

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE HASTA MAHREMİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

EVALUATION OF PATIENT PRIVACY IN INTENSIVE CARE UNITS

Bilge GÜLEÇ¹

Doç. Dr. Ahmet ALKAN²

ÖZ

En kısa haliyle kişiye özel olan, diğer insanlardan korunması gereken hususlar şeklinde ifade edilebilen mahremiyet her alanda olduğu gibi hastanelerde de önem arz etmektedir. Bu durum özellikli birimler olarak ifade edilen, hastaların refakatçilerinin bulunmadığı yoğun bakım ünitelerinde daha da önemli hale gelmektedir. Buradan hareketle çalışmada yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bursa il merkezindeki üç kamu hastanesinde görev yapan 403 hekim, hemşire ve klinik destek personeli çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu literatür taraması, saha gözlemleri ve uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Araştırmada Açıklayıcı Faktör Analizi ve fark testleri yapılmıştır. Araştırmada; 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 sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, Hasta Mahremiyeti, Yoğun Bakımda Mahremiyet.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, K32, K38


ABSTRACT

In shortest, privacy, which can be expressed in the form of issues that are private to the person and which should be protected from other people, is important in hospitals as in every field. This situation becomes even more important in intensive care units, which are expressed as specialized units, where patients do not have companions. From this point of view, the study aims to evaluate patient privacy in the intensive care unit from the perspective of healthcare professionals. The sample of the study consists of 403 physicians, nurses and clinical support staff working in three public hospitals in Bursa city center. The questionnaire technique is used as a data collection tool in the study. The questionnaire form is developed by the researcher based on literature review, field observations and expert opinions. Exploratory Factor Analysis and difference tests are conducted. In the study, it is concluded that physical and information privacy is paid the most attention, social privacy is paid the least attention, the privacy of the unconscious patient is paid more attention than the unconscious patient, and nurses as a professional group paid more attention to patient privacy compared to physicians and clinical support staff.

Keywords: Privacy, Patient Privacy, Privacy in Intensive Care Units.

JEL Classification Codes: I10, K32, K38.

* Bu çalışma Ahmet ALKAN danışmanlığında Bilge GÜLEÇ tarafından hazırlanan ve 07.09.2022 tarihinde savunulan "Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Mahremiyetinin Sağlık Çalışanları Gözünden Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır. Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan 121/18 sayılı ve 24.05.2022 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹  Bağımsız Araştırmacı, Bilim Uzmanı, bilgebalkci@outlook.com

²  Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan@sdu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Privacy is defined as "secrecy" and entering into someone's privacy is defined as "being close enough to someone to learn about their private life". According to another definition, privacy, which can be expressed in the form of issues that are private to the person and which should be protected from other people, is important in hospitals as in every field. This situation becomes even more important in intensive care units, which are expressed as specialized units, where patients do not have companions. From this point of view, the study aims to evaluate patient privacy in the intensive care unit from the perspective of healthcare professionals.

Design/methodology/approach:

The questionnaire technique is used as a data collection tool in the study. The questionnaire form is developed by the researcher based on literature review, field observations and expert opinions. Data are collected by a questionnaire technique after the ethics committee approval is obtained from Suleyman Demirel University Social Sciences Ethics Committee with decision number 121/18 dated 24.05.2022. The sample of the study consists of 403 physicians (%31.5), nurses (%45.4) and clinical support staff working (%23.1) in three public hospitals in Bursa city center. Exploratory Factor Analysis and difference tests are conducted. Since the data are normally distributed, independent sample T-test is used to compare paired groups, and ANOVA is used to compare groups of 3 or more.

Findings:

As a result of the Exploratory Factor Analysis, the items are grouped into 4 dimensions: Psychological Privacy, Information Privacy, Physical Privacy, Social Privacy. Difference tests are handled in these dimensions. It is found that information privacy and physical privacy are paid more attention to conscious and unconscious patients. Social privacy is found to be the least important dimension in both conscious and unconscious patients. It is found that attention to privacy in all of the dimensions revealed in the study is higher (statistically significant) in conscious patients compared to unconscious patients. It is determined that intensive care workers are very sensitive about paying attention to information privacy. It is found that nurses are the occupational group that pays the most attention to patient privacy in all dimensions, attention to psychological, physical and information privacy decreased in participants with a working period of 6 years or more in intensive care, less importance is given to psychological and physical privacy in participants with a total working period of 6 years or more in the profession, those whose marital status is single paid more attention to psychological and social privacy, and participants aged 36-40 years are the age group that pays the least attention to psychological and physical privacy. It is determined that participants with a weekly working time of 61 hours or more pay the most attention to social and psychological privacy. Gender is not a statistically significant variable in any dimension.

Conclusion and Discussion:

The study aims to evaluate patient privacy in the intensive care unit from the perspective of healthcare professionals. In this direction, a questionnaire is applied to 403 intensive care unit staff. As a result, when looked at the mean scores of the participants on the statements revealing patient privacy; it is seen that they gave higher scores to conscious patients compared to unconscious patients in all statements. It is found that information privacy and physical privacy are paid more attention to conscious and unconscious patients, while social privacy is paid the least attention. In all dimensions, it is found that the attention to privacy of conscious patients is higher, and this difference is statistically significant. In the study, it is observed that intensive care unit staff pay more attention to privacy in unconscious patients. Accordingly, each intensive care unit staff should be provided with privacy training for unconscious patients by academicians (undergraduate/graduate education) during the education process and by the hospital before starting to work in the field. It is found that as the total working time in intensive care unit and the total working time in the profession increase, the privacy sensitivity of intensive care unit staff decreases. Intensive care unit staff should be rotated to other units from time to time, be in different environments, be encouraged to communicate with patients and their motivation should be increased by improving their working conditions. This rotation should be organized at intervals deemed appropriate by the Ministry of Health and hospital management to increase the level of patient privacy awareness. In addition, since there is no scale expressing privacy in intensive care units, studies should be carried out to develop a scale.

1. GİRİŞ

Mahremiyet “gizlilik” olarak, mahremiyetine girmek ise “bir kimsenin özel hayatını öğrenecek derecede ona yakın olmak” şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2024). Yüksel (2003, s. 182) ise mahremiyeti; kişilerin bir başkasıyla nerede, ne zaman, nasıl, hangi koşullarda iletişim kuracaklarına karar verebildikleri bir alanı ve bu alan üzerinde sahip olunan hakkı ifade eder şeklinde tanımlamaktadır. Mendelson ve Rees (2018) ise mahremiyeti sağlık hizmetleri açısından, bireyin sağlık kayıtlarına diğerlerinin ne düzeyde ve hangi koşullar altında erişebileceğinin sınırlarını belirleyen bir kavram olarak (Mendelson ve Rees, 2018) ifade etmiştir. Mahremiyet bir haktır ve bu durum çeşitli hukuki mevzuattan kendisine dayanaklar bulmaktadır. Can (2020, s. 184) Türk hukuku açısından bu dayanakları Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme m.17, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi m.8, Biyotıp Sözleşmesi m.10 ve Anayasa m.20 şeklinde sıralamaktadır. Bunların yanında bireyin mahremiyet hakkı; insan hakları ve hasta hakları kapsamında ele alınabilir.

Konuya insan hakları çerçevesinden bakıldığında da bazı düzenlemelerin yapıldığı görülecektir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi 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 (İnsan Hakları Derneği, 1948). Konu ile ilgili ülkemizde 2016 yılında Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu yayımlanmıştır (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2016). Kanunun dayandığı temel ilkeler itibarıyla bu uygulamaları gerçekleştirirken insan hakları temelli yaklaşım çerçevesinde; tarafsızlık, dürüstlük, mahremiyete saygı, kişisel verilerin korunması, kazanılmış hakların korunması gibi ilkeleri esas almaktadır. Diğer taraftan hasta hakları boyutuna bakıldığında, kişi hak ve değerlerinin sağlık alanına yansımaları ifade etmesi nedeniyle en temel insan haklarından biri olarak değerlendirilebilir. Nitekim Hipokrat Yemininde ifade edilen ötenazi ve kürtaj yasağı, sır tutma ve hastalara saygı gösterme yükümlülüğü hasta haklarının ilk örnekleri olarak değerlendirilebilir (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). 01/08/1998 tarihli resmi gazetede Hasta Hakları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmelik kapsamında hastanın; sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, bilgi verilmesini yasaklama, mahremiyete saygı gösterilmesi, rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulması gibi birçok hakkı güvence altına alınmıştır (Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

Konuya yasal mevzuat çerçevesinden bakıldığında konunun, Anayasa, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu gibi birçok kaynaktan karşılık bulduğu görülmektedir. Fakat bundan daha ötesi servisteki hastalara göre daha hassas, kırılabilir ve daha fazla bakıma muhtaç olan yoğun bakım hastalarının mahremiyetinin sağlanması hastaların onuruna duyulan saygının bir gereğidir. Yoğun bakım üniteleri acil müdahale gerektirecek durumların ortaya çıkma ihtimali daha yüksek olan birimler olduğu için yoğun bakımda hastalar, giysisi olmadan üzerleri bir örtüyle kapatılmış halde bulunurlar. Hastaların bazıları bilinci açık, bazıları bilinci kapalı ve bazıları entübe halde bulunmaları nedeniyle fiziksel olarak da savunmasız durumlardadır. O yüzden bu birimlerde mahremiyete önem biraz daha hassas bir konu haline gelmektedir.

2. HASTA MAHREMİYETİ PERSPEKTİFİNDEN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ

Hasta mahremiyeti sağlık hizmetlerinde korunması gereken en önemli haklardan biridir ve bunu sağlama görevi de sağlık çalışanlarına aittir (Murray vd., 2011, s. 748). 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, s. 659). Hasta mahremiyetinin çeşitli boyutları bulunmaktadır. Burgoon ve diğerleri bu boyutları; fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilgi boyutu şeklinde ele almıştır (Akt. Kilpia vd., 2001, s. 664).

Fiziksel mahremiyet bedensel mahremiyeti, diğer bireylerle fiziksel temastaki yakınlığı ve bireyi çevreleyen ancak başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları (ev, iş yeri vb.) kapsar (Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), 2020, s. 6). Fiziksel mahremiyet, hastanın sağlık kurumuna müracaatı ile başlayan, teşhis, tedavi, tanı süreçleriyle devam

eden, taburculuğu ve vefatı da dâhil olmak üzere tüm zamanlarda bedensel bütünlüğünü ve gizliliğini ifade eden önemli bir olgudur. *Bilgi mahremiyeti* hastanın kendisi ile ilgili bilgilerin gizli tutulması ve izni olmadan üçüncü taraflarla paylaşılması şeklinde ifade edilebilir. Siegler (1982, s. 1519) Hastalar da sağlık çalışanları tarafından bilgi mahremiyetine uyulacağı inancı oluştuğunda hastaların daha dürüst ve kendilerini güvende hissederek bilgi paylaşımı yapma eğiliminde olacaklarını belirtmektedir. SKS’de de (2020, s. 136), hasta bilgilerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. *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 (Kilpia 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: 381). *Sosyal mahremiyet* kişilerarası ilişkileri düzenleyen, bireyin davranışlarını etkilemeyi ve yönetmeyi sağlayan bir tavır alma biçimidir (Karabey, 2021, s. 14). Mahremiyetin kapsamı, önemi ve mahremiyeti koruma yöntemleri çeşitli kültürlerde farklılık gösterdiğinden dolayı kültürel özellikleri göz önüne almayı gerektirir (Kilpia vd., 2001: 665).

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). Yoğun bakım ünitelerinde makinelerin gürültüsünden ışıklara, kablolardan tüplere birçok stresör bulunmaktadır. Hastaların üzerlerinde şahsi giysilerinin olmaması ve yanlarında refakatçilerinin bulunmaması hastalarda mahremiyet algısını stresör haline getirebilmektedir. Burada ifade edilen mahremiyet; hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve kişisel bilgilerinin gizliliğini içermektedir. Mahremiyet ihlaline açık konumda olan yoğun bakımlarda bu konulara dikkat edilmelidir. Nitekim yapılan bazı çalışmalar (Korhan vd., 2018, s. 78; Öcel vd., 2022, s. 395; Öztürk vd., 2018, s. 32) da yoğun bakım ünitelerinin mahremiyet ihlaline açık olduğunu ortaya koymaktadır.

Koşuş 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 (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2011) mahremiyetin korunmasını engelleyen birtakım 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 traş, vücut silme ve yatak banyosu gibi bakımları rutin aralıklarla yapılmak durumundadır. Hastaların temel bakım ihtiyaçlarının karşılanması gereklidir (Remi Gazete, 2011; Mevzuat Bilgi Sistemi, 2011) ve bu bakım ihtiyaçları karşılanırken mahremiyeti korumak için önlemler almak oldukça önemlidir. Yoğun bakımda yapılan her türlü tıbbi girişim, muayene, hasta mobilizasyonu, hasta transferi ve ölüm olayı mahremiyet çerçevesinde gerçekleştirilmelidir (Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020, s. 258).

Yoğun bakım hastalarının özellikleri açısından bakıldığında ise Aktaş ve Arabacı’ya (2016) göre yoğun bakımda tedavi gören hastalar bilinci açık, bilinci kapalı, entübe hasta olarak gruplandırılabilirler. Bu grupların her biriyle kurulacak iletişimde çeşitli farklılıklar olacaktır.

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 gözlemleyebilmeleri ve de çevre tarafından gözlemlenebilir halde bulunmaları bu hastaları mahremiyet konusunda hassas hale getirmektedir. Aktaş ve Arabacı’ya (2016, s. 40) göre 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 iştme duyusu devam eden bireylerdir. Alasad ve Ahmad’ın bilinci kapalı olup sonra açık hale gelen hastalarla yaptığı çalışmada katılımcılar; etraflarındaki sesleri duyduklarını, anladıklarını ancak o an sözel olarak tepki veremediklerini; ayrıca diğer hastalar hakkında konuşulanları da işittiklerini, bu durumun kendileri adına korkuya ve yanlış fikirlere kapılmalarına sebebiyet verdiğini belirtmişlerdir (Alasad ve Ahmad, 2005, s. 357). Bilinci kapalı hastayla fiziksel temas kurarken de dikkat edilmelidir. Bilinci kapalı hasta ile fiziksel temas kurarken hassasiyet gösterilmeli ve bilinci kapalı olsa da mahremiyet hakkının devam ettiği unutulmamalıdır. 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). Mahremiyet diğer hasta gruplarında olduğu gibi entübe hastalar için de önemli bir husustur. Entübe olmaları gereği konuşamamaları mahremiyet ile ilgili istek ve kaygılarını sözel olarak ifade etmelerini engellemektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak bu hastalarda da mahremiyete dikkat edilmelidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde de (Mevzuat Bilgi Sistemi) mahremiyet konusu ayrı bir bölüm olarak ele alınmış ve ölüm durumunun bile mahremiyetin bozulması hakkını vermeyeceği ifade edilmiştir. O yüzden gerek insan onurunun bir gereği gerekse yasalara uyulması için entübe hastalarda da mahremiyete dikkat edilmelidir.

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 kişinin entübe olması fark etmeksizin insan onuruna saygı duyan bir yaklaşım içerisinde sağlık hizmeti alması mahremiyetin korunması açısından gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

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. Nicel araştırma yöntemiyle tasarlanan bu çalışma keşifsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa il merkezinde yer alan üç kamu hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan yaklaşık 1250 personel (hekim, hemşire ve klinik destek personeli) oluşturmaktadır. Gürbüz ve Şahin (2018) evrenin belli olduğu durumlarda formülasyon kullanılarak hesaplama yapılabileceği gibi hazır tabloların da kullanılabilirliğini ifade etmektedir. Gürbüz ve Şahin evren büyüklüğü belli olan durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 294 kişilik örneklemin yeterli olacağını (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 130) ifade etmişlerdir. Çalışmada araştırmanın yapıldığı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 432 kişiden veri toplanmıştır. 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.

3.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel araştırma yönteminden anket yöntemi tercih edilmiş ve veriler yüz yüze anket tekniğiyle toplanmıştır. Bilinci kapalı ve bilinci açık hastalarda mahremiyete yönelik verilerin toplanması için geliştirilen 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. Araştırmacılar yaptıkları literatür taraması ve okumalardan; 3 hekim, 5 hemşire ve 2 klinik destek personeli olmak üzere 10 katılımcı ile yapılan görüşmelerden anket için ifadeler oluşturmuşlardır. Araştırmacılardan biri 2 yıldır yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Bu araştırmacının tecrübesinden de yararlanılarak yeni maddeler eklenmiş ve 50 maddelik bir ifade havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan ifade havuzu araştırmacılar tarafından yeniden değerlendirilmiş ve uygun olmadığı düşünülen 10 ifade anketten çıkartılmıştır. Farklı üniversitelerden nitel araştırma ve sağlık yönetimi alanında uzman 7 akademisyenin 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 hocaları tarafından değerlendirilmiştir. Yapılan

değerlendirme sonucu araştırmacılar tarafından tekrar tartışılarak 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 29 maddelik son hali verilmiştir. Sahadan veriler toplandıktan sonra 29 ifade faktör analizine tabi tutulmuş ve binişik olması nedeniyle 9 ifade ankette çıkarılmıştır. Analizler 20 ifade ile ortalama puanlar üzerinden yapılmıştır. İfadeler 5'li likert tipinde 1'le 5 arasında puanlanmıştır. 1-“kesinlikle katılmıyorum”u, 5-“kesinlikle katılıyorum”u ifade etmektedir. 1 en düşük puanı, 5 en yüksek puanı temsil etmektedir. 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.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

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.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan (Etik Kurul Tarih 24.05.2022 Karar Sayısı 121/18) onay alınmıştır. Çalışma sürecinde Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyulmuştur. Ayrıca araştırma yapılan kurumlardan resmi izin alınarak uygulama yapılmıştır. Katılımcılara çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, verilerin gizli tutulacağı, anketlere isim yazılmaması/anonim olması gerektiği ve verilerin analiz edilerek bilimsel çalışmada kullanılacağı yazılı ve sözlü olarak belirtilmiştir.

4. BULGULAR

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

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

Değişkenler		Frekans	Yüzde
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 ve katılımcılar arasında en çok oranın (%37) 26-30 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Medeni durum ve cinsiyet açısından yakın bir dağılım olsa da kadınların (%59,1) ve bekâr katılımcıların (%52,1) oranının fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların %38,5'ini lisans eğitimine sahip bireyler, %45,4'ünü hemşireler oluşturmaktadır.

Tablo 2. Hasta Mahremiyeti ile İlgili İfadelerin Tanımlayıcı Bulguları

No	İfadeler	Bilinci Açık Hasta		Bilinci Kapalı Hasta		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 hastasının 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

No	İfadeler	Bilinci Açık Hasta		Bilinci Kapalı Hasta		Fark	Test Değerleri
		\bar{X}	SS.	\bar{X}	SS.		
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

Yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastalar açısından değerlendirdikleri bölümde “Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir” ifadesi 4,53±0,727 ortalama ile en yüksek, “Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir” ifadesi 3,39±1,287 ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir.

Yoğun bakım çalışanlarının bilinci kapalı hastalar açısından değerlendirdikleri bölümde “Yoğun bakımda fotoğraf ve görüntü kaydı alınmamasına dikkat edilmektedir” ifadesi 4,36±0,868 ortalama ile en yüksek, “Yoğun bakım hastasının tedavisi, hasta ve yakınının tercih ettiği cinsiyetteki personelden karşılanmaya gayret edilmektedir” ifadesi 2,61±1,244 ortalama ile en düşük ortalamaya sahiptir.

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.

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

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,887
Bartlett's Test of Sphericity	Df	190
	Sig.	0,000

Hasta mahremiyeti anketinin faktör yapısını ortaya çıkarmak için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin testi (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır.

Tablo 3 incelediğinde, hasta mahremiyeti ifadelerine uygulanan KMO testi sonucunda KMO değeri 0,887 olarak bulunduğu görülmektedir. Buradan verilerin faktör analizi için uygun olduğu anlaşılmaktadır.

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	
13. Yoğun bakım hastasının mahremiyet ile ilgili isteklerine anlayış ve empati çerçevesinde yaklaşmaktadır.	0,608	
14. Yoğun bakım hastasının özsaygısını zedeleyecek mahremiyet ihlallerinden kaçınılmaktadır.	0,657	
17. Yoğun bakım hastasının kendisini güvende hissetmesi sağlanmaktadır.	0,785	35,999
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	
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	8,419
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	
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	7,243
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	
16. Yoğun bakım hastasının dini inancına uygun şekilde davranılmaktadır.	0,830	6,451

Faktör analizinde döndürme tekniklerinden Varimax döndürme tekniği kullanılmış ve faktör yükü alt kesme noktası 0,30 olarak seçilmiştir. Faktör analizi ortalama puanları üzerinden yapılmıştır. Binişik olan maddeler ölçekten tek tek çıkarılmış her çıkarma işleminden sonra bir önceki çıkartılan madde analize tekrar dahil edilerek faktör yüklerinin nasıl değiştiği kontrol edilmiştir. Anket son halini alana kadar (hiç binişik madde kalmayana kadar) bu işleme devam edilmiştir. Nihai olarak anketin 29 maddelik ilk halinde yer alan 9 ifade anketten çıkartılmış ve 20 ifadeli, 4 boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. 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.

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. Özdamar'a göre Cronbach Alfa değeri 0,70 ile 0,90 aralığında yüksek güvenilirlik düzeyine işaret etmektedir (Özdamar, 2017, s. 112). Ölçüm aracının genel (4 boyuttaki 20 ifadenin) Cronbach Alfa değeri 0,900'dür. Psikolojik mahremiyet boyutunun Cronbach Alfa değeri de 0,876, bilgi mahremiyeti boyutunun 0,742, fiziksel mahremiyet boyutunun 0,795 sosyal mahremiyet boyutunun 0,808 olduğu görülmektedir. Buradan tüm boyutların yüksek derecede güvenilir olduğu yorumu yapılabilmektedir.

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. Tabachnick ve Fidell (2012, s. 80) normal dağılıma uygunluk için verdikleri değerler (Boyutların -1,5 ile +1,5 arasında değer alması boyutların normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir) dikkate alındığında araştırmada tüm boyutların normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

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.

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 p= 0,000 1-2-3
	2. Lisans	155	4,328	0,547	
	3. Lisansüstü	132	3,666	0,623	
Aylık Gelir (TL)	1. 7000 ve altı	79	4,105	0,682	F= 4,279 p= 0,015 1-2
	2. 7001-8500	84	4,365	0,444	
	3. 8501 ve üzeri	95	4,166	0,642	
Meslek	1. Hekim	127	3,641	0,614	F= 55,710 p= 0,000 1-2-3
	2. Hemşire	183	4,351	0,547	
	3. Klinik Destek Personel	93	3,854	0,697	

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	1. 1-5	212	4,131	0,624	t= 3,714 p= 0,000
	2. 6 ve üzeri	191	3,881	0,722	
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	1. 1-5	267	4,108	0,634	t= 4,023 p= 0,000
	2. 6 ve üzeri	136	3,824	0,736	
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	1. 40 ve altı	96	3,704	0,682	F= 22,505 p= 0,000 1-2-3
	2. 41-60	166	3,973	0,679	
	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 ($3,686\pm 0,725$) ve 31-35 yaş arası katılımcıların puanının ($3,718\pm 0,625$), 25 yaş ve altı ($4,171\pm 0,640$) ve 26-30 yaş arası ($4,188\pm 0,587$) katılımcıların puanına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Eğitim seviyesine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=-2,603$, $p=0,000$). Bu farkın lisansüstü ($3,666\pm 0,623$) eğitime sahip katılımcıların puanının lise ve ön lisans ($3,985\pm 0,717$) eğitime ve lisans ($4,328\pm 0,547$) eğitime sahip katılımcıların puanından daha düşük; lise ve ön lisans ($3,985\pm 0,717$) eğitime sahip katılımcıların puanının lisans ($4,328\pm 0,547$) eğitime sahip katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aylık gelir açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=4,279$, $p= 0,015$). Yapılan analizlerde farkın 7000 TL ve altı ($4,105\pm 0,682$) gelire sahip katılımcıların puanının 7001-8500 TL ($4,365\pm 0,444$) gelire sahip katılımcıların puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı ifade edilebilir.

Mesleğe göre yapılan karşılaştırmada da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=55,710$, $p= 0,000$). Yapılan analizlerde bu farkın hekimlerin ($3,641\pm 0,614$) puanının klinik destek personelinin ($3,854\pm 0,697$) puanından ve hemşirelerin ($4,351\pm 0,547$) puanından daha düşük; klinik destek personelin puanının da ($3,854\pm 0,697$) hemşirelerin ($4,351\pm 0,547$) puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Haftalık çalışma süresi açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 22,505$, $p= 0,000$). Yapılan analizlerde bu farkın 40 saat ve altı ($3,704\pm 0,682$) çalışan katılımcıların puanının 41-60 saat ($3,973\pm 0,679$) çalışan katılımcıların puanıyla 61 saat ve üstü ($4,275\pm 0,587$) çalışan katılımcıların puanından daha düşük ve 41-60 saat ($3,973\pm 0,679$) çalışan katılımcıların puanının da 61 saat ve üstü ($4,275\pm 0,587$) çalışan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların “psikolojik mahremiyet” boyutundan aldıkları mahremiyet puanlarının medeni duruma ($t= -2,603$, $p=0,010$), meslekteki toplam çalışma süresine ($t=3,714$, $p=0,000$), yoğun bakımda toplam çalışma süresine ($t=4,023$, $p=0,000$) göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuş fakat cinsiyete ($t=0,899$, $p=0,369$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

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 p= 0,170
	2. Erkek	165	4,145	0,576	

	Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
Medeni Durum	1. Evli	193	4,168	0,568	t= -0,797 p= 0,426
	2. Bekâr	210	4,213	0,557	
Eğitim Durumu	1. Lise ve Ön Lisans	116	4,086	0,604	F= 20,478 p= 0,000 1,3-2
	2. Lisans	155	4,406	0,467	
	3. Lisansüstü	132	4,031	0,549	
Aylık Gelir (TL)	1. 7000 ve altı	79	4,220	0,595	F= 1,741 p= 0,177
	2. 7001-8500	84	4,370	0,455	
	3. 8501 ve üzeri	95	4,273	0,509	
Meslek	1. Hekim	127	4,035	0,556	F= 24,004 p= 0,000 3,1-2
	2. Hemşire	183	4,393	0,475	
	3. Klinik Destek Personel	93	4,009	0,601	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	1. 1-5	212	4,230	0,568	t= 1,456 p= 0,146
	2. 6 ve üzeri	191	4,148	0,553	
Yoğun Bakımda Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	1. 1-5	267	4,237	0,559	t= 2,305 p= 0,022
	2. 6 ve üzeri	136	4,101	0,558	
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	1. 40 ve altı	96	4,140	0,548	F= 1,929 p= 0,147
	2. 41-60	166	4,157	0,570	
	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.

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.

Mesleğe göre bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (F=24,004, p=0,000). Yapılan analizlerde klinik destek personelinin (4,009±0,601) puanının, hekim (4,035±0,556) ve hemşirelerin (4,393±0,475) puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yoğun bakımda toplam çalışma süresine açısından yapılan karşılaştırmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunurken (t=2,305, p=0,022), 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) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

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	

	Değişkenler	N	\bar{X}	SS	Test Değerleri
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.

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.

Meslek açısından karşılaştırıldığında 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.

Haftalık toplam çalışma süresi açısından karşılaştırıldığında 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.

Meslekteki toplam çalışma süresi (t=2,125, p=0,034) ve yoğun bakımda toplam çalışma süresine (t=2,572, p=0,010) göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş; 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
	2. Lisans	155	3,743	0,905	
	3. 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.

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.

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.

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.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde hasta mahremiyetinin sağlık çalışanları gözünden değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda 403 yoğun bakım çalışanından veri toplanmıştır.

Katılımcıların hasta mahremiyetini ortaya koyan ifadelerle 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 literatürdeki bazı çalışmalarda da (Soydan vd., 2016, s. 10; Yılmaz, 2020, s. 52) katılımcıların mahremiyet algılarının bilinci açık hastalara yönelik olduğu görülmektedir. Bu araştırmadaki “Yoğun bakım çalışanları, hastaların mahremiyet ile ilgili beklentilerinin bilincindedir” ifadesine yoğun bakım çalışanlarının bilinci açık hastalarda daha yüksek puan vermiş olması da bu durumu desteklemektedir. Leigh, (2001, s. 35) bazı bilinci kapalı hastaların bilinci yerine geldikten sonra o dönem konuşulanları duyduğu ve anladığını ortaya koyan çeşitli çalışmalar olduğunu ifade etmektedir. Durum böyle iken bilhassa yoğun bakım ünitelerinde hastanın bakım ihtiyaçları karşılanırken duyarlı olunması, mahremiyetine, özsaygısına, otonomisine ve haklarına karşı hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir.

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 verilmediğini veya bu konuda eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Ayrıca Karabey’in (2021, s. 37) yaptığı çalışmada katılımcı hemşirelerin çoğunun mahremiyet dendiğinde akla ilk önce fiziksel mahremiyeti getirdiği 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 olmalarının, meslekte ve yoğun bakımda uzun süre çalışmaya bağlı olarak gelişen duyarsızlaşmanın henüz oluşmamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Özata ve Özer’in (2017, s. 18) yaptıkları çalışmada 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 vd. (2014, s. 4)’ne 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 çalışmada ise evli hemşirelerin bekâr hemşirelere göre hasta mahremiyetinin korunmasını daha önemli buldukları tespit edilmiştir.

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 erkeklerle göre daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Bu doğrultuda hemşirelerin çoğunluğunu kadınların oluşturması ve kadınların empati düzeylerinin yüksek olmasının mahremiyet konusunda daha dikkatli olmalarına imkân sağladığı düşünülebilir. Aktan ve diğerlerinin (2019, s. 304) yaptıkları çalışmada benzer sonuç elde edilerek hemşirelerin hasta mahremiyetine verdikleri önemin yüksek olduğu saptanmıştır.

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) klinik alana aşina 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 da 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; hekimlerin, eğitim seviyesi 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 hastaya yaklaşılması gerektiğidir.

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, ağır düzeyi yüksek ve ağır hastalara hizmet verilen birimleridir. Bunlara uzun yıllar maruz kalmanın sağlıklı 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 artırılmasının 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 bekâr olanların evlilerden daha çok, 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 personelinin hemşirelere kıyasla hasta ile daha az etkileşimde olmasına ve yetki alanlarının sınırlı olmasına bağlı olarak hastaların sosyal mahremiyet ile ilgili ihtiyaçlarını fark edememelerinden ve müdahale edememelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Coğaltay vd. (2017, s. 8) tarafından yapılan bir çalışmada tükenmişliğin evli çalışanlarda bekâr çalışanlara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. 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.

Sonuç olarak; 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. 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.

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 tespit edilmiştir. Cinsiyet hiçbir boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir değişken olmamıştır.

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.

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.

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

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Çalışmaya birinci yazar %60 oranında, ikinci yazar %40 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- 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 iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(3), 39-43.
- Alasad, J. ve Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 50(4), 356-362.
- Can, N. (2020). Hasta mahremiyeti hakkı. *TBB Dergisi*, (147), 184-219.
- 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.
- Doğan, S. (2019). Ben insan değil miyim? Dehümanizasyon ve yaşam sonu döneme yansımaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 50, 1-7.
- Ersoy, G.E. ve Köşger, F. (2016). Empati: tanımı ve önemi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 9-17.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: felsefe-yöntem-analiz* (5. Baskı). Seçkin Yayıncılık
- İnsan Hakları Derneği. (1948). *İnsan hakları evrensel bildirgesi*. <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyanname/> adresinden 12 Mart 2024 tarihinde alınmıştır.
- Karabey, G. (2021). *Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hasta mahremiyetine ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Avrasya Üniversitesi
- Karlsson, V., Forsberg, A. ve Bergbom, I. (2012). When patients are conscious during respirator treatment - a hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28, 197-207.
- Kilpia, L. H., Valimaki, M., Dassenb, T., Gasullc, M., Lemonidoud, C., Scotte, A. vd. (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*, 24(5), 598-611.
- 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.
- Leigh, K. (2001). Communicating with unconscious patients. *Nursing Times*, 97(48), 35-40.
- Mendelson, D., Rees, A. ve Wolf, G. (2018). Medical confidentiality and patient privacy. B. White, F. McDonald, ve L. Willmott (Ed.) *Health law in Australia* içinde (s. 396-433). Thomson Reuters.
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (1998). Hasta hakları yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 20 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2011). *Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> adresinden 10 Ağustos 2024 tarihinde alınmıştır.

- Mevzuat Bilgi Sistemi. (2016). *Türkiye insan hakları ve eşitlik kurumu kanunu*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6701&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> adresinden 10 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- Murray, T. L., Calhoun, M. ve Philipsen, N. C. (2011) Privacy, confidentiality, HIPAA, and HITECH: Implications for the health care practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(9), 747-752.
- 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.
- Özata, M. ve Özer, K. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 1-21.
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Nisan Kitabevi.
- 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.
- Resmi Gazete. (2011). *Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden 11 Ağustos 2024 tarihinde alınmıştır.
- Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane. (2020). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf> adresinden 8 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. (2020). *Yoğun bakım ünitesi*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf> adresinden 10 Ağustos 2024 tarihinde alınmıştır.
- Sankar, P., Moran, S., Merz, J. F. ve Nora, L. J. (2003). Patient Perspectives on medical confidentiality: a review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 659-669.
- Siegler, M. (1982). Confidentiality in medicine-a decrepit concept", *The New England Journal of Medicine*, 307(24), 1518-1521.
- Soydan, Y. N., Bozkurt, A. S., Aydoğan, S. ve Bal, T. (2016). Yoğun bakımda kişi kavramı ve mahremiyet ilkesi. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics Law History-Special Topics*, 2(1), 1-11.
- Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson Education.
- Tabak, N. ve 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 incelenmesi. *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.

- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (2024). *Mahremiyet*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 16 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- Uçar, N., Aygin, D. ve Uzun, E. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 18-37.
- Vincent, J.L., Artigas, A., Bihari, D., Carrington da Costa, R.B., Edwards,D., Ferdinande, R. vd. (1994). Guidelines for the utilisation of intensive care units. *European Society of Intensive Care Medicine*, 20(2), 163-164.
- Whitehead, J. ve Wheeler, H. (2008). Patients' experiences of privacy and dignity. part 1: A literature review. *British Journal of Nursing*, 17(6), 381-385.
- Yılmaz, A. S. (2020). *Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve bu ünitelerden hizmet alan hastaların hasta mahremiyetine ilişkin görüşleri* [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Yüksel, M. (2003). Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 58(1), 181-213.