

Araştırma / Research Article

Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi perspektifinden hasta dosyası: Portfolyo olarak nitel analizi

Patient file from the perspective of medical documentation and secretarial program education: Qualitative analysis as a portfolio

Çağla Özdemir Aydın

Karabük Üniversitesi, Karabük/Türkiye, caglaozdemir@karabuk.edu.tr, 0000-0002-3774-6020

ÖZ

Sağlık hizmeti sonucunda çıktı olarak sunulan hasta dosyaları tıbbi bir dokümandır. Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun bir şekilde toplanması, düzenlenmesi, arşivlenmesi ve gerektiğinde hizmete sunulması gibi işlemlerin tümü tıbbi dokümantasyon sürecidir. Bu süreci gerçekleştiren profesyonel sağlık çalışanları da tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programının yetiştirdiği tıbbi sekreterlerdir. **Amaç:** Çalışmada özel bir üniversite hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** İncelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesinde belirtilen 57 evraktan dosya içerisinde 15 tanesi mevcuttur. Bu evrakların sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığını vb. göre değişiklik göstermektedir. İncelenen hasta dosyasının içerisinde bulunan evrakların adetleri ve bulundukları sıraya bakıldığında dosyanın içerisinde 21 adet farklı evrak olduğu görülmüştür. Evrakların içerisinde aynı olan formlar da yer almaktadır. Fakat evrakların daraltılmasıyla hasta dosyası içerisinde bulunan evrak listesi içerisinde 15 tane karşılığı denk gelmektedir. Aslında bu listenin hastaneye yetersiz geldiği söylenebilir. Çünkü dosyanın içerisindeki evraklara bakıldığında hasta dosyası içerisinde bulunan evrak listesinde tam karşılığı olmayan evraklar dosyanın içerisinde mevcuttur. Aynı zamanda incelenen hasta dosyasındaki evrakların sırasıyla listede belirtilen arasında dengesizlikler olduğu, sıranın gözden kaçırıldığı, evrakların bulunması gereken sırada olmadığı görülmektedir. **Sonuç:** Çalışma değerlendirildiğinde incelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesi ve hasta dosyasının içerisinde olan evraklar karşılaştırıldığında eksik görünen evraklar bulunmaktadır. Fakat evrak sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığını vb. değişkenlere göre farklılık gösterdiği için her formun her hastada kullanılmadığı anlaşılmıştır. Bazı formların dosyada iki kez kullanıldığı, bazı formların da sırasıyla olması gereken evrak listesi içerisinde başlık olarak yer almadığı görülmüştür. O nedenle hastanenin sırasıyla olması gereken evrak listesinde eksiklik bulunduğu ve güncelleme yapması gerektiği de anlaşılmıştır. Hastanenin hasta dosyalarının mahremiyeti ve aranan bilgiye anında ulaşılabilmesi açısından dosyanın içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulması açısından eksiklik bulunmadığı, evrakların düzgün bir sırada bulunmasına dikkat edilmesi açısından hasta dosyalarına fazlasıyla önem verildiği söylenebilmektedir.

ABSTRACT

Patient files presented as outputs as a result of healthcare services are medical documents. All processes such as collecting, organizing, archiving and providing service when necessary in accordance with scientific rules of medical documents are the medical documentation process. Professional healthcare workers who carry out this process are medical secretaries trained by the medical documentation and secretarial program. **Aim:** The aim of this study is to evaluate whether the patient file of a patient in the Gynecology and Obstetrics Polyclinic of a private university hospital, which includes all the services received during the health care process, was created within the framework of the rules specified in the literature. **Material and Methods:** Document analysis, which is a scientific research method that can be defined as collecting, reviewing, questioning and then analyzing various documents as the main source of research data, was used in the study as a qualitative data analysis method. **Results:** In the patient file examined, there are 15 of the 57 documents specified in the list of documents that should be present in order. The number of these documents varies according to the diagnosis of the disease, the examinations and treatments performed, the number of times the patient has been hospitalized, etc. When the number of documents in the patient file examined and the order in which they are located are examined, it is seen that there are 21 different documents in the file. There are also forms that are the same in the documents. However, when the documents are narrowed down, 15 of them correspond to the list of documents in the patient file. In fact, it can be said that this list is insufficient for the hospital. Because when the documents in the file are examined, there are documents in the file that do not have an exact equivalent in the list of documents in the patient file. At the same time, it is seen that there are imbalances between the order of the documents in the patient file examined and those specified in the list, the order is overlooked, and the documents are not in the order they should be. **Conclusion:** When the study was evaluated, when the list of documents that should be in order and the documents in the patient file were compared, there were missing documents in the examined patient file. However, since the number of documents varied according to the diagnosis of the disease, the examinations and treatments performed, the number of hospitalizations of the patient, etc., it was understood that not every form was used for every patient. It was observed that some forms were used twice in the file, and some forms were not included as a title in the list of documents that should be in order. Therefore, it was understood that there was a deficiency in the list of documents that should be in order of the hospital and that it needed to be updated. It can be said that the hospital attaches great importance to patient files in terms of filling out the documents in the file completely and completely in order to ensure the privacy of the patient files and to access the information sought immediately.

Anahtar Kelimeler:

Tıbbi Doküman, Tıbbi Dokümantasyon, Tıbbi Sekreter, Hasta Dosyası, Portfolyo

Key Words:

Medical Document, Medical Documentation, Medical Secretary, Patient File, Portfolio

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Karabük Üniversitesi, Karabük/Türkiye, caglaozdemir@karabuk.edu.tr, 0000-0002-3774-6020

DOI:

10.52880/sagakaderg.1600008

Gönderme Tarihi/Received Date:

12.12.2024

Kabul Tarihi/Accepted Date:

09.03.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

30.06.2025

GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektöründe hasta tanı ve tedavi süreçlerinde en çok başvuru kaynakları tıbbi dokümanlardır. Tıbbi doküman hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar toplanan, düzenlenen, saklanan ve gereğinde hizmete sunulmak için kullanılan belgelerdir (Limon, 2019). Yapılan bu işlemlerin tümüne tıbbi dokümantasyon, işlemlerin istenilen düzgün bir biçimde yapılmasını sağlayan sağlık çalışanına da tıbbi sekreter adı verilmektedir (Gültekin & Özel, 2022). Sağlık çalışanları tarafından birçok farklı ihtiyaçtan dolayı kayıt altında tutulan, sağlık kayıtları arasında önemli bir yer teşkil eden hasta dosyalarının hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor, adli tıp gibi durumlar açısından önemi vardır. O nedenle hasta dosyasının düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde kullanılmak üzere hizmete sunulması tıbbi sekreterlerin başlıca görevleri arasında yer alır. Bu çalışmada hasta dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amacıyla Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir. Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli 'nde bulunan pek çok poliklinikte sağlık hizmeti sunumu yapan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. İnceleme yapılırken nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır.

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Eğitimi

Sağlık ekibinin içerisinde yer alan tıbbi sekreterler hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar tüm aşamalarda yer alabilmektedirler. Tıbbi sekreterlik kavramının tıbbin ve hasta kayıtlarının gelişimiyle aynı doğrultuda ilerlediği söylenebilmektedir (Ateş & Yüksel, 2024). Bu bağlamda teknolojik ve toplumsal ilerlemeler de tıbbi sekreterlik gelişme sürecini de etkilemektedir (Kaplan & Köksal, 2017).

Hastane, klinik ve laboratuvarlarda yer alan tıp sekreterliği diğer bildiğimiz sekreterliklerden uzmanlık yönüne verilen önem bakımından ayrılmaktadır. Tıbbi sekreter olarak adlandırılan tıp sekreterliklerinin uzmanlık bilgileri büyük önem arz etmektedir (Tutar, 2002).

Tıbbi sekreter kavramı ülkemizde gelişmiş ülkelere bakıldığında tıbbi kayıt görevlisi, sağlık bilgi teknisyeni, tıbbi asistan, tıp sekreteri gibi farklı kavramlarla ifade edilmektedir (Demir, 2008).

Yurt dışında eski bir geçmişe sahip olduğu (1912) söylenebilen tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik mesleğinin Türkiye' deki gelişimi 1974 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu'nun 5 bölümünden birisi olarak açılan Tıbbi Sekreterlik Bölümü ile ilk tıbbi sekreterlik eğitimi verilerek başlamıştır. 1974- 1975 yılları arasında bölüm 34 tıbbi sekreterlik öğrencisi ile eğitim vermiştir. Aynı yıl tıbbi sekreterlik bölümü ve üniversitede olan diğer bölümler kapatılarak bölümün birinci sınıf öğrencisi olan 14 kişi, yine aynı yıl açılan dört yıllık lisans eğitimi veren 'Hastane İdaresi Yüksekokulu'na aktarılmış ve 2. sınıftan başlatılarak bu okulun ilk öğrencileri olmuşlardır. Türkiye'de ilk Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı 2547 sayılı YÖK Kanununun 7. Madde (d) fıkrası uyarınca 7.2.1985 tarih ve 85.12.153 sayılı kararla 7 programlı olarak açılan Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu içerisinde iki yıllık bir program olarak yer almıştır. Prof. Dr. Adil Artukoğlu okula Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programından sorumlu Öğretim Üyesi ve Bölüm Başkanı olarak atanmış, Türkiye'de tıbbi dokümantasyon alanında bilimsel eğitim ve çalışmalar yapan ilk kişi olmuştur. Sağlık bilgi yönetimi ve dokümantasyon hizmetlerinin kaliteli yürütülmesi ve verimliliğin artırılması amacıyla sağlık meslek liselerinin var olan bölümlerine ek olarak, makamın 25.02.1994 tarih ve 1412 sayılı onayı ile "Tıbbi Sekreterlik" bölümü açılmış ve 1994-1995 öğretim yılında 22 okulda eğitim öğretime başlamıştır (Esatoğlu & Artukoğlu, 2000; Tengilimoğlu & Köksal, 2016). Günümüzde (2025 yılı itibarıyla) devlet ve vakıf üniversiteleri olmak üzere toplam 189 üniversitede tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı eğitimi verilmektedir (YÖK, 2025).

Tıbbi Sekreterlik Mesleği

Sağlık hizmetleri alanı verinin bilgiye dönüştürülmesi, bilginin de kullanıma sunulması için hazırlanmasının hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi gereken bir süreci içerir. Bu süreçte bilgi edinme, yazıya dökme ve dosyalama işlemleri için dikkatli ve özenli olunması gerekir. İşlerin daha hızlı ve etkili olabilmesi, çıktının verim sağlayabilmesi için yapılan iş ve işlemlerle ilgili eğitim almış kişilerin süreç içerisinde çalışması işlerin basitleştirilerek düzenli, tam ve pratik olunmasını sağlar. Tıbbi sekreterlik mesleğinin öneminin bilinmediği zamanlarda süreçte gerçekleşen işlerin yapılması kendi görevi olmayan diğer sağlık çalışanları tarafından (doktor, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.) yapılmaktaydı. Bu durum iş ve işlemlerin gerçekleşmesinde aksamalara neden olmaktaydı. Tıp sekreterliği alanında uzmanlaşmanın getirdiği bu meslek grubunun hastanedeki iş ve işlemlerde aktif rol almasıyla işlerin belirli bir düzen ve sıra içerisinde hızlı bir şekilde çözülmesi sağlanmıştır (Ciocco ve ark., 1997).

Tıbbi sekreter; sağlık kuruluşlarında tıbbi bilgi olarak adlandırılabilir her türlü evrak, kayıt, rapor vb. gibi materyalleri bir araya getirerek gerektiğinde sunmak üzere düzenli bir şekilde derleyen ve toplayan nitelikli bir sağlık personeli olan tıp sekreteridir (Qvarfordt ve ark., 2024).

Tıbbi sekreterler, sağlık hizmeti sunan bütün kurumlarda tıbbi sekreter, arşiv memuru ve istatistik görevlisi olarak çalışabilirler. Çalıştıkları süre içerisinde diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim içerisinde bulunurlar. Uluslararası tanınırlıkta olan Türk tıp sistemi içerisinde, yabancı dili aktif olan, tıbbi terminoloji, anatomi, fizyoloji alanlarında okuduğu üniversitede ders almış, bilgisayar programları konusunda donanımlı, içerisinde hastalık ve ameliyat kodlarını barındıran ICD (International Classification Of Diseases) sistemi ile kodlama yapabilen tıp sekreterlerine her zaman ihtiyaç duyulmaktadır (Knudsen, 2024).

Hasta Dosyası ve Önemi

Sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran kişilere uygulanan tıbbi işlemlerle ilgili bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğuna hasta dosyası denir. Hasta dosyaları sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların tıbbi, sosyolojik ve mali bilgilerini içeren, hastaya yapılan bakımın kalitesinin en iyi göstergeleri olan dayanaklardır (Tekin, 2023). Hasta dosyaları hasta, kurum, doktor ve adli tıp yönünden önem arz etmektedir;

Hasta Yönünden Önemi: Hastaya ait ayrıntılı bilgilerin (kişisel ve teşhis, tanı ve tedavi) doğru ve eksiksiz olarak doldurulması ve gerektiğinde ilgili kişilere sunulması hem hasta hem de ilgili sağlık çalışanı açısından zaman tasarrufu sağlar. Hastanın gerekli bilgileri elinde tuttuğu dosyanın içerisinde olduğunu bilmesi ona psikolojik olarak da destek sağlar. Daha önce yapılan işlemlerin yer aldığı dosya hastanın yararına kullanılacağı için de gerekli tedavinin en kısa sürede yapılmasını sağlayacaktır (Artukoğlu ve ark., 2002).

Kurum Yönünden Önemi: Hastane yetkilileri tarafından hasta dosyalarının korunması onlara bir anlamda nefes aldırır. Yapılan teşhis ve tedavilerde kurumu koruma altına alır ve kurumun yaptığı yada yapmadığı işlemlerin hasta dosyası incelenerek ortaya konulması açısından önem arz eder. Hastane yöneticilerinin bir sorun anında sorunun kaynağını belirleyerek gerekli önlemleri almasını sağlar. Hastanenin dış denetçiler tarafından değerlendirilmesi durumunda da hastanedeki bakımın kalitesini ortaya koyar.

Tıbbi Sekreterlik Yönünden Önemi: Hasta dosyaları hastaların yatışını sağlamak ve hasta çıkış evraklarını

hazırlama gibi işlemleri yaparken, dosyadaki dokümanların ilgili yerlere kayıt edilmesi, dokümanların onaylanması, kayıt defterine işlenmesi ve ilgililere ulaştırılmasını sağlamak amacıyla kullanılır. Tıbbi sekreterler tarafından dosyada bulunan hastalık tanılarının bilgisayar ortamında kodlanması, tasnif edilmesi ve ilgili yerlere ulaşmasının sağlanması vb. görev ve işlemlerin yerine getirilmesi açısından daha sonra kullanılmak üzere sunumda tıbbi sekretere kolaylık sağlar ve bilgi mahremiyeti yönünden önem arz eder (Ciocco ve ark., 1997).

Doktor Yönünden Önemi: Doktorların hastaya daha önce konan teşhis, yapılan tedavileri kısa sürede değerlendirip en etkin tedaviyi en kısa zamanda uygulaması açısından önem arz eder.

Adli Tıp Yönünden Önemi: Hastane veya hastaya yapılan işlemlerle ilgili hastanın kendini mağdur görmesi durumunda hastaneye açılabilir olan davalarda hasta kayıtları titiz tutulmasının önemi rol oynar (Özkan, 2023). Bundan hareketle hasta kayıtlarının detaylı olarak yer aldığı hasta dosyaları hastaların haklarını ve hastaneyi korumak açısından bir müdafaa aracı olarak değerlendirilebilmektedir (Etgü & Güçlü, 2022).

Hasta Dosyaları Kullanıcı ve Kullanım Alanları

Hasta dosyaları hekim (hastanın tedavi planı, tıbbi karar verme, iletişim), hasta (bilgilenme, ücret kontrolü), hastane yönetimi (kalite yönetimi, hizmet planlaması, kullanım değerlendirme, gelir analizi), eğitim kurumları (eğitim programının gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi, öğrenci ve personele yönelik sağlık programının geliştirilmesi), tıp ve sosyal araştırma kurumları (Rehabilitasyon ve sosyal yardım programları, toplumun hastalık yapısının incelenmesi ve hastalıkların toplumsal hayata etkinliklerinin belirlenmesi), devlet (hasta dosyalarındaki verilere göre sağlık ve eğitim kurumlarına tahsis edilecek), halk sağlığı birimleri (toplumun hastalık dokusunun belirlenmesi), sigorta kurumları (hizmet ücretleri ile ilgili hastalardan gelen şikayetlerin değerlendirilmesi, hizmet maliyetlerinin denetlenmesi, sigortalılara verilen hizmetlerin kalite ve eşitlik yönünden değerlendirilmesi), mahkemeler (hasta dosyalarındaki yapılan tedaviye yönelik bilgilerin incelenerek adli vakalarla ilgili hüküm verilmesi 'yanlış tedavi davaları, kişisel zarar davaları gibi', emniyet soruşturması (hasta dosyalarındaki bilgileri kullanarak adli olayların aydınlatılması), akreditasyon kurumları (kurumun mesleki standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi, hizmet veren personelin mesleki yeterliliğinin belirlenmesi, sağlık kurumlarında verilen eğitim programının değerlendirilmesi), işverenler (işverenler tarafından sağlanan sağlık sigorta planının yönetilmesi, personelin uygun işte çalıştırılmasını

sağlama), kredi kurumları (kurumun kredi talebinin değerlendirilmesi) tarafından çeşitli amaçlar ile kullanılmaktadır (Tengilimoğlu & Köksal, 2021).

ICD 10

Tıbbi kayıtların her türlü araştırma ve istatistiklerde etkin ve verimli olabilmesi için bu kayıtlarda ICD (International Classification Diseases) gibi uluslar arası sınıflama sistemlerine göre doğru olarak verilmiş hastalık ve tıbbi işlem kod numaraları bulunur. Kısaca bahsedecek olursak ICD WHO ‘ nun (Dünya Sağlık Örgütü) temellerini 1938 yılında attığı ‘ Hastalıkların ulusal alanda sınıflandırılması için oluşturulmuş bir sınıflama sistemidir.’ ICD ‘ nin asıl amacı hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslar arası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı vermesidir. Yani ICD’ nin önemli bir fonksiyonu hastalıklara uluslar arası ortak bir dil kazandırmaktır. ICD kodlamalarını hastanenin veya sağlık kuruluşunun arşiv bölümünde bulunan kodlama memurları yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Günümüzde ICD 10 kesin tanıları kodlamak için kullanılmaktadır. Cerrahi işlemlerin ve yine ICD tanılarının olduğu eski versiyon olan ICD 9’ dan günümüzde cerrahi işlem kodları için yararlanılmaktadır. Çünkü ICD 10’ da cerrahi işlem kodları yer almamaktadır. Hastalıkların kesin tanıları alfabetik sıraya göre dizin halinde bulunmaktadır ve ICD 10 kullanım açısından ICD 9 ‘a göre son derece pratiktir. Genel olarak ICD farklı ülke ya da bölgelerde farklı zamanlarda toplanan mortalite ve morbidite verilerinin;

- Sistematik olarak kaydedilmesine,
- İncelenmesine,
- Yorumlanmasına ve
- Karşılaştırılmasına olanak sağlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve İstatistiksel Analizi

Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli ‘nde bulunan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği özel hastane bir çok farklı poliklinikte sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Bu sebeple bu çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir. Çalışmada hasta

dosyasının literatürde belirtilen kurallar çerçevesinde oluşturulup oluşturulmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak Çalışmada nitel bir veri analizi yöntemi olan, araştırma verilerinin temel kaynağı olarak çeşitli dokümanların toplanıp gözden geçirilerek sorgulanması ve sonrasında analiz edilmesi olarak tanımlanabilen bilimsel bir araştırma yöntemi olan doküman analizi kullanılmıştır. Tek başına yöntem olarak kullanılabilen bu analiz yöntemi çoğu zaman alan yazında var olan diğer araştırma yöntemlerinin eksik kalan yönlerini tamamlamakta kullanılmaktadır (Sak ve ark., 2021).

BULGULAR

Hastanın dosyasını özetlemek amacıyla hastayla ilgili bilgiler kısaca aşağıda belirtilmektedir. Çalışmada, hasta hakları ve hasta mahremiyeti göz önünde bulundurulduğundan hasta dosyasında dosyanın üzerinde bulunan adı / soyadı, protokol no, kimlik numarası, cinsiyeti, doğum yeri / tarihi, tel numarası, adres, giriş-çıkış tarihleri ve doktor bilgisi verilememektedir.

Hastanın epikrizinde

Ad / Soyad, protokol numarası, giriş – çıkış tarihleri, tanı ICD 9 CM kodu, kesin tanı ICD 10, yapılan cerrahi tedavi, şikayet ve yatış nedeni, hikayesi, öz geçmişi, soy geçmişi ve fizik muayenesi açık ve tatmin edici bir şekilde belirtilmiştir.

Burada yer alan ICD 9 CM kodu hastaya yapılan cerrahi işlemlerin ve onların WHO’ ya (Dünya Sağlık Örgütü) göre belirtilen kodlarının yer aldığı bölümdür. Buradaki ‘CM’ ifadesi ‘Clinical Modification’ yani ‘Klinik Yapılandırma’ anlamına gelmektedir. Yani ICD 9’ da hastaya yapılan tüm cerrahi işlemlerin karşılık geldikleri kodlar yer almaktadır. ICD 10’ da ise (1994 yılında uygulamaya geçirilmiş) hastalığın kesin tanısı alfanümerik koduyla beraber yer almaktadır. ICD 10, 21 bölümden oluşmaktadır. Örneğin; bu hastaya ait kod 14. bölüm ‘ Genitoüriner Sistem Hastalıkları’ (N00-N99 arası) başlığının altında yer alan ‘Kadın genital organların enflamatuvar olmayan bozuklukları’ (N80-N98 arası) bölümünde yer alır. Hastanın tanısı olan ‘ Endometriyozis N80.9’ gibi.

ICD 9CM kodunda belirtilen cerrahi işlemler :

Laparoskopi 54.1 (göbekten girilerek yapılan tanısal amaçlı cerrahi)

Total Abdominal Histerektomi 68.4 (tüm rahimin alınması)

Bilateral Salpingo Ooforektomi 65.6 (yumurtalık tüplerinin alınması) işlemlerinin hastaya yapıldığını

Tablo 1. Hasta Dosyası Tanımlayıcı Bilgileri

Hasta Dosyası Tanımlayıcı Bilgiler	
Protokol No	XXXX
Adı Soyadı	XXXX
Doğum Yeri / Tar.	XXXX
T.C. Kimlik No	XXXX
Cinsiyeti	XXXX
Doğum Yeri / Tar.	XXXX
Adres	XXXX
Tel No	XXXX
Giriş Tarihi	XXXX
Çıkış Tarihi	XXXX
Bölüm	Kadın Hast. ve Doğum
Doktor	XXXX
Tanı (ICD 10)	N80.9 Endometriyoz
ICD9 CM Kodu	54.21 Laparoskopi 68.4 Total Abdominal Histerektomi 65.Bilateral Salpingo Ooforektomi
Kesin Tanı	Endometriozis
Cerrahi/ Tedavi	Diagnostik (tanısal amaçlı) L/S + TAH + BSO
Şikayeti	44G4P2Y2
Hikaye	Pelvik ağrı ve düzensiz kanama şikayetleri olan hasta diagnostik L/S amacıyla yatırıldı.
Öz Geçmiş	Apendektomi
Soy Geçmiş	Özellik yok
Fizik Muayene	Doğal

göstermektedir. Burada bize anlatılmak istenen bu hastaya laparoskopiyle girilerek yumurtalık tüpleriyle birlikte tüm rahimin alınmış olduğudur. Yapılan işlemlerin yanlarında yer alan nümerik kodlar bu hastalıkların WHO'ya göre ICD9 ' da yer alan karşılığıdır.

Cerrahi /tedavi bölümünde hastaya yapılan işlemler yer almıştır. Burada kısaltmalar kullanılmıştır. L/S (Laparoskopi)

- TAH (Total Abdominal Histerektomi)
- BSO (Bilateral Salpingo Ooforektomi) gibi.

Hastanın şikayeti kısmındaki '44G4P2Y2' şeklindeki ifade Özel Hastanenin Kadın Doğum Servisine ait kendi aralarında oluşturdukları özel bir kodlama şeklidir. Buradaki '44'ifadesi hastanın 'yaşını', 'G4' ifadesi '4 kez gebe kaldığını', 'P2' ifadesi '2 kez doğum yapıldığını' ve 'Y2' ifadesi de 'yaşayan 2 çocuğunun bulunduğunu' ifade etmektedir. Özgeçmişinde yer alan 'apendektomi' ifadesi hastanın geçmişte apandistinin alındığını belirtmektedir. Hastanın soy geçmişinde bir özellik yoktur ve muayenesi doğal yolla yapılmıştır.

Hasta dosyaları, hastaların soyadlarına göre alfabetik olarak sıralanır ve hastanın ilk başvurusunda hastaya bir numara verilir. Hasta her gelişinde aynı numara ile işlem yapılır. Hasta dosyasının içerisinde bulunması gereken evraklar belli bir düzen ve sıraya göre yerleştirilir. Her hastanenin dosyasını oluşturan çeşitli formlar vardır. Özel hastanenin hasta dosyası içerisinde olması gereken evraklar listesi Tablo 2' de sunulmuştur.

Hastanenin hasta dosyasında bulunması gereken evrak listesi sırasıyla Tablo 2' de belirtilmektedir. İncelenen dosyada bu evraklardan 15 tanesi mevcuttur. Bu evrakların sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığına vb. göre değişiklik göstermektedir. İncelenen hasta dosyasının içerisinde bulunan evrakların adetleri ve bulundukları sıra Tablo 3' de belirtilmiştir.

Tablo 3' de belirtildiği üzere dosyanın içerisinde 21 adet farklı evrak vardır. Bunların kendi içerisinde aynı olanlarının sayısı yanlarında yazmaktadır. Fakat bu evrakların daraltılmış şekliyle yukarıdaki listenin içerisinde 15 tane karşılığı denk gelmektedir. Aslında bu liste hastaneye yetersiz gelmektedir. Çünkü dosyanın

Tablo 2. Hasta Dosyası İçerisinde Sırasıyla Olması Gereken Evraklar Listesi

Evraklar	1. Yatış	2. Yatış	3. Yatış	4. Yatış	5. Yatış
1. Hasta kabul formu	+				
2. Yatış formu	+				
3. Yatan hastalar bilgilendirme ve rıza formu					
4. Yenidoğan antenatal- natal bilgi formu					
5. Laboratuvar sonuç formları					
6. Doktor gözlem formları	+				
7. Konsültasyon istem formları	+				
8. EKG formu					
9. EKO rapor formu					
10. Kateter anjio rapor formu					
11. Konsey kararı formu					
12. Diyabetik hasta K.Ş izlem formu					
13. Mikrobiyoloji Enfeksiyon Hastalıkları formu					
14. Diyaliz hasta kabul formu					
15. Yatan hasta kilo- boy çizelge formu					
16. Yatan hasta Coumadin dozu formu					
17. Basınç ülseri gelişimin önlenmesi ve bakım formu					
18. Pates Canser yara değerlendirme formu					
19. Çevresel değerlendirme formu					
20. Düşme önlemlerine yönelik hasta ve aileye öğretim rehber formu					
21. Hastane ve ev ortamında düşmelerin önlenmesi formu					
22. Düşme sonrası takip formu					
23. Hasta çalışan güvenliğine yönelik olay bildirim formu					
24. Besin tüketim formu					
25. Kateter sistemi değişim formu	+				
26. Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formu	+				
27. Anesteziyoloji Yoğun Bakım günlük izlem formu					
28. Kan ve kan bileşenleri istem formu	+				
29. Kan ve kan ürünleri transfüzyon takip formu	+				
30. Ameliyathane dışı anestezi işlem formu	+				
31. Anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formu					
32. Cerrahi işlemler hasta bilgilendirme ve rıza formu					
33. Böbrek alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
34. Böbrek vericisi için bilgilendirme ve rıza formu					
35. Karaciğer alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
36. Karaciğer vericisi için bilgilendirme ve rıza formu					
37. Kadavra organ alıcısı için bilgilendirme ve rıza formu					
38. Cerrahi güvenlik formu					
39. Ameliyat notu formu	+				
40. Doğum eylemi izlem formu					
41. Patoloji rapor formu					
42. Sintigrafi, ultrason,mr rapor formu					
43. Endoskopi rapor formu					
44. İstem formu	+				
45. Kokteyl tedavi formu					
46. Plazma pheresiz formu					
47. OKT3 uygulama formu					
48. Hemşirelik girişimleri formu	+				
49. Sıvı denge formu					
50. Hasta eşyaları teslim formu					
51. Tetkik işlem formu	+				
52. Kadın hastalığı ve doğum kliniği hemşirelik anne izlem formu					
53. Hemşire öykü formu	+				
54. Yoğun bakım derecelendirme formu					
55. Hemşirelik exitus kayıt formu					
56. Hasta çıkış özeti					
57. Yatış sıra formu	+				

Tablo 3. Hasta Dosyası İçerisinde Bulunan Evrak Listesi

Evraklar	
1. Hasta Kabul Formları	1 adet
2. Doktor Gözlem Formları	3 adet
3. Laboratuvar Sonuçları	2 adet
4. Hasta Yatış- Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
5. Laboratuvar Sonuçları Takip Formu	1 adet
6. Kateter Sistemi Değişim Formu	2 adet
7. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Ameliyat Sonrası Takip Formu	1 adet
8. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Takip Formu	1 adet
9. Kan ve Kan Bileşenleri İstem Formu	1 adet
10. Laparoskopi için Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
11. Anestezi Hizmetleri için Bilgilendirme ve Rıza Formu	1 adet
12. Preoperatif Değerlendirme Formu	1 adet
13. Ameliyat Notu	2 adet
14. Order /İlaç Uygulama Formu	3 adet
15. Hemşirelik Girişimleri Formu	3 adet
16. Tetkik işlem formu	1 adet
17. Hemşirelik Kabulü Tarayıcı Değerlendirme Formu	1 adet
18. Hasta Epikrizi	1 adet
19. Kadın Doğum Biyopsi Raporu	1 adet
20. Smear Raporu	1 adet
21. Hasta Dosyası İçinde olması Gereken Evraklar Listesi	1 adet

içerisinde olan evraklardan da fark edildiği gibi yukarıda tam karşılığı olmayan evraklar dosyanın içerisinde mevcuttur. Ancak çalışmanın yapıldığı süre içerisinde listenin hastane yetkilileri tarafından yeniden check- list edildiği ve yeni bir liste oluşumu için hazırlıkların devam ettiği sorumlu hemşireler tarafından belirtilmiştir.. Aynı zamanda incelenen hasta dosyasındaki evrakların sırasıyla listede belirtilen sıra arasında dengesizlikler olduğu, sıranın gözden kaçırıldığı, evrakların bulunması gereken sırada yanlışlıklar yapıldığı görülmektedir.

1. sırada yer alan hasta kabul formundan sonra 4. sırada yer alan yatış formunun yer alması gerekirken onun yerine 2. sırada yer alan doktor gözlem formları yerleştirilmiştir. 11. sırada yer alan anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formu ile 10. sırada yer alan laparoskopi için bilgilendirme ve rıza formunun yer değiştirmesi gerekirdi. Laparoskopi cerrahi bir işlem olduğu için Tablo 2’ de listede 32. sırada yer alan Cerrahi işlemler hasta bilgilendirme ve rıza formunun da işaretlenmesi gerekirdi. Bununla birlikte Tablo 2’ de olan 57 maddelik listede yer almayan ve dosyanın içerisinde bulunan ek evraklar da var. Örneğin: Preoperatif değerlendirme formu gibi. Epikriz içerik olarak , en başta hastayla ilgili verilen bilgilere ayrıntılı

olarak yer vermektedir. Hastanın epikrizinde ; dosya no, ad/soyad, doğum yeri/tarihi, tel, adres, T.C. kimlik no, cinsiyet, hastaneye giriş ve çıkış tarihi, bölüm, doktor, tanı, ICD9CM kodu, kesin tanı, cerrahi/tedavi, şikayet/yatış nedeni, hikaye, özgeçmiş, soygeçmiş, fizik muayene, ön tanı, laboratuvar, klinik izlem ve tedavi, anestezi şekli, patoloji, kan ürünleri, kullanılan tıbbi malzemeler, kullanılan ilaçlar, radyoloji , sonuç- öneriler bölümü yer almaktadır. Bu bölümlerden ön tanı, radyoloji, sonuç- öneriler kısmı doldurulmamıştır. Bu bölümlerin doktorlar tarafından önemli olmadığı düşünülse de epikriz bu açıdan eksik görünmektedir. Doktor kaşesi basılmıştır. Yine epikrizin içerisinde; hastaya yapılan ilk tetkik ve sonuçlar yer almaktadır. Yapılan ameliyatlar ve tarihleri belirtilmiştir. 20/03/2010 P620.530 “Histerektomi, Abdominal” ‘buradaki ‘P620.530’ hastalığın ICD kodudur. Hasta için konsültasyon istenmemiştir ve doğal olarak epikrizin içerisinde böyle bir durum belirtilmemiştir. Yapılan özel tetkiklerin gerekçeleri belirtilmiştir. (Laparoskopi sırasında aşırı yapışıklıklar ve endometriozis nedeniyle hastaya TAH+BSO yapıldı.) gibi. Hastalığın kesin tanısı belirtilmiştir (Endometriozis N80.9). Yapılan ameliyatlar ve sonuçları belirtilmiştir (Abdominal Total Histerektomi). Ameliyat notu yazılmıştır. Komplikasyon

olmadığı için belirtilmemiştir (Sut kodu özel hastanede epikrizlerde belirtilen bir kod değildir. Ancak hasta istediği takdirde tahakkuk bölümünden bir liste halinde alınabilir. Bu kodlar hastaya yapılan bütün işlemlerin parasal olarak değerlendirilmesi için yapılan işlemlere verilen kodlardır (Hastanenin SGK ile olan ilişkisinde önemli rol oynamaktadır). Hastaya tekrar yapılan tetkiklerin nedenleri epikrizde belirtilmemiştir. Birden fazla cerrahi işlem yapılmış ve aynı veya ayrı kesiler belirtilmiştir.

Yapılan ameliyat bölümünde ameliyatın adı yazılı 'Total Abdominal Histerektomi', yapılış tarihi belirtilmiş '20/03/2010', operasyon yapılan organın bölgesi belirtilmiştir. 'Sol overde 3cm endometrioma ' gibi. Hastanın yatışı sırasında normalden fazla tetkik veya işlem yapılmamıştır. Anestezi şekli belirtilmiştir, 'Genel' gibi. Kullanılan malzemelerde epikrizinde yer almaktadır. '2 adet Trocar Versapart V2 SMM) gibi. ICD kodları karta doğru bir şekilde kodlanmıştır (Örneğin; N00-N99 Genitoüriner Sistem Hastalıkları. N80.9-Endometriozis).

Formları incelemeye devam edildiğinde; hasta kabul formunda ; dosya no., ad / soyad, anne-baba adı, tel, adres, şehir, kurum, kurum adresi, T.C. kimlik no, cinsiyet, medeni hali, tabiyeti, doğum yeri- tarihi, mesleği, V.I.P kodu yer almaktadır. İncelenen bu formda eksik olarak iş telefonu, medeni hali ve V.I.P kodu eksik olarak doldurulmuştur. Doktor gözlem formunda; ad/soyad, dosya no, tarih, saat bölümleri yer almaktadır. Bu formda saat yeri doldurulmamıştır.

Laboratuvar sonuçları olarak hastanın hastanenin dışında yaptırmış olduğu 2 adet laboratuvar sonucu bulunmaktadır. Hasta yatış bilgilendirme ve rıza formunda ; ad/soyad, doğum tarihi, cinsiyet, baba adı, T.C. kimlik no, medeni durum, adres, tarih, dosya no, adli vaka, sosyal güvenlik kurumu, ön tanı, yatıran doktor ve anabilim dalı, yatacağı servis, yatış memuru, adı/soyadı, imzası, hasta/hasta yakını ad/soyad, imza, yatıran doktor bölümleri yer almaktadır. Bu formda doldurulan yerler hasta adı/soyadı, tarih, yatış memuru ve onun imzasının olduğu bölümdür. Diğer yerler eksiktir ve doldurulmamıştır. Laboratuvar sonuçları takip formunda ; hasta adı/soyadı, protokol no ve tanı kısmı vardır ve hepsi doldurulmuştur. Kateter değişim formunda; protokol no, ad/soyad, cinsiyet, yaş, bölüm adı, tarih bölümleri yer almaktadır ve hepsi eksiksiz olarak doldurulmuştur. Ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip formu eksiksiz doldurulmuştur. Kan ve kan ürünleri transfüzyon takip formu eksiksiz doldurulmuştur. Laparoskopi için bilgilendirme ve rıza formunda; hastanın adı/soyadı, imzası yer almaktadır. Eksiksiz olarak doldurulmuştur. Anestezi hizmetleri için bilgilendirme ve rıza formunda; ünite

adı, protokol no, hasta/hasta yakını ad/soyadı, tarih ve saat belirtilmemiştir. Sadece hasta adı/soyadı, imza ve doktor adı/soyadı/imza belirtilmiştir. Preoperatif değerlendirme formu eksiksiz doldurulmuştur.

Diğer bir doktor gözlem formunda ise sadece hastanın adı/soyadı ve doktorun gözlemleri yer almaktadır. Dosyada tarih ve saat belirtilmemiştir. Ameliyat notunda ; ad/ soyad, yaş, dosya no, bölüm, tarih, ameliyatı yapan, notu yazan, başlangıç – bitiş saati, anestezi, yazılma tarihi eksiksiz doldurulmuştur ve kısaltma kullanılmıştır. (K.A.N- Kısa ameliyat notu) gibi. Doktor gözlem formlarının hepsinde çoğunluklu olarak doktorun tarzına göre şekilli anlatımlar seçilmiştir. Buda diğer doktorlar tarafından o gözlem formunun anlaşılmasını zorlaştırabilir. Hemşirelik kabulü tarayıcı değerlendirme formu eksiksiz olarak doldurulmuştur. Kadın doğum biyopsi raporu ve smear raporu tam olarak eksiksiz bir şekilde yazılmıştır. Hasta dosyasının içerisinde bulunması gereken evraklar listesi dosyanın en arkasında belirtilmiştir. Son olarak dosyanın en arkasında pembe renkte dosyaya zımbayla tutturulmuş olan ICD kodlarının yer aldığı bir kağıt vardır ve bu da eksiksiz bir şekilde kodlanmıştır.

TARTIŞMA

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi almış tıbbi sekreterler sağlık ekibinin önemli bir parçasıdır. Çalışma Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi alan tıbbi bir sekreterin bakış açısıyla Ankara İli 'nde bulunan özel bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği özel hastane bir çok farklı poliklinikte sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir. Bu sebeple bu çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yatan bir hastanın, içerisinde sağlık hizmeti sürecinde almış olduğu bütün hizmetlerin bulunduğu hasta dosyası incelenmiştir.

Hasta Dosyaları; sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran kişilere uygulanan tıbbi işlemlerle ilgili bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğudur (Tekin, 2023). Hasta dosyaları sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların tıbbi, sosyolojik ve mali bilgilerini içeren, hastaya yapılan bakımın kalitesinin en iyi göstergeleri olan dayanaklardır. Hasta bakımı, halk sağlığı, sağlık istatistikleri, eğitim, planlama, araştırma- inceleme açısından çok önemli kayıtlardır (Özkan, 2023). Aynı zamanda hasta dosyaları hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor ve adli tıp yönünden önem arz etmektedir (Etgü & Güçlü, 2022). Hasta dosyalarının kullanıcıları hekim, hasta, hastane yönetimi, eğitim kurumları, tıp ve sosyal araştırma kurumları, devlet, halk sağlığı birimleri, sigorta kurumları, mahkemeler, emniyet soruşturması

yapan birimler, akreditasyon kurumları, işverenler ve kredi kurumlarıdır.

Hasta dosyası incelenirken özellikle dikkat edilen konu hasta dosyasının içerisinde yer alan formların içerisinde ayrıntıların dikkatli bir şekilde tam ve eksiksiz olarak doldurulup doldurulmadığıdır. Dosyadaki evraklara bakıldığında evrakların çoğunda ağırlıklı olarak 'saat' bölümünün eksik doldurulduğu görülmüştür. Formlarda 'hastanın adı/soyadı ya da protokol no' hariç diğer bilgilere çok dikkat edilmediği saptanmıştır. Yine hastanın dosyasına bakıldığında hastalığını ilgilendiren ve düzenlenmesi gereken formların çoğunun mevcut olduğu görülmüştür. Dosyada formların yerleştirilme sıralarında hatalar olsa da bilgiler doğru ve genel olarak standartlara uygun kaydedilmiştir. Tanı ve ameliyatlara WHO (Dünya Sağlık Örgütü) 'nun belirlediği kriterlere göre doğru olarak kodlanmıştır. Dosyada hasta hakkında yer alması gereken ve ihtiyaç duyulan gerekli evrakların hepsinin yer aldığı görülmüştür. Dosyaya ilk olarak bakıldığında dosyada bulunan evraklardan ve yazılanlardan hasta hakkında niteliksel olarak bir fikre sahip olunabilmektedir. Ancak dosyadaki doktor gözlemlerinin çoğunun da okunaksız yazıldığı görülmüştür. Daha sonra bu dosyayı araştırma veya başka bir amaçla kullanabilecek olan diğer doktorların yazılanları okuyamama olasılığı yüksektir ve bu düşünülmelidir. Hastanın yalnızca bu hastanede değil başka bir hastanede yaptırdığı bir işlem sonucuna da dosyada yer verilmesi dışardan bilgi alımının da hastanın tedavisinde önemli bir yer tuttuğunu bize göstermektedir. Ayrıca hasta dosyasının içerisindeki her bilginin doğru bir şekilde kodlanmış ve düzenli bir şekilde yerleştirilmiş olması hastanın, doktorun, tıbbi sekreterin ve dosyayı kullanacak olan diğer sağlık çalışanlarının ve diğer ilgili kurumların zaman yükünden de muaf olması açısından da önem arz etmektedir.

SONUÇ

Çalışma bir hasta dosyasının tıbbi kayıtların toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve ihtiyaç duyulduğu zaman ve yerde sunulmasını yansıtmak açısından önemlidir. Çalışma değerlendirildiğinde incelenen hasta dosyasında, sırasıyla bulunması gereken evrak listesi ve hasta dosyasının içerisinde olan evraklar karşılaştırıldığında eksik görünen evraklar bulunmaktadır. Fakat evrak sayısı hastalığın tanısına, yapılan tetkik ve tedavilere, hastanın kaç kere yatış yaptığına vb. değişkenlere göre farklılık gösterdiği için her formun her hastada kullanılmadığı anlaşılmıştır. Bazı formların dosyada iki kez kullanıldığı, bazı formların da sırasıyla olması gereken evrak listesi içerisinde başlık olarak yer almadığı görülmüştür. O nedenle hastanenin sırasıyla olması gereken evrak listesinde eksiklik bulunduğu ve güncelleme yapması

gerektiği de anlaşılmıştır. Hastanenin, hasta dosyalarının mahremiyeti ve aranılan bilgiye anında ulaşılabilmesi açısından dosyanın içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulması açısından eksiklik bulunmadığı, evrakların düzgün bir sırada bulunmasına dikkat edilmesi açısından hasta dosyalarına fazlasıyla önem verdiği söylenebilmektedir.

Günümüzde, hasta, kurum, tıbbi sekreter, doktor, adli tıp vb. yönlerden önem verilen tıbbi kayıtların, tutulması, arşivlenmesi ve gerekli görüldüğü anda sunulmak üzere hazırlanması bu alanda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu kişiler aldıkları kaliteli eğitim doğrultusunda hareket ederek yapacağı işte dikkatli ve düzenli olma, detayları fark edebilme, meslek etiğine sahip olma, iş disiplini, rahat iletişim kurma, hızlı ve isabetli karar verme vb. yetilerle hareket ederek aslında en baştan kurumdaki bütün sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştırmaktadır. Tıbbi sekreterler, sergiledikleri bu tavırla sağlık hizmetlerine duyulan fazla ihtiyacın yükünü hafifleterek mesleklerinin önemini daha da artırmaktadır.

Bu çalışmayla tıbbi sekreterlik eğitimi alan tıp sekreterliğinin uzmanlık gerektirmesi açısından diğer sekreterliklerden ayırt edilmesi gerektiği de ortaya konulmuştur. Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik eğitimi göz önünde bulundurulduğunda hasta dosyalarının bir portfolyo olarak incelenmesinin dosyayı inceleyen kişiye alternatif bir değerlendirme aracı olarak sunulması tavsiye edilmektedir.

Sonuçta, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitimi almış tıbbi sekreterler hastanın hastaneye girdiği andan çıktığı ana kadar her süreçte yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun çıktısı hastanenin ve sağlık çalışanlarının profesyonel hizmet vermesiyle doğru orantılıdır. Tıbbi sekreterler de bu kaliteli süreci başlatan, süreçte önemli rol oynayan ve sonlandıran en önemli sağlık çalışanlarındandır. Çalışmanın yapıldığı hastanedeki, eğitim almış tıbbi sekreterlerin periyodik olarak hasta dosyalarını inceleyerek dosyayı düzenlediği anlaşılmaktadır. Tıbbi sekreterlerin kaliteli hizmet sunumu neticesinde, incelenen hasta dosyasının içerisindeki evrakların tam ve eksiksiz doldurulmasına dikkat edildiği ve evrakların olması gereken düzgün bir sırada bulunduğu görülmektedir. Bundan hareketle hastanede hasta dosyalarına fazlasıyla önem verildiği söylenebilmektedir.

KAYNAKÇA

- Artukoğlu, A., Kaplan, A., & Yılmaz, A. (2002). Tıbbi dokümantasyon. Ankara: Kum Matbaası.
- Ateş, A., & Yüksel, O. (2024). Bir üniversite hastanesinde tıbbi sekreterlerin işgücü verimliliğine ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 335-344. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13623348>.

- Ciocco, A., Johnson, OG., Knoell, D., & Pfenning, B. (1997). The functions and education of medical record personel. Indiana: Indiana University Bulletin: School of Allied Health Sciences.
- Demir, Ö. (2008). Tıbbi sekreterlik mesleğinin gelişimi ve sağlık hizmetlerindeki rolü. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Esatoğlu, E.A., & Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi dokümantasyon tarihi ve tıbbi dokümantasyon ile ilgili meslekiyleşmenin gelişimi. 1.Baskı. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı.
- Etgü, A., & Güçlü, A. (2022). Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi, 13, 127-136. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/issue/71096/1131848>.
- Gültekin, V. & Özel, N. (2022). Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı öğrencilerinin öğrenme stratejileri. Bilgi Dünyası Dergisi, 23 (1), 2-22. <https://doi.org/10.15612/bd.2022669>.
- Kaplan, A., & Köksal A. (2017). Türkiye’de tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitiminin incelenmesi mesleki uygulamalar. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16(2). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ashd/issue/40304/481598>.
- Knudsen, C. (2024). Medical secretaries and the continuous data work of maintaining data quality in hospitals. PhD Thesis 2024. AALBORG University, Denmark, 1-93.
- Limon, S. (2019). Hastanelerdeki tıbbi dokümanların geleneksel ortamdan elektronik ortama dönüşümü. Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi, 1(1), 30-39. https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/754333559/PHD_CHK_ONLINE.pdf.
- Özkan, E. (2023). Tıbbi kayıtların tutulmasından ve saklanması doğan hukuki sorumluluk. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Qvarfordt, M., Stefan, S., & Nilsson, L. (2024). Medical secretaries’ fears and opportunities in an increasingly digitalised workplace environment. Journal of Health Organization and Management, 175- 194. <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1477-7266>.
- Sak, R., Sak, İ.T., Şendil, Ç., & Nas, E. (2021). Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi, 1, 227-250. <https://doi.org/10.33400/kuje.843306>.
- TC. Sağlık Bakanlığı. (2024). Ankara: ICD10. <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>.
- Tekin, Ş.P. (2023). Sağlık bilgi yönetimi perspektifinden tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik: tarihi bir inceleme. Bilgi Yönetimi Dergisi, 6(1), 1-14. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/by>.
- Tengilimoğlu, D., & Köksal, A. (2016). Yönetici ve tıp sekreterliği. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D., & Köksal, A. (2021). Tıp sekreterliği görevleri – tıbbi terimler – tıbbi dokümanlar ve arşivler. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tutar, H. (2002). Yönetici sekreterliği. Ankara: Nobel Dağıtım.
- YÖK (Yükseköğretim Kurulu). 2025. <https://yokatlas.yok.gov.tr/onlisans-program.php?b=30098>.