığında; öz değerlendirmelerinin yüksek düzeyde olumlu olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili bilgi alan hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasıyla ilgili farkındalıklarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Bkz. EK 10).

Sağlık kayıtları konusunda incelenen araştırmaların çoğunlukla konu ile ilgili eğitim alınmasına odaklandıkları görülmektedir (29, 32, 42, 103, 104). İncelenen çalışmalarda sağlık kayıtlarının muhafazası konusunda eğitim almanın önemine vurgu yapılmıştır. Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar, sağlık kayıtları konusunda eğitim alan

hemşirelerin güvenlik, gizlilik ve mahremiyet konularına daha fazla dikkat ettiklerini göstermektedir. Bu bağlamda çalışmada ulaşılan bulguların alan yazını desteklediği söylenebilir.

Hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliği, gizliliği ve mahremiyetinin sağlanması konusunda kendilerine yönelik değerlendirmeleri kurumlarına ilişkin değerlendirmelerinden daha olumlu olsa da, Tablo 4.4'te güvenlik, gizlilik ve mahremiyet alt başlıklarında düşük ortalamalara sahip maddelerin mevcut olduğu görülmektedir. Bu düşünceyi destekleyen diğer bir sonuç ta kurumlarında yaşanan güvenlik, gizlilik ve mahremiyet ihlallerine ilişkin tercihleridir (Bkz. Tablo 4.3). Hemşirelerin yarıdan fazlası güvenlik, gizlilik ve mahremiyet konusunda hiçbir zaman ihlal olmadığını ifade ederken, yarıya yakını bu ihlallerin nadiren, bazen ve sıklıkla her zaman olduğunu düşünmektedirler. Buna göre hemşirelerin yarıya yakını SKGGM'nin sağlanması konusunda kurumlarında farklı sıklıklarda da olsa ihlal olabileceğini değerlendirmektedirler. Alan yazında yapılan çalışmalara bakıldığında şifre paylaşımı (91, 93), ortak alanlarda hasta hakkında konuşulması (43, 89, 90), hemşire deskinde bırakılan fiziki dosyalar (77), hasta yakınları tarafından bilgiye erişim (43), sosyal medyada hastanın izni olmadan hastaya ait kişisel verinin paylaşılmasına ilişkin riskler (62, 104) vb. alanlarda hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından ihlallerin yapıldığına ilişkin sonuçlar paylaşılmıştır. Varol (2018) çalışmasında hasta bilgilerinin güvenliğine ilişkin olarak hemşirelerin yaklaşık beşte biri bilgi güvenliğinin sağlanabildiğini, yarıya yakını kısmen sağlanabildiğini, yaklaşık beşte ikisi ise sağlanamadığını ifade etmiştir (135). Öztürk ve arkadaşlarının (2014) yürütmüş olduğu çalışmada da hemşireler kişisel bilgilerin mahremiyetinin ihlal edildiğine ilişkin geri bildirimde bulunmuştur. Çalışmada mahremiyet ihlallerinin takip ve izlenmesine ilişkin sistemin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (136). Kişisel Verileri Koruma Kanununun 12 nci maddesinin (5) numaralı fıkrasında "*İşlenen kişisel verilerin kanuni olmayan yollarla başkaları tarafından elde edilmesi hâlinde, veri sorumlusu bu durumu en kısa sürede ilgisine ve Kurula bildirir....*" hükmü yer almaktadır. Kanunun bu hükmünden de anlaşılacağı üzere hastaneler veri sorumlusu olarak ihlal olaylarını tespit ederek en kısa sürede Kurula bildirmek zorundadır. Bu açıdan yönetsel anlamda acil müdahale edilmesi gereken durumların olduğunu söylemek mümkündür.

5.3. SKGGM'nin Sağlanmasına İlişkin Nicel ve Nitel Bulgularının Tartışması

5.3.1. Sağlık Kayıtlarının Güvenliğine İlişkin Bulguların Tartışması

Hemşirelerin yarısından fazlası hastalara ait sağlık kayıtlarına sadece yetkili kişilerin erişebildiğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Hemşirelerin tamamına yakını her hemşirenin ayrı kullanıcı adı ve şifresi olduğunu belirtirken, çoğu çalışanların tek bir şifre ile sisteme girdiğini belirtmektedir (Bkz. Tablo 4.4). Bu iki maddeye verilen cevap, hemşirelerin tek bir şifre ile sisteme giriş yaptığı zamanların ya da bu şekilde çalışan servislerin olduğunu işaret etmektedir. Hemşirelerin çoğu sistemlere erişimde kullandığı şifresini çalışma arkadaşlarıyla paylaşmasında sakınca görmediğini; şifresini paylaşmak zorunda kaldığında şifresini değiştirdiğini; yarısından fazlası ise zorunda kaldığında diğer hemşire ve doktorların şifresi ile sisteme girdiğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Buna göre hemşirelerin şifre güvenliği konusunda esnek davrandıklarını söylemek mümkündür. Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasına ilişkin olarak “Yetkili sağlık personeli tarafından uygunsuz erişim (şifre ve kullanıcı adlarının paylaşılması)”, “Sağlık personelinin bilgisayar kullanımına olan ilgi düzeyi” kodları oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.7). Şifre güvenliğine ilişkin hemşire görüşlerinde, hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamak için sistemlere ya da kişisel ilişkilere güvendiği, son kullanıcı olarak alması gereken tedbirlerin farkında olmadığı anlaşılmaktadır. Buna göre çalışmanın hem nitel hem de nicel verileri şifre güvenliği açısından birbirini desteklemektedir. Konuyla ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalara bakıldığında da, elektronik sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamak için şifre güvenliğinin ana stratejilerden biri olduğu görülmektedir (63, 95). Bani İssa ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen çalışmada ise hemşirelerin sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması açısından yetkisiz erişim konusunda endişe duydukları sonucuna ulaşılmıştır (95). Ferreira ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin şifrelerini paylaşma eğiliminin fazla olduğu gözlenmiştir (91). Yine Hassidim ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşire ve asistanlar bir başka sağlık personelinin şifresini kullandığını belirtmişlerdir (93). Khac Hai ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin dörtte birinin ortak şifre ile sistemlere girdiği sonucuna ulaşılmıştır (137).

Abuhammad ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin dörtte birinden fazlası ortak şifre ile sisteme giriş yapmaktadır (138). Bu çalışmada şifre güvenliği ile ilgili elde edilen bulgular alan yazınla tutarlıdır.

Hemşirelerin yarısından fazlası güvenlik ihlallerinde bildirim yapabileceği bir sistem olduğunu, çoğu güvenlik ihlali durumunda olay ile ilgili bildirimde bulunduğunu belirtirken yarıya yakını ise sağlık kayıtlarının ifşası durumunda, söz konusu davranışı gösteren kişilere her zaman yaptırımlar uygulandığını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.4) Buna göre hemşirelerin güvenlik ihlal bildirimini önemsediklerini ancak sağlık kayıtlarının ifşası durumunda kurumlarının yaptırım uygulama ihtimalinin düşük olduğunu düşündükleri söylenebilir. Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasına ilişkin olarak “Güvenlik ihlalleri konusunda personelin bilinç düzeyi” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.7). Güvenlik ihlallerine ilişkin olarak bazı hemşire ifadeleri değerlendirildiğinde, hemşirelerin hastaya ait onu tanımlanabilir yapan her şeyin gizli tutulması sorumluluğunun farkında olmadıkları, bazı hemşirelerin ise konu hakkında yeterli hassasiyete sahip olduğu söylenebilir. Aradaki farklılığın sebebi kişinin yasal ve etik sorumluluklarının farkında olmamasıyken, kurumun bu sorumlukların uygulamaya dökülmesi için hemşireleri yeterince desteklememesi veya ihlal durumunda gerekli yaptırımların her zaman uygulanmaması da olabilir. Buna göre çalışmanın hem nitel hem de nicel verileri güvenlik ihlali ve bildirim açısından birbirini desteklemektedir. Konuyla ilgili daha önce yapılmış çalışmalara bakıldığında ise kurumların sağlık kayıtlarının güvenliği için gerekli tedbirleri alması gerektiği, ayrıca sağlık kayıtlarına yönelik gerçekleşen her türlü ihlalde hemşirelerin bildirim yükümlükleri olduğu vurgulanmaktadır (99, 103, 139, 140). Bu çalışmadan ihlal bildirimine ilişkin elde edilen bulgular alan yazınla tutarlıdır.

Hemşirelerin yarısından fazlası kurum bilgisayarlarından sosyal medya ve kişisel e-posta hesaplarını kullanmakta sakınca görmediğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Bu durum hemşirelerin siber saldırılara ilişkin farkındalıklarının artırılması gerektiği yönünde yorumlanabilir. Kişisel hesaplara kurum bilgisayarlarından erişim sağlık kayıtlarını siber saldırılara açık hale getirmektedir (40). Genellikle tanıdığımız kişilerden gönderilmiş gibi görünen e-postalar ve ekleri yoluyla kötü niyetli kişiler hastane bilgi sistemlerine erişebilmektedir. Konuyla ilişkili olarak birinci bakış açısı;

kişisel hesapların kullanılarak kurumun siber saldırıların hedefi haline getirilebilmesi tehlikesiyken, ikinci bakış açısı; hemşirelerin sağlık kayıtlarına ilişkin bilgi paylaşımını kişisel e-posta adresleri üzerinden diğer sağlık personeli ile paylaşması riskidir. Kişisel Veri Güvenliği Rehberinde, güvenlik ihlallerinin genellikle verinin taşındığı cihazların çalınması ve kaybolması gibi nedenlerle ortaya çıktığı, ancak e-posta ya da posta ile aktarılacak kişisel verilerin de dikkatli bir şekilde ve yeterli tedbirler alınarak gönderilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (24). Buna göre hemşireler diğer sağlık profesyonelleri ile e-posta üzerinden yapacağı paylaşımlarda muhakkak kurumsal e-posta adresi üzerinden, kurumun belirlemiş olduğu veri gönderim/paylaşım protokollerine uygun hareket etmesi beklenmektedir. Hemşirelerin bakım ekibi ile iletişimi koordine ettikleri düşünüldüğünde bu konuda kritik önem taşıdıkları görülmektedir (141).

Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasını etkileyen faktörler kapsamında oluşturulan kodlar “Hemşire desklerinde ya da hasta başlarında dosyaların bırakılması”, “Yetkisiz kişiler (aile üyeleri, ziyaretçiler vb.) tarafından uygunsuz erişim” kodu “Bilgi güvenliği politikasının olup/olmaması”, “Bilgi teknolojilerine kurum tarafından yapılan yatırım”, “Tüm hastane personeline konu ile ilgili eğitim verilip/verilmemesi” dir (Bkz. Tablo 4.7). Bu kodlar açısından değerlendirildiğinde, bazı çalışmalarda hasta dosyalarının uygunsuz alanlarda bırakılması veya doğru şekilde saklanmamasına ilişkin sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (43, 77). Abuhammad ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada ise hemşireler hastaların bulunduğu sırada muayene odasına temizlik personeli gibi bakım süreciyle ilgisi olmayan kişilerin girdiği belirtmişlerdir. Bazı hemşireler ise hastaların durumunun diğer hastaların önünde tartışıldığını ifade etmiştir (138). Aynı çalışmada hemşirelerin kurumlarında hasta bilgilerinin dolaşımı hakkında öneri ve talimatlar olduğunu belirtmişlerdir. Kurumlarında bilgilerin sağlık personeli tarafından mahremiyet ve gizlilik içerisinde belgelenmesi gerektiğine dair politikalar bulunduğu belirtilmektedir. Ayrıca tüm sağlık personeli için hasta bilgilerinin gizliliği ve mahremiyeti konusunda eğitim programları bulunduğu vurgulanmıştır (138). Çalışmanın nitel bölümünde oluşan kodlar alan yazın ile tutarlıdır.

5.3.2. Sağlık Kayıtlarının Gizliliğine İlişkin Bulguların Tartışması

Hemşirelerin yarından fazlası gün içerisinde kullandığı hasta listesini ve üzerine aldığı notları çalışma saati bitiminde yok ettiğini belirtirken üçte biri değiştirilmesi ya da çıkarılması gereken durumlarda hasta kimlik bilekliklerini geri dönüşümsüz olarak yok ettiğini ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Benzer şekilde Bani Issa ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen çalışmada hemşirelerin gizlilik hakkındaki endişeleri mahremiyet alanındaki endişelere göre daha düşük seviyededir. Ayrıca çalışmada bu durum hemşirelerin etik bağlılıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Söz konusu maddelere verilen cevaplara bağlı olarak hemşirelerin tanımlanabilir hasta bilgilerinin kapsamı konusunda bilgi eksikliği olduğu, yönetsel olarak gerekli düzenlemelerin yapılmadığı, izlenmediği ve risklerin net bir şekilde sunulmadığı söylenebilir. Kişisel verilerin yer aldığı hasta bilekliklerinin de üzerine not alınan hasta listesi gibi geri dönüşümsüz olarak yok edilmesi gerekmektedir. İçerisinde kişisel verinin bulunduğu tüm bilgi varlıklarının envanteri çıkarılarak sağlık profesyonelleri ile paylaşılmaması da hemşirelerin kişisel veri içeren bilgi varlıklarını yok etme konusunda eksik davranmasına sebep olmuş olabilir.

Hemşirelerin yarından fazlası hastalara ait sağlık kayıtlarını kişisel e-posta vb. yollarla diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşmadığını; hasta transferlerinde dosyayı sadece hastayı teslim alacak hemşire ve/veya doktora teslim ettiğini ifade ettiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmanın nitel bölümünde ise sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasına ilişkin olarak “Tanımlanabilir hasta bilgilerinin diğer sağlık personeli ile uygunsuz şekilde paylaşılması (devir teslim süreçleri, gizliliğe dikkat edilmemesi (personel) vb.)” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.8). Konuyla ilgili hemşire ifadelerinden yola çıkarak durumu stabil hastaların dosya teslimlerinde gerekli özenin sağlanmadığı, yoğun bakım gibi kritik servislere yapılan transferlerde dosya teslimine önem gösterildiği söylenebilir. Bu durum hemşirelerin mesleki sorumluluklarını göz ardı etmelerinin yanı sıra, hastane yönetiminin hasta transferleri sırasında dosyaların teslim edilme şekline yönelik bir standardının olmamasından veya uygulanmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Konuyla ilgili Abuhammad ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin tamamına yakınının hasta verilerinin gizliliğini her zaman sağladığı, sağlık kayıtlarını yetkisiz kişilere ifşa etmediği ve hassas bilgileri dikkatle ele aldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (138). Yine

Khac Hai ve arkadaşları (2017) da çalışmalarında, hemşirelerin yarısından fazlasının hasta bilgilerinin gizliliğini sağladığı sonucuna ulaşmışlardır (137). Bu çalışmadan tanımlanabilir hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanmasına yönelik elde edilen bulgular alan yazın ile tutarlıdır.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı taburcu olan hastaların fiziksel dosyalarının arşive gizlilik içerisinde teslim edilmesindeki süreçleri takip ettiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Buna göre farklı meslekler ile işlerin kesişim yaptığı noktalarda hemşirelerin çekimsiz davrandıklarını söylemek mümkündür. Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasına ilişkin olarak, “Tanımlanabilir hasta bilgilerinin sağlık personeli dışındaki personeller ile uygunsuz paylaşılması” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.8). Konuyla ilgili hemşire ifadelerinde, hasta dosyası tamamlandıktan sonra dosyanın sekreter masasına bırakıldığı ve sonraki süreci sekreterin yürüttüğü vurgulanmaktadır. Burada esas nokta ise hemşirenin dosyayı sekretere teslim etmesi ya da sekreterin dosyayı hemşireden teslim almasıdır. Masalara bırakılan, hemşire istasyonlarına bırakılan her dosyada gizlilik ihlali yaşanması an meselesidir. Yönetim tarafından dosyaların teslim edilme süreçlerinin tanımlanmamış olması ve bu konunun risk olarak görülmemesi hemşirelerin davranışlarındaki esnekliğe sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini okumadığını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.4). Bu durumun hemşirelerin sağlık kayıtlarına erişimle ilgili sınırlarının net olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasına ilişkin olarak “Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan tanımlanabilir hasta bilgilerine sağlık personelinin erişimi” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.8). Konuyla ilgili bir hemşire ifadesinde adli vaka dosyalarının tüm detaylarını inceledikleri vurgusu yapılmaktadır. Hemşire ifadesinden yola çıkarak merak gibi duyguların hasta gizliliğinin ihlal edilmesine sebep olabilmektedir. Bu tür davranışlarında ancak etik kurallara uygun hareket etmede hemşirelerin desteklenmesi ile ortadan kaldırılabileceğini söylenebilir. Ayrıca kurumların her bir personel için erişim seviyeleri belirlemesi, fiziki dosyalar için de benzer erişim mekanizmalarının kurgulanması gerekmektedir. Nitekim Jose ve arkadaşlarının (2015) yürüttüğü sistematik derlemede, kullanıcıların erişim düzeylerinin net bir şekilde

tanımlanmasının, bilginin ekip üyelerine nasıl aktarılacağı ve ekip arasında nasıl konuşulacağı hususlarının belirlenmesinin gizliliğin sağlanabilmesi için kritik olduğu belirtilmiştir (92).

Hemşirelerin yarıdan fazlasına çalıştıkları hastanede sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanabilmesi için düzenli son kullanıcı (hekim, hemşire ve sekreterlere) eğitimleri verilmemiştir (Bkz. Tablo 4.4). Buna göre hastanelerin HBYS'nin son kullanıcılarına yeterli eğitim fırsatı sunmadığı söylenebilir. Oysaki süreçler ve sistemler, en zayıf bağlantıları kadar güçlüdür ve bu en zayıf bağlantı veri güvenliğine yönelik desteklenmeyen personel ile gün yüzüne çıkmaktadır. Sistemlerin son savunma hattı, sistemi kullanan, kurum tarafından desteklenen ve yönlendirilen personelin dikkat ve özenine bağlıdır (41). Hastanelerde de sağlık kayıtları için en büyük tehdit son kullanıcılarıdır (42). Abuhammad ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2020) konuyla ilgili bilgi düzeyi arttıkça hemşireler arasında hasta verilerine ilişkin süreçlerin daha fazla gizlilik içerisinde yürütüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (138). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin hasta bilgilerinin gizliliği konusunda eğitim almaları önerilmektedir (142).

5.3.3. Sağlık Kayıtlarının Mahremiyetine İlişkin Bulguların Tartışması

Hemşirelerin çoğu çalıştığı birimde hastaların mahremiyetini her zaman korunduğunu; yarıdan fazlası doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini kayıt altına almadığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Bu durumun ancak hemşire ve hasta arasındaki ilişkide sözlü olarak paylaşılan hasta bilgilerinin kayıt altına alınmasıyla ya da hemşirenin erişmesi gerekenden daha fazla sağlık kaydına erişmesi ve kayıt altına alması ile gerçekleşebileceği söylenebilir. Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin olarak “Sağlık personelinin kayıtlara erişimi ile ilgili sınırlamanın olmaması” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.9). Konuyla ilişkili birkaç hemşire hastanelerinde farklı servislerin hasta bilgilerine erişebildiklerini, gizlilik isteyen hastaların bunu kendi talepleri ile yapabileceklerini ifade ederek, SKGGM'nin sağlanmasının daha çok bilgi işlemin görevi olarak gördüklerini işaret etmişlerdir. Allen tarafından (2008) yapılan çalışmada da benzer şekilde, hastanın bakımı ile doğrudan ilgisi olmayan hemşirelerin hasta verilerine erişebildiği sonucuna ulaşılmıştır (143). Hemşire ifadelerine göre

farklı kliniklerin sağlık kayıtlarına erişmeye yetkilerinin olduğu, bakımları altında olmayan bireylerin sağlık kayıtlarına sadece okunur şekilde bile olsa erişebiliyor olmayı risk olarak görmedikleri, gizlilik kavramı için kişinin üzerinde gizlilik kararı olması, adli vaka olması ya da psikiyatri hastası olması gerektiği gibi bir görüş olduğu söylenebilir. Oysaki gizlilik kararı olan kişiler, adli vakalar ya da psikiyatri hastalarına yönelik yapılan sistemsal düzenlemeler kurumların aldığı tedbirler arasındadır.

Hemşirelerin yarısı hastanın izni/bilgisi olmadan hasta yakınlarına bilgi vermek zorunda kalmıştır. Hemşirelerin tamamına yakını ise hasta bakım ve tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan kişilere telefonda bilgi paylaşımı yapmadığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin olarak “Hastanın izni olmadan üçüncü kişilerle sağlık bilgisinin paylaşılması” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.9). Konuyla ilgili hemşire ifadelerinde hemşirelerin bilgi verme konusunu hastanın doktorunun işi olduğunu vurguladıkları, telefonda bilgi veremedikleri anlaşılmaktadır. Benzer şekilde Atılgan (2020) tarafından yürütülen çalışmada da hemşirelerin tamamına yakını kendini koruyamayan ya da şuuru kapalı hastaların yasal bir gerekçe olmadığı sürece özel hayatı ya da kişisel bilgilerinin gizliliğini sağladığını, hastanın onayı olmadan kişisel ve hastalığına ait bilgileri bir başkasına hiçbir zaman aktarmadığını belirtmişlerdir (144). Bu çalışmada hemşirelerin hasta hakları ve etik kurallar çerçevesinde hareket etmediği durumların olduğunu söylemek mümkündür.

Hemşirelerin yarıya yakını hastaların sağlık durumlarını diğer çalışanlar ile ortak kullanım alanlarında konuştuğunu ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin olarak “Hastaya ilişkin bilgilerin topluma açık alanlarda konuşulması” kodu oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 4.10). Konuyla ilgili hemşire ifadelerinde temizlik personeli tarafından hastanın mahremiyetinin ihlal edilmesine ve doktorların hasta yakınlarını bilgilendirirken özensiz davrandıklarına ilişkin örnekler aktarılmıştır. Hemşire ifadesine göre oldukça hassas bir konunun ortak kullanım alanlarında konuşulması ile kişinin mahremiyeti sağlık bilgileri üzerinden ihlal edilmiştir. Alan yazında konu ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin ortak kullanım alanlarında hasta hakkında konuşarak hasta mahremiyetini ihlal ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır (89, 90). Ortak kullanım alanlarında ihlallerin büyük

çoğunluğu her ne kadar hasta yakını bilgilendirmesi sırasında ya da hastanın hakkında konuşurken başka bir hastanın duyması şeklinde ortaya çıksa da burada esas konu sağlık profesyonelinin dikkatsiz ve özensiz davranmasıdır. Bu aşamada her bir sağlık profesyonelinin özenin yanında hemşire yöneticilerin gözlemlerinin de önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmanın nitel bölümünde sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasını etkileyen faktörler kapsamında oluşturulan diğer kodlar; “Kurum içerisinde sağlık personeli tarafından sosyal medyanın/ teknolojinin uygunsuz kullanımı”, “Kurum içerisinde hasta ve hasta yakınlarının sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı”dır (Bkz. Tablo 4.9). Çalışmanın bu bulguları hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde önlemlerin alınmasında sınırlılıkların olduğunu düşündürmektedir. Nitekim çalışmanın yapıldığı hastanelerin web sitelerinde hasta ziyaretçi-refakatçi kuralları arasında teknoloji kullanıma ilişkin bir madde bulunmadığı görülmektedir. İnternet erişiminin olduğu her yerde Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, LinkedIn, WhatsApp vb. sosyal medya platformları insanlar tarafından kullanılmaktadır. Bu platformlar arkadaşlarımız, takipçilerimiz veya diğer kişiler ile gerçek zamanlı olarak iletişim kurmamıza olanak sağlamaktadır (104). Bu ağların hasta ve yakınları tarafından kullanımı söz konusu olduğu gibi sağlık profesyonelleri tarafından da kullanımı söz konusudur. Hemşireler bu platformları araştırma ve eğitim aracı, bilgi paylaşımı ve ağ kurma veya sosyalleşme yolu olarak kullanabilmektedirler. Nitekim Cherras Ojeda ve arkadaşları (2020) tarafından yürütülen çalışmada, katılımcı hemşirelerin çoğu bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının mesleki gelişim gibi konularda faydalı olabileceği konusunda hemfikirdir (145). Bu faydalar dışında kullanımı kişisel ve mesleki açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Meslek örgütleri hemşireleri olası risklerden korumak için çeşitli çalışmalar yürütmektedir. ABD Hemşirelik Ulusal Konseyi (NCSBN) hemşireler için sosyal medya kullanım rehberi (2018) yayınlamıştır. Rehberde sosyal medyanın uygun kullanımının sınırlarını anlamak için sağlık hizmetlerinde gizlilik ve mahremiyet kavramlarının önemi vurgulanarak hemşirelerin bu konudaki rolüne atıfta bulunulmuştur. Gizlilik ve mahremiyet ihlallerinin kasıtlı ve kasıtsız olarak çeşitli şekillerde gerçekleşebileceği, hemşirelerin de sosyal medya aracılığıyla hasta gizliliği ve mahremiyetini ihlal edebileceği belirtilmektedir. Hastaları tanımlanabilir hale getiren bilgilerin

paylaşılması, fotoğraf ve video paylaşımı da bu ihlal türlerine örnek olarak gösterilmektedir (62). Bu aşamada hemşirelerin sağlık kayıtlarının sosyal medya üzerinden ifşası durumunda karşılaşılabileceği yasal, etik ve idari sonuçların farkında olması ve bu teknolojileri kullanırken uygulaması bir gereksinimdir. Hasta ve yakınları tarafından teknolojinin uygunsuz kullanımı ise ancak yazılı ve sözel bilgilendirmeler ile mümkün olabilmektedir.

Ayrıca hemşirelerin sadece yarıya yakını çalıştıkları hastanede hastalara ait SKGGM'nin sağlanması açısından hemşirelerin birincil derecede sorumlu olduklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.4). Literatürde tüm hemşirelik örgütlerinin, sağlık personelinin etik olmayan davranışı sonucunda, sağlık verisinin bütünlüğünü etkileyen risklere yönelik etik kurallarda düzenleme yapılması vurgulanmaktadır (95, 146). Sevimli'nin (2018) yürütmüş olduğu çalışmada, bilgisayar mühendisliği ve tıp fakültesi öğrencileri sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamanın devletin ve hastane yönetiminin sorumluluğu olduğunu düşünmektedir (147). Yine Atılgan'nın (2020) çalışmasında, sağlık çalışanlarının üçte biri kayıtların güvenliğinin sağlanmasından hastane yönetiminin sorumlu olduğunu belirtmektedir. Hekim ve hemşirelerin sadece onda biri sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamaktan sağlık personelinin sorumlu olduğunu düşünmektedir (144). Gerek Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, gerekse Sağlık Verileri Yönetmeliği'nde sağlık personelinin konuyla ilgili sorumluluklarına dikkat çekilmektedir. Ancak daha alt ve her bir sağlık personeli özelinde kapsamlı düzenlemelerin olmaması, sorumluluk anlamında sağlık profesyonelleri arasında karmaşaya yol açabilir.

5.3.4. SKGGM'yi Etkileyen Faktörler ve Çözüm Önerilerine İlişkin

Bulguların Tartışması

Çalışmaya katılan hemşireler hukuki yaptırımların uygulanması, etik değerlerin gözetilmesi ve hastanelerde etik kurul kurulması/işlevsel hale getirilmesine yönelik çözüm önerileri sunmuşlardır. Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda hemşirelerin elektronik sağlık verileri ile çalışırken yasal yaptırımların farkında olması gerekliliğine (99, 103) ve hemşirelerin etik ilkelere uygun hareket etme sorumluluğu olduğunu sonuçlarına ulaşılmıştır (103). Bani İssa ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada hemşireler, mesleki etik kurallarına bağlılıklarını ifade ederken,

uygulamada etik kodlarda elektronik sağlık kayıtlarının bütünlüğünün korunmasına ilişkin herhangi bir açıklama yapılmadığını ifade etmişlerdir (95). ABD Hemşirelik Ulusal Konseyi (NCBSN), hemşirelerin hasta mahremiyetini ihlal ettiği durumların tespit edilmesi halinde hemşirelerin kınama, yaptırım, para cezası, geçici veya lisansın kalıcı askıya alınması gibi disiplin cezaları ile karşılaşabileceğini ifade etmektedir (62). Ülkemizde de Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 21. Maddesinin ikinci fıkrasında “*Yönetmelik gereklerini yerine getirmeyen kamu görevlileri için bağlı oldukları disiplin amirliğine bildirim yapılır ve varsa yetkileri iptal edilir.*” hükmü yer almaktadır. Bu maddeye göre sağlık çalışanlarının ihlal durumunda disiplin cezaları ile karşılaşacağı açıkça ifade edilmektedir. Hukuki yaptırımların uygulanabilmesi için başta yöneticiler olmak üzere tüm çalışanların, hastanın gizlilik ve mahremiyet hakkını ön planda tutarak bildirim yapması ile mümkün olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sunduğu diğer çözüm önerileri ise eğitimlerin tüm hastane personelini kapsamaması ve tanımlanabilir hassas sağlık bilgilerinin devir teslimlerde iletilmesidir. Sağlık kayıtlarının muhafazası için alan yazında yapılan çalışmalarda da tüm sağlık personelinin eğitimine vurgu yapılmıştır (37, 40, 50, 148). Kılıç Aksu ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada son kullanıcıların eğitimi ile sağlık profesyonellerinin ve idari personelin bilgi güvenliği (gizlilik, kullanılabilirlik, erişilebilirlik) hakkındaki görüşlerinin olumlu yönde değiştiği gözlenmiştir (149). Yine konu ile ilgili yapılan başka çalışmalarda, hemşireler ve diğer personeller, veri paylaşımı ve gizlilik konusunda bilgi sahibi olduğunda, hasta kayıtlarının gizliliğin sağlanmasına daha özenli davrandıkları belirtilmektedir (137, 138, 150). Konuyla ilgili eğitimler tüm personele sunulmadığı sürece sağlık kayıtlarını uçtan uca korumaya yönelik stratejilerin belirlenmesi ve uygulanmasının mümkün olmadığı söylenebilir.

Fiziki dosyaların kaldırılıp tablet kullanımına geçilmesi; iş yükünün azaltılması; elektronik cihazların kullanımına ilişkin düzenlemelerin yapılması hemşirelerin getirdiği diğer önerileridir. Bu bulgulara benzer olarak Ferrara ve arkadaşları (2011) çalışmasında, elektronik sağlık kayıtlarının güvenliğine yönelik, kullanılabilirlik ve erişim kontrolünün sağlanabilmesi için hastanelerin hibrit sitemden vazgeçip tamamen kâğıt üzerinde ya da tamamen elektronik ortamda kayıtlarını tutması gerektiğini önermektedir (91). Bazı çalışmalarda elektronik ortama geçilmesi

artan iş yükü olarak tanımlansa da (95, 151, 152), başka bir çalışmada sağlık profesyonelleri için ortak bilgi zemini oluşturduğu ve profesyoneller arası iletişimi güçlendirdiği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (153). Ülkemizde sağlık kayıtları hibrit şekilde tutulmaktadır. Özellikle kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde bu kullanımın daha yaygın olduğunu söylemek mümkündür. Öte yandan hastanelerin dijitalleşmesi amacıyla birçok çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Zaman, maliyet, insan gücü ve güçlü politikalar gerektiren bu süreçlerin tamamlanması hemşirelerin sağlık kayıtlarının muhafazasındaki rolünü daha da güçlendireceği şüphesizdir.

Hemşireler mevcut işlerinin üzerine sağlık kayıtlarının muhafazası yönünde sarf edecekleri özeni iş yükü olarak ifade etmektedirler. Bu bulgu ile benzer sonuçların olduğu bir çalışmada, hemşireler hastaların kendi sağlık bilgilerine erişim hakkında bilgilendirilmesi konusunu iş yükü olarak görmekte-dirler (91). Yani sağlık kayıtlarının güvenliğini tanımlayan ilkelerden olan erişilebilirliğin hasta açısından sağlanması hemşireler için iş yükü olarak görülmüştür. Başta ulusal ve uluslararası düzenlemeler olmak üzere etik açıdan da korunması gerektiği belirtilen sağlık kayıtlarına yönelik alınacak tedbirin hemşireler açısından farklı bir iş olarak algılanmasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Bakım hizmetleri sunulurken aynı zamanda kayıt altına almak ne kadar önemli ise bu kayıtların muhafazası da o derecede önemlidir. Bu aşamada hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin desteklenmesi, yapılan işin bir parçası olarak gösterilmesine yönelik çalışmaların planlanması ancak idare, çalışan ve derneklerin ortak katkıları ile mümkün olabilecektir.

Hemşirelerin bildirdiği bir diğer çözüm önerisi ise bilgi sistemlerine yönelik faaliyetler kategorisinde bulunan olay bildirim sisteminin sağlık kayıtlarının muhafazası detayında özelleştirilmesidir. Bu öneri alan yazından farklı olarak bu çalışmada ortaya atılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Hemşirelerin yarıdan fazlasına göre sağlık kayıtlarına sadece yetkili kişiler erişebilmektedir. Her hemşirenin ayrı kullanıcı adı ve şifresi olmasına rağmen, herkes tarafından tek bir şifre kullanımı; şifre paylaşımı; birbirinin şifresini kullanma söz konusudur. Hemşirelerin yarıya yakınına göre sağlık kayıtlarının ifşasına sebep olan kişilere yaptırım uygulanmaktadır. Hemşirelerin çoğu güvenlik ihlali durumunda olay bildirimde bulunmaktadır.
2. Hemşirelerin yarıdan fazlası hasta bilgilerini içeren kişisel notlarını uygun şekilde yok etmekte; hasta transferlerinde dosya gizliliğine dikkat etmekte; bilgi paylaşımında kişisel e-posta vb. yolları kullanmamaktadır. Yaklaşık üçte biri hasta kimlik bilekliklerini geri dönüşümsüz olarak yok etmekte; taburcu olan hastaların fiziksel dosyalarının arşive gizlilik içerisinde teslim edilmesindeki süreçleri takip etmektedir. Yaklaşık yarısı doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini okumamaktadır. Hemşirelerin yarıya yakını düzenli son kullanıcı eğitimleri verilmektedir.
3. Hemşirelerin çoğuna göre çalıştığı birimde hastaların mahremiyeti her zaman korunmaktadır. Hemşirelerin tamamına yakını hasta bakım ve tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan kişilere telefonda bilgi paylaşımı yapmamaktadır. Yarısından fazlası ise doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini kayıt altına almamaktadır. Yarıya yakını ise hastaların sağlık durumlarını diğer çalışanlar ile ortak kullanım alanlarında konuşmaktadır.
4. Hemşirelerin yarıya yakınına göre çalıştıkları hastanede hastalara ait sağlık kayıtlarının güvenliğinin, gizliliğinin, mahremiyetinin sağlanması açısından hemşireler birincil derecede sorumludur.
5. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda sağlık kayıtlarının; güvenliğinin sağlanması konusunda yaşlarına ($p<0.05$), kurumda çalışılan süreye ($p<0.05$), çalıştıkları kliniğe ($p<0.05$) ve eğitim alma durumlarına ($p<0.05$) göre farklılık vardır. Gizliliğinin sağlanması konusunda çalıştıkları pozisyona ($p<0.05$) ve eğitim alma durumuna ($p<0.01$) göre farklılık vardır. Mahremiyetinin sağlanması konusunda çalıştıkları kliniğe ($p<0.05$) ve eğitim alma durumlarına ($p<0.01$)

göre farklılık vardır. Hemşirelerin bakımları altındaki bireylerin sağlık kayıtlarının; güvenliğinin sağlanması konusunda eğitim alma durumlarına göre ($p<0.05$) farklılık vardır.

6. Hemşireler sağlık kayıtlarının güvenliğini etkileyen faktörler için; yetkili sağlık personeli tarafından uygunsuz erişim, sağlık personelinin bilgisayar kullanımına olan ilgi düzeyi, hemşire desklerinde ya da hasta başlarında dosyaların bırakılması, yetkisiz kişiler tarafından uygunsuz erişim, bilgi güvenliği politikasının olup/olmaması, bilgi teknolojilerine kurum tarafından yapılan yatırım, güvenlik ihlalleri konusunda personelin bilinç düzeyi, tüm hastane personeline konu ile ilgili eğitim verilip/verilmemesi kodlarını oluşturmuşlardır.
7. Hemşireler sağlık kayıtlarının gizliliğini etkileyen faktörler için; tanımlanabilir hasta bilgilerinin diğer sağlık personeli ile uygunsuz şekilde paylaşılması, tanımlanabilir hasta bilgilerinin sağlık personel dışındaki personeller ile uygunsuz paylaşılması, doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan tanımlanabilir hasta bilgilerine sağlık personelinin erişimi kodlarını oluşturmuşlardır.
8. Hemşireler sağlık kayıtlarının mahremiyetini etkileyen faktörler için; sağlık personelinin kayıtlara erişimi ile ilgili sınırlamanın olmaması, kurum içerisinde sağlık personeli tarafından sosyal medyanın/ teknolojinin uygunsuz kullanımı, hastanın izni olmadan üçüncü kişilerle sağlık bilgisinin paylaşılması, hastaya ilişkin bilgilerin topluma açık alanlarda konuşulması, kurum içerisinde hasta ve hasta yakınlarının sosyal medyayı/teknolojiyi uygunsuz kullanımı kodlarını oluşturmuşlardır.
9. Hemşireler sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetini etkileyen faktörlere yönelik çözüm önerileri için; hukuki yaptırımların olması, etik değerlerin gözetilmesi, hastanelerde etik kurul kurulması/işlevsel hale getirilmesi, eğitimlerin tüm hastane personelini kapsamaması, tanımlanabilir hassas sağlık bilgilerinin devir teslimlerde iletilmesi, fiziki dosyaların kaldırılıp tablet kullanılması, iş yükünün azaltılması, elektronik cihazların kullanımına ilişkin düzenlemeler, olay bildirim sisteminin bu konu detayında özelleştirilmesi kodlarını oluşturmuşlardır.

6.2. Öneriler

Yönetici Hemşirelere Yönelik Öneriler

- Sağlık kayıtlarının korunmasına yönelik düzenlemelerin hazırlanmasında son kullanıcılardan biri olan hemşirelerin daha fazla desteklenmesi.
- Kişisel Veri Güvenliği Rehberi kapsamında hastanelerin alması gereken idari ve teknik tedbirlerin faaliyete geçirilmesinde yönetici hemşirelerin de rol alması.
- Yönetici hemşirelerin kliniklerde SKGGM'nin sağlanmasına yönelik kültürün oluşması için sürekli izleme değerlendirme yaparak ekibi desteklemesi.
- Hemşire yöneticilerin kliniklerdeki kişisel veri içeren bilgi varlıklarını tanımını yaparak/yapılmasını sağlayarak hemşireler ile paylaşması.
- Hemşire yöneticilerin kliniklerinde sağlık kayıtlarının ifşa türlerini ve sıklıklarını izleyerek çalışanların eğitim ihtiyaçlarını belirlemesi.
- Kliniklerde ortak şifre kullanımı, şifre paylaşımı alışkanlığının önüne geçecek düzenleme ve uygulamaların yapılması.

Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Öneriler

- Hastane bünyesinde 657 sayılı Kanuna tabi olmayan hemşireler ile gizlilik sözleşmesi imzalanması, 657 sayılı Kanuna tabi hemşirelere ise kişisel verilerin korunması hakkı kapsamında uymaları gereken usul ve esaslara dair bilgilendirici mahiyette bir metin tebliğ edilmesi ve bu konuda periyodik eğitimler düzenlenmesi.
- Sağlık profesyonelinin etik dışı davranışından kaynaklı olarak hasta bilgilerinin ifşa olması durumunda hastane etik kurulunun devreye girmesi ve ilgili durumun kurul tarafından incelenmesini sağlayacak sistemin kurgulanması.
- Hastanelerde SKGGM'nin sağlanmasına yönelik eğitimlerinin tüm personeli kapsamaması ve düzenli aralıklarla sunulması.
- Hem sağlık personeli hem de hasta ve yakınları açısından başta Anayasa, TCK, Kişisel Verileri Koruma Kanunu gibi hukuksal düzenlemeler kapsamında yaptırımlara tabi tutulacağı bilgisi kişilere aktarılarak, kurum içerisinde cep

telefonu, kayıt cihazı, fotoğraf makinası kullanımına yönelik önlemlerin alınması.

- Hastane yöneticilerinin sürekli olarak izleme yapmaları ve organizasyonlarında ihlal bildirim kültürünün yerleşmesi için çaba sarf etmesi.
- Sağlık kayıtlarına ilişkin ihlallerin bildirim için hastane özelinde ihlal bildirim sistemi kurulması ya da ülkemizde birçok hastanenin yapmış olduğu gibi Bakanlığın ihlal bildirim sayfasına personelin yönlendirilmesi.
- Elektronik sağlık kayıtlarına ilişkin süreçlerin iş yükü oluşturmasının önüne geçilebilmesi için gerekli tüm teknik alt yapının ve desteğin sağlanması.
- Hibrit sistemi kullanan hastanelerde (kağıt ve elektronik) her bir kayıt sistemi için ayrı düzenlemelerin yapılması. Fiziki ve elektronik ortamdaki hasta bilgilerinin nasıl korunması gerektiği, ekip içerisinde nasıl paylaşılması ve konuşulması gerektiği gibi hususların açıklayıcı şekilde düzenlemelerde aktarılması.
- Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin etik kuralları uygulamaya dönebilmesi için desteklenmesi.

Meslek Örgütlerine Yönelik Öneriler

- Türk Hemşireler Derneğinin Etik Kodlarında ilgili yasal düzenlemeler kapsamında güncellemeler yapılarak hemşirelerin sağlık kayıtlarının muhafazası konusundaki sorumluluklarını açık şekilde ifade edilmesi. Sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanmasında hemşirelerin rolünü anlatmaya ilişkin olarak iyi uygulama örneklerini ülkemiz sağlık sistemine sunulması.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- SKGGM'nin ölçümünde kullanılmak üzere bir veri toplama aracı geliştirmesi; gözlem yoluyla yapılacak çalışma ile kliniklerde gerçekleşen ihlallerin incelenmesi; daha büyük örneklem grupları ile çalışılarak hastaneler arası farklılığın değerlendirilmesi; ülkemizde dijital hastane unvanını alabilen hastaneler ile diğer hastaneler arasında kıyaslama yapmak amacıyla bu konunun incelenmesi.

7. KAYNAKLAR

1. Homan C. Purpose and functions of the health record. In: Sayles NB, Gordon LL, editors. Health information management technology: An applied approach. Chicago, USA: American Health Information Management Association; 2013.
2. What is an electronic health record (EHR)? [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 13 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://www.healthit.gov/faq/what-electronic-health-record-ehr>
3. Elektronik Sağlık Kaydı [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 7 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4874/ehr-electronic-health-record---esk-elektronik-saglik-kaydi.html>
4. Marinič M. The Importance of Health Records. Health. 2015;07:617-24.
5. Gostin LO, Hodge JG, Jr. Personal privacy and common goods: A framework for balancing under the national health information privacy rule symposium: Modern studies in privacy law. Minnesota Law Review. 2001(6):1439-80.
6. Koontz L. Information privacy in the evolving healthcare environment. Chicago: CRC Press; 2017.
7. Rothstein MA. Health privacy in the electronic age. The Journal of legal medicine. 2007;28(4):487-501.
8. Kumar M, Wambugu S. A primer on the security, privacy, and confidentiality of electronic health records. University of North Carolina, Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2016.
9. Lawrence WW. Privacy and health research: a report to the US Secretary of Health and Human Services. Washington (DC): Office of the assistant secretary for planning and evaluation; 1997.
10. Brent NJ. The use and misuse of electronic patient data. Journal of Infusion Nursing. 2005;28(4):251-7.
11. Gostin LO. Health information privacy. Cornell L Rev. 1994;80:451.
12. Westin AF. Computers, Health Records and Citizen Rights. US Department of Commerce, National Bureau of Standards; 1976.
13. National Institute of Standards and Technology (NIST). Guide to Privacy and Security of Electronic Health Information. USA: The Office of the National Coordinator for Health Information Technology; 2015.
14. Nass SJ, Levit LA, Gostin LO. The value and importance of health information privacy. Beyond the HIPAA Privacy Rule: Enhancing Privacy, Improving Health Through Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
15. Weddle M, Kokotailo PK. Confidentiality and consent in adolescent substance abuse: an update. AMA Journal of Ethics. 2005;7(3):239-43.
16. American Nurses Association (ANA). American Nurses Association Position Statement on Privacy and Confidentiality [Internet]. 2015. [Erişim Tarihi 21

- Ekim 2019]. Erişim adresi:
<https://www.nursingworld.org/~4ad4a8/globalassets/docs/ana/position-statement-privacy-and-confidentiality.pdf>
17. U.S. Department of Health & Human Services. HIPAA for Professionals [Internet]. 2021. [Erişim Tarihi 15 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/index.html>
 18. Annas G. HIPAA regulations - a new era of medical-record privacy? The New England journal of medicine. 2003;348 15:1486-90.
 19. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 1918: Resmi Gazete, 7217, 27 Mayıs 1949.
 20. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi [Internet]. 1979. [Erişim Tarihi 15 Aralık 2019]. Erişim adresi: <http://ccprcentre.org/ccpr-legal-framework>
 21. Avrupa Konseyi. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi [Internet]. 1950. [Erişim Tarihi 02 Ocak 2019]. Erişim adresi: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf
 22. Dünya Tabipler Birliği.Lizbon Bildirgesi [Internet]. 1981. [Erişim Tarihi 02 Ocak 2019]. Erişim adresi: https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27595,lizbonbildirgesi1981pdf.pdf?0&_tag1=B604E65F9D752DBD1BCFA298D02CC89A4C8DE295
 23. Amsterdam Bildirgesi [Internet]. 1998 [Erişim Tarihi 14 Aralık 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm>
 24. Bali Bildirgesi [Internet]. 1995 [Erişim Tarihi 14 Aralık 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>
 25. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi). [Internet].2002. [Erişim Tarihi 02 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm>
 26. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982: 17863, Resmi Gazete, 09 Kasım 1982.
 27. Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik 2019: Resmi Gazete, 30808, 21 Haziran 2019.
 28. Hasta Hakları Yönetmeliği 1998: Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998.
 29. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. [Internet]. 2016. [Erişim Tarihi 04 Aralık 2019]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>
 30. Disterer G. ISO/IEC 27000, 27001 and 27002 for information security management. 2013.
 31. Susanto H, Almunawar MN, Tuan YC. Information security management system standards: A comparative study of the big five. International Journal of Electrical Computer Sciences IJECSIJENS. 2011;11(5):23-9.

32. Kişisel Verilerin Korunması Kurumu (KVKK). Kişisel Veri Güvenliği Rehberi (Teknik ve İdari Tedbirler). [Internet]. 2018. [Erişim Tarihi 02 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://www.kvkk.gov.tr/SharedFolderServer/CMSFiles/7512d0d4-f345-41cb-bc5b-8d5cf125e3a1.pdf>
33. Türk Hemşireler Derneği (THD). Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. [Internet]. 2009. [Erişim Tarihi 27 Kasım 2019]. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/yayinlar/yayinlar/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf>
34. American Nurses Association (ANA). Code of ethics for nurses with interpretative statements [Internet]. 2015. [Erişim Tarihi 20 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>.
35. International Council of Nurses (ICN). The ICN code of ethics for nurses. International Council of Nurses. [Internet]. 2012. [Erişim Tarihi 04 Aralık 2018]. Erişim adresi: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses%20eng.pdf
36. Smaradottir BF. Security Management in Health Care Information Systems—A Literature Review. 2017 International Conference on Computational Science and Computational Intelligence (CSCI); 2017: IEEE.
37. Wikina SB. What caused the breach? An examination of use of information technology and health data breaches. Perspectives in health information management. 2014;11(Fall).
38. Wallace IM. Is patient confidentiality compromised with the electronic health record?: a position paper. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2015;33(2):58-62.
39. Mahfuth A, Dhillon JS, Drus SM. A Systematic Review On Data Security And Patient Privacy Issues In Electronic Medical Records. Journal of Theoretical & Applied Information Technology. 2016;90(2).
40. Kim L. Cybersecurity awareness: Protecting data and patients. Nursing management. 2017;48(4):16-9.
41. Care Quality Commission (CQC). Safe data, safe care [Internet]. 2016. [Erişim Tarihi 25 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://www.cqc.org.uk/publications/themed-work/safe-data-safe-care>
42. Kim L. Cybersecurity matters. Nursing management. 2018;49(2):16-22.
43. Beltran-Aroca CM, Girela-Lopez E, Collazo-Chao E, Montero-Pérez-Barquero M, Muñoz-Villanueva MC. Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals? BMC medical ethics. 2016;17(1):52.
44. Ma C-C, Kuo K-M, Alexander JW. A survey-based study of factors that motivate nurses to protect the privacy of electronic medical records. BMC medical informatics and decision making. 2015;16(1):13.

45. Bishop L, Holmes BJ, Kelley CM. National consumer health privacy survey 2005: executive summary. 2005.
46. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing outlook*. 2011;59(6):e6-e12.
47. Daniel GO, Oyetunde MO. Nursing informatics: A key to improving nursing practice in Nigeria. 2013.
48. Adereti CS, Olaogun AA. Use of Electronic and Paper-based Standardized Nursing Care Plans to Improve Nurses' Documentation Quality in a Nigerian Teaching Hospital. *International journal of nursing knowledge*. 2018.
49. Samadbeik M, Gorzin Z, Khoshkam M, Roudbari M. Managing the security of nursing data in the electronic health record. *Acta Informatica Medica*. 2015;23(1):39.
50. Marşap A, Akalp G, Yeniman E. Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*. 2010;3(1).
51. Baran S, Şener E. Hastanelerde bilgi güvenliği yönetimi: Nitel bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2018;10(23):108-25.
52. Özasan G. Bilgi güvenliği ve mahremiyetin korunmasına yönelik eğitimin etkilerinin değerlendirilmesi: Bir özel Hastane uygulaması: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2019.
53. Kurt SG. Bilgi güvenliğinin bilgi işlem çalışanları tarafından değerlendirilmesi–sağlık sektöründe bir çalışma: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2019.
54. Çelik Ç. Kalite Yönetim Direktörlerinin Bilgi Güvenliği Farkındalığı; İstanbul İli Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 17(2):29-48.
55. Ay F. Elektronik hasta kayıtları: Güvenlik, etik ve yasal sorunlar. 2008.
56. Karaarslan E, Ergin AM, Turğut N, Kılıç Ö. Elektronik Sağlık Kayıtlarının Gizlilik ve Mahremiyeti. XX Türkiye'de İnternet Konferansı. 2015:1-3.
57. Paksoy VM. Elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamalarının özel hastanelerde değerlendirilmesi: Kayseri ili örneği: Marmara Üniversitesi; 2019.
58. Dülger MV. Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti (Protection of Personal Data In Health Law And Patient Privacy). 2021.
59. Dülger MV. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve Türk Ceza Kanunu bağlamında kişisel verilerin ceza normlarıyla korunması. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2016;3(2):101-68.
60. Veri İhlali Bildirimleri [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 7 Mayıs 2021]. Erişim adresi:<https://kvkk.gov.tr/veri-ihlali-bildirimi/>
61. Donovan F. New York Suspends Nurse for HIPAA Violation Affecting 3K Patients [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 7 Mayıs 2020]. Erişim

- adresi:<https://healthitsecurity.com/news/new-york-suspends-nurse-for-hipaa-violation-affecting-3k-patients>
62. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). A Nurse's Guide to the Use of Social Media [Internet]. 2018. [Erişim Tarihi 3 Kasım 2019]. Erişim adresi:https://www.ncsbn.org/NCSBN_SocialMedia.pdf
 63. Harman LB, Flite CA, Bond K. Electronic health records: privacy, confidentiality, and security. *AMA Journal of Ethics*. 2012;14(9):712-9.
 64. Joint Commission International (JCI). JCI Hospital Standards [Internet]. 2021. [Erişim Tarihi 9 Haziran 2021]. Erişim adresi: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf
 65. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Manag Healthc Policy*. 2011;4:47-55.
 66. Keshta I, Odeh A. Security and privacy of electronic health records: Concerns and challenges. *Egyptian Informatics Journal*. 2020.
 67. Kruse CS, Beane A. Health Information Technology Continues to Show Positive Effect on Medical Outcomes: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(2):e41.
 68. Kurulu DD. Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Ulusal ve Uluslararası Durum Değerlendirmesi ile Bilgi Güvenliği ve Kişisel Verilerin Korunması Kapsamında Gerçekleştirilen Denetim Çalışmaları. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı; 2013.
 69. OECD. Recommendation of the Council concerning Guidelines governing the Protection of Privacy and Transborder Flows of Personal Data. The OECD Privacy Framework: OECD Publishing; 2013.
 70. General Data Protection Regulation (GDPR) [Internet]. 2016. [Erişim Tarihi 23 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://gdpr-info.eu/>.
 71. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 2016: 29677, Resmi Gazete, 7 Nisan 2016.
 72. Cemil K. Avrupa birliği veri koruma direktifi ekseninde hassas (kişisel) veriler ve işlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*. 2011;69(1-2):317-34.
 73. OECD. Health data governance: privacy, monitoring and research. Paris: OECD Publishing; 2015.
 74. Timmerman R. A model for creating and maintaining document data integrity in an enterprise electronic health record: The College of St. Scholastica; 2011.
 75. T.C.Sağlık Bakanlığı. Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15584,bilgi-guvenligi-politikalari-yonergesi20180502pdf.pdf?0>.
 76. Kruse CS, Smith B, Vanderlinden H, Nealand A. Security Techniques for the Electronic Health Records. *Journal of medical systems*. 2017;41(8):127-.

77. Lambe G, Linnane N, Callanan I, Butler MW. Cleaning up the paper trail—our clinical notes in open view. *International journal of health care quality assurance*. 2018;31(3):228-36.
78. Liao K-H, Chueh H-E. An Evaluation Model Of Information Security Management Of Medical Staff. *International Journal of Innovative Computing, Information and Control*. 2012;8(11):7865-73.
79. Carey DJ, Fetterolf SN, Davis FD, Faucett WA, Kirchner HL, Mirshahi U, et al. The Geisinger MyCode community health initiative: an electronic health record—linked biobank for precision medicine research. *Genetics in Medicine*. 2016;18(9):906-13.
80. Dehling T, Sunyaev A. Secure provision of patient-centered health information technology services in public networks—leveraging security and privacy features provided by the German nationwide health information technology infrastructure. *Electronic Markets*. 2014;24(2):89-99.
81. Brumen B, Heričko M, Sevčnikar A, Završnik J, Hölbl M. Outsourcing medical data analyses: can technology overcome legal, privacy, and confidentiality issues? *J Med Internet Res*. 2013;15(12):e283-e.
82. Calder A. *Information Security based on ISO 27001/ISO 27002*: Van Haren; 2009.
83. Roberts DW. Privacy and Confidentiality The Health Insurance Portability and Accountability Act in Critical Care Nursing. *AACN Advanced Critical Care*. 2003;14(3):302-9.
84. Association BM. *Confidentiality and disclosure of health information tool kit*. London: BMA. 2009;8.
85. Spencer K, Sanders C, Whitley EA, Lund D, Kaye J, Dixon WG. Patient perspectives on sharing anonymized personal health data using a digital system for dynamic consent and research feedback: a qualitative study. *J Med Internet Res*. 2016;18(4):e66.
86. Sayek F. *Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler*. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 1998.
87. Oğuz NY. Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 1997;5:50-5.
88. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf>
89. Ubel PA, Zell MM, Miller DJ, Fischer GS, Peters-Stefani D, Arnold RM. Elevator talk: observational study of inappropriate comments in a public space. *The American journal of medicine*. 1995;99(2):190-4.
90. Mlinek EJ, Pierce J. Confidentiality and Privacy Breaches in a University Hospital Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 1997;4(12):1142-6.

91. Ferreira A, Cruz-Correia R, Antunes L, editors. Usability of authentication and access control: a case study in healthcare. 2011 Carnahan Conference on Security Technology; 2011: IEEE.
92. Junges JR, Recktenwald M, Herbert NDR, Moretti AW, Tomasini F, Pereira BNK. Confidentiality and privacy of information about patients treated by primary health care teams: a review. *Revista Bioética*. 2015;23(1):200-6.
93. Hassidim A, Korach T, Shreberk-Hassidim R, Thomaidou E, Uzefovsky F, Ayal S, et al. Prevalence of sharing access credentials in electronic medical records. *Healthcare informatics research*. 2017;23(3):176.
94. Humaidi N, Balakrishnan V. Indirect effect of management support on users' compliance behaviour towards information security policies. *Health Information Management Journal*. 2018;47(1):17-27.
95. Bani Issa W, Al Akour I, Ibrahim A, Almarzouqi A, Abbas S, Hisham F, et al. Privacy, confidentiality, security and patient safety concerns about electronic health records. *International nursing review*. 2020;67(2):218-30.
96. McBurney BH, Filoromo T. The nightingale pledge: 100 years later. *Nursing management*. 1994;25(2):72.
97. Kessler SR, Pindek S, Kleinman G, Andel SA, Spector PE. Information security climate and the assessment of information security risk among healthcare employees. *Health informatics journal*. 2020;26(1):461-73.
98. Kamerer JL, McDermott D. Cybersecurity: Nurses on the front line of prevention and education. *Journal of Nursing Regulation*. 2020;10(4):48-53.
99. Balestra M. Telehealth and Legal Implications for Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2018;14(1):33-9.
100. Griffith R. Electronic records, confidentiality and data security: the nurse's responsibility. *British Journal of Nursing*. 2019;28(5):313-4.
101. Dong K, Ali RF, Dominic P, Ali SEA. The effect of organizational information security climate on information security policy compliance: The mediating effect of social bonding towards healthcare nurses. *Sustainability*. 2021;13(5):2800.
102. Humaidi N, Balakrishnan V. Exploratory factor analysis of user's compliance behaviour towards health information system's security. *Journal of Health & Medical Informatics*. 2013;4(2):2-9.
103. Balestra ML. Electronic Health Records: Patient Care and Ethical and Legal Implications for Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017;13(2):105-11.
104. CNPS. Social Media-Social Media Risks-Risk Management [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 05 Nisan 2021]. Erişim adresi: <https://cnps.ca/article/social-media/>
105. Creswell JW, Sözbilir M. Karma yöntem araştırmalarına giriş: Pegem Akademi; 2017.

106. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 11.Baskı ed. Ankara2018.
107. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. Journal of mixed methods research. 2007;1(2):112-33.
108. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. Qualitative health research. 1998;8(3):362-76.
109. Collins KM, Onwuegbuzie AJ, Jiao QG. A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research. Journal of mixed methods research. 2007;1(3):267-94.
110. Bilgi Güvenliği Politikaları Kılavuzu Sürüm 2.1 [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2021]. Erişim adresi :[https://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr/files/Bilgi%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi%20Politikalar%C4%B1%20K%C4%B1lavuzu%20\(S%C3%BCr%C3%BCm%202.1\).pdf](https://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr/files/Bilgi%20G%C3%BCvenli%C4%9Fi%20Politikalar%C4%B1%20K%C4%B1lavuzu%20(S%C3%BCr%C3%BCm%202.1).pdf)
111. Özel Ankara Güven Hastanesi [Internet]. [Erişim Tarihi 16 Ocak 2019]. Erişim adresi: <http://www.guven.com.tr/web/#!/hakkimizda>
112. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi [Internet]. [Erişim Tarihi 16 Ocak 2019]. Erişim adresi: http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/arsiv-ve-istatistik-hizmetleri-mudurlugu_762.html
113. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi [Internet]. [Erişim Tarihi 16 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://ankaraeah.saglik.gov.tr/TR,19996/kalite-politikamiz.html>
114. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri. 7 ed. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2016.
115. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. 2016.
116. Balcı A. Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler. Beşinci Baskı ed. Ankara: Pegem yayıncılık.; 2007.
117. Park EH, Kim J, Park YS. The role of information security learning and individual factors in disclosing patients' health information. Computers & Security. 2017;65:64-76.
118. Fernández-Alemán JL, Señor IC, Lozoya PÁO, Toval A. Security and privacy in electronic health records: A systematic literature review. Journal of biomedical informatics. 2013;46(3):541-62.
119. AHIMA. Statement on the Confidentiality, Privacy, and Security of Health Records [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 25 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://library.ahima.org/doc?oid=100523#.YOrelOgzZPY>
120. Canadian Nurses Protective Society (CNPS). Privacy and Electronic Medical Records - Risk Management [Internet]. 2009. [Erişim Tarihi 6 Mayıs 2021]. Erişim adresi: <https://cnps.ca/article/privacy-and-electronic-medical-records/>
121. Adeleke I, Adekanye A, Adefemi S, Onawola K, Okuku A, Sheshi E, et al. Knowledge, attitudes and practice of confidentiality of patients' health records

- among health care professionals at Federal Medical Centre, Bida. Nigerian journal of medicine: journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria. 2011;20(2):228-35.
122. Ponemon I. The Human Factor in Data Protection. 2012.
 123. Farzandipour M, Sadoughi F, Ahmadi M, Karimi I. Security requirements and solutions in electronic health records: lessons learned from a comparative study. Journal of medical systems. 2010;34(4):629-42.
 124. Shay DF. The HIPAA Security Rule: Are You in Compliance? Family practice management. 2017;24(2):5-9.
 125. Barham C. Confidentiality and security of information. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2014;15(1):46-8.
 126. Buckovich SA, Rippen HE, Rozen MJ. Driving toward guiding principles: a goal for privacy, confidentiality, and security of health information. Journal of the American Medical Informatics Association. 1999;6(2):122-33.
 127. Consumer NMH, Forum C. Privacy, Confidentiality and Information Sharing—Consumers, Carers and Clinicians. NMHCCF Canberra; 2011.
 128. Hedström K, Karlsson F, Kolkowska E. Social action theory for understanding information security non-compliance in hospitals: The importance of user rationale. Information Management & Computer Security. 2013.
 129. LeCompte MD, Goetz JP. Problems of reliability and validity in ethnographic research. Review of educational research. 1982;52(1):31-60.
 130. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook: sage; 1994.
 131. Filik T, Ünalın D. The evaluation of the effect of the information security awareness level in medical secretaries on the security and privacy implementations of electronic health records. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2021;24(1):183-202.
 132. Uyer G, Kocaman G, Oktay S, Argon G, Aksayan S, İntepeler ŞS, et al. Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016.
 133. Özata M, Kubilay Ö. Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2017;20(1):81-92.
 134. Tanrıku F, Erol F, Ziyai NY, Gündoğdu H, Karabulut B, Dikmen Y. Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Gözetme Durumlarının İncelenmesi. Journal of Innovative Healthcare Practices. 2020;1(1):22-9.
 135. Varol E. Hemşirelerin Mahremiyet Hakkındaki Tutumları ve Bakım Uygulamalarının Hasta Mahremiyetine Olan Etkileri. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi 2018.
 136. Öztürk H, Özçelik SK, Bahçecik N. Hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;30(3):19-31.

137. Khac Hai N, Lawpoolsri S, Jittamala P, Thi Thu Huong P, Kaewkungwal J. Practices in security and confidentiality of HIV/AIDS patients' information: A national survey among staff at HIV outpatient clinics in Vietnam. *PLOS ONE*. 2017;12(11):e0188160.
138. Abuhammad S, Alzoubi KH, Al-Azzam SI, Karasneh RA. Knowledge and Practice of Patients' Data Sharing and Confidentiality Among Nurses in Jordan. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:935-42.
139. McMullen PC, Howie WO, Philipsen N, Bryant VC, Setlow PD, Calhoun M, et al. Electronic Medical Records and Electronic Health Records: Overview for Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2014;10(9):660-5.
140. Dolan CM, Farmer LJ. "Let the Record Speak . . .": The Power of the Medical Record. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2016;12(2):88-94.
141. Stockwell S. What Nurses Need to Know About Cybersecurity. *AJN The American Journal of Nursing*. 2018;118(12):17-8.
142. VanderMolen J, Prince A, Neu E, DeKraker R. Employee confidentiality training for the electronic health record: a systematic review of literature. *Educational Perspectives in Health Informatics and Information Management*. 2015(Fall).
143. Allen AL. Confidentiality: an expectation in health care. 2008.
144. Atılğan S. Hastanelerde hasta mahremiyetine yönelik hasta veri güvenliği uygulamalarının sağlık çalışanlarının bakış açısıyla değerlendirilmesi. *Kayseri: Kayseri Üniversitesi*; 2020.
145. Chérrez-Ojeda I, Felix M, Mata VL, Vanegas E, Simancas-Racines D, Aguilar M, et al. Use and perceptions of information and communication technologies among Ecuadorian nurses: a cross-sectional study. *The Open Nursing Journal*. 2020;14(1).
146. Stievano A, Tschudin V. The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *Int Nurs Rev*. 2019;66(2):154-6.
147. Sevimli E. Sağlık Yönetiminin Gelecekteki Paydaşlarından Bilgisayar Mühendisliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Sistemlerini Bilgi Güvenliği ve Hasta Mahremiyeti Açısından Değerlendirilmesi. *İstanbul: Marmara Üniversitesi*; 2018.
148. Koskimies EM, Koskenniemi J, Leino-Kilpi H. Patient's informational privacy in prehospital emergency care: Paramedics' perspective. *Nursing ethics*. 2020;27(1):53-66.
149. Kılıç AP, Kitapçı ŞN, Çatar R, Köksal L, Mumcu G. An Evaluation of Information Security from the Users' Perspective in Turkey. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*. 2015;9(2):55-67.
150. Karasneh RA, Al-Azzam SI, Alzoubi KH, Hawamdeh SS, Muflih SM. Patient data sharing and confidentiality practices of researchers in Jordan. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:255.

151. Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health Policy*. 2018;122(8):827-36.
152. Rathert C, Porter TH, Mittler JN, Fleig-Palmer M. Seven years after Meaningful Use: Physicians' and nurses' experiences with electronic health records. *Health care management review*. 2019;44(1):30-40.
153. Chao C-A. The impact of electronic health records on collaborative work routines: A narrative network analysis. *International journal of medical informatics*. 2016;94:100-11.

8. EKLER

EK-1: Tanıtıcı Bilgiler Formu

1. Yaşınız:
2. Hemşirelikte bitirdiğiniz en son program?
(1) Sağlık Meslek Lisesi, (2) Ön Lisans, (3) Lisans, (4) Yüksek Lisans / Doktora
3. Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız: yıl.....ay
4. Bulduğunuz kurumdaki çalışma süreniz : yıl.....ay
5. Çalıştığınız klinik:
6. Çalışma pozisyonunuz: (1) Servis Sorumlu Hemşiresi (2) Servis Hemşiresi
7. Halen çalışmakta olduğunuz klinikte çalışma süreniz: yılay

Bu bölümden sonraki soruları aşağıdaki tanımlamalar doğrultusunda cevaplayınız.

Bilgi güvenliği: bilgi ve bilgi işleme tesislerinin emniyetli ve güvenilir olarak kullanılabilmesi, bütünlüğünün ve gizliliğinin muhafazası ve yetkisiz şahısların bilgiye ulaşmaları halinde tespit edilmelerine yönelik tedbirlerin tümünü ifade etmektedir.
Gizlilik: “kabul edilmiş amaçlar için toplanan bilgilerin, kurum tarafından nasıl muhafaza edilip kullanılacağı” sınırlarını çizmektedir. Daha genel bir ifade ile kişilere ait verilerin, depolama, aktarma ve kullanım sırasında yetkisiz erişime veya ifşaya karşı korunmasını ifade etmektedir.
Mahremiyet: “belirli bir amaç için hangi bilgilerin toplanması veya saklanması gerektiğinin” sınırlarını çizmektedir.
 Açıklanmaması gereken veya paylaşılması için kişinin ya da vasisinin iznini gerektiren kişiye ait veri, bilgi.

8. Kurumunuzda sağlık kayıtlarını toplama, kullanma, açıklama ve güvenliğini sağlama ile ilgili yazılı düzenlemeler (politika, prosedür, standart vb) mevcut mu? Eğer cevabınız HAYIR ise lütfen 10. soruya geçiniz.
() Evet () Hayır
9. Bu yazılı düzenlemelerin oluşturulması ve güncellenmesi sürecinde hemşire temsilciler yer aldı mı/alıyor mu?
() Evet () Hayır
10. Bu kurumda çalışmaya başladığınızda ve/veya çalışma sürecinde sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya yönelik eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır
11. Bu kurumda çalışmaya başladığınızda ve/veya çalışma sürecinde sizinle bir gizlilik sözleşmesi imzalandı mı?
() Evet () Hayır
12. Elektronik ortamdaki sağlık kayıtlarına her erişiminiz kayıt altına alınıyor mu?
() Evet () Hayır
13. Lütfen kurumunuzda genel olarak sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasına ilişkin görüşünüzü ilgili seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Her zaman sağlanır	Sıklıkla sağlanır	Bazen sağlanır	Nadiren sağlanır	Hiçbir zaman sağlanmaz
Güvenlik	5	4	3	2	1
Gizlilik					
Mahremiyet					

14. Lütfen bakımınız altındaki bireylerin bilgi güvenliğini, gizliliğini ve mahremiyetini sağlama durumunuza ilişkin görüşünüzü ilgili seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Her zaman sağlanırım	Sıklıkla sağlanırım	Bazen sağlanırım	Nadiren sağlanırım	Hiçbir zaman sağlamam
Güvenlik	5	4	3	2	1
Gizlilik					
Mahremiyet					

15. Kurumunuzda meydana gelen sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet ihlallerine ilişkin görüşünüzü ilgili seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz. Değerlendirmenizde yardımcı olması amacıyla aşağıda bazı ihlal örnekleri paylaşılmıştır.

- Sosyal medya hesaplarında hastanın izni olmadan hastaya ait bilgi ve/veya resimlerin paylaşılması.
- Bakımından sorumlu olunan hastaya ait bilgileri hastanın tedavi ve bakımdan sorumlu olmayan diğer sağlık personeli ile paylaşılması.
- Hastanın bakım ve tedavi süreçleri için gerekli olmayan bilgilere erişilmesi ve/veya paylaşılması.
- Telefon ve/veya bir tanıdık kanalı ile hastanın izni olmaksızın hastanın durumu hakkında üçüncü bir kişiye bilgi vermek.
- Ortak alanlarda bırakılan hasta dosyalarını hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu olmayan sağlık personeli ve/veya farklı kişiler tarafından okunması.

	Her zaman ihlal olur	Sıklıkla ihlal olur	Bazen ihlal olur	Nadiren ihlal olur	Hiçbir zaman ihlal edilmez
Güvenlik	5	4	3	2	1
Gizlilik					
Mahremiyet					

EK-2: Sağlık Kayıtlarının Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Hemşire Görüş Formu

Sayın katılımcı,

Aşağıda çalıştığınız kurum, çalışma arkadaşlarınız, kullandığınız sistemler, mesleğiniz ve sizinle ilgili 25 ifade bulunmaktadır. Aşağıdaki ifadelere cevap verirken fiziksel veya elektronik ortamda bulunan sağlık kayıtlarını oluştururken, muhafaza ederken, erişirken ve kullanırken ki eylemlerinizi düşünerek işaretleme yapınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, fikrinize uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen her bir ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve tüm ifadeleri cevapladığınızdan emin olunuz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Lütfen, her bir ifadeye ilişkin katılım düzeyinizi belirtiniz. (1) Katılmıyorum (2) Kısmen Katılıyorum (3) Katılıyorum	Katılmıy orum	Kısmen Katılıyor	Katılıyor rum
Güvenlik;			
1. Hastalara ait sağlık kayıtlarına sadece yetkili kişiler erişebilir.	(1)	(2)	(3)
2. Bu hastanede Hastane Bilgi Yönetim Sistemi' nde (HBYS) her hemşirenin ayrı kullanıcı adı ve şifresi vardır.	(1)	(2)	(3)
3. Bu hastanede bütün servis/kllinik çalışanları aynı şifre ile HBYS'ye girmektedir.	(1)	(2)	(3)
4. HBYS erişiminde kullandığım şifremleri çalışma arkadaşlarımla (ikinci bir kişi ile) paylaşmamda sakınca yoktur.	(1)	(2)	(3)
5. Şifremleri paylaşmak zorunda kaldığım durumda şifremleri değiştiririm.	(1)	(2)	(3)
6. Zorunda kaldığımda diğer hemşire ve doktorların şifresi ile sisteme girerim.	(1)	(2)	(3)
7. Güvenlik ihlallerinde bildirim yapabileceğim bir sistem var.	(1)	(2)	(3)
8. Güvenlik ihlali durumunda olay ile ilgili bildirimde bulunurum.	(1)	(2)	(3)
9. Çalışanlar kurum bilgisayarlarından sosyal medya ve kişisel e-posta hesaplarını kullanabilir.	(1)	(2)	(3)
10. Bu hastanede sağlık kayıtlarının ifşası durumunda, söz konusu davranışı gösteren kişilere her zaman yaptırımlar uygulanır.	(1)	(2)	(3)
11. Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	(1)	(2)	(3)
Gizlilik;			
12. Değiştirilmesi ya da çıkarılması gereken durumlarda hasta kimlik bilekliklerini geri dönüşsüz olarak yok ederim (kırpma makinesine atma vb.)	(1)	(2)	(3)
13. Gün içerisinde kullandığım hasta listesini ve üzerine aldığım notları çalışma saatimin bitiminde yok ederim.	(1)	(2)	(3)
14. Hasta transferlerinde dosyayı sadece hastayı teslim alacak hemşire ve/veya doktora teslim ederim.	(1)	(2)	(3)
15. Taburcu olan hastaların fiziksel dosyalarının arşive gizlilik içerisinde teslim edilmesindeki süreçleri takip ederim.	(1)	(2)	(3)
16. Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini de okurum. (örn; adli vakalar ait dokümanlar)	(1)	(2)	(3)
17. Hastalara ait sağlık kayıtlarını ihtiyaç duyulması halinde kişisel e-posta vb. yollarla diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşırım.	(1)	(2)	(3)
18. Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	(1)	(2)	(3)
19. Bu hastanede sağlık kayıtlarının gizliliğinin sağlanabilmesi için (son kullanıcı) hekim, hemşire ve sekreterlere düzenli eğitimler verilir.	(1)	(2)	(3)
Mahremiyet;			
20. Hastaların sağlık durumlarını diğer çalışanlar ile zaman zaman hemşire dinlenme odası, kantin, toplu taşıma, ev vb. yerlerde konuştuğum oluyor.	(1)	(2)	(3)
21. Çalıştığım birimde hastaların mahremiyeti her zaman korunur.	(1)	(2)	(3)
22. Doğrudan bakım ve tedavi ile ilgili olmayan hasta bilgilerini öğrenip kayıt altına alırım.	(1)	(2)	(3)
23. Bu hastanede hemşireler hastalara ait sağlık kayıtlarının mahremiyetinin sağlanmasından birincil derecede sorumludur.	(1)	(2)	(3)
24. Zaman zaman hastanın izni/ bilgisi olmadan hasta yakınlarına bilgi vermek durumunda kalıyorum.	(1)	(2)	(3)
25. Hasta bakım ve tedavisi ile doğrudan ilişkili olmayan kişiler ile zaman zaman hastanın durumu ile ilgili bilgiyi telefonda paylaşırım.	(1)	(2)	(3)

EK-3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

Katılımcı No:

Öncelikle araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formunu okudunuz ve imzaladınız. Sizden ses kayıt cihazı kullanabilmek için tekrar izin istiyorum.

Cevap:

Kayıtlar, belirtilen amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır, bu konuda güvence veriyorum. Araştırma raporunda da isimleriniz kesinlikle yer almayacaktır. Başlamadan önce, araştırma prosedürüne ilişkin herhangi bir sorunuz var mı?

Cevap:

Şimdi görüşme sırasında adı geçecek olan sağlık kayıtlarının güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramlarını açıklamak istiyorum ve bu konuda anlaşılmayan yer varsa lütfen geri bildirimde bulunun.

Bilgi güvenliği: bilgi ve bilgi işleme tesislerinin emniyetli ve güvenilir olarak kullanılabilmesi, bütünlüğünün ve gizliliğinin muhafazası ve yetkisiz şahısların bilgiye ulaşmaları halinde tespit edilmelerine yönelik tedbirlerin tümünü ifade etmektedir.

Gizlilik: “kabul edilmiş amaçlar için toplanan bilgilerin, kurum tarafından nasıl muhafaza edilip kullanılacağı” sınırlarını çizmektedir. Daha genel bir ifade ile kişilere ait verilerin, depolama, aktarma ve kullanım sırasında yetkisiz erişime veya ifşaya karşı korunmasını ifade etmektedir.

Mahremiyet: “belirli bir amaç için hangi bilgilerin toplanması veya saklanması gerektiğinin” sınırlarını çizmektedir.

Açıklanmaması gereken veya paylaşılması için kişinin ya da vasisinin iznini gerektiren kişiye ait veri, bilgi.

Bu görüşmede, sorularım rehberliğinde sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ve etkileyen faktörlere ilişkin düşüncelerinizi, gözlemlerinizi, deneyimlerinizi rahatlıkla ve açık olarak belirtmenizi beklemekteyim. Teşekkürler

TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Hemşirelikte bitirdiğiniz en son program?
() Sağlık Meslek Lisesi, () Ön Lisans, () Lisans, () Yüksek Lisans / Doktora
3. Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız?: yıl.....ay
4. Bulduğunuz kurumdaki çalışma süreniz : yıl.....ay
5. Çalıştığınız klinik:
6. Çalışma pozisyonunuz: () Servis Sorumlu Hemşiresi () Servis Hemşiresi
7. Halen çalışmakta olduğunuz klinikte çalışma süreniz: yılay

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

1. Çalıştığınız birim/kurumda sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmadığı herhangi bir durum gözlemlediniz mi/içerisinde yer aldınız mı? Bu durum nasıl bir olaydı ve ne yaptınız/yapıldı?
2. Sizce çalıştığınız birim/kurumda sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanmasını etkileyen faktörler nelerdir?
 - a. Güvenliği etkileyen faktörler:
 - b. Gizliliği etkileyen faktörler:
 - c. Mahremiyeti etkileyen faktörler:
3. Çalıştığınız birim/kurumda sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetinin sağlanmasını etkileyen faktörler için çözüm önerileriniz nelerdir?
4. Sizce çalıştığınız birim/kurumda sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması neden önemlidir?
5. Sağlık kayıtlarında güvenliğin sağlanmasında hemşirelerin bireysel sorumluluğu nedir?
6. Sağlık kayıtlarında güvenliğin sağlanması için kurumsal olarak ne tür düzenlemeler olmalıdır?

EK-4: Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük



Sayı : 35853172-000
Konu : Doç.Dr. Sergül DUYGULU İfk.

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 11.02.2019 tarihli ve 51986023-000/00000455606 sayılı yazı.

Fakülteniz Öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sergül DUYGULU'nun sorumluluğunda yürüttüğü "**Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **19 Şubat 2019** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör V.

Bu belgenin elektronik imzalı suretine <https://oc.gedogralama.hacettepe.edu.tr> adresinden 78e2af1ca-df2d-4325-f3ed-fe15a2b848e0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük C6100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 395 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta: yazim@hacettepe.edu.tr İncernet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Çayyü Diden LLC®



EK-5: Hastane İzinleri

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi

Sayı : 92143444-799
Konu : Gamze KARAKÖSE (Tez)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 22/10/2019 tarihli ve 35640939-799-1801 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda görevli Doç.Dr. Sergül DUYGÜLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Gamze KARAKÖSE'nin, "Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasının uygulamasının Gazi Mustafa Kemal Hastanesi'nde Ekim 2019- Kasım 2019 tarihlerinde arasında yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı tarafımıza gönderilerek uygunluk istenmiştir.

Söz konusu talep Hastane Yöneticiliğimizce değerlendirilmiş olup uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Abdurrahim YILDIRIM
Hastane Başhekimi



SAYI : 2483
KONU:UYGULAMA İZİNİ HK.(GAMZE KARAKÖSE)

11.10.2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA
Sıhhiye-ANKARA

İlgi: 25.07.2019 tarih ve 51986023-302.08.01- E.698535 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr.Şengül DUYGULU'nun danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Gamze KARAKÖSE'nin akademik çalışması için hastanemizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Bahse konu edilen "Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler" konulu akademik çalışması talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Saygılarımızla bilgilerinize arz ederiz.

Dr.Nurten GÖRDOĞAN
Başhekim Yardımcısı
Özel Ankara Güven Hastanesi



Paris Cad. No:58 06540 Kavaklıdere / ANKARA
Şişli Sok. No:29 06540 Kavaklıdere / ANKARA
Te: 444 94 94 - Fak: (0312) 457 28 80
e-mail: guven@guven.com.tr - www.guven.com.tr

GÜVEN HASTANESİ A.Ş.
MERSİ NO: 451 001 0031
Ticaret Sicil No: 81723



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
H.Ü.Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Tarih: 26/07/2019 10:11
Sayı: 20481383-302.08.01-
E.00000705538



Sayı : 20481383-302.08.01
Konu : Uygulama İzni (Gamze KARAKÖSE)

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/07/2019 tarihli ve 51986023-302.08.01/00000701714 sayılı yazımız.

Fakülteniz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sergül Duygulu'nun danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Gamze Karaköse'nin "Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiteye İlişkin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tezinin uygulamasını 1 Eylül- 30 Kasım 2019 tarihleri arasında Hastanemizin yataklı servislerinde yürütülebilmesi uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe Heves KARAGÖZ
Erişkin Hastanesi Başhekimisi V.

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden d0b800ff-d124-4c39-8372-cfb19a96ecce kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Sıhhiye/ANKARA
Telefon:(0312)3051108 (0312)3051245 Faks:(0312)3110994 E-posta:

Pınar UĞUR KUŞTEN





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TC SAĞLIK BAKANLIĞI KEÇİÖREN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ, İİ SAĞLIK BAKANLIĞI
KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2203 039 0304 -44 0319 447 -1 0034



Sayı : 43278876-929
Konu : Gamze KARAKÖSE
(Tez Çalışması)

ANKARA İİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 09/09/2019 tarihli ve 35640939-799-1485 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda görevli Doç.Dr. Sergül DUYGULU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Gamze KARAKÖSE'nin, "Hemşirelerin Sağlık Kayıtlarında Güvenlik, Gizlilik ve Mahremiyete İlişkin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını hastanemizde yürütme talebi, Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 23.10.2019 tarih ve 49 no'lu toplantısında görüşülerek, bizzat sorumlu araştırmacılar tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onaylarının alınması, çalışma verileri içinde hastane özel adının kullanılmaması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, Etik Kurul'a verilen çalışma araç ve gereç kısmında Hastanemizin isminin eklenmesi sonrasında başlanmasına, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından İİ Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm.Dr. Mustafa YORDAM
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Fındıklı Mah. Arıcalı Sok. No:25 Keçiören/ANKARA

Telefon: 0312 356 9000 Faks No: 0312 356 90 70

e-Posta: kurum.hurari@sağlik.gov.tr / kurum.adresli@vccw.aksah.gov.tr

Etiket edilebilir ve imzalı metinler <http://66.bolge.saglik.gov.tr/abresim/tema/03124994176-44/3a95c330ba0829M> kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik İmza Kanunu gereğince elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Feriit HAMARAT

HİRO PERSONELİ

Telefon No: 0312 356 9000/1379

EK-6: Gönüllü Katılım Formları

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU (Nicel bölümde kullanılmıştır)

Sayın Meslektaşım,

İnsana hizmet sunan tüm kurum ve kuruluşlar bireylere ait bilgileri ulusal ve uluslararası düzenlemeler ışığında, doğru bir şekilde tutmaya ve muhafaza etmeye çalışmaktadır. İnsanla birebir çalışılan ve sunulan her işlemde onlarca bilginin açığa çıktığı sağlık hizmetlerinde de durum aynı şekildedir. Hastalara ait fiziksel ve elektronik ortamdaki tüm sağlık kayıtları ile doğrudan çalışan grup ise şüphesiz ki hemşirelerdir. Kayıtların tutulması, muhafaza edilmesi ve kullanılmasında hemşireler aktif olarak rol almaktadır. Bu süreçlerde ise hemşirelerden başta ulusal ve uluslararası hukuki düzenlemeler olmak üzere çalıştıkları kurumların politikalarına, standartlarına ve etik kurallara uygun hareket etmesi beklenmektedir.

Bu çalışmada hastanelerde çalışan hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin görüşleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sizi de bu çalışmaya katılmaya davet ediyoruz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce çalışmayla ilgili size detaylı bilgi vermek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek veya çalışmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışma sonuçları ile hastanelerde çalışan hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin görüşleri ve etkileyen faktörlere ilişkin veri sağlanması planlanmaktadır. Ayrıca elde edilecek verilerin hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti sağlamasına yönelik stratejiler geliştirilmesinde öneriler getireceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilecek veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyeti sağlamaya amaçlı uygulamalarda ve bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmamanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırmaya ilişkin sormak istediğiniz sorular için size aşağıda isimleri ve iletişim bilgileri verilen araştırmacılarla iletişime geçebilirsiniz. Ayrıca çalışma bittikten sonra da araştırmacılarla telefon ya da e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

Çalışmada sizin tarafınızdan yanıtlanacak sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi işaretlemenizi ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen bu sayfanın sonunda yer alan "**Araştırmaya Katılmayı Kabul Ediyorum**" ibaresi altına imzanızı atınız. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda bu formun bir kopyası size verilecektir.

Bu çalışmanın yapılması Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından uygun bulunmuştur.

Katılımcının Beyanı:

Araştırmacı Doç. Dr. Sergül Duygulu ve Gamze Karaköse tarafından, bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra çalışmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim, gelişim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir neden göstermeden çalışmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çalışmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacılar Doç. Dr. Sergül Duygulu ve Gamze Karaköse'yi hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada katılımcı olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Adı, soyadı (kısaltma, rumuz vb. kullanılabilir):

İmza/

Onay

Tel (tercihe bağlı):

Araştırmaya Katılmayı Kabul

Ediyorum

<p>Yardımcı Araştırmacı Gamze Karaköse T.C. Sağlık Bakanlığı Tel: e-posta:</p>	<p>Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Sergül Duygulu Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara Tel: e-posta:</p>
---	---

GÖNÜLLÜ KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU (Nitel bölümde kullanılmıştır)

Sayın katılımcı,

Sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin hemşire görüşleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla araştırmacı Doç. Dr. Sergül Duygulu ve Gamze Karaköse tarafından planlanan araştırmanın bu bölümünde odak grup görüşmeleri yapılacaktır.

Araştırma, Özel Ankara Güven Hastanesi, Hacettepe Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi ve Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yataklı servislerde çalışan, en az 6 aydır bu kurumlarda hemşire olarak çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan her hastaneden 8-10 kişilik hemşire grupları ile yapılacaktır. Araştırma verileri, odak grup görüşme yöntemiyle toplanacak ve görüşme 30-60 dk sürecektir. Odak grup görüşmesinde esas olarak, araştırmacı tarafından sorulan sorulara hemşirelerin mesleki yaşamlarında edindiği deneyimlerinden hareketle kendi görüşlerini özgürce ifade etmesi, grup içi etkileşimin ve grup dinamiğinin bir sonucu olarak yeni ve farklı fikirlerin ortaya çıkması beklenmektedir. Araştırmaya ve görüşmeye katılım gönüllük ilkesi doğrultusunda yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilme hakkına sahipsiniz. Görüşme boyunca verdiğiniz yanıtların eksiksiz ve doğru olarak elde edebilmesi için görüşmelerimiz ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacaktır. Kayıtlar ve yanıtlarınız araştırma amacı dışında kullanılmayacak, araştırmanın yürütülmesi ve yayımlanması süreçlerinde kimliğiniz gizli tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bu araştırmanın yapılması Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından uygun bulunmuştur.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı Doç. Dr. Sergül Duygulu ve Gamze Karaköse tarafından yürütülecek olan araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Araştırmanın herhangi bir aşamasında gerekli gördüğüm takdirde; herhangi bir saatte, araştırmacılardan Gamze Karaköse'yi,nolu telefon ve T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent yerleşkesi adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğinin sağlanacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım.

Katılımcı

İmza

Tarih

Araştırmacı

İmza

Tarih

EK-7: Tez Orjinallik Raporu

HEMŞİRELERİN SAĞLIK KAYITLARINDA GÜVENLİK, GİZLİLİK VE MAHREMİYET UYGULAMALARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 9	% 1	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
3	www.mbkaya.com İnternet Kaynağı	<% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
5	dosyahastane.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.hukukihaber.net İnternet Kaynağı	<% 1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	bilgi90.com İnternet Kaynağı	<% 1
9	www.itsecurity.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1

EK-9: Güvenlik, gizlilik ve mahremiyete ilişkin yapılmış çalışmaların özeti

Çalışmanın yazarları, yıl ve ülke	Amaç	Örneklem, Çalışmanın türü, Veri toplama araçları	Temel sonuçlar	Temel öneriler
Ubel ve Cols (1995) ABD	Hastane çalışanlarının hastane asansörlerini kullanırken yaptıkları uygunsuz yorumların türünü ve sıklığını belirlemek.	Doğrudan gözlem 5 hastanede 4'er gözlemci ile	Asansör yolculukların %14'ünde hasta gizliliğini ihlal edildiği, Asansörlerde yapılan uygunsuz konuşmaların %15'inin hekimler, %10'unun hemşireler, geri kalan kısmının diğer hastane personelleri tarafından yapıldığı.	-
Mlinek ve Pierce (1997) ABD	Acil serviste görsel ve işitsel olarak gizlilik ve mahremiyet ihlallerinin sıklığını belirlemek.	Prospektif ve Doğrudan gözlem	Acil serviste hasta gizliliğinin ve mahremiyetinin yılda yaklaşık 22.000 tıbbi hasta ziyareti ile ihlal edildiği, 6 saatlik gözlem süresi boyunca triyaj / bekleme alanında bulunan 32 hastadan 26'sında gizlilik ihlalleri meydana geldiği, 18 saatlik gözlem sırasında hasta bakım alanlarında saatte 3 ile 24 arasında ihlal meydana geldiği,	-
Ferreira ve ark. (2011) Portekiz	Sağlık hizmetinin sunulduğu alanlarda kimlik doğrulama ve erişim kontrolü özelliklerinin kullanılabilirliğini incelemek.	Nitel çalışma 26 katılımcı Ses kaydı ve video	Hemşireler arasında şifre paylaşımının daha fazla yapıldığı, Hemşirelerin kağıt kayıtlarla ilgili birçok sorunun varlığını tartıştıkları ancak dijital kayıtlarla ilgili daha az sorun yaşadıkları, Tıbbi kayıtlarına erişebilmeleri konusunda hastaları bilgilendirmenin zaman alacağı düşüncesinin hemşirelerde daha fazla olduğu, Acil veya beklenmeyen durumlarda sağlık hizmeti bilgilerine erişmek için belirli erişim kontrol kurallarının sağlanması ihtiyacı olduğu,	Kayıt sisteminden sadece birinin benimsenmesi için çaba sarf edilmesi, (sadece kağıt yada sadece elektronik ortam) Kullanılabilirliğin, ESK için en önemli güvenlik sorunlarından biri olma eğiliminde olduğu, sistemlerin 7/24 çalışır olması için yardım masası ve teknik desteğin sağlanması,
José Roque Junges ve ark (2015)	Literatür taraması sonunda elde edilen sonuçlara göre birinci basamak sağlık hizmet sunumunda hasta bilgilerinin	Literatür taraması	Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda bilgilerin gizliliği ve mahremiyetinin bireylerin mesleki yükümlülüklerine, kullanıcı dostu yazılımların kullanılmasına, kullanıcıların erişim düzeylerinin net	-

Brezilya	işlenmesinde gizlilik ve mahremiyet sorununun ele alınmasının tartışılması.	Kesitsel çalışma 302 hemşire	bir şekilde tanımlanmasına, ekip üyelerine nasıl aktarılacağı ve ekip arasında nasıl konuşulacağı hususlarının önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.	ESK'nın mahremiyetine dikkat edilmesi gerektiği, Eğitiminin, hemşirelerin ihtiyaçları ve önceki deneyimleriyle tutarlı olarak, prosedürler kullanılarak ESK'ların mahremiyetinin sağlanmasının yararları konusunda bilgilendirmeye vurgu yapılması,
Ma, Kuo ve Alexander (2015) Tayvan	Yapılandırılmış Planlı Davranış Teorisine dayanarak, elektronik tıbbi kayıtların mahremiyetinin korunmasında hemşireleri motive eden faktörleri belirlemek.	Doğrudan gözlem, 7138 gün ve 33157 saatlik gözlem,	Hemşirelerin tutumu, özel norm ve algılanan davranışsal kontrol faktörleri, hemşirelerin elektronik sağlık kayıtlarının mahremiyetini koruma niyetini önemli ölçüde etkilediği. Ayrıca algılanan fayda ve uyumluluk, akran ve üstün etki, öz yeterlik ve kolaylaştırıcı koşulların mahremiyetin sağlanmasında önemli olduğu.	Sağlık profesyonellerine klinik bilginin yönetimi ve işlenmesinde daha fazla özen ve dikkat ihtiyacını vurgulayan bilinçlendirme kampanyaları yoluyla gizliliğin önemi hakkında doğaçlama eğitim verilebileceği.
Beltran-Aroca ve ark. (2016) İspanya	Klinik uygulamada gizlilik ihlali olan gerçek durumları incelemek.	Sistematik revüv	62,5 saatte bir ihlal yaşadığını, Gözlemlenen ihlallerin tipolojisi ile ilgili olarak en sık ihlalin (%54,6) konsültasyon ilgili olduğu ve/veya tıbbi yada kişisel verinin hastane dışından kişilere açıklanması şeklinde olduğu, Ciddiyetleri ile ilgili olarak, tüm olayların% 46,7'sini oluşturan ciddi ihlaller kategorisinin olduğu, Bildirilen olayların çoğu koridorlar, asansörler, kafeterya, merdivenler ve soyunma odaları gibi halka açık alanlarda (% 37,9) görüldüğü. Hastane organizasyonu veya altyapısı ile ilgili hususların yanı sıra, başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personelinin gizlilik ihlallerine karışmaktadır.	ESK'nın başarıyla benimsenmesine yardımcı olmak için güvenlik ve mahremiyetle ilgili en iyi uygulama kılavuzları gibi yeni çözümler sunulabileceği,
Maftuth, Dhillon ve Drus (2016) Malaysia	Sağlık kuruluşları tarafından elektronik sağlık kayıtlarının benimsenmesindeki güvenlik ve mahremiyet endişelerini belirlemek ve bu endişeleri ele almak için mevcut çözümleri analiz etmek.		ESK'nın güvenlik ve mahremiyet konularının yetersiz bir şekilde ele alındığı, ESK'nın güvenlik sorunlarının üstesinden gelmek teknik ve mali desteklerin için yetersiz olduğunu, dolayısıyla başarı faktörlerinin ve güvenlik kültürünün araştırılması gerektiği, Özellikle gelişmekte olan ülkelerin ESK'nın güvenlik sorunlarının üstesinden gelebilmesi için sağlık kurumlarının güvenlik politikasına sahip olması gerektiği vurgulanmıştır.	

Smaradottir (2017) Norveç	Sağlık bilgi sistemlerinde güvenlik yönetimini araştırmak.	Sistematik reviev	Temel amacı hasta mahremiyetini ve gizliliğini korumak olan güvenlik politikasının, yasal, kurumsal ve teknik konulardan etkilendiğini belirtmektedir	Güvenlik politikasının klinik iş akışı üzerindeki etkileri daha fazla araştırmalıdır Erişim kontrol çözümlerinde son kullanıcı katılımı ile kullanıcı merkezli bir tasarım yaklaşımının kullanılması, bunların kullanılabilirliğinin ve klinik iş süreçlerini nasıl etkilediğinin incelenebileceği.
Hasidim ve arkadaşları (2017) İsrail	Elektronik tıbbi kayıtlarda kullanıcı bilgilerinin paylaşılması yaygınlığını değerlendirmek	Nicel çalışma Google Form üzerinden anket 229 kişi	220 (%73,6) katılımcının başka bir sağlık personelinin şifresini aldığı, Sadece 171'i (%57,2) bunun kaç kez olduğunu bildirdiği, Asistanların tamamı başka bir sağlık personelinin şifresini kullandığını belirtirken, hemşirelerin sadece %57,5'i bu durumu bildirdiği,	Her personelin benzersiz bir kullanıcı kimliğine sahip olmasını gerektiren katı düzenlemeler, parola paylaşımı ve veri güvenliği riskinin azalmasına katkıda bulunabileceği.
Humaidi ve Balakrishnan (2018) Malaysia	Sağlık profesyonelleri arasında bilgi güvenliği politikalarına uyum davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek	Nicel araştırma Soru formu 454 sağlık çalışanı ile anket	Hastane yöneticilerinin, güvenlik hedeflerine ulaşmaya elverişli bir organizasyon ortamı yaratmak için öncelikle bilgi güvenliğinin önemini anlamaları ve çalışanlarına hastanenin hedeflerini düzenli olarak aktarmaları gerektiği, Üst yönetim desteğinin kullanıcıların bilgi güvenliği politikalarına uyum davranışlarını dolaylı yoldan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.	Bilgi güvenliğini sağlamak için stratejik planlar oluşturmak ve sürdürmek için harcanan zaman ve kaynağın, bilgi güvenliği davranışlarına uymaya ve uygulamaya isteksiz çalışanlar ile başarısız olabileceği, bu sebeple çalışanın bilgi güvenliğine uyumu üzerinde durulması gerektiği,
Bani İssa ve arkadaşları (2020) Birleşik Arap Emirlikleri	Hemşireler arasında mahremiyet, gizlilik, güvenlik ve hasta güvenliği dahil olmak üzere elektronik sağlık kayıtlarının kullanımıyla ilgili endişeleri araştırmak.	Karma türde (nicel, nitel) 562 hemşireyle anket 48 hemşire görüşme	Hemşirelerin elektronik sağlık kayıtlarının güvenliği konusunda endişelendikleri, İdari güvenlik önlemleri ile ilgili olarak, yetkisizi kullanıcı erişimi ve konuyla ilgili eğitimlerin yeterli olmaması.	Hemşire yöneticilerin, çevrimiçi verileri kullanırken personelin etik kurallara uymasını desteklemek için pragmatik politikaları entegre etmesi gerektiği,

EK-10: Bireysel ve mesleki özelliklerine göre bakımları altındaki bireylerin SKGGM'nin sağlanmasına ilişkin hemşire görüşleri

Değişken	Grup	Güvenlik						Gizlilik						Mahremiyet					
		Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p	Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p	Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p	Bazen-Nadiren	Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p		
																		n (%)	n (%)
Yaş	29 yaş ve altı	11 (%12,1)	55 (%20,2)	67 (%24,6)	8,699	1 (%0,4)	38 (%14)	94 (%34,6)	6,993	1 (%0,4)	31(%11,4)	101 (%37,1)	7,818	1 (%0,4)	31(%11,4)	101 (%37,1)	7,818		
	30-39 arası	26 (%29,3)	31 (%11,4)	34 (%12,5)	6	4 (%1,5)	32 (%11,8)	55 (%20,2)	6	3 (%1,1)	29 (%10,7)	59 (%21,7)	6	3 (%1,1)	29 (%10,7)	59 (%21,7)	6		
	40 yaş ve üzeri	11 (%11,7)	22 (%8,1)	15 (%5,5)	0,191	0 (%0)	14 (%5,1)	34 (%12,5)	0,322	0 (%0)	10 (%3,7)	38 (%14)	0,252	0 (%0)	10 (%3,7)	38 (%14)	0,252		
Hemşirelikte Bitirilen En Son Program	Sağlık Meslek Lisesi	2 (%2)	12 (%4,4)	18 (%6,6)	4,282	1 (%0,4)	11 (%4)	20 (%7,4)	14,421	1 (%0,4)	9 (%3,3)	22 (%8,1)	13,213	1 (%0,4)	9 (%3,3)	22 (%8,1)	13,213		
	Ön Lisans	7 (%7,4)	5 (%1,8)	10 (%3,7)	9	0 (%0)	6 (%2,2)	16 (%5,9)	9	0 (%0)	6 (%2,2)	16 (%5,9)	9	0 (%0)	6 (%2,2)	16 (%5,9)	9		
	Lisans	34 (%38)	81 (%29,8)	80 (%29,4)	0,892	2 (%0,7)	62 (%22,8)	131 (%48,2)	0,108	1 (%0,4)	49 (%18)	145 (%53,3)	0,153	1 (%0,4)	49 (%18)	145 (%53,3)	0,153		
Hemşirelikte Sürresi	Yüksek L./Doktora	5 (%5,7)	10 (%3,7)	8 (%2,9)		2 (%0,8)	5 (%1,8)	16 (%5,9)		2 (%0,8)	6 (%2,2)	15 (%5,5)		2 (%0,8)	6 (%2,2)	15 (%5,5)			
	10 yıla kadar	24 (%27,7)	69 (%25,4)	80 (%29,4)	2,917	3 (%1,1)	52 (%19,1)	118 (%43,4)	3,455	2 (%0,8)	43 (%15,8)	128 (%47,1)	1,563	2 (%0,8)	43 (%15,8)	128 (%47,1)	1,563		
	6-10 yıl arası	18 (%19,1)	27 (%9,9)	28 (%10,3)	6	2 (%0,8)	24 (%8,8)	47 (%17,3)	6	2 (%0,8)	20 (%7,4)	51 (%18,8)	6	2 (%0,8)	20 (%7,4)	51 (%18,8)	6		
Hemşirelikte Sürresi	21 yıl ve üzeri	6 (%6,4)	12 (%4,4)	8 (%2,9)	0,819	0 (%0)	8 (%2,9)	18 (%6,6)	0,75	0 (%0)	7 (%2,6)	19 (%7)	0,955	0 (%0)	7 (%2,6)	19 (%7)	0,955		

Değişken	Güvenlik						Gizlilik						Mahremiyet					
	Grup	Bazen-Nadiren		Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p	Bazen-Nadiren		Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p	Bazen-Nadiren		Sıklıkla	Her zaman	X ² sd p		
		n (%)	n (%)				n (%)	n (%)				n (%)	n (%)					
Kurumdaki Çalışma Süresi	5 yıla kadar	18 (%20,2)	53 (%19,5)	67 (%24,6)	12,102	1 (0,4)	41 (%15,1)	96 (%35,3)	10,183	1 (%0,4)	34 (%12,5)	103 (%37,9)	4,201					
	6-10 yıl arası	14 (%16,6)	29 (%10,7)	28 (%10,3)	9	3 (%1,1)	23 (58,5)	45 (%16,5)	9	2 (%0,8)	19 (%7)	50 (%18,4)	9					
	11-15 yıl arası	14 (%14)	19 (%7)	16 (%5,9)	0,208	1 (%0,4)	16 (%5,9)	32 (%11,8)	0,336	1 (0,4)	14 (%5,1)	34 (%12,5)	0,898					
	16 yıl ve üzeri	2 (%1,4)	7 (%2,6)	5 (%1,8)		0 (%0)	4 (%1,5)	10 (%3,7)		0 (%0)	3 (%1,1)	11 (%4)						
	Cerrahi	16 (%17,5)	46 (%16,9)	28 (%10,3)	16,506	2 (%0,7)	33 (%12,1)	55 (%20,2)	5,915	1 (%0,4)	29 (%10,7)	60 (%22,1)	7,428					
Çalıştığı Klinik	Dahili	17 (%19,2)	21 (%7,7)	35 (%12,9)	9	1 (%0,4)	19 (%7)	53 (%19,5)	9	1 (%0,4)	13 (%4,8)	59 (%21,7)	9					
	Yoğun Bakım	14 (%15,1)	29 (%10,7)	33 (%12,1)	0,057	2 (%0,8)	22 (%8,1)	52 (%19,1)	0,748	2 (%0,8)	20 (%7,4)	54 (%19,9)	0,593					
	Cerrahi-Dahili	1 (1,4)	12 (%4,4)	20 (%7,4)		0 (%0)	10 (%3,7)	23 (%8,5)		0 (%0)	8 (%2,9)	25 (%9,2)						
	S. Sorumlu Hemşiresi	6 (%6,7)	10 (%3,7)	12 (%4,4)	1,063	0 (%0)	10 (%3,7)	18 (%6,6)	0,851	0 (%0)	7 (%2,6)	21 (%7,7)	0,486					
	Servis Hemşiresi	42 (%46,4)	98 (%36)	104 (%38,2)	3	5 (%1,9)	74 (%27,2)	165 (%60,7)	3	4 (%1,4)	63 (%23,2)	177 (%65,1)	3					
Eğitim Alma Durumu	Evet	10 (%11,5)	52 (%19,1)	164 (%60,3)	10,767	4 (%1,5)	66 (%24,3)	156 (%57,4)	0,837	3 (%1,1)	54 (%19,9)	169 (%62,1)	4,449					
	Hayır	4 (%4)	18 (%6,6)	24 (%8,8)	3	1 (%0,4)	18 (%6,6)	27 (%9,9)	3	1 (%0,4)	16 (%5,9)	29 (%10,7)	3					
					.013*				0,529				0,217					

9. ÖZGEÇMİŞ