



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA MAHREMİYETİNİN
SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bilge BALCI

1930232014

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN

ISPARTA-2022

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI





T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetinin Sağlık Çalışanları Gözünden Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

İmza
Bilge BALCI
07/09/2022

(BALCI, Bilge, *Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetinin Sağlık Çalışanları Gözünden Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2022)

ÖZET

Mahremiyet, hayatın her alanında yer alan önemli bir kavramdır. Mahremiyetin bireyler ve kültürler arası farklılık göstermesi kavramın açıklanmasını ve sınırlarının belirlenmesini zaman zaman zorlaştırmaktadır. Ancak genel bir tanımlama ile mahremiyet; kişiye özel olan ve diğer insanlardan korumak istediği tüm hususları kapsamaktadır. Mahremiyetin hayatın her alanında yer alması ile birlikte sağlık hizmet sunumunda özellikle yoğun bakım üniteleri minvalinde özel olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Yoğun bakım üniteleri yaşamsal fonksiyonları risk altında olan kritik hastaların bulunduğu, yerleşim biçimi, sunulan tıbbi tedavi ve bakımın diğer birimlerden ayrıcalık taşıdığı, hastaların 24 saat gözlemlendiği ve refakatçilerinin bulunmadığı yataklı servislerdir. Yoğun bakım ünitelerinin hastanenin diğer birimlerinden farklı ve özellikli bir birim olması mahremiyet açısından da farklılıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Bu araştırmada yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada Bursa il merkezindeki üç kamu hastanesinde görev yapan 403 hekim, hemşire ve klinik destek personeline ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu literatür taraması, saha gözlemleri ve uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket formunda hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesini sağlayan 29 ifade bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarından bu ifadeleri bilinci açık ve bilinci kapalı hastalar için ayrı ayrı değerlendirmeleri talep edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; fiziksel ve bilgi mahremiyetine en çok, sosyal mahremiyete en az dikkat edildiği, bilinci açık hastanın mahremiyetine bilinci kapalı hastaya göre daha çok dikkat edildiği ve meslek grubu olarak hemşirelerin hekim ve klinik destek personeline kıyasla hasta mahremiyetine daha çok dikkat ettiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, Hasta Mahremiyeti, Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Mahremiyeti

(BALCI, Bilge, *Evaluation of Patient Privacy in the Intensive Care Unit from the Perspective of Healthcare Professionals*, Master Thesis, Isparta, 2022)

ABSTRACT

Privacy is a significant concept in every sphere of life. The difference between individuals and cultures for privacy complicates explaining the concept and setting its boundaries from time to time. However, in general definition, privacy covers all the aspects that are private and that are wanted to be protected from other people. Along with the inclusion of privacy in all areas of life, it matters to evaluate this in the delivery of health care, especially in the form of intensive care units. The intensive care units are inpatient services where critically ill patients whose vital functions are at risk, where the layout, medical treatment, and care offered have precedence over other units, where patients are observed 24 hours a day and which include no attendants. Since the intensive care units are different and special units from the other units of the hospital, it also paves the way for differences in terms of privacy.

This study aimed to evaluate patient privacy in the intensive care unit from the perspective of healthcare professionals. In this study, it is reached 403 physicians, nurses, and clinical support staff who render service in three public hospitals located in Bursa city center. The questionnaire technique was used as a data collection tool in the study. The questionnaire form was created by the researcher through literature review, field observations, and expert opinions. The questionnaire form has 29 statements that provide the evaluation of patient privacy from the perspective of healthcare professionals. Healthcare professionals were asked to evaluate these statements separately for conscious and unconscious patients. According to the results of the study, it was determined that physical and information privacy was paid the most attention and social privacy was the least attention, the privacy of the conscious patient was paid more attention than the unconscious patient, and as a professional group, nurses paid more attention to patient privacy compared to physicians and clinical support staff.

Key words: Privacy, Patient Privacy, Patient Privacy in Intensive Care Units

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Mahremiyet.....	3
1.1.1. Mahremiyetin Hukuki Dayanakları.....	5
1.1.1.1. Kişisel Verilerin Korunması Hakkı.....	5
1.1.1.2. İnsan Hakları Kapsamında Mahremiyet.....	9
1.1.1.3. Hasta Hakları Kapsamında Mahremiyet	10
1.1.2. Hasta Mahremiyeti	14
1.1.2.1. Hasta Mahremiyetinin Boyutları.....	16
1.1.2.2. Etik Açısından Hasta Mahremiyeti.....	21
1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Mahremiyeti.....	26
1.2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Mahremiyet İhlâli.....	29
1.2.2. Yoğun Bakım Hastalarında İletişim ve Mahremiyet	32

İKİNCİ BÖLÜM
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA MAHREMİYETİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

2.1. Gereç ve Yöntem	41
2.1.1. Araştırmanın Amacı	41
2.1.2. Problem Cümlesi.....	41
2.1.3. Varsayımlar	41
2.1.4. Araştırmanın Kısıtları.....	42
2.1.5. Evren ve Örneklem	42
2.1.6. Veri Toplama Aracı.....	42
2.1.7. Analiz Yöntemi	43
2.2. Bulgular.....	44
2.2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	44
2.2.2. Hasta Mahremiyetine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	46
2.2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti İfadeleri Açımlayıcı Faktör Analizi	50
2.2.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Psikometrik Değerleri.....	53
2.2.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması	55
2.3. Tartışma	65
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKÇA	78
EKLER.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	97

KISALTMALAR DİZİNİ

Akt.	: Aktaran
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
Çev.	: Çeviren
F	: Varyans Analizi (ANOVA) Testi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
N	: Frekans
P	: Anlamlılık Derecesi
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SS	: Standart Sapma
t	: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
TL	: Türk lirası
Vd.	: Ve diğerleri
\bar{X}	: Aritmetik Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	44
Tablo 2. Hasta Mahremiyeti ile İlgili İfadelerin Tanımlayıcı Bulguları	46
Tablo 3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti KMO ve Bartlett's Test Sonucu	50
Tablo 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti İfadeleri Faktör Analizi	50
Tablo 5. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Tanımlayıcı Bulguları.....	52
Tablo 6. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Psikometrik Değerleri.....	53
Tablo 7. Psikolojik Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	55
Tablo 8. Bilgi Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	58
Tablo 9. Fiziksel Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	60
Tablo 10. Sosyal Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Mahremiyetin Boyutları..... 16



ÖNSÖZ

Tez serüveni olarak adlandırdığım bu süreçte desteğini esirgemeyen tüm sevdiklerime teşekkür ederim.

Akademik desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, mesleki anlamda duyarlılığımı arttıran ve bakış açısıyla farklı düşünmeme katkı sağlayan, tez sürecim boyunca yol gösteren ve her daim yanımda olan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayallerimi gerçekleştirirken destek olan, varlıklarını bir an olsun esirgemeyen babam İbrahim BALCI ve annem Fatma BALCI'ya ayrıca canım kardeşim Buğra BALCI'ya teşekkürü borç bilirim. Tez sürecinde yaşadığım sıkıntıları çözmeme sağlayan sevgisini ve desteğini her daim hissettiren yol arkadaşım Yunus GÜLEÇ'e çok teşekkür ederim.

Isparta'yı bana sevdiren, sosyal yaşantımda olduğu gibi akademik anlamda da desteğini esirgemeyen ve motivasyon kaynağım olan Kevser Hüsna ÖZYILDIZ'a, bu yola beraber çıktığımız akran desteğini anlamlı kılan, çıkmaza girdiğimde elini uzatan sevgili Mihriban GÜDER'e ve burada ismini geçiremediğim tüm dostlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Yolumuza ışık tutan, bilgi ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen jüri üyesi değerli hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e ve teze değerli katkılarından dolayı jüri üyesi Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ÖZMEN'e teşekkür ederim.

Bilge BALCI

Isparta, 2022

GİRİŞ

Mahremiyet geçmişten günümüze birey ve toplum için önemli bir kavram olarak yerini almıştır. Mahremiyetin algılanışı kişisel özelliklere, kültüre, dine, toplum yapısı ve yaşam biçimine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu değişkenlikler mahremiyet tanımı çevresinde bir sınır çizmeyi zaman zaman güçleştirmektedir. Burada bir sınır çizilemiyor oluşu, mahremiyet ile ilgili birden fazla tanımlama yapılmasına neden olmaktadır. Mevcut tanımlamaların üzerinde durduğu ortak nokta ise bireyin kendisine ait olan tüm hususların gizliliği ve bu hususların diğerlerinin erişimine ne derece izin verileceğinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda mahremiyet; kişinin bedenine, özel alanına, bilgilerine, sosyal çevre ve insan ilişkilerine dair erişimin kısıtlanmasını veya ortadan kaldırılmasını sağlayan bir kavram olarak tanımlanabilmektedir.

Mahremiyet bireyler için sıradan bir kavram değil, ulusal ve uluslararası kaynaklarda kabul görmüş temel insan haklarından biridir. Bu hak özellikle özerklik ve insan onurunun korunması nezdinde sağlık hizmetleri sunumunda hastalar için ayrı bir anlam ifade ederek hasta mahremiyeti kavramını oluşturmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları'nın (2020, s. 9) yaptığı tanımlamaya göre hasta mahremiyeti bireyin hastalığı, bakımı, tedavi amacıyla yaptırdığı tetkikler ve sonuçlarına ait tüm bilgileri ile kendisinin açıklamak zorunda kaldığı ancak diğer kişilerin bilgisinden gizlemek istediği yaşam alanını kapsamaktadır.

01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlıklı 21'inci maddesinde "*Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır.*" ve "*Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.*" şeklinde yer alan ifadeleri hasta mahremiyetine saygı gösterilmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır (www.mevzuat.gov.tr). Ayrıca Sağlık Bakanlığının sahada yapılan çalışmalarında özellikle cerrahi girişimler sırasında ve yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetine yeterince önem verilmediği konusuna dikkat çekilerek, hassasiyet gösterilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (www.saglikaktuel.com). Buradan da anlaşıldığı üzere yoğun bakım ünitelerinde mahremiyet konusu ayrı bir öneme haizdir.

Yoğun bakım üniteleri hastanenin diğer birimlerinden farklı birçok özelliğe sahip yerleridir. Bu farklı özellikler mahremiyet konusunda da ayrı bir değerlendirme yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Görevli sağlık çalışanları hariç bu birimlere girmek sınırlıdır. Ayrıca hasta yakınları ziyaret saati dışında birimlere alınmamaktadır. Bilinç durumu değişkenlik gösteren kritik hastaların bulunduğu, 24 saat gözlem ve takibin yapıldığı yoğun bakım ünitelerinde hem çalışanlar hem de hasta ve hasta yakınları için birtakım güçlüklerin olduğunu söylemek mümkündür. Hastalar için bu güçlüklerden belki de en önemlisi yoğun bakım ortamında mahremiyetlerini korumaktır. Mevcut sağlık durumları ve bilinç düzeyleri nedeniyle kendi mahremiyetlerini korumak hastalar için pek de kolay olmamaktadır. Bu noktada yoğun bakım çalışanlarının hasta mahremiyeti ile ilgili tutum ve davranışları son derece önemli bir hale gelmektedir.

Konu ile ilgili yapılan literatür incelemesi sonrası görüldüğü üzere yoğun bakım ünitelerinde mahremiyeti değerlendirirken bilinci açık ve bilinci kapalı hasta ayırımını net olarak ortaya koyan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar genellikle hemşireleri kapsamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde sunulan hizmetin bir ekip işi olduğu göz ardı edilmeyerek, burada aktif rol alan hekim, hemşire ve klinik destek personelin çalışmaya dâhil edilmesi gerekliliği ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hasta mahremiyeti konusuna yönelik algılarını saptarken bilinci açık ve bilinci kapalı hasta nezdinde bir değerlendirme yapılması ihtiyacı bu çalışmanın ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hasta mahremiyeti konusuna yönelik algılarını bilinci açık ve bilinci kapalı hasta perspektifinden saptamayı amaçlayan bu çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde mahremiyet, hasta mahremiyeti ve yoğun bakım ünitelerinde mahremiyet kavramı detaylı olarak ele alınmıştır. İkinci bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ile ilgili bilgiler verildikten sonra Bursa il merkezinde görev yapan hekim, hemşire ve klinik destek personelinin bulgularına, tartışmaya ve son olarak da sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde öncelikle mahremiyet sonra da hasta mahremiyeti ele alınacaktır. Mahremiyet hakkı, mahremiyetin hukuki boyutları, hasta mahremiyeti ve etik açıdan hasta mahremiyeti ile ilgili bilgiler verilecektir.

1.1. Mahremiyet

Mahrem Arapça kökenli bir kelime olarak anlamı haramdan gelmektedir. Türk Dil Kurumunun yaptığı tanımlamaya göre mahrem: “1) Yakın akrabadan olduğu için nikâh düşmeyen (kimse), 2) Başkalarına söylenmeyen, gizli, 3) Sırdaş” anlamlarındadır. Haram sözcüğü ise: “1) Din kurallarına aykırı olan, dini bakımdan yasak olan, helal karşıtı.”, “2) “Yasak” anlamlarına gelmektedir (www.sozluk.gov.tr). Haram sözcüğünün dil terminolojisine bakıldığında “mahrem, mahrum etmek, men etmek, yapılması, yenilip içilmesi, kullanılması ve inanılması Allah tarafından yasak olan şey” olarak açıklanır (Şerifoğlu, 2019, s. 123). Mahremiyet “gizlilik” olarak, mahremiyetine girmek ise “bir kimsenin özel hayatını öğrenecek derecede ona yakın olmak” şeklinde tanımlanmaktadır (www.sozluk.gov.tr). Mahremiyet kelimesinin Cambridge sözlüğüne göre İngilizcesi “privacy, confidentiality, intimacy” şeklindedir. Yine bu kavramların Türkçe karşılığı da gizlilik, mahremiyet, özel hayat ve yakınlık şeklinde ifade edilmektedir (www.dictionary.cambridge.org). Mahremiyetin temel anlamında gizli olma durumu mevcuttur. Dolayısıyla mahremiyet kişinin ilişkilerinde ortaya çıkan gizli ve açık olma durumunun sınırlarını ifade etmektedir. Kendisine yönelik gerçekleşen hangi tutum ve davranışları uygun bulduğunu, kimler tarafından gerçekleşmesi durumunda uygun bulmayacağını belirleyen mahremiyet anlayışı, kişilerarası iletişim ve ilişkinin temel kıstaslarından birisini oluşturmaktadır. Mahremiyet, bireyin insanlar ile olan ilişkisinde, başkalarının gözünde ve fiziksel yakınlığında anlam ifade eden özel konumunu belirtmektedir (Vatandaş, 2020, s. 438).

Mahremiyet, bireyin mevcudiyetinin, özerkliğinin, benliğinin korunması gereken bir alanı ve aynı zamanda korunması gereken bir değeri ifade etmektedir. Bireyin mahremi; bedeni, kişiliği, aile fertleri, fiziksel hayat alanı, bireysel

verilerinin bulunduğu elektronik aygıtları, kısaca somut ve soyut paylaşmak istemediği bütün sahipliklerini kapsayacak kadar geniş sınırları olan bir alanı içermektedir (Avaner, 2018, s. 112). Margulis'in belirttiği üzere Altman mahremiyeti bireyin kendisine olan erişimi seçici kontrol altına alması olarak tanımlamaktadır ve kişiler arası sınır kontrolü sürecini içerdiğini ifade etmektedir. Altman'ın yaklaşımında mahremiyetin önemli özelliklerine değinilmektedir. Bunlar; mahremiyetin doğası gereği sosyal bir süreç olması, mahremiyetin ruhsal boyutlarının bireyler arası etkileşimi, onların toplumsal dünyalarını, fiziki çevre ve toplumsal olgunun geçici doğasını içermesi gerektiği ve mahremiyetin kültürel bir bağlamı olması şeklinde sıralanmaktadır. Mahremiyet kültürel olarak evrenseldir ancak psikolojik belirtileri kültüre özgüdür (Altman, 1976; Akt. Margulis, 2011, s. 11). Mahremiyet günümüzde insanların toplumsal hayatlarında önemli bir yer tutmaktadır. Mahrem alanın sınırları kültürel anlayış çerçevesinde şekillenip belirlenmektedir (Utma, 2018, s. 1194). Mahremiyetin birçok anlama gelmesi ve belirsiz oluşu, onu tanımlama girişimlerini de zorlaştırabilmektedir. Mahremiyet kavramına yüklenen anlamlar farklılık göstermektedir; tanımlanması, sınırlarının belirlenmesi zordur ve farklı bakış açılarına göre algılanışı değişkendir. Genel olarak tanımlamalara bakıldığında da belirsizlikler ve çok anlamlılık söz konusudur. Kişisel mahremiyet ve özel hayat olgusuyla ilgili kavramsal ve kuramsal tartışmalar bu nedenle tamamen bir birlik göstermemektedir. Mahremiyet, ifade ettikleri, gerekliliği, nedeni ve sınırları bakımından her daim tartışma konusu olsa da ortak bir mahrem alan kabulü mümkün olabilir (Çetinkaya, 2013, s. 60).

Mahremiyet, bireylerin yalnız kalabildikleri, başkalarıyla nerede, ne zaman, nasıl, hangi koşullarda, ne ölçüde iletişim ve ilişki kuracaklarına kendilerinin karar verebildikleri bir alan ile bu alan üzerinde sahip olunan hakkı ifade etmektedir (Yüksel, 2003, s. 182). Westin ve Altman'a göre mahremiyet temel ihtiyaç olmakla birlikte, aynı zamanda ahlâki ve yasal gerekçelere dayanan bir haktır (Westin ve Altman, 1976; Akt. Woogora, 2001, s. 237). Bu hak ise; kişinin toplum içerisindeki imajını, adını, onurunu, itibarını ve saygısını koruma şeklinde tanımlanmaktadır (Mendelson ve Rees, 2014, s. 15). Mahremiyet kavramını bireyin kendisini başkalarının ulaşabilirliğinden geçici bir şekilde uzak tutarak koruması temeline dayalı olarak geliştiren Westin'e göre mahremiyet hakkı; kişi, grup veya kurumların

diğerleriyle iletişim kurduklarında kendileri hakkındaki bilgiyi nasıl, ne zaman ve ne ölçü de paylaşacaklarını belirleme yetkisini ifade eder (Westin, 1970; Akt. Yüksel, 2009, s. 278).

Mahremiyetin klasik fıkıh kitaplarında, mahrem kavramına değinilerek aile hukukuyla bağlantılı konularda yaygın olarak yer aldığı görülmektedir. İslam hukuk literatüründe aile hukukuna ait teknik bir terim olarak kullanılan mahremiyet kavramı, günümüz hukuk literatüründe bireyin özel yaşam alanındaki hak ve hukukunu belirleyen bir kapsamdadır (Vardi, 2015, s. 54).

1.1.1. Mahremiyetin Hukuki Dayanakları

Mahremiyet hakkı ulusal ve uluslararası mevzuatta temel hak ve hürriyetlerden biri olarak tanınmaktadır. Türk hukuku açısından dayanaklarını Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme m.17, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi m.8, Biyotıp Sözleşmesi m.10 ve Anayasa m.20'den almaktadır. Mahremiyet hakkı; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi sisteminde özel yaşama ve aile hayatına saygı hakkı, Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme sisteminde özel hayatın gizliliğinin korunması hakkı, Anayasa'da özel yaşama ve aile hayatına saygı duyulmasını isteme hakkına sahip olma, özel yaşam ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz şeklinde ifade edilmiştir (Can, 2020, s. 184). Biyotıp sözleşmesinde ise herkesin kendi sağlığı ile ilgili bilgiler bakımından, özel hayatına saygı duyulmasını isteme hakkına sahip olduğu ibaresi yer almaktadır (www.tbmm.gov.tr). Ayrıca mahremiyet hakkından söz ederken kişisel verilerin korunması hakkı, insan hakları ve hasta hakları kapsamında mahremiyeti ifade etmek doğru olacaktır.

1.1.1.1. Kişisel Verilerin Korunması Hakkı

Mahremiyet ve özel yaşamın gizliliği bağlamında üzerinde durulması gereken önemli konulardan biri kişisel verilerin korunması hakkıdır. Kişisel verilerin korunması hakkı, iletişimin denetlenmesi kapsamında haberleşmeye saygı hakkı, şeref ve itibarın korunması hakkı ile yakın ilişki içindedir. Avrupa Konseyi kişisel verilerin korunması ile ilgili bağlayıcı nitelikte bir belge olan "Kişisel Verilerin

Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi”, 1985 yılında Strasbourg’da yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde ise bu sözleşme kişisel verilerin korunması kanundan sonra 01/09/2016 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin amacı, kişilerin özel hayatlarının gizliliği hakkının korunmasıdır ve aynı zamanda kişisel verilerin otomatik işlenmesi süreciyle ilgili düzenlemeler içermektedir (Öncü, 2019, s. 79).

Türkiye’de 2010 yılında yapılan anayasa değişikliği ile madde 20’ye eklenen 3.fıkra, kişisel verilerin korunmasını anayasal bir güvenceye bağlamıştır. Yapılan değişiklik; *“Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir* (Ek fıkra: 7/5/2010-5982/2 md.)” şeklindedir ve bu madde herkesin kişisel verilerinin korunmasını isteme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Kişisel verilerin işlenmesinde öncelikle özel yaşamın gizliliği olmak üzere bireylerin temel hak ve özgürlüklerini korumak ve kişisel verileri işleyen gerçek ve tüzel kişilerin yükümlülükleri ile uyulması gereken usul ve esasları düzenlemek amacı ile “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” 07/04/2016 tarihli resmî gazetede yayımlanmıştır.

Teknolojinin gelişmesi, internetin ve sosyal medyanın hızlı etkileşime imkân sağlaması ve yapılan işlemlerin önemli bir bölümünün elektronik olarak gerçekleştirilmesi kişisel verilerin korunmasının bir ihtiyaç haline gelmesine neden olmuştur. Ayrıca burada ifade edilen internet, sosyal medya gibi elektronik ortamların; bireyin kendisine ait duygu, düşünce, durum, kısaca benliğine ait tüm bilgilerin kontrolünü yitirme, özerkliğini kaybetme ve bilgi mahremiyetinin ihlâl edilme riskini artırdığı bilinmektedir (Avaner, 2018, s. 113). Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, kişisel verileri koruma ihtiyacının kişisel verilerin korunması kanununu daha anlamlı bir hale getirdiği söylenebilir.

Teknolojinin gelişimini takiben günümüzde kişisel verilerle ilgili oluşturulan sistemlerin iyi bir amaca hizmet etmesi hedeflenmekle birlikte, oluşan bu veri bankalarının kişi bilgilerini ulusal ve uluslararası bağlamda ticari bir meta haline

getirmesi; mahremiyetin ve birey özerkliğinin ihlâli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum insan onurunu zedelemesiyle birey ve toplumun zarar görmesine neden olabilecek bir konudur. Özellikle kişisel sağlık bilgilerinin kolay ve yetkilendirilmemiş taraflarca ulaşılabilir olması ve bunun yaygınlaşması neticesinde savunmasız bir durumda kalan hastanın sisteme olan güveni hasar görür ve hasta kişisel varlığının zarar görmesiyle alakalı endişe duygusuna kapılır. Birey kendisiyle ilgili bilgiler verirken doğruluktan kaçınma davranışına yönelebilir. Kişisel sağlık verilerinin gerekçesiz, anonimleştirilmeden ve sorumsuzca kullanımı sonucunda ayrımcılığa uğrama veya damgalanma kaygısı taşır. Bu bağlamda kişinin temel haklarından biri olan nitelikli sağlık hizmetine ulaşım hakkının kayba uğraması gündeme gelebilir (Şenyürek, 2017, s. 156). Sağlık hizmeti sunumu esnasında elde edilen bilgilerin, ilgili bireyin sırrı olarak tanınması ve saklanması, izni olmaksızın bu bilgilerin açıklanmaması temel bir kuraldır. Bu kural sağlık hizmetinin temelinde yer alan, onun değerler bütününe önemli bir parçası olan temel öğelerindedir ve sağlık çalışanına duyulan güvenin destekçisidir. Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki güven ögesi zayıfladığı takdirde kişiler sağlık kurumuna başvurma ve önemli bilgileri paylaşma hususunda çekimser davranacak, bu da tıp kurumunu sarsacaktır (Oğuz vd., 2005, s. 215).

Kişiye sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili bilgiler ile kişinin fiziksel ve mental sağlığına ilişkin bütün bilgileri kişisel sağlık verisi olarak tanımlanmaktadır. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, bireyin özel hayata saygı hakkını kullanabilmesi açısından kişisel verilerin korunmasının hayati bir önemi olduğunu belirtmektedir. Buna ilaveten kişisel sağlık bilgilerinin ulusal hukukta güvenliğinin korunması üzerinde özellikle durmaktadır. Kişisel sağlık verilerinin korunması hem hasta mahremiyeti açısından hem de hastanın sağlık hizmetlerine karşı duyduğu güvenin korunması açısından önem arz etmektedir (Öncü, 2019, s. 83). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 20/10/2016 tarihinde “Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik” resmî gazetede yayımlanmıştır. Yönetmeliğin amacı; veri mahremiyetinin sağlanarak kişisel verilerin korunması, kişisel sağlık bilgilerini toplama, işleme, aktarma bu verilere ulaşım için kurulacak sisteme, kişisel sağlık verisi kaydı tutulan sistemlerin güvenilirliği ve denetimi ile sağlık hizmeti sunumundaki personel hareketlerinin Bakanlığa bildirilmesine ilişkin

işlemlerde uyulması gereken usul ve esasları düzenlemektir (www.resmigazete.gov.tr). 21/06/2019 tarihinde resmi gazetede yayımlanan “Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik” ise, sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen süreç ve uygulamalarda uyulması gereken usul ve esasları düzenlemektedir. Yönetmeliğin içeriğinde; kişisel sağlık verilerine erişim, kişisel sağlık verilerinin gizlenmesi, düzeltilmesi, imha edilmesi ve aktarılması, bilimsel amaçlarla işleme ve açık sağlık verisi, veri güvenliği ile ilgili konularda düzenlemeler mevcuttur. Bu yönetmeliğin yayımlanması sonrası, 20/10/2016 tarihli ve 29863 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik” yürürlükten kaldırılmıştır (www.saglik.gov.tr).

Mahremiyete sağlık hizmetleri açısından bakıldığında, bireyin sağlık kayıtlarına diğerlerinin ne düzeyde ve hangi koşullar altında erişebileceğinin sınırlarını belirleyen bir kavram olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (Mendelson ve Rees, 2014, s. 4). Kişisel verilerin korunmasındaki etik problemler belki de en fazla sağlık alanında göze çarpmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda tedavi ve araştırma sürecinde doğru adımlar atabilmek adına bilgiye erişim önemli bir gerekliliktir. Bu süreçte meydana gelebilecek mahremiyet ihlâli ihtimali düşünüldüğünde, sağlık yöneticileri ve çalışanları için hastanın mahremiyetini koruma durumu ahlâki bir sorumluluk haline gelmektedir. Bir tarafta hekim açısından hastaya ait tıbbi bilgilerin ulaşılabilirliğinin kolaylaştırılması gerekirken, diğer tarafta bilginin korunması için üst düzey tedbirlerin alınması gerekmektedir. Bu dengenin hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkide oluşturulması gerektiği gibi, sağlık hizmeti sunan kurumca uygulanan bilgi güvenliği politikasında da dikkate alınması gerekmektedir (Avaner, 2018, s. 113). Dikkat edilmesi gereken diğer bir husus da halk sağlığı ve toplum faydası adına tutulan kayıtlardır. Bu kayıtlar bilimsel bir veri olmakla birlikte, sürecin mesleki gizlilik ilkesiyle yürütülmesi, erişim izninin etik talimatlar çerçevesinde sınırlandırılması ve paylaşım yönteminin akılcı şekilde, insan onuruna uygun, kişiye zarar vermeyen ve kamu sağlığını gözeten biçimde belirlenmesi önemlidir (Şenyürek, 2017, s. 156).

Kişisel verilerin korunması hakkına değinirken bireylerin bilgi edinme hakkını da ifade etmek bütünlük açısından anlamlı olacaktır. Demokratik yönetimin gereği olan eşit, açık ve tarafsız olarak kişilerin bilgi edinme hakkını kullanmalarına

ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 24/10/2003 tarihli resmi gazetede yayımlanan Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun mahremiyeti kapsayan 21. maddesi şu şekildedir; *“Kişinin izin verdiği hâller saklı kalmak üzere, özel hayatın gizliliği kapsamında, açıklanması hâlinde kişinin sağlık bilgileri ile özel ve aile hayatına, şeref ve haysiyetine, meslekî ve ekonomik değerlerine haksız müdahale oluşturacak bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır. Kamu yararının gerektirdiği hâllerde, kişisel bilgi veya belgeler, kurum ve kuruluşlar tarafından, ilgili kişiye en az yedi gün önceden haber verilerek yazılı rızası alınmak koşuluyla açıklanabilir”* (www.mevzuat.gov.tr).

Teknolojinin gelişimi ve modern hayata geçilmesiyle birlikte bildirim zorunlu haller haricinde; kişisel sağlık verilerine ulaşım daha kolay bir duruma getirilmiştir ve bu noktada birtakım sorunlar gündeme gelmeye başlamıştır. Bu doğrultuda günümüzde sağlık hizmet sunumu açısından gizlilik ve mahremiyet kavramının yeniden yapılandırılması, yapılandırma içerisinde de insanın değeri, tıp etkinliği, hekim-hasta ilişkisinden ziyade insan-insan ilişkisinden söz edilmesi gerekmektedir (Şenyürek, 2017, s. 152).

Mahremiyetin korunması teknolojinin gelişmesi ile birlikte daha zor hale gelmiştir. Bu sebeple yasal düzenlemelerin yapılarak hasta bilgilerinin korunması sağlanmalı, devlet ve sağlık kuruluşları tarafından siber saldırılara yönelik tedbirler alınmalı ve bilgi yönetim sistemleri geliştirilmelidir (Özmen, 2022, s. 263). Kişisel verilerin içerisinde yer alan ve korunması elzem bir hak olarak ifade edilen sağlık bilgileri, mahremiyet kapsamında hassasiyet gösterilmesi gereken bilgilerdir.

1.1.1.2. İnsan Hakları Kapsamında Mahremiyet

Herkes kişiliğine bağlı dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilmez temel hak ve özgürlüklere sahiptir. Bireyin yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkı bulunmakla birlikte özel yaşamın gizliliğine dokunulamaz. Kişilik hakları bireylerin yaşam, şeref, haysiyet, özel ve aile yaşamlarını koruyan bir konumda yer almaktadır (Banar, 2003, s. 31). Mahremiyeti kişilik hakkı, kişisel hak ve özgürlükler gibi hukuki temellere dayandırmadan, bu terimlerle olan bağlantısını ifade etmeden, hukuki açıdan özel yaşam alanını veya mahremiyeti kavramak ve ne anlama

geldiğini açıklamak güç olacaktır (Yüksel, 2003, s. 187). Hukuki boyutta bireylerin kişilik hakları, özel alan ve mahremiyet durumları ulusal ve uluslararası anayasalar ve insan hakları sözleşmeleri ile açıkça belirlenip tanımlanmaya çalışılmıştır.

Bireylerin kişilik hakları, özel alan, mahremiyet durumları kanunlarla dünya çapında korunmaktadır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 12.maddeye göre; *Kimsenin özel yaşamına, ailesine konutuna ya da haberleşmesine keyfi olarak karışamaz, şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır* (www.ihd.org.tr). Bu madde ile kişiye özel olan tüm hususların mahremiyetinin korunmasının bir hak olduğu açıkça ifade edilmektedir. Konu ile ilgili ülkemizde 2016 yılında Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu yayımlanmıştır. Kanun insan haklarının korunması ve geliştirilmesi, kişiler arası eşit davranış görme hakkının güvence altına alınması, hukuki hak ve hürriyetlerden faydalanmada ayırım yapılmasının önlenmesi ile bu ilkeler ışığında faaliyet göstermek, eziyet ve kötü davranışla mücadele etmek ve konuyla ilgili ulusal önlem mekanizması sorumluluğunu yerine getirmek üzere Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumunun kurulması, görev ve yetkilerine ilişkin esasların düzenlemesi amacıyla yayımlanmıştır. Kanunun dayandığı temel ilkeler itibariyle bu uygulamaları gerçekleştirirken insan hakları temelli yaklaşım çerçevesinde; tarafsızlık, dürüstlük, mahremiyete saygı, kişisel verilerin korunması, kazanılmış hakların korunması gibi ilkeleri esas almaktadır (www.mevzuat.gov.tr).

1.1.1.3. Hasta Hakları Kapsamında Mahremiyet

Kişi hak ve değerlerinin sağlık alanına yansımalarını ifade eden hasta hakları, en temel insan haklarından biridir. Hipokrat Yemini'nde ifade edilen, ötenazi ve kürtaj yasağı, sır tutma ve hastalara saygı gösterme yükümlülüğü hasta haklarının ilk örnekleridir. Yıllar boyunca hasta hakları alanında önemli gelişmeler olmuş, bu alanda büyük ölçüde uluslararası standartlara ulaşılmıştır. Uluslararası bildirgelerde hasta hakları; sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değeri olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda hasta hakları; bilgilendirme, onam, özel yaşamın korunması ve mahremiyet, tedavi ve bakım hizmetlerinden faydalanma, ilgili mercilere müracaat gibi hususları kapsamaktadır (Tanrıverdi, 2012, s. 103).

1963 yılında yayımlanan “Helsinki Deklarasyonu” hasta hakları kapsamındaki ilk önemli belgelerden biridir. Hasta hakları alanında ilk uluslararası belge niteliği taşıyan “Lizbon Hasta Hakları Bildirisi”, Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında kabul edilmiştir. 1994 yılında Amsterdam’da yayımlanan “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” ve Dünya Tabipler Birliği tarafından 1995 yılında Bali’de düzenlenen “Bali Bildirisi”, hasta hakları konusundaki güncel ve önemli uluslararası belgeler olarak sayılabilir (Taylan ve Baydoğan, 2015, s. 249). Lizbon Hasta Hakları Bildirisi’nin gözden geçirilmiş hali olan Bali Bildirisi ile hekimlerin, sağlık bakımıyla ilgili kişilerin veya kurumların bu hakların tanınması ve desteklenmesi noktasında ortak yükümlülükleri doğmaktadır. Bildiride kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyeti olmayan hasta, hastanın isteğine karşın yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini destek hakkı olmak üzere 11 maddeye yer verilmiştir. Bildiride; *“Hastanın kimliği, sağlık durumu, tanısı, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler korunmalıdır.”* ibaresi gizlilik hakkı maddesi altında yer almaktadır. Bu bilgiler ölümden sonra da gizli olarak tutulmalıdır. Tıbbi bakım ve tedavi süresince hastanın kültür ve değerleri göz önünde tutularak onuruna ve özel hayatına saygı gösterilmelidir. Hastanın yararına yönelik hareket edilirken, aynı zamanda hastanın özerkliği ve hakları da garanti edilmelidir (www.istanbulsaglik.gov.tr).

01/08/1998 tarihli resmi gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği de, temel insan haklarının sağlık hizmetlerindeki yansıması olan başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuat ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul gören hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda ve bunların dışında sağlık hizmeti verilen durumlarda, insan onuruna yaraşır şekilde hasta haklarından yararlanılabilmesine, hak ihlallerinin önlenmesine ve gerekli hallerde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu yönetmelik kapsamında güvence altına alınan hasta hakları; sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı, ötenazi yasağı,

tıbbi özen gösterilmesi, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, bilgi verilmesini yasaklama, mahremiyete saygı gösterilmesi, rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulması, hastanın rızası ve izin, tedaviyi reddetme ve durdurma, organ ve doku alınmasında rıza, tıbbi araştırmalarda rıza, gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi, güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma, müracaat, Őikâyet ve dava hakkı Şeklinde sıralanmaktadır. Hasta haklarının korunması kapsamında mahremiyete saygı gösterilmesi maddesi yapılan her türlü tıbbi müdahalenin hasta mahremiyetine saygı gösterilerek icra edilmesini esas almaktadır ve hastanın mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebildiğini ifade etmektedir. İlgili madde hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini, muayenenin, teŐhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini, tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın Őahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini, sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını kapsar. Ayrıca ölüm olayının da mahremiyetin bozulması hakkını vermediğini, eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızasının alınması gerektiğini belirtilmektedir (www.mevzuat.gov.tr).

2003 yılında “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayımlanmıştır. Yönergenin amacı; sağlık kurumlarında yaşanan hasta hakkı ihlâlleri ile ortaya çıkan problemlerin önlenmesi, sağlık hizmeti sunarken insan onuruna yakışır Şekilde hareket edilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, hastaların hak ihlâllerinden korunabilmesine ve gerekli hallerde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları belirlemektir. Bu yönerge Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde düzenlenerek 26/04/2005 tarihinde “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” olarak tekrar yayımlanmıştır. Son olarak 2014 yılında, Hasta Hakları Yönetmeliğinde yapılan düzenlemelerin hasta hakları uygulamaları

için yeterli olduğu öne sürülerek Hasta Hakları Uygulama Yönergesine ihtiyaç duyulmadığı, “Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin Kaldırılmasına Dair Yönerge” ile ifade edilmiştir (www.sbu.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı tarafından, hasta mahremiyetinin korunmasına yönelik olarak 13/12/2017 tarihinde mahremiyet yazısı 81 il valiliği sağlık müdürlüklerine gönderilmiştir. Bu yazı ile sağlık hizmet sunumunda mahremiyete saygı gösterilmesinin temel bir değer olduğu belirtilerek aşağıda belirtilen hususlara riayet edilmesi istenmiştir. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2017, s. 1):

- Hastaların muayene, tetkik, tedavi, görüntüleme, cerrahi işlemler ve yoğun bakım ünitelerinde hizmet aldıkları süreler içerisinde, ayrıca transfer esnasında mahremiyetlerinin korunmasına yönelik tedbirlerin alınması (perde/paravan, önlük kullanılması),
- Bebek bakım ve emzirme odaları dâhil olmak üzere hizmet sunulan tüm alanlarda mahremiyeti sağlayacak düzenlemelerin yapılması,
- Hasta ve tedavisi ile doğrudan ilgisi olmayan kişilerin (sağlık personeli dâhil) tıbbi müdahale sırasında ortamda bulunmaması,
- Hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanması,
- Ölüm olayı sonrası da mahremiyet hakkına saygı gösterilmesi,
- Sağlık çalışanı ve ziyaretçilerin hastalar ile ilgili her türlü fotoğraf ve video paylaşmaktan imtina etmeleridir.

Hasta mahremiyeti kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği ile bedensel ve manevi değerlerinin de korunmasını güvence altına almayı gerekli kılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2016/10 sayılı genelgede, sahada yapılan incelemelerde özellikle cerrahi işlemler esnasında ve yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetine yeterince riayet edilmediğinin görüldüğü ve bu konuda gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerektiği belirtilmektedir. Hasta mahremiyetini teminen geçerli mevzuata titizlikle uyulması ve özellikle şu noktalara dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir (www.saglikaktuel.com):

- Yoğun bakım üniteleri ile girişimsel işlemler ve görüntüleme gibi hastanın bedeninde uygulama yapılması gereken durumlarda mahremiyeti koruyacak önlemlerin alınması, hastayı hazırlarken mahremiyet ilkelerine azami ölçüde

dikkat edilmesi (bedenin mahrem kısımlarını örten önlük ve bone kullanılması gibi),

- Birden fazla hastanın bulunduğu poliklinik, acil servis, kan alma, gözlem ve hasta odası gibi yerlerde mahremiyeti koruyacak şekilde düzenleme yapılması (perde, paravanla ayırma gibi),
- Muayene, işlem ya da tedavi, görüntüleme, klinik görüşmeler ve hasta transferi uygulamalarında Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun bir şekilde davranılması,
- Hasta ve tedavisi ile doğrudan bağlantısı olmayan kişilerin (sağlık personeli dâhil), müdahale sırasında ortamda bulunmaması ve hastanın sağlık bilgilerinin gizliliğinin sağlanması,
- Ölüm gerçekleşmiş olsa da mahremiyete riayet edilmesi.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar, kaynak ve personel yetersizliği, iş yükünün fazla olması, sosyoekonomik gelişmişlik seviyesinin düşüklüğü gibi nedenlerin gerek sağlık çalışanları gerekse hastalar tarafından hasta haklarının yeterince önemsenmemesine yol açtığı düşünülmektedir (Kırılmaz vd., 2018, s. 235). Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda ortaya çıkabilecek olumsuz durumların önlenmesi, insan onurunu zedelemeyen ve insanı merkez alan bir uygulamanın benimsenmesi için hasta haklarının hizmet sunan ve alan taraflarca iyi bilinmesi ve uygulanması gerekir (Fırat, 2017, s. 170). Sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanlarının iş odaklı yaklaşım sergilemesi çoğu zaman hizmet alanın bir insan olduğu gerçeğinin unutulmasına, merkezde işin olması hasta istek ve beklentilerinin ikinci sıraya gerilemesine sebep olmaktadır. Sağlık hizmeti süreçlerinde hasta haklarının etkili olması iş odaklı yaklaşımdan hasta odaklı yaklaşıma geçilmesine katkı sağlayacaktır (Bostan, 2008, s. 13). Hasta odaklı bir yaklaşım benimsenmesi, hastaların ön planda olması, istek ve beklentilerinin dikkate alınarak buna yönelik adımların atılması hasta haklarında önemli bir yeri olan mahremiyet kavramına karşı daha hassas bir yaklaşımın sergilenmesine katkı sağlayacaktır.

1.1.2. Hasta Mahremiyeti

Mahremiyet, bireyin maddi ve manevi değerler bütünlüğünü kontrol altında tutabilmesidir. Kişiye özgü olan ve başkalarınca bilinmesi istenilmeyen her şey

mahremiyet kapsamına girmektedir. Bireyler arası ilişkinin yoğun olarak yaşandığı alanlardan birini oluşturan sağlık hizmetlerinde bu kavram önemli bir yer edinmektedir. Sağlık hizmetinden faydalanan kişinin tıbbi durumu buradaki ilişkinin kapsam ve sınırını belirlemektedir (Alan ve Erbay, 2011, s. 33). Dünya Sağlık Örgütü hasta mahremiyetini, bireyin kişisel sağlık bilgilerine kimin erişebileceğini belirleme hakkı şeklinde ifade etmiştir (WHO, 2000, s. 32). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları Rehberinde ise hasta mahremiyeti, hastanın tedavi ve bakım maksadıyla ya da farklı bir amaçla açıklamak zorunda olduğu ancak diğer bireylerin tümünün bilgisinden gizlemek istediği yaşam alanını ifade eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır (2020, s. 9).

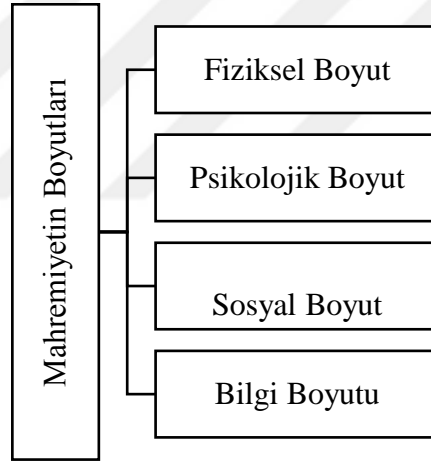
Hasta mahremiyeti, hastaya özel olan her şeyin gizli olma durumunu ifade etmektedir. Sağlık çalışanları konumları ve sundukları hizmet gereği hastanın mahrem alanına girme gücüne sahiptir. Bir hastanın mahremiyet alanına girmek, hastalığı ve özel yaşamı ile ilgili tüm bilgilerini öğrenecek kadar ona yakın olmak anlamına gelmektedir. Sağlık çalışanları hastanın tanısı, tedavisi ve bakımı ile birebir ilgilenmekte ve kimi zaman hastanın kendisinin bile bilmediği sırlarına erişebilmektedir (Çetinalp, 2016; Akt. Arslan ve Demir, 2017: 195). Bu erişim gücü hasta mahremiyetinin korunması noktasında sağlık çalışanlarının tutumunun oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Nitekim Murray ve diğerleri (2011, s. 748) hasta mahremiyetinin sağlık hizmetlerinde korunması gereken en önemli konulardan biri olduğunu, mahremiyetin korunmasının hastalar için bir hak olduğunu ve bunu sağlama görevinin de sağlık çalışanlarına ait olduğunu belirtmektedir.

Mahremiyet sağlık hizmeti sunumunun bütün süreçlerinde dikkat edilmesi gereken bir konudur. Hastadan anamnez (hastalık öyküsü) alınırken, tanı, tedavi, tedavi sonrası süreç ve hatta ölümden sonra bile hasta mahremiyetini korumak oldukça önemlidir (Sankar vd., 2003: 659). Bu önem mahremiyetin sağlanabilmesi için gerekli hususlardan kaynaklanmaktadır. Bu hususlar; hastaların sınırlarını korumak, değer ve inançlarına saygı duymak, özsaygısının zedelenmesine engel olmak ve gizliliğini muhafaza etmek olarak ifade edilebilir. Bu durumların sağlanması ancak hasta mahremiyetinin korunması ile mümkün olabilir.

Hasta mahremiyeti kavramından söz edilirken akla genellikle hastanın beden ve bilgilerinin mahremiyeti gelmektedir. Hasta mahremiyetini yalnızca bedensel ya da bilgi mahremiyeti olarak görmemek gerekmektedir. Kavramın bilişsel, fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarının olduğu göz ardı edilmeyerek, sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları yapılandırılırken tüm boyutlar ele alınmalıdır (Özata ve Özer, 2017, s. 3).

1.1.2.1. Hasta Mahremiyetinin Boyutları

Hasta mahremiyeti kavramı çeşitli boyutları ile tanımlanmakla birlikte, Burgoon ve diğerleri tarafından; fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilgi boyutu ile ele alınmıştır (Burgoon vd., 1998; Akt. Kilpia vd., 2001, s. 664). Bu başlık altında hasta mahremiyetinin alt boyutları olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilgi boyutlarına değinilmiş ve Burgoon ve diğerlerinden (1998) esinlenerek Şekil 1 oluşturulmuştur.



Şekil 1. Mahremiyetin Boyutları

Kaynak: Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Fiziksel Mahremiyet Boyutu

Fiziksel mahremiyet, bedensel mahremiyeti de kapsayan, kişinin kendi çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir. Bireyin bedenini çevreleyen, diğerleri tarafından görünmeyen gizli alanları, ev ve iş yeri gibi fiziksel alanlar üzerindeki denetimini, yani kişisel hâkimiyet alanını ifade etmektedir (Sağlıkta Kalite Standartları, 2020, s. 6). Fiziksel mahremiyet ayrıca diğer bireyler ile olan fiziksel teması ve bu temastaki yakınlığın kontrolünü de içermektedir (Marshall,

1972, s. 93). Belsey ve Chadwick fiziksel mahremiyeti, bedenın yalnızca fiziksel temastan değil aynı zamanda görsel temastan da uzak olarak varlığını sürdürmesi anlamına geldiğini ifade etmektedir (Belsey ve Chadwick, 1998; Akt. İzgi, 2014, s. 26).

Gizlilik ve güvenilirlik ilkesi bağlamında, hastaların fiziki mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması gerekliliğini vurgulayan ‘‘Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu’’, T.C. Sağlık Bakanlığı İnaaat ve Onarım Daire Başkanlığı tarafından yayımlanmıştır. İlgili kılavuz hasta mahremiyeti ve gizliliğinin korunması ve oluşturulmasına yönelik mekn uyumunun işlevsel plana göre sağlanması gerektiğini belirtmektedir. Bu doğrultuda yapılması gerekenler şöyle sıralanmaktadır:

- Genel sirkülasyon ile sağlık çalışanı/hasta sirkülasyonu ayrı tutulmalıdır.
- Sedyeye ile taşınan veya pijamalı hastaların bekleme yerleri, plan dâhilinde bulunan özel sınır içerisinde ve genel sirkülasyon sisteminin dışında olmalıdır.
- Hasta hakkında bilgi paylaşımı için; hastalık bilgileri, bakım planları, sigorta ve finans durumları, kişisel bilgi ve belgelerinin saklanması için odalar veya odaların içerisinde özel bölümler bulundurulmalıdır.
- Birden çok yataklı koğuş tipi hasta odalarında; refakatçilerin, hastaların ve ailelerin hem kendi aralarında hem de sağlık çalışanı ile özel görüşme yapabileceği bir alan bulundurulmalıdır.
- Her hastanın diğer hasta ve ziyaretçilerin kendisini görmesine engel olacak şekilde görsel mahremiyet sağlanmalıdır.

Bireyin beden mahremiyeti sadece yaşarken değil, öldüğünde de korunması gereken bir olgudur. Hayatı henüz sona ermiş kişilerin beden mahremiyeti, belki de yaşayan insanlarınkinden bile daha mühimdir. Kendini ifade etmekten yoksun, yalnızca bedenen var olan ancak yakınları için insan olarak kabul görmeye devam eden bir beden söz konusudur ve bu noktada insan onuruna yakışan biçimde uygulama yapılması gerekmektedir (Alan ve Erbay, 2011, s. 35). Özetle fiziksel mahremiyet hastanın sağlık kurumuna müracaatı ile başlayan, teşhis, tedavi, tanı

süreçleriyle devam eden, taburculuğu ve vefatı da dâhil olmak üzere tüm zamanlarda bedensel bütünlüğünün korunmasını ifade eden önemli bir olgudur.

Bilgi Mahremiyeti Boyutu

Hasta mahremiyeti karmaşık ve değer yüklü bir kavramdır. Hastanın mahremiyet ihtiyaçları arasında yer alan bilgi mahremiyeti, bireyin kendisiyle ilgili verileri kontrol etme isteği veya yeteneği olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle bilgi mahremiyeti, bireyin kişisel bilgilerine diğerleri tarafından erişilme durumunu kontrol edebilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmet sunumunda bilgi mahremiyeti, kişinin sağlık bilgilerinin aktarımının kontrol edilmesini sağlar. Sağlık hizmet sunucuları, bakım ve tedaviye yönelik tüm bilgilerin hasta tarafından eksiksiz ve doğru olarak aktarılmasını isterlerken, hastalar da verilen bilgilerin mahremiyetinin korunmasını istemektedirler (Shen vd., 2019; Akt. Behesht-Atashgah vd., 2020, s. 3). Çünkü sağlık hizmet sunumu sırasında sağlık çalışanları, kişilerin özel hayatları ile doğrudan ilişkili ya da yaşamlarının bu alanına ait sayılabilecek bilgilere sahip olmaktadır. Bilgilerden bazıları kişinin kendisi tarafından aktarılırken bazıları da uygulamalar sırasında ortaya çıkan bilgilerdir. Sağlık çalışanları bu bilgilere sahip olmakla kişinin özel yaşamının gizliliğine saygı gösterme ve onu koruma görevi ile yükümlenmektedirler (Oğuz, 2005, s. 196).

Bilgi mahremiyeti, hastanın sağlık çalışanlarına aktardığı bilgilerinin diğerleri tarafından öğrenilmeyeceğine dair güven duymasına imkân sağlamaktadır. Bilgi mahremiyeti korunduğunda hastalar daha dürüst ve kendilerini güvende hissederek bilgi paylaşımı yapma eğiliminde olurlar. Burada sağlık çalışanı ve hasta arasında güvene dayalı bir ilişkinin kurulmaması sağlık hizmet sunumuna olumsuz olarak yansımaktadır (Siegler, 1982, s. 1519). Çünkü bilgilerinin korunacağına dair güveni olmayan hasta, kendisiyle ilgili bilgileri eksik veya yanlış söylemeyi seçebilmektedir. Bu durum ise teşhis, tedavi ve bakım sürecinde olumsuzlukların yaşanmasına neden olabilmektedir. Hasta tarafından bilgilerin doğru verilmemesi sonucu tedavi sürecinin aksaması, iyileşme sürecinin uzaması hatta süreçte gerileme olması olumsuz ihtimaller dâhilindedir. Bundan dolayı sağlık çalışanlarının hastalara mahremiyet çerçevesinde bir tutum sergilemesi oldukça önemlidir.

Sağlıkta Kalite Standartları (2020, s. 136), hasta bilgilerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca aşağıda belirtilen hususlar önemsenmektedir:

- Bilgi mahremiyetinin kapsamı, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumunu da içermelidir,
- Hastaya uygulanan işlemler ve tıbbi değerlendirmelere ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır,
- Teşhis ve tedavi süreçlerini içeren bilgi ve belgelerin, hasta hariç kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir,
- Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır,
- Hasta ve yakınları bilgilendirilirken hastanın mahremiyeti korunmalıdır,
- Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi aktarımı esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir.

Belirtilen hususlar dikkate alındığında bilgi mahremiyetinin sağlanması daha kolay olabilecek ve hastalar kendilerini daha güvende hissederek daha rahat ifade edebileceklerdir.

Psikolojik Mahremiyet Boyutu

Psikolojik mahremiyet bireyin inanç, erdem, değer ve onu etkileyen diğer hususlardaki bilgileri denetleme, düşünce ve duygularını ne zaman ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsamaktadır (Kilpua vd., 2001, s. 665). Hastaların, sağlık durumları ile ilgili kararlarına sağlık profesyonellerinin katılımına ne ölçüde izin verdiğine, duygu, düşünce, kültürel inançlar ve dini uygulamalar gibi özel ve kültürel değerlerinin korunmasına ilişkin algıları sağlık hizmetleri açısından psikolojik mahremiyeti ifade etmektedir. (Whitehead ve Wheeler, 2008, s. 381).

Bireyin hastalık ve sağlık durumuna yalnızca tıbbi açıdan yaklaşmak yerine, sağlık hizmeti alım sürecinde içinde bulunduğu psikolojik ve zihinsel duruma yönelik bir yaklaşımın benimsenmesi, hastanın toplumsal ve çevresel şartlarına göre tavır sergilenmesi önemlidir (Gökçe ve Bulduklu, 2015, s. 42). Sağlık hizmeti sunumunda yer alan sağlık çalışanları da kendi kişisel değer ve yargıları ile

davranmaktan ziyade mevzuatın ve koşulların uygun olduğu ölçüde hastanın isteklerini karşılamaya çaba göstermelidirler (Korkmaz, 2020, s. 581).

Sosyal Mahremiyet Boyutu

Sosyal mahremiyet, kişinin sosyal ilişkilerinin yönetimi, ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine yönelik kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önüne almayı gerektirir. Çünkü bireyin sosyal ilişkilerini kontrol etme çabası olarak tanımlanan sosyal mahremiyet üzerinde kültürün güçlü bir etkisi bulunmaktadır. Mahremiyetin kapsamı, önemi ve mahremiyeti koruma yöntemleri çeşitli kültürlerde bu nedenle farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyet ile ilgili değer, inanç ve beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır (Kilpia vd., 2001, s. 665; Sağlıkta Kalite Standartları, 2016, s. 13).

Sosyal mahremiyet kişilerarası ilişkileri düzenleyen, bireyin davranışlarını etkilemeyi ve yönetmeyi sağlayan bir tavır alma biçimidir. Bireyin etrafındakilerle etkileşime girerken nasıl bir tutum sergileyeceğini ve sınırlarının nasıl olacağını belirlemektedir. Sağlık hizmetleri nezdinde değerlendirildiğinde sosyal mahremiyet, hasta, hasta yakınlarını ve sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları farklı bilgi ve haklara sahip bireylerdir. Sağlık kurumlarına müracaat eden kişiler genellikle yardıma ihtiyacı olan, kırılgan ve istismar edilmeye müsait bir konumdadır. Bu durum göz önüne alınarak kişilerin empatiye dayalı, sorunlardan söz edebilen ve saygı çerçevesinde sınırlarının belirlendiği ilişkiler kurmaları gerekmektedir (Karabey, 2021, s. 14).

Bireylerin doğduğu/yaşadığı çevredeki kültürel değerler ve dini inançlar bireylerin mahremiyet algısını şekillendirmektedir. Bireylerin mahremiyete ilişkin görüş ve tutumlarının onların inanç sistemlerinden kaynaklandığı muhtemeldir ve her hastanın sosyal mahremiyet algısı bu doğrultuda değişim gösterebilmektedir. Sağlık çalışanlarının bunun bilincinde olarak hastaya sağlık hizmeti sunması gerekmektedir. Sağlık çalışanları hastanın dini inancı ve kültürel değerlerini bilmeli, tedavi ve bakım sürecinde buna uygun şekilde davranmalıdır (Değirmen, 2014, s. 21). Sosyal mahremiyet sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde önemli bir boyuttur ve

kişilerarası beklentiler değişken olsa da bu beklentilerin karşılanmasına hassasiyet gösterilmelidir.

1.1.2.2. Etik Açısından Hasta Mahremiyeti

Etik, felsefenin bir alt dalı olarak ahlaki yönden iyi ve kötünün ne olduğuna dair bir referans ya da kaynak bulmaya ve etiğin boyutlarını bu çerçevede belirlemeye yönelik bir akıl yürütme uğraşı olarak tanımlanabilir (Dede, 2019, s. 711). Etik yaklaşımları temelinde normatif ve betimleyici etik şeklinde ikiye ayırmak mümkündür. Normatif etik nerede ve nasıl davranılması gerektiği, betimleyici etik ise bireylerin nasıl davrandığı ve bunların sebepleri üzerinde durmaktadır (Küçükkoğlu, 2012, s. 180).

Her meslek kendine özgü etik kurallara sahiptir. Meslek üyeleri tarafından genel olarak kabul edilen ilkeler dizisine etik ilkeler denir. Etik ilkeler mesleğin üyelerine ve topluma, mesleğin temel amaçları, değerleri hakkında bilgi verir, meslek üyelerinin etik problemlere karşı akılcı ve doğru karar verebilmeleri için yol göstermektedir (Karadakovan, 2008, s. 61). Ulusal ve uluslararası alanda kabul görmüş etik ilkeler, mesleki uygulamalarda tutarlılık ve dinamiklik sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (Kahriman ve Çalık, 2017, s. 112).

Meslek etiğinin tıptaki uzantısı olan tıbbi etik, tıbbi uygulamalar esnasında ortaya çıkan insani ve mesleki değer sorunlarını ve buna yönelik çözümlerin geliştirilmesini sağlamaktadır (Yöndemli, 2005, s. 110). Sağlık hizmeti etik ilkeleri ise; aydınlatılmış onam, yararlılık-zarar vermeme, özerkliğe saygı, dürüstlük, adalet, gizlilik-güvenirlilik şeklinde sayılmaktadır (Sayım, 2011, s. 55).

Aydınlatılmış Onam İlkesi

Sağlık etiği açısından bakıldığında onam, bireyin kendisine uygulanacak tıbbi tedavi ve tanı yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise, kabul veya reddetme durumunun, bireye konuyla ilgili verilen bilgiler ışığında olması anlamına gelmektedir. Hastaya uygulanacak yöntemin kapsamı, yapısı, yararları ve zararları, yöntemin alternatif seçeneklerini ve bunların sonuçları kavramın aydınlatma kısmına karşılık gelmektedir. Onam bölümü ise, aydınlatma sonrası yeterli olan birey tarafından özgürce kabul ya da reddetme eyleminin

gerçekleştirilmesidir. Hastanın sunulan seçenekleri kavrayabilmesi, konu hakkında düşünüp akıl yürütebilmesi, sonuçları değerlendirip karara varacak yeterlilikte olması bu noktada önemlidir. Aydınlatılmış onamın öğeleri (Büken, 2018, s. 100);

- Hastaya bilginin açıklanması,
- Hasta tarafından bilginin anlaşılması,
- Onamın gönüllülük esasına dayanması,
- Hastanın onam vermeye yeterliliğinin olmasıdır.

Aydınlatılmış onam hasta mahremiyeti yönünden önemli bir ilkedir. Mahremiyet kapsamında hastaya yapılacak işlemler öncesi hasta veya hasta yakınına ayrıntılı bilgi vermek ve onların iznini almak oluşabilecek mahremiyet ihlallerinin de önüne geçmektedir. Ayrıca yapılacak işlemler öncesi rıza almak ve bilgilendirmek, hasta ve yakınının kendini güvende hissetmesine ve mahremiyetinin korunduğuna dair bir inanç geliştirmesine katkı sağlayabilir.

Özerkliğe Saygı İlkesi

Özerklik, bir topluluğun veya bireyin karar verme ve belirli bir hayat biçimini seçme özgürlüğünü ifade etmektedir. Sağlık etiğindeki kullanımı bireysel özerkliğe işaret etmektedir ve bu alanda kişinin kendi değerleri doğrultusunda kararlar alabilmesi anlamına gelmektedir (Oğuz vd., 2005, s. 196). Tıbbi kararlar bağlamında özerklik, hastaların yaşam tercihlerinin tanınması, tedaviyi kabul veya reddetme hakkına saygı duyulması ve tedavi sürecinin aktif bir parçası olarak söz sahibi olmasını içermektedir (Jöbges vd., 2022, s. 2). Hastaların haklarına ve özerk seçimlerine saygı duymak, tıbbi kararlara katılımlarını sağlamak ve bu amaç doğrultusunda yeterli ve doğru bilgiyi sunmak özerkliğe saygı ilkesinin kapsamını oluşturmaktadır. Özerkliğe saygı ilkesinin sürdürülebilmesi, aydınlatılmış onam ilkesinin uygulanmasıyla yakın ilişki içerisindedir (Aydın ve Ersoy, 1995, s. 50). Yaşanan tüm süreçlerde hastanın kendisiyle ilgili karar verme hakkına saygı duymak ve hassasiyetlerine karşı duyarlı olmak önemli ve gerekli bir husustur (Gültekin, 2016, s. 115). Bu doğrultuda özerkliğe saygı ilkesi mahremiyet ile ilişkilendirildiğinde; hastanın mahremiyet ile ilgili beklenti ve seçimleri konusunda özgür bırakılmasına ve kendi kararlarını almasına imkân tanıyarak mahremiyetin korunmasını sağlayan bir ilke olarak yorumlanabilir.

Yararlılık-Zarar Vermeme İlkesi

Yararlılık ve zarar vermeme, Hipokrat Yemini'nden günümüze kadar gelen bir kavramdır. Hipokrat Yemini'nde "öncelikle zarar verme" şeklinde geçmektedir ve hastaya yapılan işlemler öncesi ilk amacın ona zarar vermeden, yarar sağlayarak sağlık hizmeti sunmak olduğu şeklinde ifade edilmektedir (Mann vd., 2021, s. 2). Yararlılık ve zarar vermeme ilkesi, hastanın karşılaşılabileceği risk ve hasarı en aza indirgeyip, hastanın en iyi ölçüde fayda sağlamasına hizmet ederek, yarar ve zarar arasındaki dengenin gözetileceği ikili bir yükümlülüğü ifade etmektedir. Oluşabilecek hasarlar yalnızca fiziki değil, ruhsal aynı zamanda kişinin mahremiyetine ve özel hayatın gizliliğine zarar veren bir durum da olabilir. Hastanın içinde bulunduğu koşula uygun tedavi, bakım ve destek sağlanmalıdır (Avrupa Konseyi, 2014, s. 10). Mahremiyet açısından değerlendirildiğinde hastaya yarar sağlamak için yapılan işlemler sağlığını iyileştirirken o esnada mahremiyetinin korunamaması hastanın ruhsal açıdan zarar görmesine neden olabilir. Yararlılık-zarar vermeme ilkesi doğrultusunda hastaya yarar sağlarken aynı zamanda zarar vermeden mahremiyetine karşı hassasiyet göstermek gereklidir.

Adalet İlkesi

Yaşamın her alanında adalet ve adalet ilkesine gereksinim duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin istenen nitelik ve değerde olabilmesi hizmet dağılımı yapılırken etik değerler ölçüsünde adaletli bir yaklaşım sonucu sağlanabilmektedir. Örneğin; yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısının sınırlı olması sebebiyle bunlardan hangi hastaların ne ölçüde faydalanacağı ve hastalar arasında kullanımının nasıl paylaşılacağı etik ilkeler kapsamında adalet ilkesinin konusudur (Aydın ve Ersoy, 1994, s. 63). Bu doğrultuda adalet ilkesi hastalara aynı kalitede sağlık hizmeti sunumunu ve sınırlı kaynakların adil şekilde dağıtılmasını desteklemektedir (Taylor, 2013, s. 5). Adalet ilkesi, hastanın kaliteli sağlık hizmetine eşit, adil ve hakkaniyetle erişebilme hakkı olarak İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin 3. Maddesi'nde yer almaktadır. Adalet öncelikle, din, dil, etnik köken, politik inanç, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin herkesin ihtiyaç duyduğu ve verilmesi mümkün olan sağlık hizmetini almasıdır. Adalet ilkesi, mevcut kaynak ve imkânların adil şekilde dağıtılması anlamına da gelmektedir (Avrupa Konseyi, 2014, s. 13). Ayrıca mahremiyet açısından değerlendirildiğinde bu ilkenin her hastaya ayırım yapılmaksızın adalet

içerisinde bir mahremiyet anlayışı geliştirilmesine ve buna yönelik davranış sergilenmesine katkı sağladığı şeklinde bir yorum yapılabilir.

Gizlilik-Güvenilirlik İlkesi

Sağlık yaklaşımlarında kişiye ait olan her şey gizli ve saygıdeğer unsurlar olarak görülmektedir ve paylaşılması uygun değildir. Güven ve gizlilik esas alınarak bireylere etik çerçevede bir davranış sunulması, karşılıklı olarak güvene dayanan iletişim ve ilişkilerin oluşturulması bu ilke bağlamında üzerinde durulan konulardandır (Akşit vd., 2017, s. 47). Bireyler kişisel bilgilerini sağlık çalışanları ile paylaştığında veya kendileriyle ilgili bir tıbbi bilgi ortaya çıktığında, bir tanı konulduğunda, bilgiyi öğrenenler kendilerine birey tarafından izin verilmedikçe bu bilgileri saklı tutmakla yükümlüdürler. Hastalar sağlık hizmeti alabilmek adına kimseyle paylaşmadıkları bilgileri sağlık çalışanlarına açıklamak durumunda oldukları için hizmet sunanların bu bilgileri gizli tutacağına dair bir güven gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Güven sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin hayati bir bölümünü oluşturmaktadır ve etik ilkeler çerçevesinde bu durum korunmalıdır (Dünya Tabipler Birliği, 2015, s. 52). Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde güvenin sağlanması noktasında hasta mahremiyeti önemli bir yere sahiptir (Özer ve Özata, 2021, s. 106). Sağlık hizmetlerinde mahremiyetin korunmasına güvenilirlik ve gizlilik ilkesi önemli katkı vermektedir ve sağlık hizmeti sunan bireylerin gizliliğe önem vermesi, hizmeti alan kişilerde güven oluşmasını sağlayarak mahremiyet bilincine sahip bir hizmet sunumunu beraberinde getirecektir.

Dürüstlük İlkesi

Bireyler kendileri ile ilgili doğru bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bu ilke hasta ve yakınlarına karşı doğruyu söyleme, dürüst olma yükümlülüğünü doğurur. Sağlık çalışanları, hasta ve yakınları arasındaki ilişkinin dürüst ve güvenli bir ortamda inşa edilmesini sağlar. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının hasta güvenini sağlayamadığı noktada bakım ve tedaviden beklenen olumlu sonuç elde edilemez (Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, 2015, s. 6). İlkenin uygulanması sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin doğru ve dürüst bir etkileşim içerisinde olmasına katkı sağlamaktadır (Münir vd., 2022, s. 2). Hasta ve hasta yakınlarına karşı dürüst olmak etik ilkeler doğrultusunda sağlık çalışanlarının önemli bir sorumluluğudur.

Dürüstlük ilkesi bu yönüyle hasta mahremiyetinin korunmasına zemin hazırlamaktadır. Karşılıklı dürüstlük ve güvenin sağlandığı ortamda mahremiyetin korunmasının zor olmayacağı düşünülebilir.

Açıklanan etik ilkeler sağlık hizmeti sunumunda önemlidir. Ayrıca bir insan hakkı olan mahremiyetin de etik ilkeler açısından anlamlandırılması önem arz etmektedir (Şenyürek, 2017, s. 152). Örneğin etik ilkelerden olan gizliliğin sağlanamaması ve özerkliğe saygı duyulmaması durumunda hastanın mahremiyetinin de ihlâl edildiği ifade edilebilir. Ancak değerlerin, ilkelerin ve çıkarların çatıştığı durumlarda etik açıdan neyin doğru ve iyi olduğuna karar vermek zordur. Sağlık hizmetleri sunumunda yer almak zaman zaman etik açıdan zor durumlarla karşı karşıya kalmak demektir (Grönlund, 2021, s. 1). Her durum kendine has koşul ve gereklere sahiptir ve sağlık çalışanları hizmet sunum esnasında karşılaştıkları etik problemlerde karara varırken güç bir süreç yaşamaktadır. Bu husus karşılaşılan etik sorunlara çözüm getirirken son derece titiz ve dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir (Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, 2011, s. 9). Sağlık çalışanlarının etik ilkelere uygun davranabilmesi; “doğru nedir?”, “nasıl ve ne yapılmalı?” sorgusu, insan haklarını temel alan bir yaklaşım sergilemesi, gönlünde insanlığın bulunması ve bunu bilim ile bütünleştirmesi ile mümkün olabilecektir (Akşit vd., 2017, s. 17). Sağlık çalışanlarının genellikle yoğun ortamlarda bulunmaları, hızlı karar verme durumunda olmaları, bireylerin en hassas dönemlerinde onlara hizmet vermeleri ile hata kabul etmeyen bir sistem içerisinde yer almaları etik sorunlarla sık karşılaşılmasına zemin hazırlamaktadır (Karatuzla ve Köse, 2019, s. 466). Ayrıca etik problemlerin sağlık sektöründe kaynak kısıtlılığı, sağlık etiği eğitimi, bireysel uygulama hataları ve bazı kamu uygulamalarının yetersiz veya yanlış algı oluşturması sebebiyle ortaya çıktığını söylemek mümkündür (Bilgin ve Küçükazar, 2018, s. 120). Fakat bu problemlerin etik ilkeler de temel alınarak minimize edilmesi ve bu doğrultuda hizmet sunulması önemli bir konudur. Bu nedenle hasta mahremiyeti için de önem arz eden etik ilkelerin sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi ve uygulanması önerilebilir. Mahremiyet sağlık hizmet sunumunun her alanında önemli bir kavram olmakla birlikte yoğun bakım üniteleri nezdinde ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü yoğun bakım üniteleri hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları için hastanenin diğer birimlerinden

farklı özellikler taşımaktadır. Bu özellikler yoğun bakım ünitelerinde mahremiyete daha çok dikkat edilmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle bir sonraki başlıkta yoğun bakım üniteleri ve hasta mahremiyeti konusu ele alınacaktır.

1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Mahremiyeti

Yoğun bakım üniteleri, hayati yaşam fonksiyonları bozulmuş, bir veya birden çok organ yetmezliği bulunan, ciddi yan etki geliştirme riski yüksek hastaların kapsamlı değerlendirme, izleme ve tedavi altında bulunduğu, yüksek teknoloji, ekipman ve alanında uzman çalışanların yer aldığı hastanenin önemli birimleridir (Vincent vd., 1994, s. 163). Diğer bir deyişle; yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, konum ve fiziki alt yapısı itibariyle hasta bakımı açısından nitelik taşıyan, son teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal bulguların izlendiği, takip ve tedavinin 24 saat kesintisiz sağlandığı, dâhili, cerrahi, nöroloji, anestezi, kardiyoloji, koroner ve genel yoğun bakım şeklinde farklı dala ayrılan ünitelerdir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 2020, s. 1). Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde kritik hastaların bulunmasından dolayı burada sunulan hizmetlerin kapsam ve çeşitliliği de fazladır. Bu doğrultuda da yoğun bakım ünitelerinde birden fazla uzmanlığa gereksinim duyulmaktadır (Williams vd., 2012, s. 74).

Yoğun bakım üniteleri; yatak kapasitesi, kabul edeceği hastaların özelliği ve tıbbi durumu, ilgili uzmanlık dallarının oranı, sahip olduğu fiziki şartlar, gerekli tıbbi araç-gereç ve donanım ile personelin niteliği, bünyesinde bulunduğu sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 2020, s. 1). Yoğun bakım ünitelerinde üç seviyeli bir sınıflandırma düzeni mevcuttur. İlk seviye yoğun bakımlarda; yaşam fonksiyonlarında ani değişiklik riski bulunan, temel destek tedavisi alan, yakından ve sürekli gözlemi gereken hastalar bulunmaktadır. Ağır enfeksiyonu, hayatı tehdit eden zehirlenme ve kanama durumu olan hastalar ikinci seviye yoğun bakım ünitelerinde yer almaktadır. Üçüncü seviye yoğun bakım üniteleri, çoklu organ yetmezliği ve travma gelişmiş komplike hastaların kabul edildiği, üst düzeyde tıbbi bakım ve

tedavi hizmeti sunulan birimlerdir (Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, 2016, s. 28).

Yoğun bakım ünitesinin temel amaçları arasında; fiziki ortamın hasta üzerindeki olumsuz etkisini azaltarak hastanın konforunu sağlamak, anksiyetesini azaltmak ve hastanın yoğun bakıma uyumunu sağlayıp tedavisini kolaylaştırmak yer almalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakım alan hastaların buradaki yatış süresince, kişiselleştirilmiş kaliteli bakım almaları konusunda sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2013, s. 57). Sağlık çalışanları tarafından, yoğun bakım hastalarının özellikli bir grupta yer aldığı göz önünde bulundurulurken, isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşılarak hasta odaklı bir tutum sergilenmelidir.

Yoğun bakım ünitelerinde; istenmeyen gürültü, doğal olmayan ışık, sosyal izolasyon ve çevresel yapı gibi hastanenin diğer birimlerinden farklı koşul ve özellikler bulunmaktadır (Turgay vd., 2009, s. 69). Bu koşul ve özelliklerin de etkisiyle yoğun bakım ünitelerinde kalmak, bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok stres kaynağını bünyesinde barındıran bu yerlerde tedavi gören hastalar, fiziki yüklerinin yanı sıra psikososyal yüklerle de maruz kalmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinden tedavi alan bütün hastaların psikososyal sorunları olmasına rağmen, bilinçsiz, tepki göstermeyen, duyuşal yetersizliği bulunan ve anestezi uygulanan hasta grupları bu tip durumlardan daha çok etkilenmektedir. Buradan hareketle, hastaya verilen fiziksel, sosyal ve psikolojik bakımlarda tüm yoğun bakım ekibinin iş birliği içerisinde olması önerilmektedir (Çam ve Kiliğ, 2018, s. 289). Bu iş birliği ile de desteklenen yoğun bakım ünitelerinde sunulan sağlık hizmetleri, yıpranmış, travmalara maruz kalmış, zaman zaman umudunu tüketmiş, çaresiz, gücü ve dayanağı azalmış veya yitirilmiş bireye yardım etme, koruma, iyilik halinin oluşturulması ve geliştirilmesini kapsar (Bilgin ve Küçükazar, 2018, s. 138). Ayrıca yoğun bakım ünitesinde geçirilen hastalık süreci ve fiziki ortama bağlı olarak deneyimlenen olumsuzluklar, kişinin iyileşmesi ve rehabilitasyonu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Hang ve Dominic, 2004, s. 77). Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde deneyimlenen olumsuzlukların en aza indirilerek sunulan sağlık hizmetinin iyileştirilmesi önem arz etmektedir.

Yoğun bakım ünitesi, ileri teknolojiye sahip karmaşık bir ortam olması sebebiyle, hasta ve hasta yakınları için stres unsuru oluşturmaktadır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada, burada deneyimlenen stresin taburcu olduktan sonra 2 yıla kadar devam edebileceğini göstermektedir (Suba vd., 2017, s. 30). Rannveig ve diğerlerinin yaptığı çalışmada ise hastaların yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca yaşadıkları rahatsız edici deneyimler nedeniyle taburcu olduktan üç ay sonra bile stres, anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri görülmüştür. Çalışmaya katılan bireyler, hayatlarının tehlikede olduğu düşüncesi, fiziksel bütünlüğüne tehdit, çaresizlik ve korku gibi duygularını psikolojik tepki olarak ifade etmişlerdir (Rannveig vd., 2018, s. 62). Ayrıca yoğun bakım hastalarının aile bireylerinden uzakta ve yabancı bir ortamda bulunmaları da bir stres unsuru oluşturmaktadır (Aktaş vd., 2015, s. 84). Bu doğrultuda yoğun bakım ünitelerinin tıbbi sorunları nedeniyle uzun süreli tedavi ve bakım görmeye ihtiyaç duyan hastalar üzerinde kalıcı psikolojik ve fiziksel etkilere sahip olduğu ifade edilebilir (Marion vd., 2019, s. 12). Bienvenu ve diğerleri (2013, s. 2665) de yaptıkları çalışmada yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ciddi fiziksel ve psikolojik streslerle karşı karşıya olduğuna değinmiş ve burada uzun süreli yatış deneyimine sahip kişilerin strese daha yatkın olabileceğini ifade etmiştir.

Açıklamalar sonucunda; hastayı çevreleyen çeşitli makinelerin varlığı, birden fazla tüp, kablo bağlantıları, ışıkların sürekli açık olması, cihazların, sağlık personelinin ve diğer hastaların seslerinin gürültü kaynağı oluşturması, hastaya uygulanan müdahaleler, mahremiyetin sağlanamaması, hareket kısıtlılığı, uykusuzluk ve aileden ayrılma gibi faktörler yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi hizmeti alan hastalar için strese neden olan faktörler arasında sıralanabilir. Bu stresörlere maruz kalan yoğun bakım hastaları; kendilerini güvensiz, hareketsiz, duyarsız, izole, kapalı bir alana sıkışmış, acı içinde hissedebilmektedir ve aşırı duyuşal uyarılmaya bağılı olarak algılamada bozukluk, ajitasyon ve stres tepkileri verebilmektedir. Maruz kalınan olumsuz şartlara verilen bu tepkiler hastaların yoğun bakım sendromu, deliryum tablosu ve psikozu olarak adlandırılan, yoğun bakımda sık rastlanan klinik duruma sürüklenmesine neden olmaktadır (Ballard, 1981, s. 90).

Yoğun bakım hastalarında strese neden olan faktörler arasında yer alan mahremiyetin sağlanamaması, kişiler üzerindeki olumsuz etkileri düşünülüğünde

önemli bir konudur. Burada ifade edilen mahremiyet; hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve kişisel bilgilerinin gizliliğini içermektedir. Yoğun bakımda yapılan her türlü tıbbi girişim, muayene, hasta mobilizasyonu, hasta transferi ve ölüm olayı mahremiyet çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. Ayrıca hastanın yoğun bakımdan taburcu olması veya vefat durumu mahremiyetin sağlanmamasına bir neden olarak görülmemelidir. Yoğun bakımlara kontrolsüz girişlerin engellenmesi, görevi olmayan kişilerin ortamda bulundurulmaması, hasta bilgilerinin gizli tutulması, yetkisi olmayan kişilerin hasta bilgilerine ulaşmasının engellenmesi bu hususta dikkat edilmesi gereken noktalardandır.

Yoğun bakımda yatan hastaların kıyafetleri, tıbbi takibi kolaylaştırmak ve bası yarası oluşumunu önlemek amacıyla genellikle giydirilmez (Hasta Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı, 2020, s. 3). Yoğun bakım ünitelerinde hasta üzerlerinin pike veya çarşaf ile örtülmesi, imkânlar dâhilinde hastaların yalnız kalabildikleri tek kişilik odaların dizayn edilmesi veya en azından ortamda paravan ya da perde ile bir bölünmenin sağlanması bu konuda oldukça önemlidir (Korkmaz, 2020, s. 585). Bu doğrultuda yoğun bakım ve hasta mahremiyeti açıklanırken mahremiyet ihlâlinden de söz etmek konu bütünlüğü açısından tamamlayıcı olacaktır.

1.2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Mahremiyet İhlâli

Mahremiyet ihlâli yoğun bakım ünitelerinde en önemli çevresel stres kaynakları arasındadır (Bulut vd., 2021, s. 500) ve yoğun bakım ünitelerinin mevcut durumu göz önünde bulundurulduğunda mahremiyet ihlâllerine açık bir konumda olduğu anlaşılmaktadır. Literatür incelemesi ve saha deneyimlerinde görüldüğü üzere yoğun bakımda birden fazla etkenin mahremiyet ihlâline neden olduğunu yorumlamak mümkündür. Nitekim Korhan ve diğerlerinin (2018, s. 78) yaptıkları çalışmalarında yoğun bakım ünitelerinde mahremiyet ihlâllerine zaman zaman rastlanıldığı ortaya koyulmuştur. Katılımcılar hastaların üzerinin açık bırakıldığı, yatak aralarında bulunan perdelerin yalnızca ziyaret saatlerinde çekildiği, işitme duyusunun en son kaybedildiği bilgisinin unutulması hasta yanında olumlu ve olumsuz her şeyin konuşulduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca Öcel ve diğerlerinin (2022, s. 395) yaptığı bir başka çalışma da hastaların dini inanç ve kültürel

değerlerine göre hareket etmeme, tercih ettiği cinsiyetteki sağlık çalışanından hizmet almama ve kişisel bilgilerinin gizliliğinin sağlanamamasının mahremiyet ihlallerine neden olduğunu belirtmektedir. Bunlara ek olarak Öztürk ve diğerlerine (2018, s. 32) göre sağlık hizmeti sunumunda mahremiyetin korunması için fiziksel şartlar da oldukça önemlidir. Yoğun bakım ünitelerinde mevcut fiziki şartlar gereği tek kişilik odaların sağlanamaması veya her hastaya yetecek sayıda olmaması, perde ve paravan gibi gereçlerin yetersiz olması mahremiyet ihlallerine neden olmaktadır.

Koşu sistemi olarak adlandırılan ve birden fazla hastanın toplu halde olduğu yoğun bakım ünitelerinde kadın ve erkek hastaların birlikte bulunması, hastaların tıbbi şartlar gereği giydirilememesi ve üzerinin pike veya çarşaf ile örtülmeye çalışılması, personel yetersizliğinden kaynaklı hastaların kendi cinsiyetindeki sağlık çalışanından hizmet alamaması, sağlık çalışanlarında mahremiyet bilincinin oluşturulamaması, bu konuda sınırlı eğitim almaları veya hiç eğitim almamaları ve yoğun bakım ünitelerinde mahremiyet açısından yeterli denetlemenin olmaması mahremiyetin korunmasını engelleyen bir takım etkenler olarak sıralanabilir. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın tıbbi tedavisinden vücut temizliğine kadar yapılan tüm işlemler sağlık çalışanları tarafından hasta yatağında uygulanmaktadır. Hastanın temizliği ile ilgili tıraş, vücut silme ve yatak banyosu gibi bakımları rutin aralıklarla yapılmak durumundadır. Hastaların temel bakım ihtiyaçlarının karşılanması gereklidir ve bu bakım ihtiyaçları karşılanırken mahremiyeti korumak için önlemler almak oldukça önemlidir.

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan işlemler zaman içerisinde sağlık çalışanları açısından normalleşirken hastalar için yeni bir durum meydana gelmektedir. Yoğun bakım çalışanları sisteme alışırken hastalar alışılmadık bir ortam içerisinde kendilerini bulmaktadır. Bedenen çıplak olmalarının verdiği çekingenlik, çevrelerine rahatsızlık verdikleri düşüncesi ve dolayısıyla mahremiyetin ihlâl edilmesi hastalar için ilave bir acı ve stres hissine sebep olmaktadır. Bilinci açık hastalar bu durumu söz ve beden dili ile ifade edebilirken bilinci kapalı hastalarda durum tamamen farklıdır. Hem bilinci açık hastaların hem de kendini ifade etmekten aciz bilinci kapalı hastaların mahremiyetine hassasiyet göstermek oldukça önemlidir. Mahremiyet ihlâlinin önüne geçmek için hastaya yapılacak işlemler öncesi bilgilendirme, açıklama yapılmalı, mümkünse kendisinin izni alınmalı, hastanın

çekinmesini önlemek için doğal davranılmalı ve karşılıklı iletişim kurmaya çaba gösterilmelidir. Ayrıca fiziki şartların getirdiği olumsuzlukları gidermek adına perde ile bölünme sağlayarak erkek ve kadın hastaların birbirini görmesi engellenmelidir. Personel sayısının artırılarak hastanın talebi doğrultusunda tedavi ve bakım hizmeti sunacak kişiyi kendi cinsiyetine uygun olarak seçmesi kolaylaştırılmalıdır (Baggio vd., 2011, s. 29-30). Hastanın özsaygısı ve onuru dikkate alınarak; tedavi aşamasından başka birime transferinde ve taburculuk süreci de dâhil olmak üzere yoğun bakım ünitesinde geçirdiği tüm süreçlerde mahremiyetinin korunması, oluşması muhtemel duygusal çöküntünün önüne geçmek adına son derece önemlidir. Mahremiyeti korumak tedavi sürecine olumlu yansırken taburculuk sonrası da hastanın üzüntü duymasını engellemektedir. Yoğun bakımda gerçekleşen vefat sonrası hasta mahremiyetini sürdürmek de onurlu bir ölüm olayının gerçekleşmesini sağlar.

Mahremiyeti sağlayacak adımların atılması hususunda yoğun bakım ünitesi çalışanları önemli bir konumdadır. Yoğun bakım ünitesi çalışanları tıbbi tedavi ve bakım hizmeti verirken, hastaların karşılaştığı stres faktörlerini göz ardı etmemeye dikkat etmelidir. Stres kaynağı oluşturan çevresel şartların sağlık çalışanları tarafından anlaşılması, gerekli tedbirlerin alınması önemlidir ve bunun hastanın iyileşme sürecine olumlu katkısı olduğu bilinmektedir (Çınar vd., 2011, s. 62). Bu doğrultuda tedavi ve bakım esnasında hastanın görüş ve öncelikleri iyi belirlenmelidir. Hastanın etrafına yönelik algısını, strese neden olan unsurlarını ve stresle karşı karşıya kaldığında verdiği tepkileri doğru değerlendirilmeli, buna yönelik önlemler alınmalıdır (Tunçay ve Uçar, 2010, s. 35). Yoğun bakım ünitelerinde mahremiyeti korumak önemlidir ancak bazı durumlarda mahremiyeti korumak daha fazla güç hale gelmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde bulunan hastaların kritik durumda olmaları ve her an kötüleşme tablosuna karşı müdahaleye açık şekilde kalma zorunluluğu mahremiyetlerinin önüne geçmektedir. Acil müdahale gerektiren bir hususta mahremiyeti gözetmek zaman zaman ikinci plana atılmaktadır. Böyle anlarda hastanın yaşama hakkı mahremiyet hakkı ile mücadeleye girmektedir. Acil müdahale sırasında iş yükünün artması dolayısıyla ortamdaki kişi sayısı da artmaktadır. Bu artış kişi kontrolünü zorlaştırarak ortama görevi olmayan kişilerin de gelmesine sebebiyet verebilmektedir. Ayrıca bu gibi durumlarda hastaya

ait bir oda yoksa perde veya paravan ile diğer hastaların görüşü engellense bile seslerin işitilmesini engellemek son derece güçtür. Burada hem müdahale edilen hastanın hem de diğer hastaların mahremiyeti ihlâl edilmiş olmaktadır. Şahin'in (2021, s. 30) çalışmasında katılımcıların yarısından çoğu (%56.8) hayati önemin olduğu tedavi aşamalarında kritik hastalar için mahremiyetin gereksiz olduğunu ifade etmiştir. Bu gibi acil durumlar mahremiyetin korunmasını sekteye uğratmaktadır.

Özetle insan fiziksel, sosyal, psikolojik ve kültürel özellikleri olan bir varlıktır. Sağlık mesleklerinin temelinde insan ve insana hizmet sunma bulunmaktadır ve bu hizmetleri sunarken hastanın mahremiyetine, kültürel özellik, değer ve yaşam tarzına saygı duyulmalıdır (Oran ve Yüksel, 2015, s. 8). Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde tedavi olan hastaların buldukları ortamın farkında olabilecekleri göz ardı edilmeden, uygulanan bakım ve tedavi işlemlerinde mahremiyetlerinin korunması, olumsuz duygu ve düşüncelerin önüne geçerek iyileşme sürecine katkı sağlanmalıdır (Mersin ve Kahraman, 2019, s. 53). İyileşme sürecine katkı sağlamak sunulan kaliteli sağlık hizmeti ile mümkün olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde sunulan hizmetin kalitesinin önemli belirleyicisi de hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişimidir (Fridh, 2014, s. 308). Buradan hareketle yoğun bakım ünitelerinde iletişim ve mahremiyet konusuna yer vermek gerekli görülmüştür.

1.2.2. Yoğun Bakım Hastalarında İletişim ve Mahremiyet

İletişim, bireyin bulunduğu birçok deneyimin içerisinde yer almaktadır ve sağlık hizmetleri açısından daha da kritik bir yerde konumlandırılmaktadır (Aydın ve Şahin, 2016, s. 90). Bu doğrultuda da iletişim sağlık sektöründe ayrı bir yere sahiptir. İletişim, hasta ile kurulan sağlıklı iletişimin yanında hasta hakları açısından da önemli bir konudur. Bilgilendirilme, tıbbi uygulamalara rıza gösterme ve mahremiyet hakkı, saygınlık, memnuniyet, insanca muamele görme gibi hasta hakları etkili bir iletişim-etkileşim kurma temeliyle sağlanabilmektedir (Arda vd., 2007, s. 69). Ayrıca hasta bireyin bilgisine, yaşam biçimine, kişisel ve kültürel özelliklerine, duygu, ihtiyaç, düşünce ve değerlerine saygı gösteren hasta odaklı sağlık hizmeti yaklaşımı ve iletişimi, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesini artırmasının yanı sıra tıbbi hataları azaltan bir olgudur. Odağında hastanın yer aldığı ve hastanın birey olarak

değerlendirildiği bu sağlık hizmet sunum çeşidi, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi açısından önemli bir koşul olarak nitelendirilmektedir (Kumbasar, 2016, s. 85).

Amerikan Yoğun Bakım Derneği'ne göre yoğun bakım hastaları, fizyolojik işlevleri farklılık gösteren, yaşamını sürdürebilmesi için hekim-hemşire arasında oluşturulan uyumlu bir koordinasyon ile yürütülecek tedaviye gereksinim duyan hastalardır. Girişimsel müdahalelerin yoğun olarak uygulandığı, hastalık ve ölüm oranlarının yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde, hastaların fiziksel ihtiyaçları kadar sosyal ve psikolojik beklentilerinin de giderilmesi gerekli ve önemlidir. Bu gereksinimlerin yeterli ölçüde sağlanmasında hekim ve hemşire arasındaki tedavi edici iletişimin rolü büyüktür. Oluşturulacak bu iletişim ortamıyla birlikte yoğun bakım hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde esas ihtiyaçlarını karşılamak, hastalıkları ile ilgili problemlerle başa çıkmalarına destek olmak ve gösterilen tepkileri doğru yorumlayarak geri bildirimler vermek önem arz etmektedir (Aktaş ve Arabacı, 2016, s. 39). Etkili bir iletişim ile sağlanan mahremiyet yoğun bakımdaki hastaların özel ihtiyaçları arasında yer almaktadır. Mahremiyetin korunması hastalar için bir hak ve aynı zamanda karşılanması gereken bir ihtiyaçtır. Bu doğrultuda hastanenin en kritik hastalarının bakıldığı, tanı ve tedavinin acil ve eş zamanlı olarak birlikte yapılmasının gerektiği, teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, buna karşılık ölüm oranlarının yüksek olduğu, özel eğitim görmüş yoğun bakım çalışanlarının (hekim, hemşire, klinik destek personeli) bulunduğu bu ünitelerde iletişimin önemi çok daha fazladır. Yoğun bakım ünitelerinde hastaların iletişimini zedeleyen; bilinç bulanıklığı, ağrı, anksiyete, hareket yeteneğinin azalması veya kaybedilmesi, entübasyon, konuşamama, mahremiyetin korunamaması, birden fazla kablo ve tüplerin takılı olması, alışılmadık çevre, sürekli ışığa ve gürültüye maruz kalma, yaşamının tanımadığı kişilere emanet edilmiş olması, çevredeki hareketlilikten diğer ölümlerin farkına varması, ölüm korkusu, yakınları tarafından yalnız bırakılmış olduğu fikri gibi birçok etken vardır. Sayılan etkenlerin yanı sıra, kültürel özellikler, bireyin algılama ve iletişim becerisi, dil, yaş, eğitim düzeyi gibi nitelikler de iletişimi etkilemektedir. Bireyin hastalığı, kullandığı ilaçlar, geçirmiş olduğu ve geçireceği girişimler ve özellikle yoğun bakım çalışanlarının iletişim gücü de önemli bir diğer unsurdur (Öz, 2020, s. 60). Etkili iletişim kurmanın önüne geçen birçok faktör yer

alsa da bunların ortadan kaldırılması ve sağlık çalışanı-hasta arasında etkili bir iletişim sağlanması gerekmektedir (Aktaş ve Arabacı, 2016, s. 40).

Genel olarak iletişim sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri kullanılarak sağlanabilmektedir. Her iki iletişim türünün de yetersiz olması yoğun bakımda tedavi ve takibi devam eden hastalarda yoğun bakım deliryumuna kadar varan ağır tablolara sebep olabilmektedir. Etkili iletişim, hastaya sunulan bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini arttıran, yoğun bakımın hasta üzerindeki negatif etkisini azaltan bir etken olarak kabul edilmektedir (Yava ve Koyuncu, 2006: 178). Mahremiyetin korunamamasının yoğun bakımın hasta üzerindeki olumsuz etkilerinden olduğu düşünüldüğünde etkili iletişimin de hasta mahremiyetinin korunması noktasında önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Hastanın kendini rahatça ifade edebilmesi ve mahremiyet isteklerini dile getirebilmesi etkili bir iletişim sonucu meydana gelmektedir. Etkili iletişim ise sağlık çalışanının hastayla kuracağı en uygun iletişim yolunu keşfetmesiyle mümkündür. Nitekim en uygun iletişim yolunu bulmak yoğun bakım çalışanlarının hastayı dikkatli gözlemlemesiyle mümkündür. Ancak bu doğrultuda etkili iletişim hastanın kendini güvende ve huzurlu hissetmesini sağlayarak mahremiyet konusundaki tedirginliğinin azalmasına destek olabilir. Aktaş'ın (Spiers vd., 2010; Akt. Aktaş vd., 2016: 40) aktardığı üzere sözel ve sözel olmayan iletişim çeşitleriyle hastanın ruhsal ve sosyal refahını destekleyerek kaygısını azaltmak mümkündür. Kaygısı azalan hastanın ise kendisi için karmaşık bir yer olan yoğun bakım ünitesine uyum sağlaması kolaylaşmaktadır. Bu uyumla birlikte mahremiyetinin de korunması hastanın yoğun bakım sürecinin daha iyi geçmesine katkı sağlamaktadır. Yalçın ve Aşti'nin (2011, s. 58) de belirttiği gibi etkili bir iletişim için sağlık çalışanı, hasta ile gerçekleştirilen sağlık hizmeti sunum süresince iletişim tekniklerini doğru kullanmalı; saygı, güven, mahremiyet gibi unsurlara özen göstermeli ve etik sınırlar içerisinde davranış sergilemeye dikkat etmelidir. Ayrıca Aktaş ve Arabacı'ya (2016, s. 42) göre yoğun bakımda tedavi gören hastaların çeşitli özellikler gösteren hasta grupları olduğu bilinmektedir. Bu gruplar; bilinci açık, bilinci kapalı, entübe hasta olarak gruplandırılabilir Her grupta kurulan iletişimin de belli yönlerden farklılaştığı ifade edilebilir.

Bilinci Açık Hasta

İletişim herkes için önemliyken hastalık döneminde, kişinin her anlamda başkalarına bağımlı olduğu ve bulunduğu şartlar gereği iletişime çok daha fazla ihtiyaç duyduğu bir zaman diliminde daha önemli bir hale gelmektedir. Hasta birey iletişim kuramadığı durumlarda çevresinde yaşanan olay ve davranışları farklı yorumlayabilmekte ve bu durum kaygı düzeyinin artmasına yol açabilmektedir. Hastanın tedavi ve bakımını üstlenen hekim ve hemşireler, bireyin iletişim ihtiyacını karşılamada önemli bir noktada yer almaktadır. Hastanenin doğal üyesi olan hekim ve hemşireler doğrudan sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra, hasta ve yakınlarıyla iletişim halinde olarak bilgilendirmeyi sağlamak ve kişilerin gereksiz kaygıya düşmesini engellemektedir. İletişimin hasta açısından araştırmalarla ispatlanmış faydaları ve iletişimsizliğin hasta üzerindeki kötü etkileri dikkate alınırsa, hekim ve hemşirelerin iletişim yeteneklerini geliştirmeleri önem arz etmektedir. Tedavi ve bakım sürecinde hasta iş birliğinin sağlanması, bulguların ve sonuçların izlenmesi, bireyin hastalığı ve bulunduğu çevre kaynaklı anksiyetesinin azaltılması iyi bir iletişim aracılığıyla sağlanabilmektedir (Uyer, 2000, s. 91).

Mahremiyetin korunamaması iletişimsizliğin hasta üzerindeki kötü etkileri arasında yer almaktadır. Bilinci açık hasta ile doğru iletişim kurulamadığında mahremiyetin tam olarak sağlanamaması muhtemel bir durumdur. Hastaya uygulanan işlemler öncesi doğru iletişim kurularak yapılan bilgilendirmeler ve hasta rızasını almak mahremiyeti korumak için önemli bir adımdır. Çünkü kendisine yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olan hasta, bilinmezliğin verdiği kaygıdan uzaklaşarak sağlık çalışanlarına karşı güven duygusu geliştirmektedir. Ayrıca bu güven duygusu hastanın mahremiyetinin korunacağına dair de bir inanç geliştirmesine katkı sağlamaktadır. Bilinci açık hastalar entübe ya da bilinci kapalı hastalara kıyasla yoğun bakımın daha farkında olan hasta grubudur. Bu hastalar genellikle mahremiyetlerinin de farkında ve çevresel şartlardan etkilenmeye açık haldelerdir. Çevrelerinde olup bitenleri gözlemleyebilir ve de çevre tarafından gözlemlenebilir halde bulunmaları bu hastaları mahremiyet konusunda hassas hale getirmektedir. Hasta ile mümkün olduğu her an doğru ve etkili iletişim kurarak mahremiyet ile ilgili beklenti ve endişelerine olumlu geri bildirim yapmak bu sayede de mahremiyetinin korunması sağlanmak önemli bir husustur.

Bilinci Kapalı Hasta

Bilinçsizlik hali, çoğunlukla hastanın duyuşal uyarılara tepki vermediği, benlik ve çevre bilincinin farkında olmadığı fizyolojik bir durumdur (Hickey ve Powers, 2009, s. 336). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören kişilerin bazıları hastalıklarına bağlı bir bozukluk ya da sedasyon verilmesi sonucu bilinci kapalı haldedir. Bilinci kapalı hastalar iletişim kurma yeteneği sınırlanmış, kendisini sözel olarak ifade edemeyen ancak işitme duyuşu devam eden bireylerdir. Yoğun bakım ünitelerindeki iletişim sürecini araştıran bir dizi çalışmada bilinci açık hale gelen eski yoğun bakım hastalarının görüşleri incelenmiştir. Çalışmaya katılan kişiler, etraflarındaki sesleri duydıklarını, anladıklarını ancak o an sözel olarak tepki veremediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar diğer hastalar hakkında konuşulanları da işittiklerini, bu durumun kendileri adına korkuya ve yanlış fikirlere kapılmalarına sebebiyet verdiğini belirtmişlerdir (Alasad ve Ahmad, 2005, s. 357). Bu durum yalnızca bilinci kapalı hasta için değil diğer hasta grupları için de olumsuz bir durumdur. Çünkü burada bilgileri duyuşan hastanın mahremiyetinin ihlâli söz konusu olmaktadır. Hastanın bilincinin kapalı olduğu düşünülerek yanında konuşulanlar mahremiyet ihlâline sebebiyet vermektedir. Fakat genel olarak bu durum göz ardı edilmektedir. Hatta bilinci kapalı ve yanıt veremeyen hastanın varlığı, sağlık çalışanlarının iletişimden uzaklaşmasına neden olan bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Yapılan birçok çalışma, iletişim eksikliğinin hastanın iyileşme ve yoğun bakımda kalma süresinde olumsuz etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bilinci kapalı hastaların sözel yanıt yeteneği yitirilmiş olsa da vermek istedikleri tepkileri artan solunum ve kalp atış hızları gibi fiziksel bulgular ile takip etmek ve anlamak mümkündür. Hastaların yanıt veremeyecek durumda olması, yapılan işlem ve prosedürler ile ilgili bilgilerin onlara açıklanması noktasında bir engel teşkil etmemektedir. Hasta ile yapılan açıklayıcı konuşmaların ve sakinleştirmeye yönelik temasların; hastanın anksiyetesini azaltan, hastalığın seyrine olumlu katkı sağlayan pozitif etkili iletişim türleri olduğu bilinmektedir (Munger vd., 2012, s. 276). Hastanın bilinci kapalı olsa da konuşulanları işitme ihtimalini göz önünde bulundurarak uygulanan işlemler öncesi bilgilendirmek ve telkin edici konuşma yapmak mahremiyetine hassasiyet göstermek ve hastayı rahatlatmak açısından

önemlidir. Nitekim Geraghty (2005, s. 62) çalışmasında bilinci kapalı hasta ile iletişim kurma tek taraflı bir deneyim olarak görülse bile hastanın verebileceği sinyallerin göz ardı edilmemesi, bilinci kapalı hastayla konuşurken kullanılan kelimelerin dikkatle seçilmesi, hastaya ismiyle hitap edilmesi ve uygun ses tonu ile hastayı endişelendirmeyecek şekilde yaklaşılması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca sözlü iletişim kadar etkili diğer bir iletişim şekli olan fiziksel temas da dikkat çekerek; hastaya temas ederken nazik olunması, kendini güvende hissetmesinin sağlanması için öncesinde rahatlatıcı kelimeler kullanılarak sakinleştirilmesi ve mahremiyetine özen gösterilmesinin de gerekli olduğunu ifade etmektedir. Çünkü Mollaoğlu'nun (2001, s. 35) da belirttiği gibi etkili fiziksel temas güçlü bir tedavi edici müdahaledir. Ruhsal ve fiziksel gelişim için gerekli temel ihtiyaçlardan biri olan dokunma, solunum, nabız ve kan basıncında değişimlere sebep olma; ağrı, yalnızlık, çaresizlik duygularını azaltma; hastayı sakinleştirme ve algılama-kavrama becerileri üzerinde olumlu etkiye sahiptir.

Pek çok sağlık hizmeti uygulamasında fiziksel temas önemli bir noktadadır. Ancak ne zaman, ne şekilde dokunulabileceği iyi ayarlanmalıdır (Okay, 2016, s. 57). Çünkü bu durum mahremiyet açısından anlam ifade etmektedir. Bilinci kapalı hasta ile fiziksel temas kurarken hassasiyet gösterilmeli ve bilinci kapalı olsa da mahremiyet hakkının devam ettiği unutulmamalıdır. Böylece iletişimde önemli bir yeri olan fiziksel temas, mahremiyet açısından da etkili kullanılarak bilinci kapalı hastalar için yarar sağlayıcı bir faktör haline gelebilir. Efil ve diğerlerinin (2011, s. 154-155) yaptıkları çalışmalarında bilinci kapalı hastalara; bilgilendirme, yazdırma, onaylama, sözel ve dokunmayla iletişim yöntemlerine ek olarak hastanın sevdiği kokuların kullanılması, sevdiği kitap, müzik ve sosyal aktiviteler öğrenilerek ortak bir paylaşımda bulunulmuştur. Ayrıca sevdikleri kişilerin sesleri ve mesajları dinletilerek sosyal hayatlarından kopmadıkları ve yalnız kalmadıklarını hissettirmek, kaygı ve stres düzeylerini azaltmak amaçlanmıştır. Hastaların mahremiyetlerinin korunması, temiz, düzenli bir görünümün sağlanması da dikkate alınmıştır. Bu gibi uğraşlar sonrasında incelenen bir hastanın gözlerinde onaylama gibi anlamlı yanıtlar gerçekleşmiştir. Hasta kendine geldiğinde konuşulanların birçoğunu anlatarak; bilinci kapalı iken de konuşulanları anladığını ifade etmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar da buna paralel olarak, sedatize ve bilinci kapalı hastaların konuşulanları

duyduğu ve anladığını ortaya koymaktadır (Efil vd., 2011, s. 154-155). Sonuç olarak iletişimin bilinci kapalı hastalar için önem arz ettiği anlaşılmaktadır. Bilinci kapalı hasta ile kurulan iletişimde mahremiyetinin korunması dikkate alınarak bir yaklaşım sergilenmelidir. Bilinci kapalı olsa da hastanın konuşulanları işittiği unutulmadan kendisi ve diğer hastalar ile ilgili konuşulanlara dikkat edilmeli ve burada kullanılan sözlü iletişim mahremiyeti korumada destek verici unsur olarak yer almalıdır. Ayrıca bir iletişim çeşidi olan fiziksel temas hastanın fiziksel mahremiyetini ihlâl etmeyecek hassasiyetle kurulmalıdır. Bu doğrultuda hastanın mahremiyet ile ilgili kaygı ve stres düzeyini azaltmak, kendisini güvende hissetmesini sağlamak için bilinci kapalı hasta ile etkili bir iletişim kurulmalıdır.

Entübe Hasta

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların fizyolojik durumları gereği sıklıkla kullanılan, hastanın hava yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülebilmesi için burun ya da ağız yoluyla soluk borusuna bir tüpün yerleştirilmesi işlemi entübasyondur. Hava yolu güvenliğini sağlayan ve hastanın yaşamını devam ettirmesine destek olan bu işlem sonucu hastaların sözel iletişim kurması engellenmektedir. Hastaya bu işlem sırasında sedasyon ilaç desteği verilmektedir ve bu durum hastanın bir süre bilinci kapalı halde bulunmasına neden olmaktadır. Tanı ve tedavi sürecine göre uygun fizyolojik şartlar sağlandığında sedasyon desteği azaltılarak hastanın bilinci açık ancak entübe şekilde yoğun bakım takibine devam etmesi sağlanmaktadır (Karlsson vd., 2012, s. 194). Entübe hastalar, düşünce ve duygularını sözel olarak ifade edememe sonucu kaygı ve stres düzeyi artmış kişilerdir (Menzel, 1997, s. 370). Çünkü entübe hastalar, gerek sağlık durumları gerekse de solunum cihazına bağlı olmaları nedeniyle iletişim kurarken zorluk yaşamaktadırlar. Yoğun bakım tedavi sürecinde hastaya uygulanan girişimler ve yeterli iletişim sağlayamama durumu, entübe hastalarda büyük bir stres ve korku kaynağı olarak nitelendirilmektedir (Hafsteindottir, 1996, s. 261). Yoğun bakım hastalarında stres faktörü olarak bilinen mahremiyetin korunamaması diğer hasta gruplarında olduğu gibi entübe hastalar için de önemli bir husustur. Entübe olmaları gereği konuşamamaları mahremiyet ile ilgili istek ve kaygılarını da sözel olarak ifade etmelerini engellemektedir. Kendilerini ifade edememek zaman zaman sağlık çalışanları tarafından tam olarak anlaşılmamalarına sebep olarak mahremiyetin korunmasının önüne geçmektedir. Bu

durum da entübe hastaların psikolojilerini olumsuz etkilemektedir. Khalaila ve diğerleri (2011, s. 478) entübe hastaların psikolojik ve duygusal sıkıntılarını gidermek, iletişim zorluğunu azaltmak için kalem ve kâğıt kullanımı, kelime veya resim grafikleri, alfabe panoları, dokunma, hastadan geri yanıt için el sıkma, baş hareketi, dudak okuma, jest ve mimik gibi sözlü olmayan iletişim unsurlarından destek alınmasını önermektedir.

Entübasyon tüpü konuşmayı engellediği için hastaların iletişim kurma yetenekleri tehlikeye girmektedir ve hasta yoğun bir iletişim kurma ihtiyacı duymaktadır. Hastaların iletişim kuramaması sonucunda; kaygı, korku, hayal kırıklığı, tanımlanamayan ağrı, kontrol kaybı ve duyarsızlaşma gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Hastalar ihtiyaçlarını sözel olarak ifade edemedikleri durumlarda anlaşılmaz ve endişeli hissedebilmektedir. Bu durumun önüne geçmek, sağlık çalışanı ve hasta yakını iş birliği ile sağlanmalıdır (Patak, 2006, s. 183). Yoğun bakım çalışanları, hastaları iyi gözlemlemeli, farklı ve hastaya en uygun iletişim türünü bularak hastaların iletişim ve bu doğrultuda da mahremiyet ile ilgili ortaya çıkan sıkıntılarını gidermelidir. Hasta kendini ifade edemese de mahremiyet ihtiyacının olduğu bilinmeli ve hastanın isteklerinin anlaşılacağı doğru iletişim yöntemi uygulanmalıdır. Ayrıca Efil ve diğerleri (2011, s. 153) tarafından doğru iletişim yöntemi ile hastanın sakinleştiği ve sağlık çalışanlarına olan güvenin arttığı gözlemlenmiştir. Hastanın sağlık çalışanına olan güveninin artmasının beraberinde mahremiyet hususunda da kendini daha güvende hissetmesini sağlayacağı ifade edilebilir.

Bu kısımda yoğun bakımda tedavi gören bilinci açık, bilinci kapalı ve entübe hastalarla olan iletişim açıklanırken, bu hasta gruplarının mahremiyetinden de söz edilmiştir. Anlaşıldığı üzere bilinci kapalı veya entübe hastaların kendilerini ifade edememesi ve bu minvalde de mahremiyet ile ilgili isteklerini belirtmekten yoksun olmalarının mahremiyet üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hastanın bilinç durumunun mahremiyeti belirleyen bir aktör olmaması, her hastanın kişisel alanına saygı duyularak, beden, bilgi ve sosyal mahremiyetinin aynı derecede korunmaya alınması son derece önemlidir. Hastanın entübe, bilinci kapalı veya vefat etmiş olmasının mahremiyetinin sonlandığı anlamına gelmediği sağlık çalışanları tarafından tam ve doğru şekilde algılanmalıdır. Yoğun bakımda bulunan hastanın

bilincinin açık, kapalı veya entübe olması fark etmeksizin insan onuruna saygı duyan bir yaklaşım içerisinde sağlık hizmeti alması ve iletişim kurulması mahremiyetin korunması açısından gereklidir.



İKİNCİ BÖLÜM

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA MAHREMİYETİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde araştırmanın gereç ve yönteminden bahsedilerek araştırmanın metodolojisi hakkında açıklamalara yer verilmiştir.

2.1. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde ilk önce araştırmanın amacı, problem cümlesi, varsayımları, kısıtları, evren ve örnekleme, veri toplama aracı ve analiz yönteminden bahsedilmiştir. Sonrasında ise elde edilen verilerin analizine ilişkin bulgulara ve tartışmaya yer verilmiştir.

2.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; yoğun bakım ünitelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusuna yönelik algılarının bilinci açık ve bilinci kapalı hasta perspektifinden değerlendirilmesidir. Bu sayede hasta mahremiyeti literatürüne özgün bir içerik kazandırılırken, yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti hususunda farkındalık oluşturulması sağlanacaktır.

2.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Yoğun bakım ünitesi sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti algıları nasıldır?”, “Yoğun bakım ünitesi sağlık çalışanlarının bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda mahremiyet algıları nasıldır?” ve “Mahremiyet algıları yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, meslek grubu, haftalık toplam, yoğun bakımda toplam ve meslekte toplam çalışma süresi gibi faktörlere göre değişmekte midir?” soruları oluşturmaktadır.

2.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Bursa il merkezinde bulunan üç kamu hastanesinde görev yapmakta olan yoğun bakım ünitesi çalışanlarının veri toplama aracına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

2.1.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Bursa il merkezinde yer alan üç hastanesinin yoğun bakım ünitesi çalışanları ile yapılmıştır. Araştırma bu hastanelerde görev yapan yoğun bakım ünitesi çalışanlarına uygulanan anketlerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Bu sebeple anket formuna verilen cevaplar bu evrenin özellikleri ile sınırlı olduğu için genellemelerin yapılmasında bu sınırlılık göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Bursa il merkezinde yer alan üç kamu hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan yaklaşık 1250 personel (hekim, hemşire ve klinik destek personeli) oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü belli olan durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 294 kişilik örneklem yeterli sayılabilmektedir (Gürbüz ve Şahin, s. 130). Araştırmanın yapıldığı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 432 kişiye ulaşılmıştır. Toplanan anketlerden 29 tanesi eksik ya da hatalı doldurulmuş olmasından dolayı değerlendirmeye alınmamıştır. Geriye kalan 403 anket formu değerlendirilmeye alınmış ve elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

2.1.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel araştırma yönteminden anket yöntemi tercih edilmiş ve veriler yüz yüze anket tekniğiyle toplanmıştır.

Araştırma kapsamında kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır ve bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form oluşturulurken konu ile ilgili literatür taranmış ayrıca Öztürk ve diğerlerinin (2014) hemşirelikte hasta mahremiyeti ölçek geliştirme çalışmasından yararlanılmıştır. Araştırmacı yaptığı literatür taraması ve okumalardan; 3 hekim, 5 hemşire ve 2 klinik destek personeli olmak üzere 10 katılımcı ile yaptığı görüşmelerden anket için ifadeler oluşturmuştur. Araştırmacı 2 yıldır yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak görev yapması, bu doğrultuda sahip olduğu tecrübe ve konu kapsamında tez günlüğüne aldığı notlar ile yeni maddeler ekleyerek 50 maddelik bir ifade havuzu oluşturmuştur. Oluşturulan ifade havuzu danışman hoca ve araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Uygun

olmadığına karar verilen 10 ifade anketten çıkartılmıştır. Alanda uzman 7 kişinin (Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan 4 akademisyen, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan 1 akademisyen, Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde görev yapan 1 akademisyen ve Trakya Üniversitesi Sağlık İşletmeciliği bölümünde görev yapan 1 akademisyen) katılımıyla uzman görüş toplantısı yapılmıştır. Görüşmede ifadeler ve alt boyutlar tartışılarak çıkarılması ve eklenmesi gereken ifadeler belirlenmiştir. Elde edilen ifadelerin dil ve istatistiki açıdan uygunluğu alanda uzman 2 ölçek geliştirme ve 4 dil bilim hocası tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucu araştırmacı ve danışmanı tekrar tartışarak anket düzenlenmiştir. Oluşturulan anket ile sahaya çıkılmış ve 10 yoğun bakım ünitesi çalışanına pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme sonrası ifadelerin uygunluk derecesi göz önünde bulundurularak ankete son hali verilmiştir. Bu aşamalar sonucunda 29 ifade elde edilmiştir (Ek 1). Elde edilen 29 ifade faktör analizine tabi tutulmuş ve binişik olması nedeniyle 9 ifade anketten çıkarılmıştır. Analizler 20 ifade (Ek 2) üzerinden yapılmıştır. Elde edilen “Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti” anketi araştırma kapsamında kullanılan anket formunun ilk bölümünü oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesi sağlık çalışanlarından bu ifadeleri 1-5 arasında derecelendirmeleri istenmiştir. Kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, ne katılıyorum ne katılmıyorum 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum 5 olarak derecelendirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan anket formunun ikinci bölümünde de demografik sorular yer almaktadır.

2.1.7. Analiz Yöntemi

Anket formlarından elde edilen verilerin analiz edilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programından yararlanılmıştır. Veriler aritmetik ortalama, frekans, standart sapma ve yüzde hesaplamaları yapılarak analiz edilmiş ve bu analizlerden tanımlayıcı bilgiler elde edilmiştir.

Araştırmanın verileri normallik testine tabii tutulmuş ve her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur. Tabachnick ve Fidell çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ve +1.5 arasında olduğunda verilerin normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir (2012, s. 80). Araştırmada elde edilen

değerlerin bu aralıkta olması verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmektedir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik testlerden yararlanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılması için “bağımsız örneklem t-testi” kullanılırken, üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında “varyans analizi (ANOVA)” kullanılmıştır. Üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında değişkenler arasındaki farkın kaynağının bulunabilmesi için “Tukey testi” tercih edilmiştir.

2.2. Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan yoğun bakım ünitesi çalışanlarından elde edilen bulgular detaylı olarak sunulmuştur.

2.2.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan yoğun bakım ünitesi çalışanlarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
25 ve altı	90	22.3
26-30	149	37.0
31-35	65	16.1
36-40	46	11.4
41 ve üzeri	53	13.2
Cinsiyet		
Kadın	238	59.1
Erkek	165	40.9
Medeni Durum		
Evli	193	47.9
Bekâr	210	52.1
Eğitim Durumu		
Lise ve Ön Lisans	116	28.8
Lisans	155	38.5
Lisansüstü	132	32.7
*Aylık Gelir (TL)		
7000 ve altı	79	30.6
7001-8500	84	32.6
8501 ve üzeri	95	36.8

Meslek		
Hekim	127	31.5
Hemşire	183	45.4
Klinik Destek Personeli	93	23.1
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)		
1-5	212	52.6
6 ve üzeri	191	47.4
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)		
1-5	267	66.3
6 ve üzeri	136	33.7
*Haftalık Çalışma Süresi (Saat)		
40 ve altı	96	23.9
41-60	166	41.3
3. 61 ve üzeri	140	34.8
Toplam	403	100.0

* Bazı katılımcılar demografik soruların tamamına cevap vermediği için katılımcı sayısı aylık gelir ve haftalık çalışma süresinde 403'ün altına düşmektedir.

Tablo 1'de katılımcıların yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde yaşlarının beş gruba ayrıldığı, %22.3'ünün 25 yaş ve altında, %37'sinin 26-30 yaş arasında, %16.1'inin 31-35 yaş arasında, %11.4'ünün 36-40 yaş arasında ve %13.2'sinin 41 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında %59.1'ini kadınların, %40.9'unu ise erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde bekâr katılımcıların (%52.1) evli katılımcılardan (%47.9) daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %28.8'inin lise ve önlisans, %38.5'inin lisans ve %32.7'sinin lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelirlerine bakıldığında %30.6'sının 7000 TL ve altı, %32.6'sının 7001-8500 TL arasında, %36.8'inin 8501 TL ve üstünde olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımları incelendiğinde araştırmanın meslek sınıflandırmasının %31.5'ini hekimler, %45.4'ünü hemşireler ve %23.1'ini klinik destek personeli oluşturmaktadır.

Katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek gibi demografik sorular dışında meslekteki toplam çalışma süresi de sorulmuştur. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplara bakıldığında %52.6'sının 1-5 yıl arasında ve %47.4'ünün 6 yıl ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların yoğun bakımda toplam çalışma sürelerine bakıldığında %66.3'ünün 1-5 yıl arasında ve %33.7'sinin 6 yıl ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların haftalık çalışma süresine verdikleri cevaplar

incelendiğinde ise %23,9'unun 40 saat, %34,8'inin 41-60 saat arasında ve %34,7'sinin 61 saat ve üstü çalıştığı görülmektedir.

2.2.2. Hasta Mahremiyetine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Yoğun bakımda hasta mahremiyetini ortaya koyan 29 ifade bulunmaktadır. Katılımcıların bu ifadelere ilişkin tanımlayıcı bulguları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Hasta Mahremiyeti ile İlgili İfadelerin Tanımlayıcı Bulguları

No	İfadeler	Bilinci Açık		Bilinci Kapalı		Fark	Test Değerleri
		\bar{X}	SS.	\bar{X}	SS.		
1.	Yoğun bakım hastasıyla fiziksel temas esnasında hassas davranılmaktadır.	4.42	0.808	4.00	1.009	0.419	t= 11.814 p= 0.000
2.	Yoğun bakım hastasının mahrem yerlerinin açık kalmamasına dikkat edilmektedir.	4.44	0.815	4.09	0.960	0.347	t= 10.620 p= 0.000
3.	Yoğun bakım hastasının yalnız kalabildiği tek kişilik oda bulunmadığında, ortamda paravan/perde ile bölünme sağlanmaktadır.	4.06	1.019	3.78	1.098	0.273	t= 9.093 p= 0.000
4.	Yoğun bakım hastası ile olan fiziksel mesafe, hastaya uygulanan işlemler harici ihlâl edilmemektedir.	4.24	0.888	4.02	1.039	0.218	t= 7.868 p= 0.000
5.	Yoğun bakım hastasının diğer birimlere transferi sırasında beden mahremiyetini korumak amacıyla gerekli önlemler alınmaktadır.	4.52	0.731	4.30	0.923	0.218	t= 8.204 p= 0.000
6.	Yoğun bakımda vefat etmiş olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	4.19	1.038	4.05	1.148	0.134	t= 4.612 p= 0.000
7.	Yoğun bakım hastasına uygulanan işlemler esnasında herhangi bir görevi bulunmayan kişiler ortama alınmamaktadır.	4.17	0.964	3.87	1.056	0.293	t= 8.847 p= 0.000
8.	Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetine dikkat konusunda denetlenmektedir.	3.44	1.294	3.29	1.249	0.146	t= 6.003 p= 0.000
9.	Yapılacak işlemler öncesinde yoğun bakım hastasına/hasta yakınına bilgi verilmektedir	4.37	0.835	4.10	1.001	0.270	t= 8.513 p= 0.000
10.	Yoğun bakım tanı ve tedavi sürecine katkısı olmayacak kişisel hasta bilgileri araştırılmamaktadır.	4.17	0.903	3.99	0.985	0.184	t= 6.735 p= 0.000
11.	Yoğun bakım hastasının bilgi verilmesini istemediği yakınlarına bilgi verilmemektedir.	4.19	0.935	3.72	1.120	0.464	t= 11.578 p= 0.000

12.	Yoğun bakım hastasının bilgilerini, diğer kişilerin duyabileceği ve görebileceği şekilde ortaya çıkarmamaya özen gösterilmektedir.	4.24	0.797	4.01	0.926	0.233	t= 8.169 p= 0.000
13.	Yoğun bakım hastanın bilgileri gizli tutulmaktadır.	4.39	0.763	4.22	0.921	0.171	t= 6.656 p= 0.000
14.	Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir.	4.53	0.727	4.36	0.868	0.169	t= 6.136 p= 0.000
15.	Bilimsel araştırmalarda kullanılacak hasta bilgileri için hasta/hasta yakınının rızası gözetilmektedir.	4.17	0.857	3.95	0.965	0.218	t= 7.806 p= 0.000
16.	Yoğun bakım hastasının mahremiyet ile ilgili isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşmaktadır.	4.22	0.789	3.72	1.126	0.496	t= 11.259 p= 0.000
17.	Yoğun bakım hastasının özsaygısını zedeleyecek mahremiyet ihlallerinden kaçınılmaktadır.	4.29	0.802	3.76	1.103	0.526	t= 12.174 p= 0.000
18.	Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir.	3.39	1.287	2.61	1.244	0.784	t= 14.027 p= 0.000
19.	Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır.	3.74	0.985	3.33	1.114	0.409	t= 9.588 p= 0.000
20.	Yoğun bakım hastasının dini inancına uygun şekilde davranılmaktadır.	3.92	0.945	3.51	1.118	0.409	t= 9.588 p= 0.000
21.	Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır.	4.22	0.831	3.63	1.244	0.591	t= 12.235 p= 0.000
22.	Yoğun bakım hastasının kendisini huzurlu hissetmesi sağlanmaktadır.	4.18	0.791	3.54	1.216	0.645	t= 13.352 p= 0.000
23.	Yoğun bakıma alınan ziyaretçiler, hasta mahremiyetine saygı duymaları noktasında bilgilendirilmektedir.	4.27	0.938	4.06	1.097	0.216	t= 5.965 p= 0.000
24.	Yoğun bakım hastasının diğer hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimde hasta mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmektedir.	4.21	0.876	3.96	1.085	0.248	t= 7.261 p= 0.000
25.	Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetini zedeleyecek sosyal medya paylaşımları noktasında hassastır.	4.45	0.810	4.31	0.917	0.141	t= 5.454 p= 0.000
26.	Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetinin bilincindedir.	4.33	0.853	4.02	1.047	0.303	t= 9.722 p= 0.000
27.	Yoğun bakım çalışanları, hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin bilincindedir.	4.28	0.857	3.85	1.120	0.434	t= 10.860 p= 0.000

28.	Yoğun bakım çalışanları, hasta mahremiyetini koruyacak önlemlerin alınması gerektiğinin bilincindedir.	4.25	0.862	3.92	1.024	0.330	t= 9.711 p= 0.000
29.	Yoğun bakım çalışanları mahremiyetin her cinsiyet ve yaşta birey için önemli bir durum olduğunun bilincindedir.	4.29	0.838	3.97	1.053	0.320	t= 10.325 p= 0.000

Tablo 2’de bilinci açık ve kapalı hastalar açısından hasta mahremiyetini ölçen ifadelerin aritmetik ortalamaları, standart sapmaları, ortalamaların farkı ve test değerleri yer almaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastaları değerlendirdikleri bölümde “*Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir*” 4.53±0.727 ortalama, “*Yoğun bakım hastasının diğer birimlere transferi sırasında beden mahremiyetini korumak amacıyla gerekli önlemler alınmaktadır*” 4.52±0.731 ortalama, “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetini zedeleyecek sosyal medya paylaşımları noktasında hassastır*” 4.45±0.810 ortalama ile katılım düzeyi en yüksek ifadeler olarak görülmektedir. Yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastaları değerlendirdikleri bölümde “*Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir*” 3.39±1.287 ortalama, “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetine dikkat konusunda denetlenmektedir*” 3.44±1.294 ortalama, “*Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır*” 3.74±0.985 ortalama ile katılım düzeyi en düşük ifadeler olarak görülmektedir.

Yoğun bakım çalışanlarının bilinci kapalı hastaları değerlendirdikleri bölümde “*Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir*” 4.36±0.868 ortalama, “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetini zedeleyecek sosyal medya paylaşımları noktasında hassastır*” 4.31±0.917 ortalama, “*Yoğun bakım hastasının diğer birimlere transferi sırasında beden mahremiyetini korumak amacıyla gerekli önlemler alınmaktadır*” ortalama 4.30±0.923 ile katılım düzeyi en yüksek ifadeler olarak görülmektedir. Yoğun bakım çalışanlarının bilinci kapalı hastaları değerlendirdikleri bölümde “*Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir*” 2.61±1.244 ortalama, “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetine dikkat konusunda denetlenmektedir*” 3.29±1.249 ortalama, “*Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır*” 3.33±1.114 ortalama ile

katılım düzeyi en düşük ifadeler olarak görülmektedir. Katılımcıların bilinci açık ve bilinci kapalı hastaları değerlendirirken yüksek ve düşük verdikleri puanların benzer ifadelerde olduğu görülmektedir.

İfadelerde yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık ve bilinci kapalı hastalara verdikleri puanların farkına bakıldığında “*Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir*” 0.784 ortalama puan ile en yüksek puanı aldığı tespit edilmiştir. 0.645 ile “*Yoğun bakım hastasının kendisini huzurlu hissetmesi sağlanmaktadır*” ifadesinde de farkın yüksek olduğu görülmektedir. 0.591 ile “*Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır*” ifadesinin de yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Farkın en düşük olduğu ifadeler bakıldığında 0.134 puan ile “*Yoğun bakımda vefat etmiş olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir*”, 0.141 puan ile “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetini zedeleyecek sosyal medya paylaşımları noktasında hassastır*” ve 0.146 puan ile “*Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetine dikkat konusunda denetlenmektedir*” olduğu görülmektedir.

İfadelere bakıldığında bilinci açık hastalara verilen puanların ortalamasının bilinci kapalı hastalardan yüksek olduğu görülmektedir. Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının bilinci açık hastaların mahremiyetine bilinci kapalı hastalara göre daha fazla dikkat ettiği düşünülmektedir. Bu durumun bilinci kapalı hastaların kendilerini ve dolayısıyla mahremiyet ile ilgili beklentilerini ifade edememesinden ve sağlık çalışanları tarafından mahremiyet ihtiyaçlarının yeterince anlaşılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bilinci açık hastalarda ise bu durum farklıdır. Bilinci açık hastaların mahremiyet beklentilerini ifade edebilmesi, sağlık çalışanlarının nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda yönlendirici nitelikte olmaktadır ve hasta mahremiyetinin sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. “*Yoğun bakım çalışanları, hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin bilincindedir*” ifadesine verilen puanların bilinci açık hastalarda daha yüksek olması da katılımcıların bilinci açık hastaların beklentilerinin daha farkında olduğunu göstermektedir.

2.2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti İfadeleri Açımlayıcı Faktör Analizi

Hasta mahremiyeti anketinin faktör yapısını ortaya çıkarmak için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu başlık altında da hasta mahremiyeti ifadelerine yönelik faktör analizine yer verilmiştir.

İlk olarak verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı belirlenmelidir. Bu amaçla verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin testi (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. KMO değeri örneklem büyüklüğünün faktör elde etmek için yeterli olup olmadığını gösterirken Bartlett testi ise değişkenler arasında ilişkinin olup olmadığını incelemektedir. KMO değeri 0 ile 1 aralığında değişiklik göstermektedir. Bu değer 0.60 ve üzeri olması örneklem büyüklüğünün faktör elde edebilmek için yeterli olduğunu ifade etmektedir (Büyüköztürk, 2020, s. 136). Tablo 3 incelediğinde, hasta mahremiyeti ifadelerine uygulanan KMO testi sonucunda KMO değeri 0.887 olarak bulunduğu görülmektedir. Buradan anketin faktör analizi için geçerlilik düzeyinin çok iyi olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti KMO ve Bartlett's Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0.887
Bartlett's Test of Sphericity	Df	190
	Sig.	0.000

Bartlett's testinin p değerinin de 0.05'ten küçük olması değişkenlerin birbiri ile ilişkili olup olmadığını göstermektedir (Padem, 2012, s. 195). Tablo 3'te Bartlett's testi sonucuna bakıldığında da (sig.=0.000, p<0.05) değişkenlerin birbiri ile ilişkili olduğu ve analiz için uygun olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti İfadeleri Faktör Analizi

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans (%)
1. Faktör: Psikolojik Mahremiyet		
12. Bilimsel araştırmalarda kullanılacak hasta bilgileri için hasta/hasta yakınının rızası gözetilmektedir.	0.468	35.999
13. Yoğun bakım hastasının mahremiyet ile ilgili	0.608	

isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşmaktadır.		
14. Yoğun bakım hastasının özsaygısını zedeleyecek mahremiyet ihlallerinden kaçınılmaktadır.	0.657	
17. Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır.	0.785	
18. Yoğun bakım hastasının kendisini huzurlu hissetmesi sağlanmaktadır.	0.818	
19. Yoğun bakıma alınan ziyaretçiler, hasta mahremiyetine saygı duymaları noktasında bilgilendirilmektedir.	0.639	
20. Yoğun bakım hastasının diğer hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimde hasta mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmektedir.	0.654	
2. Faktör: Bilgi Mahremiyeti		
6. Yapılacak işlemler öncesinde yoğun bakım hastasına/hasta yakınına bilgi verilmektedir	0.542	8.419
7. Yoğun bakım tanı ve tedavi sürecine katkısı olmayacak kişisel hasta bilgileri araştırılmamaktadır.	0.656	
8. Yoğun bakım hastasının bilgi verilmesini istemediği yakınlarına bilgi verilmemektedir.	0.573	
9. Yoğun bakım hastasının bilgilerini, diğer kişilerin duyabileceği ve görebileceği şekilde ortaya çıkarmamaya özen gösterilmektedir.	0.541	
10. Yoğun bakım hastasının bilgileri gizli tutulmaktadır	0.650	
11. Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir.	0.655	
3. Faktör: Fiziksel Mahremiyet		
1. Yoğun bakım hastasıyla fiziksel temas esnasında hassas davranılmaktadır.	0.782	7.243
2. Yoğun bakım hastasının mahrem yerlerinin açık kalmamasına dikkat edilmektedir.	0.800	
3. Yoğun bakım hastasının yalnız kalabildiği tek kişilik oda bulunmadığında, ortamda paravan/perde ile bölünme sağlanmaktadır.	0.748	
4. Yoğun bakımda vefat etmiş olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	0.612	
5. Yoğun bakım hastasına uygulanan işlemler esnasında herhangi bir görevi bulunmayan kişiler ortama alınmamaktadır.	0.488	
4. Faktör: Sosyal Mahremiyet		
15. Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır.	0.884	6.451
16. Yoğun bakım hastasının dini inancına uygun şekilde davranılmaktadır.	0.830	

Faktör analizinde döndürme tekniklerinden Varimax döndürme tekniği kullanılmış ve faktör yükü alt kesme noktası 0,30 olarak seçilmiştir. Faktör analizi

ortalama puanları üzerinden yapılmıştır. Ankette yer alan 9 ifade birden fazla faktör altında toplanarak binişik oldukları için anketten çıkartılmışlardır. Hasta mahremiyeti ortalama puanlarına uygulanan faktör analizi sonuçlarına göre 20 ifadeli ve 4 boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır.

12., 13., 14., 17., 18., 19. ve 20. ifadeler ilk boyutu oluşturmaktadır. Bu ifadelerin oluşturduğu boyut “Psikolojik Mahremiyet” olarak isimlendirilmiştir. İkinci boyutta 6., 7., 8., 9., 10. ve 11. ifadeler yer almaktadır ve bu boyuta “Bilgi Mahremiyeti” isminin verilmesi uygun bulunmuştur. Anketteki 1., 2., 3., 4. ve 5. ifadelerin oluşturduğu üçüncü boyut ise “Fiziksel Mahremiyet” olarak isimlendirilmiştir. 15. ve 16. ifadelerin oluşturduğu son boyuta ise “Sosyal Mahremiyet” ismi verilmiştir.

Tablo 4’te incelendiğinde birinci faktör olan *psikolojik mahremiyetin* açıkladığı varyans oranının %35.999 olduğu görülmektedir. İkinci faktör olan *bilgi mahremiyetinin* açıkladığı varyans %8.419’dur. Üçüncü faktör olan *fiziksel mahremiyetin* açıkladığı varyans oranı ise %7.243’tür. Dördüncü faktör olan *sosyal mahremiyetin* açıkladığı varyans oranı %6.451’dir. Dört faktörün açıkladığı toplam varyans oranı ise %58.113’tür.

Tablo 5. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Tanımlayıcı Bulguları

Boyutlar	Bilinci açık		Bilinci kapalı		Test Değerleri
	\bar{X}	SS.	\bar{X}	SS.	
Psikolojik Mahremiyet	4.223	0.609	3.802	0.827	t= 17.029 p= 0.000
Bilgi Mahremiyeti	4.316	0.534	4.067	0.640	t= 14.037 p= 0.000
Fiziksel Mahremiyet	4.253	0.686	3.960	0.759	t= 15.597 p= 0.000
Sosyal Mahremiyet	3.827	0.879	3.418	1.012	t= 10.988 p= 0.000

Tablo 5’te yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyeti boyutlarının aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ve test değerleri yer almaktadır. Katılımcıların psikolojik mahremiyet, bilgi mahremiyeti, fiziksel mahremiyet ve sosyal mahremiyet boyutunda bilinci kapalı hastalara göre bilinci açık hastalara daha yüksek puan verdiği görülmektedir. Buradan yoğun bakım çalışanlarının psikolojik, bilgi, fiziksel ve sosyal boyutlarda bilinci açık hastalarda mahremiyete daha fazla önem verdiği

ifade edilebilir. Bilinci açık hastalarda 4.316 ve bilinci kapalı hastalarda 4.067 ile en yüksek puanı alan boyut bilgi mahremiyetidir. Bu doğrultuda yoğun bakım çalışanlarının, bilgi mahremiyetine diğer mahremiyet türlerine göre daha fazla önem verdiği ifade edilebilir. Bilgi mahremiyeti kapsamında hasta bilgilerinin gizli tutulduğu, hasta bilgilerinin diğer kişilerin duyabileceği ve görebileceği şekilde ortaya çıkarmamaya ve yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edildiği anlaşılmaktadır. Yoğun bakım çalışanlarının hastaların bilgi güvenliğinin sağlanması gerektiğinin farkında olması bilgi mahremiyetini koruma noktasında daha dikkatli olmalarına katkı sağladığı düşünülebilir. Ayrıca bilgi mahremiyetinin korunmadığı durumlarda hastane yönetimine ve dolayısıyla sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz geri bildirim alınması ihtimali bu konuya hassasiyet gösterilmesinde bir etken olduğu söylenebilir.

2.2.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Hasta mahremiyeti ifadeleri dört boyut altında toplanmıştır. Boyutların aldıkları değerler Tablo 6'da belirtilmektedir.

Tablo 6. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
Psikolojik Mahremiyet	7	0.876	4.012	0.683	Skewness	-0.471
					Kurtosis	-0.594
Bilgi Mahremiyeti	6	0.742	4.191	0.562	Skewness	-0.853
					Kurtosis	0.956
Fiziksel Mahremiyet	5	0.795	4.106	0.699	Skewness	-0.963
					Kurtosis	1.211
Sosyal Mahremiyet	2	0.808	3.622	0.871	Skewness	-0.388
					Kurtosis	-0.071

Boyutların güvenilirliklerini incelemek için Cronbach Alfa değerlerine bakılmıştır. Cronbach Alfa değerinin 0.70 ile 0.90 arasında yüksek güvenilirlik düzeyine işaret etmektedir (Özdamar, 2017, s. 112). Psikolojik mahremiyet boyutunun Cronbach Alfa değeri de 0.876 olarak saptanmıştır. Bu sebeple, boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu ifade edilebilir. Bilgi mahremiyeti boyutunun

Cronbach Alfa değeri 0.742, Fiziksel Mahremiyet boyutunun Cronbach Alfa değeri 0.795 olarak bulunmuştur. Son boyut olan Sosyal Mahremiyet boyutunun Cronbach Alfa değerinin de 0.808 olduğu görülmektedir. Buradan tüm boyutların yüksek derecede güvenilir olduğu yorumu yapılabilmektedir.

Tablo 6’da yer alan boyutlar ile ilgili diğer bilgiler şu şekildedir:

Psikolojik Mahremiyet: Psikolojik mahremiyet boyutu 7 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler yoğun bakım çalışanlarının psikolojik mahremiyet ile ilgili duyarlılıklarıyla ilgilidir. Katılımcıların ifadelere verdikleri puanlar arttıkça psikolojik mahremiyet duyarlılıklarının yüksek olduğu, ifadelere verdikleri puanlar azaldıkça psikolojik mahremiyet duyarlılıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 4.012, standart sapması 0.683 olarak bulunmuştur.

Bilgi mahremiyeti: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler yoğun bakım çalışanlarının bilgi mahremiyeti ile ilgili duyarlılıklarını içermektedir. Katılımcıların ifadelere verdikleri puanlar arttıkça bilgi mahremiyeti duyarlılıklarının yüksek olduğu, ifadelere verdikleri puanlar azaldıkça bilgi mahremiyeti duyarlılıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 4.191, standart sapması 0.562 olarak bulunmuştur.

Fiziksel Mahremiyet: Bu boyut 5 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler yoğun bakım çalışanlarının fiziksel mahremiyet ile ilgili duyarlılıklarını içermektedir. Katılımcıların ifadelere verdikleri puanlar arttıkça fiziksel mahremiyet duyarlılıklarının yüksek olduğu, ifadelere verdikleri puanlar azaldıkça fiziksel mahremiyet duyarlılıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 4.106, standart sapması 0.699 olarak bulunmuştur.

Sosyal Mahremiyet: Bu boyut 2 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan ifadeler yoğun bakım çalışanlarının sosyal mahremiyet ile ilgili duyarlılıklarını içermektedir. Katılımcıların ifadelere verdikleri puanlar arttıkça sosyal mahremiyet duyarlılıklarının yüksek olduğu, ifadelere verdikleri puanlar azaldıkça sosyal mahremiyet duyarlılıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Boyutun aritmetik ortalaması 3.622, standart sapması 0.871 olarak bulunmuştur.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerinin bulunabilmesi için normallik testi uygulanmış ve her boyutun çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiştir. Tablo 6 incelendiğinde bu değerlerin -0.963 ile 1.211 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir. Boyutların -1.5 ile +1.5 arasında değer alması boyutların normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2012, s. 80). Araştırmada da tüm boyutların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

2.2.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyeti Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Katılımcıların demografik değişkenleri ile hasta mahremiyeti boyutlarının karşılaştırmalarının yapılması için bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA’da farklılık tespit edildiği durumlarda farkın kaynağını ortaya çıkarmak için Tukey testinden faydalanılmıştır. Yapılan karşılaştırmalarla ilgili bilgiler Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9 ve Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 7. Psikolojik Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
1. 25 ve altı	90	4.171	0.640	F=10.659 p= 0.000 4,3-1,2
2. 26-30	149	4.188	0.587	
3. 31-35	65	3.718	0.625	
4. 36-40	46	3.686	0.725	
5. 41 ve üzeri	53	3.893	0.798	
Cinsiyet				
1. Kadın	238	4.038	0.659	t= 0.899
2. Erkek	165	3.976	0.716	p= 0.369
Medeni Durum				
1. Evli	193	3.921	0.713	t= -2.603
2. Bekâr	210	4.097	0.644	p= 0.010
Eğitim Durumu				
1. Lise ve Ön Lisans	116	3.985	0.717	F= 40.109
2. Lisans	155	4.328	0.547	p= 0.000
3. Lisansüstü	132	3.666	0.623	1-2-3
Aylık Gelir (TL)				
1. 7000 ve altı	79	4.105	0.682	F= 4.279
2. 7001-8500	84	4.365	0.444	p= 0.015
3. 8501 ve üzeri	95	4.166	0.642	1-2
Meslek				
1. Hekim	127	3.641	0.614	F= 55.710

2. Hemşire	183	4.351	0.547	p= 0.000 1-2-3
3. Klinik Destek Personel	93	3.854	0.697	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	212	4.131	0.624	t= 3.714
2. 6 ve üzeri	191	3.881	0.722	p= 0.000
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	267	4.108	0.634	t= 4.023
2. 6 ve üzeri	136	3.824	0.736	p= 0.000
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)				
1. 40 ve altı	96	3.704	0.682	F= 22.505
2. 41-60	166	3.973	0.679	p= 0.000 1-2-3
3. 61 ve üzeri	140	4.275	0.587	

Tablo 7’de “psikolojik mahremiyet” boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yaşa göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=10.659, p=0.000). Yapılan analizlerde farkın 36-40 yaş arası katılımcıların puanının (3.686±0.725) ve 31-35 yaş arası katılımcıların puanının (3.718±0.625), 25 yaş ve altı (4.171±0.640) ve 26-30 yaş arası (4.188±0.587) katılımcıların puanına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda 41 ve üzeri yaş grubu hariç tutulduğunda yaş arttıkça psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete dikkat etmenin azaldığı görülmektedir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (t= -2.603, p=0.010). Bu fark bekâr katılımcıların puanının (4.097±0.644), evli katılımcılara (3.921±0.713) göre daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Buradan hareketle bekâr katılımcıların evli katılımcılardan daha çok psikolojik mahremiyete dikkat ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu sonuç evli ve bekâr bireylerin mahremiyet algılarının birbirinden farklı olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının eğitim seviyesine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=-2.603, p=0.000). Bu farkın lisansüstü (3.666±0.623) eğitime sahip katılımcıların puanının lise ve ön lisans (3.985±0.717) eğitime ve lisans (4.328±0.547) eğitime sahip katılımcıların puanından daha düşük; lise ve ön lisans (3.985±0.717) eğitime sahip katılımcıların puanının lisans (4.328±0.547) eğitimine sahip katılımcıların puanından daha düşük olmasından

kaynaklandığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyine ait sonuçlar değerlendirildiğinde lisans eğitime sahip katılımcıların psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete daha çok dikkat ettiği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=4.279$, $p= 0.015$). Yapılan analizlerde farkın 7000 TL ve altı (4.105 ± 0.682) gelire sahip katılımcıların puanının 7001-8500 TL (4.365 ± 0.444) gelire sahip katılımcıların puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı ifade edilebilir. 8501 TL ve üzeri gelire sahip olan grup hariç tutulduğunda aylık gelir arttıkça psikolojik mahremiyete dikkat etmenin arttığı görülmektedir. Aylık gelirin iş motivasyonu için bir etken olduğu düşünüldüğünde gelirin artmasına paralel olarak iş motivasyonunun da artmasının yoğun bakım çalışanlarının psikolojik mahremiyete dikkat etmelerini olumlu etkilediği çıkarımına ulaştırılabilir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=55.710$, $p= 0.000$). Yapılan analizlerde bu farkın hekimlerin (3.641 ± 0.614) puanının klinik destek personelinin (3.854 ± 0.697) puanından ve hemşirelerin (4.351 ± 0.547) puanından daha düşük; klinik destek personelinin puanının da (3.854 ± 0.697) hemşirelerin (4.351 ± 0.547) puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin hekim ve klinik destek personele kıyasla psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete daha fazla dikkat ettiği ifade edilebilir. Hemşirelerin bakım ve tedavi sürecinde her zaman yer almaları, hastaları 24 saat gözlemlenmeleri ve bu doğrultuda da hasta ile en çok etkileşim halinde olan meslek grubu olmalarının psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete daha fazla dikkat etmelerinde etkili olduğu ifade edilebilir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının meslekteki toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=3.714$, $p=0.000$). Bu farkın 1-5 yıl arası (4.131 ± 0.624) çalışan katılımcıların puanının 6 yıl ve üstü (3.881 ± 0.722) çalışan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından

kaynaklandığı tespit edilmiştir. Meslekteki toplam çalışma süresinin artmasının yoğun bakım çalışanlarının psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete dikkat etmelerinde azalmaya sebep olduğu söylenebilir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yoğun bakımda toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=4.023$, $p=0.000$). Bu farkın 1-5 yıl arası (4.108 ± 0.634) çalışan katılımcıların puanının, 6 yıl ve üstü (3.824 ± 0.736) çalışan katılımcıların puanından daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yoğun bakımda toplam çalışma süresi arttıkça psikolojik mahremiyete dikkat etmenin azaldığı görülmektedir. Çalışılan yılın artmasının mesleki körlüğe sebep olarak mahremiyet algısının düşmesine yol açtığı söylenebilir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının haftalık çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F= 22.505$, $p= 0.000$). Yapılan analizlerde bu farkın 40 saat ve altı (3.704 ± 0.682) çalışan katılımcıların puanının 41-60 saat (3.973 ± 0.679) çalışan katılımcıların puanıyla 61 saat ve üstü (4.275 ± 0.587) çalışan katılımcıların puanından daha düşük ve 41-60 saat (3.973 ± 0.679) çalışan katılımcıların puanının da 61 saat ve üstü (4.275 ± 0.587) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Haftalık çalışma süresi azaldıkça yoğun bakım çalışanlarının psikolojik mahremiyet açısından mahremiyete dikkat etmelerinin de azaldığı görülmektedir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanları cinsiyete ($t=0.899$, $p=0.369$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 8. Bilgi Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
1. 25 ve altı	90	4.224	0.634	F= 3.984 p= 0.004 3-2
2. 26-30	149	4.307	0.475	
3. 31-35	65	4.016	0.593	
4. 36-40	46	4.077	0.568	

5. 41 ve üzeri	53	4.125	0.551	
Cinsiyet				
1. Kadın	238	4.223	0.551	t= 1.376
2. Erkek	165	4.145	0.576	p= 0.170
Medeni Durum				
1. Evli	193	4.168	0.568	t= -0.797
2. Bekâr	210	4.213	0.557	p= 0.426
Eğitim Durumu				
1. Lise ve Ön Lisans	116	4.086	0.604	F= 20.478
2. Lisans	155	4.406	0.467	p= 0.000
3. Lisansüstü	132	4.031	0.549	1,3-2
Aylık Gelir (TL)				
1. 7000 ve altı	79	4.220	0.595	F= 1.741
2. 7001-8500	84	4.370	0.455	p= 0.177
3. 8501 ve üzeri	95	4.273	0.509	
Meslek				
1. Hekim	127	4.035	0.556	F= 24.004
2. Hemşire	183	4.393	0.475	p= 0.000
3. Klinik Destek Personel	93	4.009	0.601	3,1-2
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	212	4.230	0.568	t= 1.456
2. 6 ve üzeri	191	4.148	0.553	p= 0.146
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	267	4.237	0.559	t= 2.305
2. 6 ve üzeri	136	4.101	0.558	p= 0.022
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)				
1. 40 ve altı	96	4.140	0.548	F= 1.929
2. 41-60	166	4.157	0.570	p= 0.147
3. 61 ve üzeri	140	4.266	0.560	

Tablo 8’de “bilgi mahremiyeti” boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Katılımcıların “bilgi mahremiyeti” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yaşa göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=3.984, p=0.004). Yapılan analizlerde farkın 31-35 yaş arası (4.016±0.593) katılımcıların puanının, 26-30 yaş arası (4.307±0.475) katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda 26-30 yaş arası katılımcıların 31-35 yaş arası katılımcılara göre bilgi mahremiyetine daha çok dikkat ettiği ifade edilebilir.

Katılımcıların “bilgi mahremiyeti” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının eğitim seviyesine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=20.478, p=0.000). Yapılan analizlerde bu farkın lisans (4.406±0.467) eğitime sahip katılımcıların puanının, lise ve ön lisans (4.086±0.604) ve lisansüstü (4.031±0.549) eğitime sahip katılımcıların puanından

daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Lisansüstü eğitime sahip olan grup hariç tutulduğunda eğitim seviyesi arttıkça bilgi mahremiyetine verilen önemin arttığı çıkarımı yapılabilir.

Katılımcıların “bilgi mahremiyeti” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=24.004$, $p=0.000$). Yapılan analizlerde klinik destek personelin (4.009 ± 0.601) puanının, hekim (4.035 ± 0.556) ve hemşirelerin (4.393 ± 0.475) puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Klinik destek personelinin bilgi mahremiyeti konusunda hekim ve hemşirelere göre daha bilinçsiz olduğu söylenebilir.

Katılımcıların “bilgi mahremiyeti” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yoğun bakımda toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.305$, $p=0.022$). Bu farkın 6 yıl ve üstü (4.101 ± 0.558) çalışanların puanının, 1-5 yıl arası (4.237 ± 0.559) çalışanların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yoğun bakımda toplam çalışma süresinin artmasının yoğun bakım çalışanlarının bilgi mahremiyeti açısından mahremiyete dikkat etmelerinde azalmaya sebep olduğu söylenebilir.

Katılımcıların “bilgi mahremiyeti” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının cinsiyet ($t=1.376$, $p=0.170$), medeni durum ($t=-.797$, $p=0.426$), aylık gelir ($F=1.741$, $p=0.177$), meslekteki toplam çalışma süresi ($t=1.456$, $p=0.146$) ve haftalık çalışma süresine ($F=1.929$, $p=0.147$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 9. Fiziksel Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
1. 25 ve altı	90	4.068	0.752	$F=4.437$ $p=0.002$ 4-2
2. 26-30	149	4.270	0.580	
3. 31-35	65	3.969	0.756	
4. 36-40	46	3.850	0.789	
5. 41 ve üzeri	53	4.103	0.665	
Cinsiyet				
1. Kadın	238	4.120	0.687	$t=0.456$
2. Erkek	165	4.087	0.717	$p=0.649$

Medeni Durum				
1. Evli	193	4.092	0.706	t= -0.391
2. Bekâr	210	4.120	0.693	p= 0.696
Eğitim Durumu				
1. Lise ve Ön Lisans	116	4.013	0.760	F= 23.835
2. Lisans	155	4.385	0.551	p= 0.000
3. Lisansüstü	132	3.862	0.688	2-1,3
Aylık Gelir (TL)				
1. 7000 ve altı	79	4.151	0.675	F= 1.936
2. 7001-8500	84	4.319	0.600	p= 0.146
3. 8501 ve üzeri	95	4.310	0.566	
Meslek				
1. Hekim	127	3.851	0.687	F= 20.855
2. Hemşire	183	4.333	0.612	p= 0.000
3. Klinik Destek Personel	93	4.010	0.737	2-1,3
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	212	4.176	0.669	t= 2.125
2. 6 ve üzeri	191	4.029	0.724	p= 0.034
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	267	4.170	0.658	t= 2.572
2. 6 ve üzeri	136	3.982	0.759	p= 0.010
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)				
1. 40 ve altı	96	3.877	0.763	F= 13.144
2. 41-60	166	4.054	0.657	p= 0.000
3. 61 ve üzeri	140	4.324	0.643	1,2-3

Tablo 9’da “fiziksel mahremiyet” boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yaşa göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=4.437, p=0.002). Yapılan analizlerde 36-40 yaş arası (3.850±0.789) katılımcıların puanının, 26-30 yaş arası (4.270±0.580) katılımcıların puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. 26-30 yaş arası grubun 36-40 yaş arası gruba göre fiziksel mahremiyet açısından mahremiyete daha çok dikkat ettiği ifade edilebilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=23.835, p=0.000). Yapılan analizlerde bu farkın eğitim seviyesi lisansüstü (3.862±0.688) ve lise ve ön lisans (4.013±0.760) olan katılımcıların puanlarının eğitim seviyesi lisans (4.385±0.551) olan katılımcılara göre daha düşük puana sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Lisansüstü

eğitime sahip olan grup hariç tutulduğunda eğitim seviyesi arttıkça fiziksel mahremiyete olan duyarlılığın arttığı sonucuna ulaşılabilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=20.855$, $p=0.000$). Yapılan analizlerde bu farkın hekimlerin puanı (3.851 ± 0.687) ve klinik destek personelin puanının (4.010 ± 0.737) hemşirelerin puanından (4.333 ± 0.612) daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin fiziksel mahremiyet açısından hasta mahremiyetine daha çok dikkat ettiği görülmektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturması ve beden mahremiyet algılarının erkeklere kıyasla daha farklı olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu varsayılabilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının meslekteki toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.125$, $p=0.034$). Bu farkın 6 yıl ve üstü çalışan katılımcıların puanının (4.029 ± 0.724), 1-5 yıl arası (4.176 ± 0.669) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Meslekteki toplam çalışma süresi arttıkça yoğun bakım çalışanlarının fiziksel mahremiyet açısından hasta mahremiyetine dikkat etmesinin azaldığı söylenebilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yoğun bakımda toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.572$, $p=0.010$). Bu farkın 6 yıl ve üstü çalışan katılımcıların puanının (3.982 ± 0.759), 1-5 yıl arası (4.170 ± 0.658) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yoğun bakımda toplam çalışma süresinin artmasının fiziksel mahremiyet açısından hasta mahremiyetine dikkat etmenin azalmasına sebep olduğu söylenebilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının haftalık toplam çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=13.144$,

p=0.000). Yapılan analizlerde 40 saat ve altı (3.877±0.763) çalışan katılımcıların puanı ve 41-60 saat (4.054±0.657) çalışan katılımcıların puanının 61 saat ve üstü (4.324±0.643) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Haftalık toplam çalışma süresi 61 saat ve üstü olanların fiziksel mahremiyet açısından hasta mahremiyetine daha çok dikkat ettiği ifade edilebilir.

Katılımcıların “fiziksel mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının cinsiyet (t=0.456, p=0.649), medeni durum (t=-0.391, p=0.696) ve aylık gelire (F=1.936, p=0.146) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 10. Sosyal Mahremiyet Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
1. 25 ve altı	90	3.616	0.922	F= 0.875 p= 0.479
2. 26-30	149	3.694	0.889	
3. 31+35	65	3.453	0.781	
4. 36-40	46	3.614	0.901	
5. 41 ve üzeri	53	3.646	0.810	
Cinsiyet				
1. Kadın	238	3.620	0.901	t= -0.056
2. Erkek	165	3.625	0.829	p= 0.955
Medeni Durum				
1. Evli	193	3.525	0.876	t= -2.150
2. Bekâr	210	3.711	0.859	p= 0.032
Eğitim Durumu				
1. Lise ve Ön Lisans	116	3.562	0.836	F= 2.467 p= 0.086
3. Lisans	155	3.743	0.905	
4. Lisansüstü	132	3.534	0.850	
Aylık Gelir (TL)				
1. 7000 ve altı	79	3.750	0.785	F= 0.836 p= 0.435
2. 7001-8500	84	3.756	0.928	
3. 8501 ve üzeri	95	3.602	0.965	
Meslek				
1. Hekim	127	3.529	0.861	F= 3.909 p= 0.021 2-3
2. Hemşire	183	3.754	0.889	
3. Klinik Destek Personel	93	3.491	0.820	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	212	3.672	0.906	t= 1.198
2. 6 ve üzeri	191	3.356	0.829	p= 0.232
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)				
1. 1-5	267	3.655	0.891	t= 1.052
2. 6 ve üzeri	136	3.558	0.831	p= 0.293
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)				
1. 40 ve altı	96	3.437	0.830	F= 3.225 p= 0.041 1-3
2. 41-60	166	3.655	0.843	
3. 61 ve üzeri	140	3.721	0.912	

Tablo 10'da "sosyal mahremiyet" boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların "sosyal mahremiyet" boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=-2.150$, $p=0.032$). Bu fark ile evli katılımcıların (3.525 ± 0.876) puanının, bekâr katılımcıların puanına (3.711 ± 0.859) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda evli katılımcıların bekâr katılımcılara göre sosyal mahremiyete daha az dikkat ettiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Katılımcıların "sosyal mahremiyet" boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının mesleğe göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=3.909$, $p=0.021$). Bu farkın klinik destek personel puanının (3.491 ± 0.820) hemşire (3.754 ± 0.889) puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuç hemşirelerin klinik destek personeline kıyasla sosyal mahremiyet açısından hasta mahremiyetine daha çok dikkat ettiği çıkarımına ulaştırmaktadır.

Katılımcıların "sosyal mahremiyet" boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının haftalık çalışma süresine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=3.225$, $p=0.041$). Bu fark ile 40 saat altı çalışan katılımcıların puanının (3.437 ± 0.830), 61 saat ve üstü (3.721 ± 0.912) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Haftalık çalışma süresi arttıkça sosyal mahremiyet açısından hasta mahremiyetine dikkat etmenin arttığı ifade edilebilir.

Katılımcıların "sosyal mahremiyet" boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının yaş ($F=0.875$, $p=0.479$), cinsiyet ($t=-.056$, $p=0.955$), eğitim durumu ($F=2.467$, $p=0.086$), aylık gelir ($F=0.836$, $p=0.435$), meslekteki toplam çalışma süresi ($t=1.198$, $p=0.232$) ve yoğun bakımda toplam çalışma süresine ($t=1.052$, $p=0.293$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

2.3. Tartışma

Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda 127 hekim, 183 hemşire ve 93 klinik destek personele ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucuna yönelik bulgular, yoğun bakım ünitelerinde mahremiyet ile ilgili yapılmış diğer çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

Katılımcıların hasta mahremiyetini ortaya koyan ifadelere verdikleri puanların ortalamalarına bakıldığında; tüm ifadelerde bilinci kapalı hastalara kıyasla bilinci açık hastalara daha yüksek puan verdikleri görülmektedir. Bu doğrultuda yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda mahremiyeti ayrı değerlendirdiği anlaşılmaktadır. Bilinci açık hastalarda ortalama puanların daha yüksek olması, yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastaların mahremiyetinin farkında, onlara karşı daha hassas, dikkatli ve anlayışlı olduğu sonucuna ulaştırmaktadır. Nitekim Soydan ve diğerlerinin (2016, s. 10) yaptığı çalışmada da katılımcıların mahremiyet algılarının bilinci açık hastalara yönelik olduğu görülmektedir. Katılımcılar yoğun bakım ünitelerinde bilinci açık hastaya yapılan işlemlerin, bilinci açık hastanın diğer hastaları görmesinin ve bilinci açık hastanın bilgilerinin ortaya çıkmasının mahremiyet açısından sorun teşkil ettiği görüşündedir. Yoğun bakım çalışanları kendilerini mahremiyeti zedeleyen bir unsur olarak görmemekle birlikte kişilik hakkını da bilinci açık hastayla bağdaştırmaktadırlar. Bu doğrultuda bilinci kapalı hastaların kişilik hakkının olmadığı yönünde bir algılarının olduğu da ayrıca ifade edilmektedir. Yılmaz'ın (2020, s. 52) çalışmasında bilinçli-bilinçsiz hasta ayrımı alt temasında yer alan ifadelerle bakıldığında da katılımcılar tarafından bilinci kapalı hastanın mahremiyetine daha az dikkat edildiği ve zaman zaman göz ardı edildiği belirtilmektedir.

Araştırmada yer alan “*Yoğun bakım çalışanları, hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin bilincindedir*” ifadesine yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastalarda daha yüksek puan verdiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yoğun bakım çalışanlarının bilinci kapalı hastalara kıyasla bilinci açık hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin daha farkında olduğu söylenebilir. Hastaların bilinç düzeyinden dolayı mahremiyet ihtiyaçlarını açıklayamaz durumda olması yoğun bakım

çalışanları tarafından anlaşılmasını ve yoğun bakım çalışanlarının bilinci kapalı hastalar için bir mahremiyet bilinci geliştirmelerini engellediği düşünülmektedir. Yılmaz'ın (2020, s. 52) araştırmasında da görüldüğü üzere bilinci açık hasta ile iletişim kurulmasının ve hastanın hassasiyetlerini dile getirmesinin sağlık çalışanlarının mahremiyete daha çok dikkat etmesine ve hastanın mahremiyet beklentilerine göre davranış sergilemesine katkı sağlamaktadır. Öte yandan yoğun bakım çalışanları bilinci kapalı hastaların kendinde olmadığı, konuşmadığı ve çevresinde olanları fark edemediği düşüncesiyle hastaların mahremiyetinin önemsenmediğini ifade etmektedirler. Buradan hareketle yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastaların mahremiyetini daha fazla önemseyeceğini söylemek mümkündür.

Hastaların mahremiyet beklentilerini ifade edememesi, onlara tedavi ve bakım hizmeti veren yoğun bakım çalışanlarının kendi mahremiyet anlayışları çerçevesinde bir yaklaşımda bulunmalarına sebep olmaktadır. Bu tarz bir yaklaşım zaman zaman hastalara yeterli gelmeyebilmektedir. Değirmen'in (2017, s. 6-7) çalışmasında yatağa bağımlı bir hastanın yoğun bakım deneyimini içeren anlatısı değerlendirilmektedir. Hasta, herkesin içinde kıyafetsiz halde tanımadığı insanlar tarafından bakım almanın onur kırıcı bir durum olduğundan, sağlık çalışanlarının hastaların iştirmediğini sanarak hastalar hakkında konuşmasından ve insan olduğunun unutulmasıyla yalnızca yatağa bağımlı bir hasta olarak görülmeğe üzüntü duyduğunu ifade etmektedir. Ayrıca yapılan bir dizi çalışma bazı bilinci kapalı hastaların bilinci yerine geldikten sonra o dönem konuşulanları duyduğu ve anladığını ortaya koymaktadır (Tosch, 1988; Podurriel, 1990; Lawrence, 1995; Akt. Leigh, 2001: 35). Durum böyle iken bilhassa yoğun bakım ünitelerinde hastanın bakım ihtiyaçları karşılanırken duyarlı olunması, mahremiyetine, özsaygısına, otonomisine ve haklarına karşı hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir. Özkaya'nın (2017, s. 8) da belirttiği gibi yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların büyük çoğunluğunda bilinç kaybı olduğu göz önüne alındığında mevcut durumlarıyla mahremiyetlerini korumaları pek mümkün olmamaktadır. Buradan hareketle hastaların özerkliğine saygı duymanın ve mahremiyetlerini gözetmenin yoğun bakım çalışanlarının deontolojik sorumluluğu olduğu ifade edilmektedir.

Katılımcıların ifadelere verdikleri en yüksek ortalama puanlar değerlendirildiğinde bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda en çok dikkat edilen

konular arasında; yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmaması, yoğun bakım hastasının diğer birimlere transferi sırasında beden mahremiyetini koruyacak gerekli önlemlerin alınması, yoğun bakım çalışanlarının sosyal medya paylaşımları konusunda hassas olması, yoğun bakım hastasının mahrem yerlerinin açık kalmaması ve yoğun bakım hastasının bilgilerinin gizli tutulması olarak ifade edilebilir. Bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda en az önemsenen konulara bakıldığında ise; hasta mahremiyetine dikkat edilmesi konusunda denetlemelerin eksik olduğu veya hiç yapılmadığı, yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine hassasiyet gösterilmesi noktasında yetersiz kalındığı, tedavinin hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki bireylerden karşılanması pek mümkün olmadığı sonucuna varılmaktadır.

Literatür incelendiğinde mahremiyetin genellikle fiziksel, psikolojik, bilgi ve sosyal boyutları ile ele alındığı görülmektedir. Buna benzer şekilde bu araştırmada da psikolojik mahremiyet, bilgi mahremiyeti, fiziksel mahremiyet ve sosyal mahremiyet alt boyutları ortaya çıkmıştır. Yılmaz'ın (2020, s. 36) çalışmasında fiziksel mahremiyet, kişisel bilgilerin paylaşılmaması ve sosyal mahremiyet alt temaları elde edilmiştir. Soydan ve diğerlerinin (2016, s. 6) çalışmasında katılımcıların ifadelerine göre beden, bilgi, iletişim ve cinsel açıdan mahremiyet alt temaları tespit edilmiştir. Öztürk ve diğerlerinin (2014, s. 10) hemşirelikte hasta mahremiyeti ölçek geliştirme çalışmalarında ise özel hayat ve kişisel bilgilerin gizliliği, cinsiyete ilişkin mahremiyet, kendini koruyamayanların mahremiyeti, bedensel mahremiyet ve uygun ortam oluşturma alt temaları saptanmıştır.

Araştırmanın alt boyutları değerlendirildiğinde bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda fiziksel ve bilgi mahremiyetine daha çok dikkat edildiği görülmektedir. Bilinci açık ve kapalı hastalarda en az dikkat edilen boyut ise sosyal mahremiyet olarak tespit edilmiştir. Bu doğrultuda yoğun bakım çalışanlarının hastanın bedeninin ve fiziksel alanının mahremiyetine karşı hassas olduğu ve hasta bilgilerinin güvenliğine önem verdiği söylenebilir. Sosyal mahremiyetin en az dikkat edilen boyut olması ise yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine ve dini inancına uygun şekilde davranılmasına yeterince önem verilmediği veya bu konuda eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Ayrıca Karabey'in (2021, 37) yaptığı çalışmada katılımcı hemşirelerin çoğunun mahremiyet dendiğinde akla ilk önce fiziksel mahremiyeti getirdiği, diğer mahremiyet alanlarına da ayrıca duyarlı olduğu saptanmıştır.

Psikolojik mahremiyet boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin psikolojik mahremiyete en çok dikkat eden meslek grubu olduğu, katılımcılardan bekâr olanların evlilere göre psikolojik mahremiyete daha çok dikkat ettiği, meslekteki toplam çalışma süreleri ve yoğun bakımda toplam çalışma süreleri arttıkça psikolojik mahremiyete daha az dikkat edildiği, 36-40 yaş arası grubun psikolojik mahremiyete en az dikkat ettiği, haftalık çalışma süresi 61 saat ve üstü olanların psikolojik mahremiyete daha çok dikkat ettiği ifade edilebilir. Meslekteki toplam çalışma süreleri ve yoğun bakımda toplam çalışma süreleri arttıkça psikolojik mahremiyete önem vermenin azaldığı söylenebilir. Mesleğe veya yoğun bakıma yeni başlamış kişilerin psikolojik mahremiyet konusunda daha hassas olmaları, meslekte ve yoğun bakımda uzun süre çalışmaya bağlı olarak gelişen duyarsızlaşmanın henüz oluşmamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Özata ve Özer'in (2017, s. 18) yaptıkları çalışmalarında 0-4 yıl hizmet süresine sahip katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu doğrultuda meslekte çalışma süresi az olan kişilerin mahremiyete yönelik daha olumlu tutum sergilediği görülmüştür. Boyutun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde 36-40 yaş arası grubun da psikolojik mahremiyete daha az dikkat etmesinin yaşa bağlı olarak meslekte duyarsızlaşmanın oluşmaya başlamasından kaynaklandığı söylenebilir. Bekâr olan katılımcıların evlilere kıyasla psikolojik mahremiyete daha fazla dikkat etmesi, evli ve bekârların psikolojik mahremiyet algılarının ve yorumlarının farklı olduğunu göstermektedir. Öztürk ve diğerlerine (2014 s. 4) göre psikolojik mahremiyetin hastanın değer, duygu ve düşünce durumu ile ilgili kontrolünü ve bireysel kimliğini sürdürmesini sağlayan bir unsur olduğu düşünüldüğünde, bekâr katılımcıların bu gibi durumlara karşı daha duyarlı olduğu söylenebilir. Kim ve diğerlerinin (2016, s. 6) yaptıkları çalışmalarında ise evli hemşirelerin bekâr hemşirelere göre hasta mahremiyetinin korunmasını daha önemli buldukları tespit edilmiştir. Bu durumun psikolojik mahremiyet beklentilerinin kişiden kişiye değişebilen bir yapıda olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada psikolojik mahremiyete en çok dikkat eden meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir. Hemşirelerin çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Ersoy ve Köşger (2016, s. 15) tarafından empati düzeyi cinsiyete göre incelendiğinde

kadınların empati düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Bu doğrultuda hemşirelerin çoğunluğunu kadınların oluşturması ve kadınların empati düzeylerinin yüksek olmasının mahremiyet konusunda daha dikkatli olmalarına imkan sağladığı düşünülebilir. Aktan ve diğerlerinin (2019, s. 304) yaptıkları çalışmalarında benzer bir sonuç elde edilerek hemşirelerin hasta mahremiyetine verdikleri önemin yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada haftalık çalışma süresi 61 saat ve üstü olanların psikolojik mahremiyete daha çok dikkat ettiği görülmektedir. Bu durum hasta ve hasta yakınları ile geçirdikleri sürenin daha fazla olmasına bağlı olarak mahremiyet ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli sürelerinin olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bilgi mahremiyeti boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması incelendiğinde; hemşirelerin bilgi mahremiyetine en çok dikkat eden meslek grubu olduğu, yoğun bakımda toplam çalışma süresi arttıkça bilgi mahremiyetine verilen önemin azaldığı, 26-30 yaş arası katılımcıların ise bilgi mahremiyetine en çok dikkat ettiği ifade edilebilir. Yoğun bakımda toplam çalışma süresi arttıkça bilgi mahremiyetine verilen önemin azalması, yoğun bakım çalışanları tarafından yapılan işin bir süre sonra rutine binmesi dolayısıyla konu ile ilgili dikkatin de azalmasından kaynaklandığı söylenebilir. Nitekim Güney Kore’de yapılan bir çalışmada (Kim vd., 2016, s. 9) klinik alana aşına ve klinik tecrübeye sahip katılımcıların bilgi mahremiyetinin önemini göz ardı ettiği tespit edilmiştir. İşe yeni başlamış kişilerin ise bilgi mahremiyeti algılarının yüksek olduğu görülmüştür. 26-30 yaş arası grubun işe yeni başlamış olduğu varsayıldığında hastalar için bilgi güvenliğinin öneminin farkında ve bu konuda bilinçli oldukları söylenebilir. Bu durumun işe yeni başlamış olmanın verdiği bilinmezlik ile daha fazla dikkat etme ihtiyacına bağlı olarak oluştuğu söylenebilir. Yoğun bakım hastasının bilgilerinin gizli tutulması, yapılan işlemler öncesi hasta veya yakınının bilgilendirilmesi ve izin alınması konusunda hemşirelerin daha dikkatli olduğu söylenebilir. Bu sonuca, hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile daha çok iletişim kurmaya müsait durumda olmalarının katkısının olduğu ve bu sayede bilgi mahremiyeti noktasında daha etkin rol aldıkları şeklinde yorum yapılabilir.

Fiziksel mahremiyet boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması incelendiğinde; meslek grubu olarak hekimlerin, eğitim seviyesi

olarak lisansüstü olanların, meslekte toplam çalışma süresi 6 yıldan fazla olanların, yoğun bakımda toplam çalışma süresi 6 yıldan fazla olanların, 36-40 yaş aralığında olanların ve haftalık çalışma süresi 40 saat ve altı olanların fiziksel mahremiyete en az dikkat eden katılımcılar olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakımda tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayacak çoğu tıbbi işlem hastanın bedeni üzerinde hekimler tarafından uygulanmaktadır. Hekimlerin fiziksel mahremiyete daha az dikkat etmesi, tıbbi işlemler esnasında fiziksel mesafeyi ve beden mahremiyetini korumanın diğer durumlara kıyasla daha güç olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca hekimin hastayı yalnızca patolojik bir durum olarak görmesi ve bireyselliğini göz ardı eden bir yaklaşım sergilemesi bu noktada sebep olarak sunulabilir. Doğan'a (2019, s. 1) göre bu durum tıbbi uygulamalarda insan merkezilikten uzaklaşma olarak ifade edilen tıbbın dehümanizasyonu kavramı ile ilişkilendirilmektedir. Hekimin duygularından uzaklaşarak hastayı düzeltilmesi gereken mekanik bir aksam olarak görmesi tıbbi dehümanizasyona yol açmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken husus hastanın insani yönü yok sayılmadan, değer, inanç, beklenti ve kaygılarının farkında olarak bir yaklaşımda bulunulmasıdır.

Eğitim seviyesi arttıkça fiziksel mahremiyete karşı daha duyarlı olunması istenen bir durumken, çalışmada mahremiyete en az dikkat edenlerin lisansüstü eğitime sahip kişiler olduğu görülmektedir. Lisansüstü eğitime sahip katılımcıların çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu düşünüldüğünde tıp fakültelerinde mahremiyete dikkat edilmesi konusunda yeterli eğitimin alınmadığı ifade edilebilir. Burada öğretim üyelerine görev düşmektedir. Eğitimcilerin rol model olarak mahremiyet konusunda yol göstermeleri beklenmektedir.

Çalışmada meslekte ve yoğun bakımda toplam çalışma süresi 6 yıldan fazla olanların fiziksel mahremiyete daha az dikkat ettiği görülmektedir. Meslekte ve aynı birimde toplam çalışılan sürenin artmasıyla birlikte yoğun bakım çalışanlarının yılların verdiği deneyim ile hastaları daha iyi anlaması ve mahremiyet beklentilerine hassasiyet göstermesi istenen bir durumdur. Ancak uzun yıllar çalışma sonucu ortaya çıkan tükenmişlik ve buna bağlı olarak gelişen duyarsızlaşma ve hastaların bireyselliğini göz ardı etme durumlarının mahremiyete de olumsuz yansıdığı düşünülmektedir. Uçar ve diğerlerinin (2016, s. 20) de ifade ettiği gibi yoğun bakım üniteleri hastanenin ölümle en sık karşılaşılan, ağrı düzeyi yüksek ve ağır hastalara

hizmet verilen birimleridir. Bunlara uzun yıllar maruz kalmanın sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve hastalara karşı duygu eksikliğine neden olması muhtemeldir. Ayrıca Karabey'in (2021, s. 29) çalışmasında da bu araştırmaya benzer şekilde yoğun bakımda 0-1 yıldır çalışan hemşirelerin, 2-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hemşirelere göre fiziksel mahremiyet puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. 36-40 yaş aralığında bulunan yoğun bakım çalışanlarında yaşa bağlı olarak meslekte çalışılan sürenin de artmış olması, birey kavramının silikleşerek hastanın yalnızca tıbbi tedavi/bakımına yönelik hizmetlerinin gerçekleştirilmesine ve dolayısıyla da mahremiyet ihtiyaçlarına karşı bir eksiklik oluşmasına neden olduğu söylenebilir.

Çalışmada haftalık çalışma süresi 40 saat ve altı olanların fiziksel mahremiyete en az dikkat eden katılımcılar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada en az haftalık çalışma süresinin 40 saat ve altı olduğu göz önüne alındığında bu durumun hasta ve hasta yakınları ile geçirilen sürenin kısıtlı olmasına bağlı olarak meydana geldiği söylenebilir. Ayrıca hasta ve hasta yakınları ile geçirilen sürenin az olması dolayısıyla kısıtlı sürede mahremiyet ihtiyaçlarının tam olarak anlaşılamadığı söylenebilir. Farklı bir bakış açısıyla İsrail'de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada (Tabak ve Ozon, 2004, s. 375) yarı zamanlı çalışan hemşirelerin tam zamanlı çalışan hemşirelere kıyasla mahremiyeti korumaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun yarı zamanlı çalışan hemşirelerin genellikle klinikte daha az aktivitenin olduğu akşam ve gece vardiyalarında haftada iki veya üç kez çalışmasına bağlı olarak üzerlerindeki baskının daha az olmasından kaynaklandığı ifade edilmiştir. Bu doğrultuda kısıtlı bir zaman dilimi olsa da burada geçirilen sürede iş yükünün azaltılarak hasta ile geçirilen sürenin arttırılmasının yoğun bakım çalışanları için mahremiyeti korumaya yönelik teşvik edici bir unsur olacağı söylenebilir.

Sosyal mahremiyet boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılması incelendiğinde; bu alt boyutta yer alan yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine ve dini inancına uygun şekilde davranılması ifadelerine medeni duruma göre bekâr olanların evlilerden daha çok, meslek grubuna göre hemşire ve hekimlerin klinik destek personelden daha çok, haftalık toplam çalışma süresine göre ise 61 saat ve üstü çalışanların daha çok dikkat ettiği görülmüştür. Bu durumun klinik destek personelin hemşirelere kıyasla hasta ile daha az etkileşimde olmasına ve yetki

alanlarının sınırlı olmasına bağlı olarak hastaların sosyal mahremiyet ile ilgili ihtiyaçlarını fark edememelerine ve müdahale edememelerine neden olduğu düşünülebilir. oğaltay ve diğerleri (2017, s. 8) tarafından yapılan bir çalışmada tükenmişliğin evli çalışanlarda bekâr çalışanlara kıyasla daha fazla olduğu grlmştir. Evliliğin getirdiği maddi ve manevi sorumlulukların fazla olması ve bu durumun kişiler üzerinde baskı unsuru oluşturarak tükenmişliğe ve duyarsızlaşmaya yol açtığı söylenebilir. Ortaya çıkan tükenmişlik ve duyarsızlaşma nedeniyle evliler tarafından sosyal mahremiyetin göz ardı edildiği söylenebilir. Yılmaz'a (2020, s. 38) göre sosyal mahremiyetin hastanın kültürüne ve mensup olduğu dine göre davranmak ve bu bağlamda hasta mahremiyetini korumak olduğu düşünüldüğünde bekâr katılımcıların evlilere kıyasla bu durumlara karşı daha hassas olduğu söylenebilir. 61 saat ve üstü çalışanların sosyal mahremiyete daha çok dikkat etmesi, psikolojik mahremiyette olduğu gibi burada da hasta ve hasta yakınları ile geçirilen sürenin artmasına bağlı olarak mahremiyet ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli sürelerinin olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Hasta ve yakınları ile geçirilen sürede yoğun bakım çalışanları hastanın kültürel değer ve dini inancını oğrenip buna uygun şekilde davranarak sosyal mahremiyet beklentilerini de bu doğrultuda daha iyi anlayacağı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürde yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetinde hekim, hemşire ve klinik destek personel olmak üzere bu üç meslek grubunu kapsayan bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte mahremiyet ile ilgili yapılan çalışmaların genellikle hemşireler üzerine olduğu görülmektedir. Mahremiyetin yoğun bakım çalışanlarının tamamının sorumluluğunda takip gerektiren bir durum olduğu göz önünde bulundurulduğunda hekim ve klinik destek personelin de konu ile ilgili görüşlerini almak çalışmamızın özgün değeri açısından önemli bir noktadır.

Çalışmada yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu doğrultuda Bursa il merkezindeki üç hastanede çalışan 403 katılımcıya ulaşılmıştır.

Yoğun bakım çalışanlarına hasta mahremiyetine yönelik demografik sorular hariç toplam 29 ifade yöneltilmiştir. Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda binişik ifadeler çıkartılarak 20 ifadeye düşürülen anket ile yoğun bakımda hasta mahremiyeti “psikolojik mahremiyet”, “bilgi mahremiyeti”, “fiziksel mahremiyet” ve “sosyal mahremiyet” boyutlarıyla ele alınmıştır.

Boyutlar değerlendirildiğinde bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda bilgi mahremiyeti ve fiziksel mahremiyete daha çok dikkat edildiği görülmektedir. Bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda en az dikkat edilen boyut ise sosyal mahremiyet olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada ortaya çıkan boyutların tamamında mahremiyete dikkatin bilinci kapalı hastalara kıyasla bilinci açık hastalarda daha yüksek (istatistiksel olarak anlamlı) olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım çalışanlarının tüm boyutlarda bilinci açık hastalara daha yüksek puan verdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak yoğun bakım çalışanlarının mahremiyete bilinci açık hastalarda daha fazla dikkat ettiği görülmüştür.

Yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda fiziksel mahremiyet kapsamında hastanın mahrem yerlerinin açıkta bırakılmamasına, fiziksel temas esnasında hassas davranmaya, tek kişilik oda bulunmuyorsa perde veya paravan ile bölünme sağlamaya, hastaya uygulanan işlemler sırasında görevi

olmayan kişileri bulundurmamaya dikkat ettiği saptanmıştır. Yoğun bakım çalışanları bilinci açık ve bilinci kapalı hastaların bilgi mahremiyeti kapsamında bilgilerini diğer kişilerin duyacağı ve göreceği şekilde ortaya çıkarmamaya, yapılacak işlemler öncesi kendisinin veya yakınının bilgilendirilmesine, gerekli olmayan kişisel bilgilerinin araştırılmamasına, hasta bilgilerini gizli tutmaya ve yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat ettiği görülmüştür. Bu doğrultuda bilgi mahremiyetine dikkat etme noktasında yoğun bakım çalışanlarının bilinçli olduğu anlaşılmaktadır. Bilgi mahremiyetinin korunmamasının yasal durumlara yol açtığı düşünüldüğünde bu durumun yoğun bakım çalışanları üzerinde bir yaptırım gücü oluşturarak bilgi mahremiyetine daha çok dikkat edilmesine teşvik ettiği söylenebilir. Yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık ve bilinci kapalı hastalarda sosyal mahremiyet kapsamında yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine ve dini inancına uygun şekilde davranılmasına daha az dikkat ettiği görülmektedir.

Hemşirelerin tüm boyutlarda hasta mahremiyetine en çok dikkat eden meslek grubu olduğu, yoğun bakımda çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan katılımcılarda psikolojik, fiziksel ve bilgi mahremiyetine dikkat etmenin azaldığı, meslekte toplam çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan katılımcılarda psikolojik ve fiziksel mahremiyete daha az önem verildiği, medeni durumu bekâr olanların psikolojik ve sosyal mahremiyete daha çok dikkat ettiği, 36-40 yaş arası katılımcıların psikolojik ve fiziksel mahremiyete en az dikkat eden yaş grubu olduğu tespit edilmiştir. Haftalık çalışma süresi 61 saat ve üstü olanların sosyal ve psikolojik mahremiyete en çok dikkat eden katılımcılar olduğu, eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların fiziksel mahremiyete en az dikkat eden grup olduğu, aylık geliri 7000 TL ve altı olan katılımcıların psikolojik mahremiyete en az, aylık geliri 7001-8500 TL olanların ise en çok dikkat ettiği tespit edilmiştir. Cinsiyet hiçbir boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir değişken olmamıştır.

Hasta mahremiyeti ile ilgili ifadelerin tanımlayıcı bulgularına bakıldığında bilinci açık hastalarda da bilinci kapalı hastalarda da yoğun bakım tedavisinin hasta veya yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanması konusunda yetersiz kaldığı, yoğun bakım çalışanlarının hasta mahremiyetiyle ilgili denetlenmediği veya bu konuda eksik kaldığı saptanmıştır. Ayrıca yoğun bakımda vefat etmiş

hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir ifadesi katılımcılardan düşük puan olarak bu konuda da birtakım eksikliklerin olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışmanın bulgu ve sonuçlarından yola çıkılarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Çalışmada yoğun bakım çalışanlarının mahremiyeti daha çok bilinci açık hastalarda önemsendiği görülmektedir. Buna yönelik olarak her bir yoğun bakım çalışanına eğitim sürecindeyken akademisyenlerce (lisans/lisansüstü eğitim) ve sahada çalışmaya başlamadan önce hastane tarafından bilinci kapalı hastaya yönelik mahremiyet eğitimi verilmelidir. Eğitim içerisinde bilinci kapalı hastalar üzerinde yapılmış akademik çalışmalara yer verilerek bu doğrultuda yoğun bakım çalışanlarında bilinci kapalı hastaya yönelik mahremiyet algısı geliştirilmeli, bu durumun azaltılmasına ve engellenmesine katkı sağlanmalıdır.

Çalışmada yoğun bakım çalışanlarının hasta mahremiyetine dikkat konusunda yeterince denetlenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakımda mahremiyetin denetlenmesi ile ilgili yönetmelik çıkartılarak, bu denetlemenin kimler tarafından hangi ölçülerde yapılacağı devlet kanalları tarafından açıkça belirtilmelidir. Yoğun bakımda mahremiyetin korunup korunmadığı Sağlık Bakanlığı ve hastane idaresi tarafından rutin ve düzenli aralıklarla bu yönetmelik çerçevesinde denetlenmelidir.

Sağlık Bakanlığı ve hastaneler bünyesinde yoğun bakım mahremiyet komisyonu oluşturulmalıdır. Bu komisyon yoğun bakımda karşılaşılan mahremiyet ihlallerini önlemek adına çalışmalar yapmalıdır. Gerek yazılı gerekse sözlü olarak karşılaşılan mahremiyet ihlallerinin bildirimini yoğun bakım mahremiyet komisyonuna ulaştırılmasına imkân sağlanmalıdır. Ulaştırılan bildirimler komisyon tarafından değerlendirilerek sahada çalışma yapılmalıdır ve değerlendirme sonucu bildirim yapan kişilere iletilmelidir. Bildirimler komisyon tarafından yakından takip edilmelidir ve karşılaşılan bildirimler hakkında çeşitli cezai yaptırımlar uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, hastane yönetimi, yoğun bakım çalışanları, akademisyenler, hasta ve hasta yakınları yani kısaca yoğun bakım hasta mahremiyetinin ilgili olduğu tüm kesimlerden katılımcıların bulunduğu toplantılar düzenlenerek herkesin söz hakkı alması sağlanmalıdır. Bu doğrultuda kişi ve kurumların yoğun bakım hasta

mahremiyeti konusuna yönelik fikir ve görüşleri alınmalıdır. Burada tartışılan noktalar bir rapor haline getirilmeli ve yoğun bakımda hasta mahremiyetini korumak amacıyla somut adımların atılması sağlanmalıdır.

Yoğun bakımda toplam çalışma süresi ve meslekte toplam çalışma süresi arttıkça yoğun bakım çalışanlarının mahremiyet duyarlılığının azaldığı tespit edilmiştir. Yoğun bakım çalışanlarının zaman zaman diğer birimlere rotasyon yapmaları, farklı ortamlarda bulunmaları, hastalar ile iletişim kurmaya teşvik edilmeleri ve çalışma şartlarının iyileştirilerek motivasyonlarının artırılması sağlanmalıdır. Bu rotasyon Sağlık Bakanlığı'nın ve hastane yönetiminin uygun gördüğü aralıklarla hasta mahremiyeti farkındalık düzeyini arttıracak şekilde düzenlenmelidir.

Yoğun bakım ünitelerinin hasta ve hasta yakınları için endişe oluşturan farklı bir ortam olduğu hastane yönetimi ve yoğun bakım çalışanları tarafından bilinmelidir. Hasta ve hasta yakınlarına yoğun bakım ortamı tanıtılmalı, tedavi ve bakım prensipleri açıklanarak kendilerini güvende hissetmeleri sağlanmalıdır. Mahremiyet ile ilgili beklentileri karşılamak adına hastane yönetimi, yoğun bakım çalışanları, hasta ve hasta yakınları iş birliği içerisinde olmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde mahremiyeti ifade eden bir ölçek olmamasından dolayı ölçek geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Araştırmanın verileri Bursa il merkezindeki hastanelerden toplandığı için genelleme yapmak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle, Türkiye genelinde yoğun bakım ünitesi çalışanlarının mahremiyet algılarına yönelik yapılacak çalışmalar ile genel bir durum ortaya koyulmalıdır.

Araştırmacı Notu: Bu kısımda tez sürecinin nasıl geçtiği anlatılacak ve yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyeti üzerine çalışma yapacak araştırmacılara önerilerde bulunulacaktır. Sağlık alanında mahremiyeti konu alan araştırmaların genelinin hemşireler üzerine olduğu görülmektedir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini konu alan çalışma sayısı da kısıtlıdır. Buradan yola çıkılarak yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti, yoğun bakım ekibinin önemli parçası olan hekim, hemşire ve klinik destek personelini kapsayacak şekilde ele alınmıştır.

Bu kişilerin mahremiyet ile ilgili algılarının belirlenmesinin mahremiyeti koruma noktasında yarar sağlaması beklenmektedir.

Mahremiyet özel bir husus olması dolayısıyla araştırmacı tarafından çalışması zevkli ancak zorlukları olan bir konu olmuştur. Covid 19 pandemi sürecinin yaşanması nedeniyle zor olan çalışma şartlarının daha da zor hale gelmesi araştırma üzerinde negatif bir etki oluşturmuştur. Çalışma saatlerinin oldukça fazla olması ve sağlık çalışanlarının tükenmişliği araştırmacı için veri toplama sürecini zorlaştırmıştır. Burada çalışma yapacak araştırmacıların sağlık çalışanlarının beden ve ruhen rahat hissettikleri bir zaman dilimini seçmeleri sürecin daha verimli geçmesini sağlayabilir. Zor olan diğer bir husus ise çalışma yapılmak istenen hastanelerden izin alma sürecinin oldukça uzun sürmesidir. Sürecin uzun olması çalışmanın zamanında tamamlanabilmesi açısından kritik bir durumdur. Bu nedenle konu ile ilgili araştırma yapacak kişilerin izin için önceden başvuru yapması tavsiye edilir. Araştırmacının yoğun bakım hemşiresi olması çalışma yapılacak kişilere ulaşma noktasında kolaylık sağlarken, covid 19 pandemi sürecinin kendisini de yoğun bir çalışma ortamına sürüklemesi çalışmanın zamanında bitirilmesini zorlaştırmıştır.

Araştırmacının teze konu olan ortamda çalışması zaman zaman teorikte ve uygulamada yaşanan farklılıkları görmesine, hem akademik hem de mesleki alanda gelişim göstermesine yarar sağlamıştır. Yoğun bakım çalışanlarının teorikte hasta mahremiyetini bildiği ancak uygulama kısmında eksikliklerinin olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca yoğun bakım çalışanlarında zamanla mahrem kavramına olan bakış açısının değiştiği söylenebilir. Mahrem olan durumların normalleşerek daha az dikkat edilmesine sebep olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma araştırmacının hasta mahremiyeti farkındalık düzeyini arttırmış ve bu farkındalık düzeyini sürdürmek için iyi bir motivasyon kaynağı olmuştur. Araştırmanın bu yönüyle diğer bireyler için de mahremiyet konusunda farkındalık kazandırması beklenmektedir. Bu doğrultuda mahremiyet konusu göz ardı edilmeyerek gerek akademik çalışmalar gerek saha çalışmaları ile desteklenmelidir.

KAYNAKÇA

- 1982 Anayasası (Kabul Tarihi: 18/10/1982, Karar Sayısı: 17863, Resmi Gazete: 9/11/1982).
- Akşit, A.M., Kuşku, M., Oktay, G. ve Kırmıloğlu, N., (2017), “Neonatoloji Yoğun Bakımda, Medikal Yaklaşımlarda Etik İlkeler”, *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(1): 1-47.
- Aktan, G.G., Eşer, İ. ve Kocaçal, E., (2019), “Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Koruma ve Sürdürme Durumları ile Etkileyen Faktörler”, *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4): 301-305.
- Aktaş, Y. ve Arabacı, L., (2016), “Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim”, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(3): 39-43.
- Aktaş, Y.Y., Karabulut, N., Yılmaz, D. ve Özkan, S.A., (2015), “Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler”, *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 5(3): 81-86.
- Alan, S. ve Erbay, H., (2011), “Tıp Etiği Açısından Ambulans Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti”, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 10(1): 33-38.
- Alasad, J. and Ahmad, M., (2005), “Communication with Critically Ill Patients”, *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 50(4): 356-362.
- Arda, H., Ertem, M., Baran, G. ve Durgun, Y., (2007), “Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59): 68-74.
- Arslan, T.E. ve Demir, H., (2017), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(4): 191-220.
- Avaner, E., (2018), “Mahremiyet Nedir? Mahremiyetin Sağlık Hizmetleri Penceresinden Görünürlüğü Nasıldır?”, *Türk Biyoetik Dergisi*, 5(3): 110-116.
- Avrupa Konseyi, (2014), *Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz*, 1-29.
- Aydın, E. ve Ersoy, E., (1995), “Tıp Etiği İlkeleri”, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 2-3: 48-52.

- Aydın, E. ve Ersoy, N., (1994), “Tıbbi Etik’te “Adalet İlkesi””, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 2: 61-70.
- Aydın, O.B. ve Şahin, E., (2016), “Hastanede Hasta ve Hasta Yakınları Düzeyinde Görülen İletişim Problemlerinin Çözümüne Yönelik Bir Model Önerisi”, *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(15): 64-94.
- Baggio, M.A., Pomatti, D.M., Bettinelli, L.A. and Erdmann, A.L., (2011), “Privacy in Critical Care Units: The Patient’s Rights and Implications for Nursing Professionals”, *Rev Bras Enferm*, 64(1): 25-30.
- Ballard, K.S., (1981), “Identification of Environmental Stressors for Patients in a Surgical Intensive Care Unit”, *Issues in Mental Health Nursing*, 3(1-2): 89-108.
- Banar, S.F., (2003), “Ulusal ve Uluslararası Boyutta Yazılı Basında Kişilik Haklarına Saldırıdan Korunma”, *Kurgu Dergisi*, 20(1): 28-46.
- Beheshti-Atashgah, M., Aref, R.M., Barari, M. and Bayat, M., (2020), “Security and Privacy-Preserving in E-Health: A New Framework for Patient”, *Internet of Things*, 1-21.
- Bienvenu, O.J., Gellar, J., Althouse, M.B., Colantuoni, E., Sricharoenchai, T., Mengez-Tellez, A.P., Shanholtz, C. et al., (2013), “Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms After Acute Lung Injury: A 2-Year Prospective Longitudinal Study”, *Cambridge University Psychological Medicine*, 43(12): 2657-2671.
- Bilgi Edinme Hakkı Kanunu (Kabul Tarihi: 09/10/2003, Karar Sayısı: 25269, Resmi Gazete: 24/10/2003).
- Bilgin, R. ve Küçükazar, M., (2018), “Türkiye’de Kamu Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Etik Dışı Davranışlar ve Uygulamaların Genel Görünümü”, *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13): 119-140.
- Bostan, S., (2008), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1): 2-17.

- Bulut, E., Çilingir, D. ve Özmen, Ç.G., (2021), “Yoğun Bakımdaki Çevresel Stres Kaynaklarının Öğrenci Hemşireler Tarafından Algılanması”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(4): 496-502.
- Büken, Ö.N., (2018), *Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu Açısından Aydınlatılmış Onam Süreci ve Hasta Özerkliğine Saygı*, içinde Bulut, N (Ed.), TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu, (ss:96-108), Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş., (2020), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 28. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Can, N., (2020), “Hasta Mahremiyeti Hakkı”, *TBB Dergisi*, (147): 184-219.
- Çam, A.M. ve Kiliğ, D., (2018), “Yoğun Bakımda Tedavi Gören Yaşlı Bireylerin Psikososyal Gereksinimleri”, *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences Article in Press*, 2(3): 284-290.
- Çetinkaya, A.Ö., (2013), “Mahremiyet Açısından Tüketicinin Elektronik Gözetim ve Denetimi”, *Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yeni Düşünceler Hakemli E-Dergisi*, 57-76.
- Çınar, S., Korkmaz, F. ve Kurtoğlu, T., (2011), “Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2): 61-66.
- Çoğaltay, N., Anar, S. ve Karadağ, E., (2017), “Öğretmenlerin Tükenmişliğini Etkileyen Faktörler: Cinsiyetin ve Medeni Durumun Etkisine Yönelik Bir Meta-Analiz Çalışması”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32(3): 695-707.
- Dede, A., (2019), “Sosyal Bilimlerde Etik Sorunlar”, *Mukaddime Mardin Artuklu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(2): 711-714.
- Değirmen, N., (2014), *Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti: Kütahya Örneği*, Doktora Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Değirmen, N., (2017), “Sessiz Çığlıklarımı Duyuyor musunuz?”, *7.Ulusal Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Cerrahide Etik ve Hukuk 2*, 6-7.
- Doğan, S., (2019), “Ben İnsan Değil Miyim? Dehümanizasyon ve Yaşam Sonu Döneme Yansımaları”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 50: 1-7.

- Efil, S., Kurucu, N. M. ve Eser, O., (2011), “Beyin Cerrahi Yoğun Bakımında Takip Edilen Hastaların Hasta Yakını Ziyaret Sıklığının ve Hemşire ile Olan İletişimin Hastanın İyileşmesine Etkisi”, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3): 151-155.
- Ersoy, G.E. ve Köşger, F., (2016), “Empati: Tanımı ve Önemi”, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2): 9-17.
- Fırat, A., (2017), “Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları”, *IGUSABDER*, 2: 157-173.
- Fridh, I., (2014), “Caring for the Dying Patient in the ICU the Past, the Present and the Future” *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(6): 306-311.
- Geraghty, M., (2005), “Nursing the Unconscious Patient”, *Nursing Standard*, 20(1): 54- 64.
- Gökçe, O. ve Bulduklı, Y., (2015), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta” ve Etik Sorunlar”, *Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(29): 38-61.
- Grönlund, F.C., Brannström, M. and Zingmark, K., (2021), “The ‘one to five’ Method-A Tool for Ethical Communication in Groups Among Healthcare Professionals”, *Nurse Education in Practice*, 51, 1-6.
- Gültekin, E., (2016), “Etik Açıdan Doğru Hekim-Hasta İletişimi Nasıl Olmalıdır?”, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*, 24(3): 111-115.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F., (2018), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz*, 5. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hafsteindottir, T. B., (1996), “Patient's Experiences of Communication During the Respirator Treatment Period”, *Intensive and Critical Care Nursing*, 12: 261-271.
- Hang, M.S. and Dominic, S.K.C., (2004), “Perception of Stressors by Patients and Nurses of Critical Care Units in Hong Kong”, *International Journal of Nursing Studies*, 41(1): 77-84.
- Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin Kaldırılmasına Dair Yönerge (Sayı: 64047795, Tarih: 05/12/2014).
- Hasta Hakları Yönetmeliği (Karar Sayısı: 23420, Resmi Gazete: 01/08/1998).
- Hasta Mahremiyeti (Sayı: 87307621/ 419, Tarih: 13/12/2017).

Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi (Sayı: 54567092, 2016/10 Genelge,).

Hasta Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı, Sağlık Bakanlığı, (Yayın tarihi: 27.08.2015, Revizyon Tarihi: Mart-2020), 1-10.

Hickey, J. V. and Powers, M. B., (2009), “Nursing Management of Patients With a Depressed State of Consciousness, içinde J. V. Hickey (Ed.)”, *The Clinical Practice of Neurological&Neurosurgical Nursing*, (ss. 336-351), 6. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.

<https://dictionary.cambridge.org/>, Erişim Tarihi: 27.03.2021.

<https://mevzuat.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 04.04.2021.

<https://resmigazete.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 06.05.2021.

<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/>, Erişim Tarihi: 06.05.2021.

<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 27.03.2021.

<https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/>, Erişim Tarihi: 29.03.2022.

<https://www.istanbulsaglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25.05.2021.

<https://www.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 12.05.2021.

<https://www.saglikaktuel.com/>, Erişim Tarihi: 12.05.2021.

<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/>, Erişim Tarihi: 29.03.2021.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (Kabul Tarihi: 10/12/1948, Karar Sayısı: 7217, Resmi Gazete: 27/05/1949).

İzgi, C.M., (2014), “Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(1): 25-37.

Jöbges, S., Kumpf, O., Hartog, C.S., Spies, C., Haase, U., Balzer, F., Krampe, H. and Denke, C., (2022), “Presentation of Ethical Criteria During Medical Decision-Making for Critically Ill Patients: a Mixed Methods Study”, *Original Research Article*, 1-9.

Kahrıman, İ. ve Çalık, Y.K., (2017), “Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 111-121.

Karabey, G., (2021), *Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon.

- Karadakovan, A., (2008), "Hemşirelikte Etik Kodlar ve Etik Sorunlar", *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1): 61-65.
- Karatazla, M. ve Köse, U.T., (2019), "Hemşirelikte Etik İklim Algısı", *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4): 465-470.
- Karlsson, V., Forsberg, A. and Bergbom, I., (2012), "When Patients are Conscious During Respirator Treatment - A Hermeneutic Observation Study", *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 197-207.
- Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M. and Sviri, S., (2011), "Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation", *American Journal of Critical Care*, 20(6): 470-479.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y. ve Şimşir, İ., (2018), "Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41): 233-258.
- Kilpia, L.H., Valimaki, M., Dassenb, T., Gasullc, M., Lemonidoud, C., Scotte, A. et al., (2001), "Privacy: a Review of the Literature", *International Journal of Nursing Studies*, 38(6): 663-671.
- Kim, K., Han, Y. ve Kim, J., (2016), "Nurses' and Patients' Perceptions of Privacy Protection Behaviours and Information Provision", *Nursing Ethics*, 1-14.
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik (Kabul Tarihi: 20/10/2016, Karar Sayısı: 29863, Resmi Gazete: 26/10/2016).
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (Kabul Tarihi: 24/03/2016, Karar Sayısı: 29677, Resmi Gazete: 07/04/2016).
- Korhan, A.E., Ceylan, B., Üstün, Ç. ve Kırşan, M., (2018), "Hemşirelik Öğrencileri Gözüyle Klinik Alanda Etik Sorunlar", *Ege Tıp Dergisi*, 57(2): 75-81.
- Korkmaz, S., Arıkan, G., Savaşkan, A. ve Çınar, A.B., (2018), "Hasta Mahremiyetine Sağlık Personelinin Bakış Açısı: Bir Kamu Hastanesi Örneği", *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 2(6): 19-35.
- Korkmaz, Y., (2020), "Hasta Hakkı Olarak Özel Hayatın Korunması Bağlamında Beden Mahremiyeti", *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 15, 573-598.
- Kumbasar, B., (2016), "Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim", *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1): 85-90.

- Kumsar, A.K., Yılmaz, T.F., (2013), “Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2): 56-60.
- Küçüköglü, T.M., (2012), “Etik Değerler ve Etiğin Kurumsallaşması”, *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 177-185.
- Leigh, K., (2001), “Communicating with Unconscious Patients”, *Nursing Times*, 97(48): 35-40.
- Mann, P.S., Treit, V.P., Geyer, E.P., Omenn, S.G. and Mann, M., (2021), “Ethical Principles, Constraints, and Opportunities in Clinical Proteomics”, *Molecular & Cellular Proteomics*, 1-13.
- Margulis, S., (2011), “Three Theories of Privacy: An Overview”, *Privacy Online*, 9-17.
- Marion, M., Toni, D., Mari, T., Kellie, S., Sean, B., Krista, W. and Angela, T., (2019), “The Needs of Families of Trauma Intensive Care Patients: A Mixed Methods Study”, *Intensive & Critical Care Nursing*, 50: 11-20.
- Marshall, N.J., (1972), “Privacy and Environment”, *Human Ecology*, 1(2): 93-94.
- Mendelson, D. and Rees, A., (2014), “Medical Confidentiality and Patient Privacy”, *Research Gate*, 1-44.
- Menzel, L. K., (1997), “A Comparison of Patients' Communication-Related Responses During Intubation and After Extubation”, *Heart & Lung*, 26(5): 363-371.
- Mersin, S. ve Kahraman, B.B., (2019), “Yoğun Bakım Hastasının Onuruna Saygı ve Mahremiyet”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(1): 50-56.
- Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, (2011), Ankara, 1-31.
- Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, (2015), Ankara, 1-29.
- Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Modülü, (2016), Ankara, 1-56.
- Mollaoğlu, M., (2001), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi”, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1): 34-40.
- Murray, T. L., Calhoun, M., and Philipsen, N. C., (2011), “Privacy, Confidentiality, HIPAA, and HITECH: Implications for the Health Care Practitioner”, *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(9): 747-752.

- Münir, A.M., Tandiabang, A.P., Basry, A., Mahardinata, A.N. ve Rahman, N., (2022), “A Medical Ethics Review of Elective Orthopaedic Surgery Management During the Pandemic COVID-19 Era”, *Annals of Medicine and Surgery*, 1-5.
- Oğuz, N.Y., Tepe, H., Büken, N.Ö., Kırımsoy, K.D., (2005), *Biyetik Terimleri Sözlüğü*, 1. Baskı, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Okay, A., (2016), *Sağlık İletişimi*, 3.Baskı, İstanbul: Derin Yayınları.
- Oran, T.N. ve Yüksel, E., (2015), “Kültürlerarası Etik ve Hemşirelik”, *Türkiye Klinikleri*, 1(3): 7-13.
- Öcel, Y., Çatı, K., Yorgun, S. ve Bayraktar, F.M., (2022), “Health-Service-Failure Scale: Developing a Scale to Determine Health Service Failures”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2): 389-408.
- Öz, H., (2020), “Yoğun Bakımda İletişim”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (55): 60-63.
- Özata, M. ve Özer, K., (2017), “Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1): 1-21.
- Özdamar, K., (2017), *Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*, Eskişehir: Nisan Kitabevi.
- Özer, K. ve Özata, M., (2021), “Poliklinik Hizmeti Alanların Bakış Açısıyla Hasta Mahremiyeti”, *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, 8(18): 103-120.
- Özkaya, H., (2017), “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Sendromu’nun Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterme Üzerine Etkisi”, *7.Ulusal Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Cerrahide Etik ve Hukuk 2*, ss. 8.
- Özmen, S., (2022), *Sağlıkta Etik Güncel Konular ve Yaklaşımlar*, 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Öztürk, H., Bahçecik, N. ve Özçelik, S. K., (2014), “The Development of the Patient Privacy Scale in Nursing”, *Nursing Ethics*, 21(7): 1-17.
- Öztürk, H., Sayılıgil, Ö., Müsmül, A. ve Acar, E.N., (2018), “The Perception of Privacy in the Emergency Department: Medical Faculty Hospital as a Case in Point”, *Konuralp Medical Journal*, 10(1):26-33.

- Padem, H., Göksu, A. ve Konaklı, Z., (2012), *Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, 1. Baskı, Sarejova: International Burch University Publications.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N., Doering, L., Berg, J. and Henneman, E., (2006), “Communication Boards in Critical Care: Patients' Views”, *Applied Nursing Research*, 19(4): 182-190.
- Rannveig, J.J., Helga, J., Berglind, G. and Gisli, H.S., (2018), “Psychological Recovery After Intensive Care: Outcomes of A Long-Term Quasi-Experimental Study of Structured Nurse-Led Follow-Up”, *Intensive and Critical Care Nursing*, 44: 59-66.
- Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Hasta Mahremiyeti, (Sayı: 87307621/ 419, Tarih: 13/12/2017).
- Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (Sayı: 19499, Tarih: 15/10/2003,)
- Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane (Sürüm 5.1), (2016), 2. Baskı, Ankara.
- Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane (Sürüm 6.0), (2020), 1. Baskı, Ankara.
- Sankar, P., Moran, S., Merz, J.F. and Nora, L.J., (2003). “Patient Perspectives on Medical Confidentiality: A Review of the Literature”, *Journal of General Internal Medicine*, 18(8): 659–669.
- Sayım, F., (2011), “Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları”, *Sağlık Piyasası ve Etik*, 51-63.
- Shen, N., Bernir, T., Sequeira, L., Strauss, J., Silver, P.M., Carter-Langford, A. et al., (2019), “Understanding the Patient Privacy Perspective on Health Information Exchange: A Systematic Review”, *International Journal of Medical Informatics*, 125, 1-12.
- Siegler, M., (1982), “Confidentiality in Medicine – A Decrepit Concept”, *N.Engl. J. of Med*, 307(24): 1518 – 1521.
- Soydan, Y.N., Bozkurt, A.S., Aydoğan, S. ve Bal, T., (2016), “Yoğun Bakımda Kişi Kavramı ve Mahremiyet İlkesi”, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics Law History-Special Topics*, 2(1): 1-11.
- Suba, S., Donesky, D., Scruth, E.A. and Carrieri-Kohlman, V., (2017), “Association Between Clinical Nurse Specialist’s Presence and Open Visitation in US Intensive Care Units”, *Clinical Nurse Specialis*, 31(1): 30-35.

- Şahin, H., (2021), *Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Ankara.
- Şenyürek, G., (2017), “Etik Açısından Kişisel Sağlık Verileri ve Korunması”, *Kişisel Sağlık Verileri 2. Ulusal Kongresi*, 151-157.
- Şerifoğlu, Y., (2019), “Haram ve Yasak Sözlerinin Anlam İlişkisi Üzerine Bir İnceleme”, *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*, 8(1): 122-132.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S., (2012), *Using Multivariate Statistics*, 6nd ed., Boston: Person Education.
- Tabak, N. and Ozon, M., (2004), “The Influence of Nurses’ Attitudes, Subjective Norms and Perceived Behavioral Control on Maintaining Patients’ Privacy in a Hospital Setting”, *Nursing Ethics*, 11(4): 366–377.
- Tanrıverdi, H., (2012), “Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(3): 101-122.
- Taylan, H. ve Baydoğan, T., (2015), “Hasta ve Yakınlarının Hasta Hakları ve “Hasta Hakları Birimi” Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Faydalanma Durumlarının Araştırılması”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55): 248-256.
- Taylor, R.M., (2013), “Ethical Principles and Concepts in Medicine”, *Handbook of Clinical Neurology*, 1–9.
- Tunçay, Y.G. ve Uçar, H., (2010), “Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 33-46.
- Turgay, S.A., Sarı, D. ve Genc, E.R., (2009), “Physical Restraint Use in Turkish Intensive Care Units”, *Clinical Nurse Specialis*, 23(2): 68-72.
- Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu (Kabul Tarihi: 06/04/2016, Karar Sayısı: 29690, Resmi Gazete: 20/04/2016).
- Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı.

- Uçar, N., Aygin, D. ve Uzun, E., (2016) “Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi”, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4): 18-37.
- Utma, S., (2018), “Mahremiyet Olgusu ve Sosyal Medyada Mahremiyetin Serüveni”, *The Journal of International Social Research*, 11(59): 1194-1204.
- Uyer, G., (2000), “Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 8(2): 90-94.
- Vardi, R., (2015), “Sanal Mahremiyet”, *Toplum Bilimleri Dergisi*, 9(17): 53-73.
- Vatandaş, S., (2020), “Mahremiyetin Dönüşümü ve İletişim Araçları”, *Humanitas*, 8(16): 437-458.
- Vincent, J.L., Artigas, A., Bihari, D., Carrington da Costa, R.B., Edwards, D., Ferdinande, R. et al., (1994), “Guidelines Fort the Utilisation of Intensive Care Units”, *European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Medicine*, 20: 163-164.
- Whitehead, J. and Wheeler, H., (2008), “Patients’ Experiences of Privacy and Dignity. Part 1: a Literature Review”, *British Journal of Nursing*, 17(6): 381-385.
- Williams, G., Bost, N., Chaboyer, W., Fulbrook, P., Alberto, L., Thorsteinsdóttir, R. et al., (2012), “Critical Care Nursing Organizations and Activities: A Third Worldwide Review”, *International Nursing Review*, 73- 80.
- Williams, J.R., (2015), *Tıp Etiği El Kitabı*, (Çev. M. M., Civaner), 3. Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları. (Orijinal Baskı: 2005).
- Woogara, J., (2001), “Human Rights and Patients’ Privacy in UK Hospitals”, *Nursing Ethics*, 8(3): 234-246.
- World Health Organization, (2000), *World Healt Reporte*, 1-206.
- Yalçın, N. ve Aşti, T., (2011), “Hasta Etkileşimi”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1): 54-59.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (Karar Sayısı: 31220, Resmi Gazete: 21.08.2020).
- Yava, A. ve Koyuncu, A., (2006), “Entübe Hastalar ile İletişim Deneyimlerimiz: Olgu Sunumları”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 175-179.

Yılmaz, A.S., (2020), *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin ve Bu Ünitelerden Hizmet Alan Hastaların Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.

Yöndemli, F., (2005), “Tıp ve Etik”, *Erdem*, 15(44): 103-118.

Yüksel, M., (2003), “Mahremiyet Hakkı ve Sosyo-Tarihsel Gelişimi”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(1): 181-213.

Yüksel, M., (2009), “Mahremiyet Hakkına ve Bireysel Özgürlüklere Felsefi Yaklaşımlar”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 64(1): 275-298.



EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA ARACI

Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetinin Sağlık Çalışanları Gözünden Değerlendirilmesi Anketi

Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN ve yüksek lisans öğrencisi Bilge BALCI tarafından yürütülmektedir. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın amacına ulaşılabilmesini sağlayacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizlilik ilkesi çerçevesinde sadece araştırmacılar tarafından analiz edilecektir. İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

1.BÖLÜM: YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA MAHREMİYETİ

Bu bölümde yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesini sağlamak amacıyla yer alan ifadeler bulunmaktadır. İlk sütun bilinci açık hastalara, ikinci sütun bilinci kapalı hastalara vereceğiniz derecedir. Kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), ne katılıyorum ne katılmıyorum (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5) olarak derecelendirilmiştir. Lütfen ifadeleri 1'den 5'e kadar, kendinizi ve yoğun bakımda çalışan diğer meslektaşlarınızı düşünerek derecelendiriniz. Her bir ifadeye tek bir derece veriniz ve ifade atlamayınız (boş bırakmayınız).

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Kesinlikle Katılıyorum				
İfadeler	Bilinci Açık Hasta					Bilinci Kapalı Hasta				
1.Yoğun bakım hastasıyla fiziksel temas esnasında hassas davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.Yoğun bakım hastasının mahrem yerlerinin açık kalmamasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.Yoğun bakım hastasının yalnız kalabildiği tek kişilik oda bulunmadığında, ortamda paravan/perde ile bölünme sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.Yoğun bakım hastası ile olan fiziksel mesafe, hastaya uygulanan işlemler harici ihlâl edilmemektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.Yoğun bakım hastasının diğer birimlere transferi sırasında beden mahremiyetini korumak amacıyla gerekli önlemler alınmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.Yoğun bakımda vefat etmiş olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.Yoğun bakım hastasına uygulanan işlemler esnasında herhangi bir görevi bulunmayan kişiler ortama alınmamaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetine dikkat konusunda denetlenmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.Yapılacak işlemler öncesinde yoğun bakım hastasına/hasta yakınına bilgi verilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.Yoğun bakım tanı ve tedavi sürecine katkısı olmayacak kişisel hasta bilgileri araştırılmamaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.Yoğun bakım hastasının bilgi verilmesini	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

istemediği yakınlarına bilgi verilmemektedir.										
12.Yoğun bakım hastasının bilgilerini, diğer kişilerin duyabileceği ve görebileceği şekilde ortaya çıkarmamaya özen gösterilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.Yoğun bakım hastanın bilgileri gizli tutulmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.Bilimsel araştırmalarda kullanılacak hasta bilgileri için hasta/hasta yakınının rızası gözetilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.Yoğun bakım hastasının mahremiyet ile ilgili isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.Yoğun bakım hastasının özsaygısını zedeleyecek mahremiyet ihlallerinden kaçınılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.Yoğun bakım hastasının tedavisi, tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.Yoğun bakım hastasının dini inancına uygun şekilde davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21.Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22.Yoğun bakım hastasının kendisini huzurlu hissetmesi sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23.Yoğun bakıma alınan ziyaretçiler, hasta mahremiyetine saygı duymaları noktasında bilgilendirilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24.Yoğun bakım hastasının diğer hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimde hasta mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25.Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetini zedeleyecek sosyal medya paylaşımları noktasında hassastır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26.Yoğun bakım çalışanları hasta mahremiyetinin bilincindedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27.Yoğun bakım çalışanları, hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin bilincindedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28.Yoğun bakım çalışanları, hasta mahremiyetini koruyacak önlemlerin alınması gerektiğinin bilincindedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29.Yoğun bakım çalışanları mahremiyetin her cinsiyet ve yaştan birey için önemli bir durum olduğunun bilincindedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

2. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()

Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar () 3. Diğer ()
Belirtiniz.....

Eğitim Durumunuz: 1. Lise () 2. Ön Lisans() 3. Lisans () 4.
Lisansüstü ()

Aylık Geliriniz:

Mesleğiniz (Hekim, hemşire, personel vb.):

Meslekteki Toplam alışma Süreniz (Yıl):

Yoğun Bakımda Toplam alışma Süreniz (Yıl):

Haftalık alışma Süreniz (Saat):



EK 2: YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA MAHREMİYETİ ANKETİ

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Kesinlikle Katılıyorum				
<i>İfadeler</i>	Bilinci Açık Hasta					Bilinci Kapalı Hasta				
1.Yoğun bakım hastasıyla fiziksel temas esnasında hassas davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.Yoğun bakım hastasının mahrem yerlerinin açık kalmamasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.Yoğun bakım hastasının yalnız kalabildiği tek kişilik oda bulunmadığında, ortamda paravan/perde ile bölünme sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.Yoğun bakımda vefat etmiş olan hastaların mahremiyetine dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.Yoğun bakım hastasına uygulanan işlemler esnasında herhangi bir görevi bulunmayan kişiler ortama alınmamaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.Yapılacak işlemler öncesinde yoğun bakım hastasına/hasta yakınına bilgi verilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.Yoğun bakım tanı ve tedavi sürecine katkısı olmayacak kişisel hasta bilgileri araştırılmamaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.Yoğun bakım hastasının bilgi verilmesini istemediği yakınlarına bilgi verilmemektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.Yoğun bakım hastasının bilgilerini, diğer kişilerin duyabileceği ve görebileceği şekilde ortaya çıkarmamaya özen gösterilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.Yoğun bakım hastanın bilgileri gizli tutulmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.Bilimsel araştırmalarda kullanılacak hasta bilgileri için hasta/hasta yakınının rızası gözetilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.Yoğun bakım hastasının mahremiyet ile ilgili isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.Yoğun bakım hastasının özsaygısını zedeleyecek mahremiyet ihlallerinden kaçınılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

15.Yoğun bakım hastasının kültürel değerlerine uygun şekilde davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16.Yoğun bakım hastasının dini inancına uygun şekilde davranılmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17.Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18.Yoğun bakım hastasının kendisini huzurlu hissetmesi sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19.Yoğun bakıma alınan ziyaretçiler, hasta mahremiyetine saygı duymaları noktasında bilgilendirilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20.Yoğun bakım hastasının diğer hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimde hasta mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK 3: ETİK KURUL ONAYI



EK 4: ÇALIŞMA İZİNİ



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı ve Soyadı : Bilge BALCI

Eğitim Durumu :

Lise Öğrenimi :Umurbey Celal Bayar Anadolu Sağlık Meslek Lisesi
(Bursa-Gemlik) Hemşirelik Bölümü (2011-2015)

Lisans Öğrenimi :Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği (2015-2019)

Yüksek Lisans Öğrenimi :Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler
Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2019-)

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

1. Alkan, A., Özyıldız, K. H., Güder, M. ve Balcı, B., (2020), “A Research on The Investigation of The Relationship Between The Use of Media and The Trust of Physician: A Case of Isparta”, 5. International Health Sciences and Management Conference, 145.
2. Balcı, B. ve Alkan, A., (2021), “Sağlık Kurumlarında Örgütsel Ataletin İncelenmesine Yönelik Kavramsal Bir Çalışma”, SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 3(1): 52-63
3. Alkan, A., Özyıldız, K. H., Güder, M. ve Balcı, B., (2021), “Medya Araçlarının Kullanımı ile Hekime Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Saha Araştırması: Isparta İli Örneği”, *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 233-241.