



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
EMPATİ DÜZEYLERİYLE HASTA
MAHREMİYET TUTUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Büşra Aleyna BAYRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ

TRABZON-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01.11.2023

Büşra Aleyna BAYRAK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İTHAF

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER VE FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Mahremiyetin Tanımı ve Tarihçesi

4

2.2. Mahremiyet Kavramı ve Hasta Mahremiyeti

5

2.3. Hasta Mahremiyetinin Boyutları

5

2.4. Etik, Hukuki, Dini ve Kültürel Açıdan Mahremiyet

9

2.5. Hemşirelik Uygulamalarında Mahremiyet

13

2.6. Kendini Korumada Yeterli Olamayanların Mahremiyeti (Yaşlı, Çocuk, Ölülerin ve Mahkumların Mahremiyetleri)

17

2.7. Hak Kavramının Tanımı ve Tarihçesi

18

2.7.1. Temel İnsan Hakları

19

2.7.1.1. Sağlık Hakkı

20

2.7.1.2. Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı

20

2.7.2. Hasta Hakları

21

2.7.2.1. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Hasta Haklarının Amaçları

21

2.8. Empati Kavramının Tanımı ve Özellikleri

22

2.9. Empatinin Bileşenleri

23

2.10. Empatinin Basamakları

23

2.11. Empatik Tepki Basamakları

25

2.12. Hemşirelikte Empati ve Önemi

26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Katılımcıların Seçim Yöntemi	28
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.4.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	28
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	29
3.5.2. Hasta Mahremiyeti Ölçeği (HMÖ)	29
3.5.3. Jefferson Empati Ölçeği (JSENS)	30
3.6. Verilerin Toplanması	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
7. KAYNAKLAR	59
EKLER	68
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu	69
Ek 2. Hasta Mahremiyeti Ölçeği	72
Ek 3. Jefferson Empati Ölçeği	73
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	75
Ek 5. Kurum İzni	76
Ek 6. Etik Kurul Onayı	77
Ek 7. Ölçek Sahiplerinden Alınan İzinler	80
ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa
Tablo 1.	Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri	32
Tablo 2.	Hemşirelerin mahremiyete ilişkin görüşlerinin dağılımları	33
Tablo 3.	Hemşirelerin HMÖ ve alt boyutlarından aldığı puanlar	36
Tablo 4.	Hemşirelerin yaş gruplarına göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	36
Tablo 5.	Hemşirelerin cinsiyete göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	37
Tablo 6.	Hemşirelerin medeni duruma göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	38
Tablo 7.	Hemşirelerin çalışma süresine Göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	39
Tablo 8.	Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	40
Tablo 9.	Hemşirelerin çalıştıkları birime göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	41
Tablo 10.	Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre HMÖ puanlarının karşılaştırması	42
Tablo 11.	Hemşirelerin JSENS ve alt boyutlarından aldığı puanlar	43
Tablo 12.	Hemşirelerin yaş gruplarına göre JSENS puanlarının karşılaştırması	43
Tablo 13.	Hemşirelerin cinsiyete göre JSENS puanlarının karşılaştırması	44
Tablo 14.	Hemşirelerin medeni duruma göre JSENS puanlarının karşılaştırması	44
Tablo 15.	Hemşirelerin çalışma süresine göre JSENS puanlarının karşılaştırması	45
Tablo 16.	Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre JSENS puanlarının karşılaştırması	46
Tablo 17.	Hemşirelerin çalıştıkları birime göre JSENS puanlarının karşılaştırması	47
Tablo 18.	Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre JSENS puanlarının karşılaştırması	48
Tablo 19.	Hasta mahremiyet ölçeği ile JSENS arasındaki ilişki	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa
Şekil 1.	Empatinin basamakları	24
Şekil 2.	On alt empati aşaması	26
Şekil 3.	Hemşirelerin hastane yatışı	35



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
HMÖ	Hasta Mahremiyeti Ölçeği
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
İHBS	İnsan Hakları Biyotıp Sözleşmesi
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
JSENS	Jefferson Empati Ölçeği
MBS	Mevzuat Bilgi Sistemi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TDT	Tıbbi Deontoloji Tüzüğü
THD	Türk Hemşireler Derneği
TMK	Türk Medeni Kanunu
TTB	Türk Tabipler Birliği

Simgeler

F	Tek yönlü ANOVA testi
KW	Kruskal Wallis testi
n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Spearman testi
SS	Standart sapma

t	Bağımsız gruplarda t testi
U	Mann Whitney U testi
X	Aritmetik ortalama
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük
±	Artı-eksi



ÖZET

Hastanede Çalışan Hemşirelerin Empati Düzeyleriyle Hasta Mahremiyet Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 448 hemşire oluşturmuş olup 238 hemşire araştırmaya katılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Ekim 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Hasta Mahremiyet Ölçeği” ve “Jefferson Empati Ölçeği” kullanılarak Google Formlar üzerinden toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerler, Kolmogorov-Smirnov testi, t testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis testi, Post Hoc analiz Bonferroni düzeltmesi ve Spearman testinden yararlanılmıştır.

Araştırmada hemşirelerin Hasta Mahremiyeti Ölçeği'nden aldığı toplam puan ortalaması 122.7 ± 10.6 olup, mahremiyet tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin Jefferson Empati Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 89.7 ± 14.3 olup empati düzeyleri orta üstü olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin şefkatli bakım alt boyutu ile hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma süresi ve öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hasta Mahremiyet Ölçeği ve Jefferson Empati Ölçeği arasındaki ilişki Spearman testi ile incelenmiş olup, ölçekler arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$; $r = 0.255$). Hemşirelerin empati düzeyinin artışının hasta mahremiyet tutumlarını zayıf düzeyde de olsa artırdığını göstermiştir.

Hemşirelerde empati düzeyinin artması hasta mahremiyet tutumunu olumlu olarak etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelere bu konuda verilen mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin içeriği ve sürekliliğine önem verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Empati, hasta hakları, hasta mahremiyeti, hemşire

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Empathy Levels Attitudes of Nurses Working in Hospital and Patient Privacy

This descriptive study was conducted to examine the relationship between the empathy levels of nurses working in the hospital and their attitudes towards patient privacy. The study sample consisted of 448 nurses working at Rize Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital, and 238 nurses participated in the study. The data were collected by the researcher between October 2022 and June 2023 through Google Forms using the "Descriptive Information Form", "Patient Privacy Scale" and "Jefferson Empathy Scale". In the evaluation of the data, number and percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum values for numerical variables, Kolmogorov-Smirnov test, t test, Mann Whitney U test, one-way ANOVA test, Kruskal Wallis test, Post Hoc analysis Bonferroni correction and Spearman test were used.

In the study, the mean total score of the nurses from the Patient Privacy Scale was 122.7 ± 10.6 and their privacy attitude levels were found to be high. The mean total score of the nurses on the Jefferson Empathy Scale was 89.7 ± 14.3 and their empathy level was considered to be above average. A statistically significant difference was found in the compassionate care sub-dimension of the scale according to the gender, age, marital status, working time and education level of the nurses. The relationship between the Patient Privacy Scale and the Jefferson Empathy Scale was analysed with the Spearman test and a statistically significant positive relationship was found between the scales ($p < 0.001$; $r = 0.255$). It was shown that the increase in the empathy level of nurses increased patient privacy attitudes, albeit in a weak direction.

Increasing empathy level in nurses positively affects patient privacy attitude. Therefore, importance should be given to the content and continuity of pre- and post-graduation training given to nurses on this subject.

Keywords: Empathy, nurse, patient privacy, patient rights

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bireylerin en temel haklarından biri olan ve uluslararası sözleşmeler, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Anayasası ve ilgili mevzuatlar ile korunan hasta hakları, insan haklarının bir kolu olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsan haklarında yer alan özel hayatın gizliliği hakkının sağlık hizmetlerindeki karşılığı, mahremiyet hakkı olarak düzenlenmiştir. Tarih boyunca hasta mahremiyeti kavramı yasalar, antlaşmalar ve bildirgeler ile sürekli gündemde tutularak önemini gittikçe arttırmıştır. 1998 yılında yayınlanmış olan Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır. Yönetmeliğin “Hasta Haklarının Korunması” bölümünde mahremiyete saygı gösterilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. 2009 yılında Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından “Etik İlke ve Sorumluluklar” yayınlanmış, “Mahremiyet ve Sır Saklama” ilkesi dört ilkedен biri olarak bildirilmiştir (1-3).

Hasta bireyler sağlık hizmeti alırken, kendileri ve sağlık problemleriyle ilgili bilgileri sağlık çalışanlarıyla paylaşmak durumunda kalmaktadır. Sağlık hizmeti alan bireylerin mahremiyeti, bu hizmeti veren sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Hasta mahremiyetinin sağlanması hem etik hem de ahlaki boyutuyla önemli olduğundan, sağlık çalışanları kendileriyle paylaşılan bilgilerin gizliliğini korumak ve saklamakla yükümlüdürler (4,5).

Mahremiyet kavramı 19. yüzyıldan itibaren şimdiki anlamıyla bilinmeye başlasa da herkes için kabul edilebilir bir anlamı olmayıp disiplinler arası farklılık göstermekte olup, Türk Dil Kurumu (TDK) mahremiyeti ‘gizlilik’ olarak tanımlamaktadır (1,6).

Hasta mahremiyeti toplumlar, kültürler ve zamana göre farklılık gösteren, insanlığın ilk zamanlarından beri göz önünde olan dinamik bir kavram olup, modern toplumların oluşmasıyla önemini gittikçe arttırmıştır (7). Mahremiyet hakkı ilk olarak Warren ve Brandie tarafından ele alınarak bireylerin toplumdaki yasal güvenliğinin sağlanması, duygu ve düşüncelerinin başkalarıyla paylaşılacak bölümleriyle ilgili karar verme hakkı olduğu bildirilmiştir (8).

1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi’nde hastanın tüm tıbbi ve özel yaşamıyla ilgili bilgilerin gizliliğine saygılı olunmasını bekleme hakkına sahip olduğu kabul edilmiştir. 1995 yılında yayınlanan Bali Bildirgesi’nde hastaya ait tüm bilgilerin ölümünden sonra da gizliliğinin sürdürülmesi gerektiği vurgulanmıştır (9). Aynı şekilde HHY’de de “Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.” ifadesi yer almaktadır (10). Hasta

mahremiyetinin sağlık çalışanları tarafından sağlanmaması ve hastaya ait bilgilerin izinsiz paylaşılması Türk Ceza Kanunu (TCK)’na göre suç olarak kabul edilmektedir (9,11) ve yasalarda belirtilen cezalar uygulanmaktadır (12). Bu sebeple sağlık çalışanlarının hasta haklarının neler olduğu, sağlanmadığı takdirde karşılaşılabilecek cezaların ve yükümlülüklerinin neler olduğunu bilmeleri önem arz etmektedir (13). Aynı zamanda bireyin doğum anından başlayıp da ölümle biten yaşamı süresince sağlığıyla ilgili olan veriler olarak bilinen kişisel sağlık verilerinin de önemine dikkat edilmektedir. Bu hususta kişisel verilerle ilgili yaptırma sahip ilk düzenleme olarak aynı zamanda Avrupa Konseyi tarafından düzenlenen 108 sayılı “Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi” Türkiye’de 1981 yılında imzalanmıştır. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun 2016 yılında yürürlüğe girmesinden sonra Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik 2019 yılında yayınlanmıştır (14).

İnsan, hayatı boyunca iletişim kurarak yaşayan bir varlıktır ve iletişimin başarılı olabilmesi, karşısındaki bireyin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde algılayabilmesine bağlıdır. Bu bağlamda ‘empati’ kavramı karşımıza çıkmaktadır. Empati, bireyin kendisini karşısındaki bireyin yerine koyarak, olaylara karşısındakinin gözüyle bakıp yorumlaması anlamına gelmektedir (15). Empatiyi 1970 yılında Rogers “bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyup, onun duygu, düşünce, algı ve hissettiklerini doğru olarak anlaması ve bu durumu ona iletmesi süreci” olarak tanımlamaktadır (16).

Empati becerisi etkili ve doğru kullanıldığında hasta bireye verilecek bakım doğru bir şekilde kararlaştırılmaktadır. Bakım verme kolaylaşmakta, bireyin bakım verene olan güveni artmakta ve hasta mahremiyeti bakım veren kişi tarafından sağlanabilmektedir (17). Aksi takdirde mahremiyetten yoksun kalmak bireyin stres yaşamasına ve sağlık çalışanlarına karşı güven eksikliğine, saldırganlığa ve iyileşme sürecinde gecikmeye neden olabilmektedir (2,18). Hasta bireyler mahremiyetlerine saygı duyulduğunu hissettiklerinde güvende olduklarını düşünerek tedavi ve bakım için gerekli olan bilgileri daha doğru aktarıp, güvenli iletişim ve iş birliği kurabilmektedir (19).

Mahremiyet ve empati kavramları sadece bir bilim ya da anabilim dalının ilgilendiği bir konu olmamakla birlikte, insanın olduğu her alanda önemli olduğu bildirilmektedir (8). Yapılan literatür taramasında sadece Buldan ve Arslan’ın çalışmasının sonucunda ğrenci hemşirelerin empati düzeyleri arttıka başkalarının mahremiyetini sürdürecek davranışları geliştirme bilinci düzeylerinin de arttığı bulunmuştur (17). Genel olarak literatür

incelemesinde hemşirelerin ya da öğrencilerin empati ve mahremiyet düzeylerini ayrı ayrı inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Yaptığımız bu çalışma diğerklerinden farklı olarak hastanede çalışan hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış olup literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Hasta bireylerle en çok zaman geçiren ve güven oluşturması gereken hemşirelerin empati düzeylerinin hasta mahremiyet tutumlarına etkisinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın amacı hastanede çalışan hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Sorusu

1. Hastanede alışan hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mahremiyetin Tanımı ve Tarihçesi

Mahremiyet kavramının evrensel bir tanımı olmamakla birlikte, farklı kültürlerde zaman içinde değişiklik göstermiştir (8). Arapça kökenli “haram” kökünden gelen “mahremiyet” kelimesi “gizlilik” olarak tanımlanmaktadır (6). İngilizce’de de “privacy”, “confidentiality” ve “intimacy” kelimeleriyle tercüme edilmektedir (20,21).

Mahremiyet bireylerin hem soyut hem de somut değerlerini içine alan gizli bir alanı ifade etmekle birlikte, kişisel hak ve iletişim özgürlüğü ile de yakından ilişkilidir (4,22). Bireyin kendisine ait verilere ne kadar ulaşılacağına ve başka bireyler ile olan ilişkilerinin düzeyi, mahremiyetin korunmasıyla belirlenmektedir (22).

Mahremiyet, bireye ait gizli olmasa bile bireyin izni olmadan açığa vurulmaması gereken durumları ifade etmektedir. Bireyin iradesi dışında paylaşımına açık olmayan kendine özgü, sır olarak kalması gereken kişisel dünyası, özel alanıdır. Mahremiyet, her açıdan saygınlığın korunması ve onurlu bir hayat sürebilmek için bireylerin hakkıdır (22). Bu bağlamda insanı bütünüyle ele alan sağlık hizmeti için mahremiyetin önemi ön plana çıkmaktadır (23). Mahremiyet kavramını ilk kez ele alan Altman’a göre mahremiyet, bireyin kişisel kontrolünde olması gereken temel bir gereksinimdir (24).

Mahremiyet kavramı “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)” nda, hasta bireyin bakım almak ve tedavi olmak amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak durumunda kaldığı, ancak, toplumdaki diğer bireylerden saklamak istediği yaşama alanı olarak belirtilmektedir (25).

Mahremiyet kavramının tarihçesi, ilk insanların örtünme ihtiyacı hissetmelerine kadar geriye gitmesine karşın, 1890 yılında Brandeis tarafından tanımlanmıştır. Brandeis, özgürlük ve insan olma kavramlarını mahremiyet ile ilişkilendirerek, mahremiyeti hakların en kapsamlısı ve en çok değer verilen yalnız kalma hakkı olarak tanımlamaktadır (20).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından 1965 yılında düzenlenen Hemşirelik Andı’nda da hastaların bilgilerini diğer bireyler ile paylaşılmasından sakınılacağına dair ifadeler yer almaktadır (26).

Türk Hemşireler Derneği 2009 yılında hemşireler için yayınlamış olduğu Etik İlke ve Sorumluluklar’da “Mahremiyet ve Sır Saklama” ilkesinde mahremiyet konusuna yer vermiştir.

Resmî Gazete’de 1998 yılında yayınlanarak yürürlüğe giren HHY’de hasta bireylerin mahremiyetlerine saygı gösterilmesinin esas olduğu ölüm olayının gerçekleşmesi durumunda da hasta mahremiyetinin korunması gerektiği belirtilmiştir (10).

2.2. Mahremiyet Kavramı ve Hasta Mahremiyeti

Mahremiyet insanoglunun var olduğu günden itibaren önemini koruyan bir kavram olmasına karşın, evrensel bir tanımının olmaması pek çok kavram ile açıklanabilir olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu kavramlar “sır”, “gizlilik” ve “güven” dir (27).

Türk Dil Kurumu sır kavramını, varlığı veya bazı yönleri açıklanmak istenilmeyen, gizli tutulan şey; gizlilik kavramını, gizli olma, mahremiyet; güven kavramını ise korkmadan, çekinmeden ve kuşku duymadan inanma duygusu olarak tanımlamaktadır (28).

Abraham Maslow tarafından 1943 yılında oluşturulan İhtiyaçlar Piramidi’nde mahremiyet kavramı temel insan gereksinimlerinden biri olarak bildirilmiştir. Bu gereksinim bireyler için sosyolojik ve psikolojik ihtiyaç olarak belirtilmiştir (29).

Mahremiyet kavramı bireylerin yalnız olabilecekleri, kendi istekleri doğrultusunda kararlar alabilecekleri ve başkalarıyla olan iletişimlerinin yer, mekân, zaman ve düzey olarak karar verebilecekleri özel bir alanı kapsamaktadır. Bireylerin onurlu ve saygın bir hayat sürebilmeleri için mahremiyet gereklidir. Bu sebeple de mahremiyet hakkının da en çok üzerinde durduğu temel uğraşı insan olan sağlık hizmetleri alanıdır (23).

Hasta mahremiyeti kavramı günümüzde mahremiyet ve hasta hakları konusundaki bilincin artmasıyla birlikte giderek önem kazanmaktadır. Hasta mahremiyeti bireylerin sağlık hizmeti alırken, açıklanması gerekli olan fakat toplumdaki diğer bireylerden saklamak istediği yaşam alanı olarak tanımlanmaktadır (30). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta mahremiyeti kavramını bireylerin kişisel sağlık bilgilerine erişmeyi belirleme hakkı olarak belirtmektedir (31).

2.3. Hasta Mahremiyetinin Boyutları

Teknolojinin gelişmesi ve aynı zamanda sağlık alanında yaşanan gelişmelerle birlikte mahremiyet kavramının son yıllarda daha çok ön planda olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde mahremiyet, bireyin sağlığıyla ilgili bilgiler, bedensel bütünlük ve hasta birey ile ilgili her şeyi kapsamaktadır (32,33). Sağlık sektöründeki dönüşüm süreci ve hasta güvenliği uygulamaları ön planda olmasına rağmen, hastaneler bireylerin kendi

kontrollerinin sınırlandığı alanlar sayılmaktadır. Hasta birey mahremiyetten yoksun olduğunu düşündüğünde stres yaşamakta ve iyileşme süreci uzamaktadır (18).

Mahremiyet genellikle fiziksel yönüyle biliniyor olsa da birbirinden farklı yönleriyle karşımıza çıkmaktadır. Mahremiyetin özgürlük ile de ilişkisi olduğunu düşünen Belsey ve Chadwick mahremiyeti fiziksel, zihinsel/iletişimsel ve bilgi mahremiyeti olarak sınırlarını tam olarak ayırmadan üç farklı gruba ayırmaktadır (34).

Hasta mahremiyeti denildiğinde, fiziksel mahremiyet ya da hasta bilgilerinin mahremiyeti akla gelmektedir. Fakat hasta mahremiyeti bu iki kavramdan daha fazlasını oluşturmaktadır. Hasta mahremiyeti kavramının fiziksel olmakla birlikte bilişsel, sosyal ve psikolojik boyutlarının olduğu da bilinmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında tüm boyutlar dikkate alınarak sağlık hizmeti verilmelidir (2, 35).

Mahremiyet kavramı hukuki, sosyolojik, felsefi ve antropolojik boyutlara sahip çok yönlü bir kavram olup bireye ait özel alanların tamamı için kullanılmaktadır (36).

Fisher-Hubber ise mahremiyetin üç niteliğe sahip olduğunu ifade etmektedir: Mekânsal mahremiyet, kişi mahremiyeti ve veri mahremiyetidir. Mekânsal mahremiyet bireyi kuşatmış olup fiziksel alanlarını korumayı, kişi mahremiyeti bireyi haksız görülen müdahalelerden korumayı, veri mahremiyeti ise kişisel bilgilerin toplanmasından saklanması kadar nasıl yapılacağını kontrol etmeyi gerektirmektedir (37).

Hasta mahremiyeti hukuk sistemi içinde HHY ve SKS rehberinde yer almaktadır (35). Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Hasta Haklarının Korunması başlığında, Mahremiyete Saygı Gösterilmesi bölümünde, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerektiği, hastanın da gerektiğinde mahremiyetinin korunmasını talep edebileceği, hastaya uygulanacak her türlü müdahalenin hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek uygulanması gerektiği ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede ölüm olayının mahremiyetin bozulması hakkını vermediği, eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında ise hastanın tedavisiyle doğrudan ilgisi olmayan kişilerin hastanın yanında bulunması için uygulama öncesinde hastadan onayının alınması gerektiği belirtilmektedir (10).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Bilgilerin Gizli Tutulması başlığında, sağlık hizmeti vermek için elde edilen bilgilerin kanunun izin verdiği durumlar dışında hiçbir şekilde açıklanmaması gerektiği, hasta bireylere zarar verme ihtimali olan bilgilerin ifşa edilmesinin

cezaî sorumluluğunun olduğu, araştırma ve eğitim amacı olsa bile yapılan müdahalelerde hasta rızası olmadan kimlik bilgilerinin açıklanmaması gerektiği belirtilmektedir (10).

Sağlıkta Kalite Standartları'nda ise hasta mahremiyeti bilişsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal mahremiyet şeklinde sınıflandırılmaktadır (38).

Bilişsel Mahremiyet;

Sağlık kurumlarının gelecekte gerekli olma durumu göz önünde bulundurularak hasta bireyin tüm bilgilerini saklaması bilişsel mahremiyet ile ilgilidir. Hasta bilgilerinin toplanması, bilginin dağıtılması hızla gelişen teknoloji çağında elektronik kayıtlar sebebiyle güvenilirmez olabilmektedir. Hastaların bilişsel mahremiyete ilişkin gereksinimleri, tıbbi verilerin gizliliği sağlanıp fiziksel, sosyal ve psikolojik mahremiyetleri de sağlanmaktadır. Bilişsel mahremiyeti sürdürmek bireylerin sağlık hizmeti aldıkları kuruma olan güvenlerini artırıp, aldıkları bakımın ve hizmetin kalitesini de artırmaktadır (39).

Sağlıkta Kalite Standartları'nda bilişsel mahremiyet hasta bireyin bilgilerine başka bireyler tarafından ulaşılmasını kontrol edebilmesi, bireyin kendisiyle ilgili bilgileri ne zaman ne kadar ve ne şekilde açıklayabileceğine karar verme hakkı olarak belirtilmektedir (38).

Fiziksel Mahremiyet;

Fiziksel mahremiyet ya da bedensel mahremiyet olarak da ifade edilen mahremiyet türü, çok eskilerden itibaren üzerinde konuşulan bir konudur. İlk örnekleri günah-beden ilişkisi üzerine verilmiştir. Günümüzde ise birçok tıbbi müdahale ve sağlık hizmeti uygulaması bireylerin bedenleri üzerinden yapılmaktadır. En küçük tıbbi müdahalede bile beden konusu ön plana çıkmaktadır ve aynı zamanda hasta bireylerde sözlü ve yazılı onam alınması hasta mahremiyetinin bir gerekliliğidir (27).

Sağlık kurumlarında hasta bireylerin kontrol ve istekleri dışında ortamlar bulunmaktadır. Renk, ışık, aydınlatma, sıcaklık, fiziki ortam bireylerin ev ortamlarından farklılık göstermektedir. Bireylerin fiziksel alanının sınırlandırılması mahremiyetlerine müdahale edildiği anlamına gelmektedir. Bu sebeple fiziksel mahremiyetin sağlanması için pek çok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Muayene ortamının uygun olması, hasta bireye yapılacak işlemlerde bireyin izin verdiği ya da izin vermediği bireylerin ortamda bulunması, aynı hasta odasını paylaşan hastaların yataklarının arasında perde bulunması, hastanın bedenine ait fotoğrafların eğitim amacıyla kullanılıp kullanılmaması,

bedenin mahremiyetini korumak için örtülmesi uygun hasta önlüklerinin kullanılması sayılabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta birey ile doğrudan temas gerektiren işlemlerin gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (10).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde polikliniklerde muayene esnasında gizlilik prensiplerinin esas alınması, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilmesi, hastaların tek tek muayene edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Muayene sırasında hastanın yanında sadece sağlık çalışanlarının olması gerektiği, hasta isterse yanında ailesinden birinin ya da yakınının bulunabileceği belirtilmektedir (10).

Sağlıkta Kalite Standartları'nda bedensel mahremiyetin, bireyin fiziksel alanındaki kontrolüyle ilişkili olduğu ve diğer bireylerle olan fiziksel teması kapsadığı belirtilmektedir. Bireyi çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları, evi ve işyeri gibi kişisel egemenlik alanını kapsadığı ifade edilmektedir (38).

Psikolojik Mahremiyet;

Bireyin mahremiyetine zarar veren durumların sonucunda psikolojik etkiler görülebilir. Bireyin mahremiyetine dikkat edilmemesi durumunda, birey kendini değersiz hissedebilir, güveni kırılabilir ve kendini toplumdan geri çekmek isteyebilir, özgüven eksikliği ve huzursuzluk yaşayabilir, alınan sağlık hizmeti başarılı olamayabilir. Hemşire ve hasta birey arasında güven ilişkisi geliştiğinde mahremiyetin sağlanması daha mümkün olmaktadır. Hemşire hasta bireyin duygu ve düşüncelerine değer verip bireyi etkili bir şekilde dinlemelidir. Bireyin izni olmadan bilgilerini kimseyle paylaşmamalıdır (40).

Sağlıkta Kalite Standartları'nda psikolojik mahremiyet, bireylerin değerlerini, inançlarını ve bunları etkileyen konulardaki bilgileri kontrol etme, duygu ve düşüncelerini hangi koşullarda ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsamaktadır (38).

Sosyal Mahremiyet;

Sağlık hizmetinin verilmesi sırasında sosyal mahremiyetin sağlanması sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır (39).

Sağlıkta Kalite Standartları'nda sosyal mahremiyet, bireyin sosyal ilişkilerini yönetme kontrolünün olmasıdır. İnsanları değerlendirirken kültürel özellikleri göz önünde bulundurmayı gerektirmektedir. Bu nedenle farklı kültürlerde mahremiyeti sağlama yöntemleri birbirinden farklılık göstermektedir (38).

2.4. Etik, Hukuki, Dini ve Kültürel Açıdan Mahremiyet

Etik Açıdan Mahremiyet;

İnsan tutum ve davranışlarının iyi ya da kötü olarak değerlendirilmesi anlamına gelen etik kavramı, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişmekte olup, mahremiyet kavramından bahsederken karşımıza çıkmaktadır. Türk Dil Kurumu etik kavramını çeşitli meslek grupları arasındaki kişilerin uyması veya kaçınması gereken davranışların tamamı olarak açıklamaktadır (41). Bireylerin ahlaki tutumlarıyla birlikte hareket ve davranış biçimlerine yön vererek, günümüzde daha iyi yaşam sürdürülmesi için gerekli bir kavramdır (42).

Mesleki etik kavramı ise bir meslek ile ilgili doğru ve yanlışın neler olduğunun belirlendiği ve o meslek grubuyla ilgili davranış kurallarını oluşturan, mesleğe mensup kişilerin uymasının zorunlu olduğu ilkeler bütünüdür. Her mesleğin kendi mesleki etik kuralları bulunmaktadır. Hemşirelik mesleğinde de ilk olarak 1950 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşirelikte etik kodları oluşturmuştur. Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kodlarla ilgili çalışmalarının yanında ICN'de ilk defa 1953 yılında ve son olarak da 2012 yılında yaptığı değişikliklerle hemşirelik etik kodlarını yayınlamıştır. Türk Hemşireler Derneği ise 2009 yılında Türk hemşireleri için Etik İlke ve Sorumlulukları yayınlamıştır. Etik ilkeler ise “zarar vermeme/yararlılık ilkesi, özerklik/bireylere saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyet ve sır saklama” olarak belirlenmiş olup, meslek üyelerine mesleki etik konularda yol gösterme amacı taşımaktadır (43).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin oluşturduğu etik kodlarda “hemşire hastanın sağlığını sürdürmek için çabalamalı, hasta haklarını ve güvenliğini savunmalıdır” ifadesine yer verilmiştir (43).

Hasta bireylerin kimliklerine dair bilgiler başta olmak üzere hasta mahremiyeti usulüne uygun olarak korunmalıdır. Sağlık kurumlarından faydalanan bireyler muayene ve tedavileri sırasında, mahremiyetlerinin korunmasını bekleme hakkına sahiptirler. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (TDT)'nde sır saklama ve zorunlu olmadıkça hastaların kimlik bilgilerinin açıklanmaması gerektiğine dair düzenleme bulunmaktadır. Bu düzenleme tüm sağlık çalışanları için geçerlidir. Düzenlemeye uyulmadığında hukuki sorunları oluşabilmektedir (27).

Hukuki Açıdan Mahremiyet;

Hasta mahremiyeti hakkının insan haklarından en temel haklar arasında yer alması, hukuki anlamda yasalar ile korunmasını gerektirmektedir. Mahremiyet kavramı, bireyin başkaları tarafından ihlal edilmemesi gereken kendine ait özel, gizli bir alanı ifade etmektedir. Bu bağlamda özel yaşamın gizliliği ön plana çıkmaktadır ve mahremiyet kavramıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Özel yaşam, birey olmakla gelen temel hak ve özgürlükler arasında bulunmaktadır. 1982 Anayasası'nda her bireyin özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu ve bu gizliliğe başkası tarafından dokunulamayacağı garanti altına alınmıştır. Yine özel yaşamın gizliliği 5237 sayılı TCK'nin 134-136. maddelerinde ve Tıp Ceza Hukuku'nda güvence altına alınarak çeşitli yaptırımlara bağlanmıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB)'nde herkesin kişisel verilerinin korunmasını isteme hakkına sahip olduğu ve verilerin sadece bireylerin açık rızasıyla işlenip paylaşılabileceği vurgulanmaktadır. İnsan Hakları Biyotıp Sözleşmesi (İHBS)'nde de herkesin sağlığıyla ilişkili bilgiler bakımından özel yaşamlarına saygı gösterilmesi hakkına sahip olduğu belirtilmektedir (44).

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu'nun ülkemizde henüz yasalaşmamış olduğu bilinmektedir. Fakat kanun teklifi Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'ne 17.07.2020 tarihinde sunulmuştur. Bu kanun tasarısı yedi bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık personelinin tedavi edici tıbbi uygulamayı yapmaması, hastaya uygun olmayan tedavi sonucu oluşan zararlar ile ilgili sorumluluğa ilişkin usul ve esaslar ile sağlık hizmetlerini geliştirmek için mekanizmalar düzenlemektedir. Aynı bölümde sağlık personelinin tıbbi müdahale ve uygulamalarından doğabilecek hukuki ve cezai sorumluluğu belirtilmektedir. Hasta ile ilgili tıbbi kayıtların, sırların sağlık personelinin sorumluluğunda olduğu ve kurum tarafından muhafaza edilmesi gerektiği, hasta bireyden öğrenilen bilgilerin tıbbi amaçlı olsun ya da olmasın toplantı ya da yayınlarda hasta izni olmadan açıklanmaması gerektiği, sır saklama yükümlülüğüne aykırı davranış durumunda altı aydan üç yıla kadar hapis ve ağır para cezasının verileceği, sırrın açıklanması basın-yayın yoluyla yapılmış ise cezanın belirli oranlarda artacağı belirtilmektedir. Tıbbi kayıtların muhafaza edilememesi sonucunda bu fiillerin vuku bulduğu kurum ve kuruluşların sorumlu ya da yöneticilerine hapis ve ağır para cezası verileceğine yer verilmektedir (45).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta haklarının ihlali gerçekleşirse, kurum ve kuruluşlar aleyhine maddi veya manevi ya da her ikisi de olmak üzere tazminat davası

açılabilceğı, hasta hakkını ihlal eden personelin cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının bir kısmı ya da tamamının doğabileceğı belirtilmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin, hasta haklarını ihlal eden davranışlarının şikâyet edilmesi durumunda veya idare tarafından tespit edildiğinde oluşan hadisenin takibi, soruşturulması ve sonuca bağlanması için doğrudan valilik, bakanlık veya kurum tarafından müfettiş görevlendirileceğı bildirilmektedir (10).

Hasta Hakları Yönetmeliğı'nde kurum ve kuruluş yetkililerinin, hasta hakları lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılmasına yardım etme maksadıyla bu yönetmelikte gösterilen tüm hasta haklarını bir liste, tabela veyahut broşür haline getirerek, bunların kamu kurum ve kuruluşlarında kolay ulaşılıp okunabilecek yerlerde bulundurmasıyla mükellef ve yetkili olduğu belirtilmektedir (10).

Dini Açıdan Mahremiyet;

Haram kelimesinden türemiş olan mahremiyet kelimesi helal olmayan, yasaklanan şeyler anlamına gelip İslam düşüncesinde daha çok ibadet ile ilişkilendirilmiş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılması yasak olan her şey İslamiyet'te haram, mahrem, harem kelimeleriyle anlatılmaktadır (46).

İslamiyet'ten önce kadınların erkeklerden daha geri planda olduğu ve kız çocuklarının diri diri toprağı gömülmesi anlayışının İslamiyet'ten sonra tamamen geride kaldığı görülmektedir. İslam dininin evrensel oluşu bütün insanları eşit muhatap olarak kabul etmiş bu sebeple insanlara eşit hak ve sorumluluklar verilmiştir. İslamiyet ile cinsiyet rolleri üzerinden hareket sona erip, değer ve mahremiyet olgusu insan ve insan onurunun önemi olarak şekillenmiştir. Mahremiyet ise cinsiyetten ziyade ahlak ve iffet olarak temellenmiştir (46).

Teşhis, tedavi ve iyileştirme amacıyla, hasta bireye yapılan müdahaleler bireyin, ismi, saygınlığı, özel yaşamı ve her türlü mahremiyetine zarar verebilecek nitelikte görülmektedir. Fakat yapılan müdahalelerin amacı bu değerlerin iyileştirilmesini sağlamak olduğu için hukuki olarak uygun olarak kabul edilmektedir. Çünkü hasta bireyin rızasına dayanan bir ilişkinin olması bunu uygun kabul etmektedir. Sağlık çalışanlarının hasta bireyin vereceğı tüm sırları saklaması ve koruması bir sadakat borcu olarak düşünülmektedir. Kur'an-ı Kerim'de sır saklama kavramı birçok ayette geçmekte ve hadislerde de sır saklamanın önemi vurgulanmaktadır. Türkçe'de ve günümüz hukuk sisteminde sır saklama adına İslam literatüründe verilen anlamlarıyla örtüştüğü görülmektedir. Sır kavramının,

“sahibi tarafından açıklanmak istenmeyen, herkes tarafından bilinmeyecek durumda olan, açıklanması durumunda ise sahibinin ya da yakınlarının onuruna ve saygınlığına veya maddi varlığına zarar verebilecek bilgiler” şeklinde tarif edildiği görülmektedir (47).

İslam Hukuku’nda meslek sahibi olan kişilerin mesleklerini icra sırasında öğrendikleri bilgileri açıklamaları özel olarak düzenlenmemiştir. Başkalarının sırlarını öğrenmeye çalışmak ya da onları açıklamak İslam dininde hoş karşılanmamaktadır. İslam tarihinde muhtesiplerin tedavi etmekle yükümlü kişilere hastaların sırlarını ifşa etmeyip onları gizli tutmaları konusunda yemin ettirdikleri bildirilmektedir (47).

İslam Hukuku’nda insan sağlığını koruma ve tedavi söz konusu olduğunda “ihtisasa hürmet” prensibi ön plana çıkmaktadır. İhtisas sahibi olan tedavi edici kimse için İslam, ihtisas ve savaş gibi bazı şartlarda mahremiyet kurallarını askıya almaktadır. İslam tarihinde savaş zamanlarında kadınların da erkekler gibi tedavi edici hizmetlerde bulundukları bildirilmektedir. “Zaruretler memnu olan şeyi mübah kılar.” ifadesiyle hastanın tedavisi avret yerlerine aitse doktorun muayene etmesi caizdir denilmektedir. Yine bir örnekte yabancı bir kimse bir kadından kolunun sadece kan alınacak yeri açıkta kalacak şekilde kan alabileceği belirtilmektedir. Bir doktorun hemcinsi bir hastayı muayene edebileceği, eğer hemcinsi bir doktor yoksa, diğer cins doktorun hastayı muayene edebileceği, erkek doktorun kadınları muayenesindeki tüm kuralların kadın doktorun erkekleri muayenesinde de geçerli olduğu bildirilmektedir (47).

İslam Hukuku’nda meslek sırlarının açıklanması açık olarak bir suç olarak görülmemiş olsa da belli başlı fiillerin kişilere veya kamuya zarar vermesi durumunda kanun koyucular tarafından suç sayılıp faillerin cezalandırılması yoluna gidilmiş olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti veren kişinin tedavi sürecindeki sorumluluğu, ihlal edilen hakkın türüne göre değişiklik göstermektedir. Hastanın mal varlığında eksilmeye sebep olan kusurlu tedavi için sağlık hizmeti veren kişi tazminat ödemekle yükümlü olurken, ağır ihlallerde kasıt da bulunduğu durumlarda hem cezai hem de hukuki mesuliyet söz konusu olmaktadır (47).

Kültürel Açıdan Mahremiyet;

Kültür, kelime anlamı bakımından tarihsel, toplumsal gelişme sürecinde tüm maddi ve manevi değerleri oluşturmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, bireylerin doğal ve toplumsal çevresinde egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların tamamını ifade etmektedir (48). Kültür insanlığın geleneklerini, göreneklerini, dilini, dinini, edebiyatını, mimarisini,

giyimini, yemeklerini ve daha birçok şeyi oluşturmaktadır. Mahremiyetin ise eski çağlardan beri var olup toplumdan topluma değişiklik gösteren bir kavram olduğunu bilinmektedir (1).

Hasta bakımındaki değerler de toplumların kültürel, sosyal, dini ve ekonomik koşullarından etkilenmektedir. Dünyanın her ülkesinde farklı kültürel değerler olması sebebiyle sağlık hizmeti verirken bu değerleri bilmek hasta mahremiyetine saygı göstermek ve mahremiyet ihlallerini önlemek için oldukça önemlidir. Bir toplumda hastalık sayılan bir durum diğer toplumda hastalık sayılmayabilir. Aynı zamanda hasta bireyler de mahremiyet ile ilgili kültürel farklılıklarına saygı duyulmasını isteme hakkına sahiptirler (1).

Sağlık hizmeti verirken hasta bireyler ile her zaman en yakın olan ve en çok paylaşımı yapan grup hemşirelerdir. Farklı kültürlerle saygı duymak da bütüncül hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Hemşirelik bakımının kalitesinin artması kültürel farklılıklara duyarlı olup dikkate almakla doğru orantılıdır. Hasta bireyin sağlığıyla ilgili karar vermek bilimsel uzmanlıktan fazlasını oluşturarak kültürel, spiritüel ve diğer inançları önemseyerek, yaşam tarzı ve rolleri dikkate alınmaktadır (27). Hemşirelik Yönetmeliği'nde hizmet sunarken hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul edip, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerinin kabul edilip saygı gösterilmesi gerektiği bildirilmektedir (49).

Son zamanlarda yaşanan depremler, savaşlar, doğal afetler tüm dünyada giderek artan mülteci ve sığınmacı sayılarının artışına sebep olmaktadır. Bu durum da hemşirelerin, yaşadığımız toplumda saygı çerçevesi, mahremiyet ve etik kurallar içinde hasta bakımını sürdürmelerini gerektirmektedir (1).

2.5. Hemşirelik Uygulamalarında Mahremiyet

Uygun Ortam Hazırlama;

Hemşirelik uygulamalarında hasta mahremiyetine özen gösterebilmek için uyulması gereken kurallar sadece fiziki olarak düşünülmemektedir. Hasta odalarındaki perde ve paravanlar, muayene sırasında kullanılabilecek olan örtüler sadece fiziki mahremiyete saygı gösterilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Oysaki hasta mahremiyeti sadece fiziksel değil, bunun yanında bilişsel, sosyal ve psikolojik mahremiyet olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bu hususta hastanın odasına gidildiğinde kapıyı çalarak hasta bireyden izin almak, hasta bireyin giyinmesi için gizlilik sağlayacak ortamı oluşturmak, mobilizasyon sırasında gereken mahremiyet ve kişisel gizliliğe dikkat etmek, hastanın boşaltım vb.

gereksinimlerinin karşılanmasında ve vücut hijyeni uygulamalarında mahremiyetine özen göstermek, dinsel inançlarına uygun olarak mahremiyetine özen göstermek, ameliyata gidecek hastanın bedensel mahremiyetine dikkat etmek, bakım uygulamaları sırasında hasta bireyin izni olmadan diğer bireylerin odada bulunmasına izin vermemek, hasta birey şuursuz olsa dahi kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, hasta bireylerin utanmaları durumunda rahatlamaları için destekleyici olmak, hasta bireylerin izni olmadan başkalarına bilgilerini aktarmamak, acil durumda bile hasta mahremiyetinin korunması hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır (19).

Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı tarafından 2010 yılında hazırlanan “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu” nda sağlık bilgilerinin mahremiyetini korumak için işletme yöntemleri ve fiziksel araç gereçlerin kullanılmasının zorunlu olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda hasta mahremiyetinin sağlanmasına yönelik mekânın uygunluğunun plana göre sağlanması ve birimlerin özelliklerinin hasta mahremiyetine uygun olarak düzenlenmesine dair kriterler açıklanmaktadır (50).

Lu ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları hemşirelik birimlerinde algılanan mahremiyeti etkileyen temel mekânsal faktörleri Hong Kong’da inceleyen çalışmada katılımcı olan hasta bireylerin oda başına daha az yatak, yatak çevresi için daha geniş bir alan olması gerektiğini ve bakım veren hemşirelerin tedavi alanları için görüş açılarında olan yatakları seçtiklerini belirtmişlerdir. Fakat hasta bireylerin güvenlik ve mahremiyet endişesi nedeniyle görüş açısının dışında olan yatakları seçtikleri belirtmişlerdir.

Acil servis hastalarının acil serviste kaldıkları süre zarfında mahremiyet ihlali yaşayıp yaşamadıklarını ve hastanın bulunduğu odanın hasta mahremiyetini etkileyip etkilemediğinin belirlendiği bir çalışmada, hastaların %36’sının perdeli odalarda başkalarının konuşmalarına kulak misafiri olduklarını, bazı hastaların sırf bu sebepten dolayı şikâyetlerini anlatmaya çekindiklerini ve fizik muayenelerini yaptırmak istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışanların uygunsuz ve profesyonel olmayan yorumlarının hastaların %1.6’sı tarafından duyulduğu bildirilmiştir (52).

Hastanede yatan hastaların bakış açısına göre mahremiyeti inceleyen bir çalışmada da hasta odasına girerken kapıyı çalma durumunu fiziksel mesafenin farkındalığıyla ilgili olduğu belirlenmiş olup bazıları tarafından bunun tedavinin bir parçası olduğu için normal kabul ettikleri belirlenmiştir (53).

Ayaktan Tanı ve Tedavi Birimlerinde Mahremiyet;

İçerisinde bekleme alanlarının, kan alma, ön hazırlanma odalarının da bulunabildiği poliklinik ünitesi olan ayaktan tanı ve tedavi birimlerinde de hasta mahremiyetinin sağlanması önemlidir (27).

Bekleme salonlarının kalabalık alanlar olması sebebiyle ses yalıtımının iyi olması beklenmektedir. Ayrıca bu alanların poliklinik özelliklerine göre ayrılmasının hasta mahremiyetinin korunması açısından önemli olduğu belirtilmiştir. Polikliniklerde muayene alanlarının paravan ya da perde ile ayrılması, hasta mahremiyetini sağlayabilecek örtülerin hastalar tarafından kullanılmasının sağlanması, poliklinik odasında hasta varken başka hasta alınmaması, hastanın doktora verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duymasının engellenmesi, poliklinik odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılmasının engellenmesi, görüntüleme odalarında birden fazla giyinme kabinin bulunması, kan alma birimlerinde yine paravan ya da perde kullanılması, ayaktan tanı ve tedavi birimlerinde hasta mahremiyetinin sağlanması açısından önemli konulardır (27).

Yatan Hasta Servislerinde Mahremiyet;

Hastaların hastanede yatarak tedavilerini sürdürmeleri hasta mahremiyeti açısından daha fazla dikkat edilmesi gereken bir konudur. Kliniklere kabul ve taburculuk işlemleri sırasında hastaların verdiği bilgilerin başkaları tarafından duyulması engellenmelidir. Yatan hasta odalarına kapıyı çalarak ve müsaade isteyerek girilmesi başlıca hasta mahremiyeti kurallarındandır. Birden fazla hastanın aynı odada kalması durumunda yatakların arasında perde ya da paravan bulunması hasta mahremiyeti açısından önemlidir. Kliniklerden ameliyata ya da müdahale odasına hasta bireyin gidişi sırasında önlük giydirme, bone takma uygulamalarına dikkat edilmeli, ameliyat sonrası kliniğe dönüşte de mahremiyet kurallarına özen gösterilmelidir. Doktorların vizitleri, hemşirelerin nöbet değişimleri sırasında paylaşılan bilgilerin korunması; hasta dosyalarını üçüncü kişilerin görmesinin engellenmesi, yatan hastaya sürgü ya da ördek verilirken dikkat edilmesi, hasta odalarındaki tuvalet ve banyoların kullanımında hasta mahremiyetine dikkat edilmesi önemlidir (35).

Güven, mahremiyetin korunup sürdürülmesi açısından temel unsurdur. Hemşirelerin her hastayı bireysel olarak düşünüp gereksinimlerini karşılamaları gerekmektedir. Hasta mahremiyetinin sağlanabilmesi için yatan hasta servislerinde bireyselleştirilmiş bakım verilmesi önemlidir. Hasta bireylerin, toplum tarafından duyulduğu zaman yadırganıp ötekileştirilen bazı hastalıkları yatan hasta servislerinde problem oluşturabilmektedir. İnsan

bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) (+) hasta bireylere intravenöz girişimde bulunmak, cerrahi girişim yapmak gibi eylemler sağlık çalışanlarının vereceği bakımı etkileyebilmektedir. Evrensel korunma yöntemlerini uygulamak, hastadan alınan örneklerin izolasyonunun sağlanması konusunda verilen eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır (27).

Sadece klinikler değil yoğun bakım üniteleri de yatan hastaların mahremiyetleri açısından kendilerini savunmasız hissedebileceği birimlerdenidir. Hasta bireyler yoğun bakım ünitelerinde olağan kabul edilen çalışma rutinleriyle ilk kez karşılaşmaktadırlar. Yoğun bakım şartlarında hasta bireylerin yataktan kalkamaması, boşaltım ihtiyacını kendi giderememesi, kıyafet yasağının olması hasta bireyi utandırıp stres yaşamasına sebep olmaktadır. Hemşirelerin, hasta bireylerin bilinci kapalı olsa da mahremiyetine özen göstermesi gerekmektedir. Bilinci açık olan hastaları da utandırmamaya özen gösterilmelidir. Hastanın güvenini kazanmak, utandırmadan sakinleştirmeye çalışmak tedavi sürecini olumlu olarak etkileyebilmektedir. Yapılacak işlemler hastaya açıklanmalı ve bakıma, tedaviye katılımı için cesaretlendirilmelidir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta yataklarının arasında perde ya da paravan bulundurulması da bilinçli hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayarak mahremiyetlerini koruma konusunda yardımcı olmaktadır (27).

Timmins ve arkadaşlarının yaptığı yoğun bakımda yaşam sonu mahremiyeti çalışmalarında hasta yakınlarının hastalarını diğer hastalarda ortak yoğun bakım odalarında öldüğü ve onlara onurlu bir veda yapamadıklarını ve aynı çalışmada perdeyle ayrılmış yataklarda yatan hastaların ziyaretçileriyle özel mevzuların konuşulmasının engellendiği belirtilmiştir. Bu bakımdan hasta yakınları yoğun bakım şartlarının düzenlenmesi gerektiğini gündeme getirmiş olduğu bilinmektedir. Bu konuda ölmeye yakın olan hastalarının hemşireler ve yoğun bakım personeli tarafından ayrı bir odaya taşınmasını ailesiyle vakit geçirmesi açısından önemli bulmuşlardır (54).

Ameliyathane ve Müdahale Odalarında Mahremiyet;

Hasta mahremiyeti konusunda hasta bireylerin tedirginliğini artıran birimlerden arasında ameliyathaneler ve müdahale odaları da yer almaktadır. Cerrahi girişimler beraberinde hasta bireye korku ve mahremiyetin ihmal edilebileceği duygusunu yaşatabilmektedir. Bu duygular bireyin güven problemi yaşamasına yol açabilmektedir. Bu durumda bireyin kendisi yerine mahremiyetini koruyup özen göstermesi için sağlık çalışanlarına ihtiyaçları olmaktadır. Hasta mahremiyetini koruyup güven oluşturacak

davranışların hastaya sunulması, hasta bireyin sağlık çalışanlarına güvenini artırarak tedavinin etkinliğini de olumlu etkilemektedir (55).

Hasta bireylere müdahale sırasında ilgili kişiler dışında başka kimsenin ortamda bulundurulmaması, ameliyathanelerin ve müdahale odalarının kapılarının kapalı tutulmasını sağlamak, anestezi verildikten sonra hazırlıkların tamamlanmasına kadar geçen sürede hasta mahremiyetine dikkat edilmesi, cerrahi girişim yapılacak vücut bölgesi dışındaki diğer bölgelerin örtülmesi (önlük, bone, hasta örtüsü ile), hasta bireyin müdahalesiyle ilgili bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmaması, tetkik, tedavi ve görüntüleme sonuçlarının kimseyle paylaşılmaması, ameliyathaneden yatan hasta kliniklerine ya da yoğun bakım ünitelerine hasta transferi sırasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir (18, 56).

2.6. Kendini Korumada Yeterli Olamayanların Mahremiyeti (Yaşlı, Çocuk, Ölülerin ve Mahkumların Mahremiyetleri)

Yaşlı, Çocuk ve Ölülerin Mahremiyeti;

Sağlık hizmeti insanlara yönelik en özel ve özenli hizmet sunum alanıdır. Sağlık kurumlarına başvuran hasta bireyler yardıma muhtaç, istismar edilebilir ve hassas bireyler olduğundan sağlık çalışanlarına profesyonelleşme ve etik sorumluluklar yüklemektedir. Çocuğa ait mahremiyet, doğduğu ilk andan itibaren başlamaktadır. Anayasamızda her çocuğun korunma, bakımdan yararlanma, ihmal ve istismardan korunma hakkı olduğu ifadeleri yer almaktadır. Ülkemizde 18 yaşın altındaki çocukların tek başına tedavi olması hakkını veren yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Çocuk hastalara uygulanacak tıbbi uygulamalarda rızanın, velisi ya da vasisinden alınması gerekmektedir. Ayrıca yeni doğan ve anne sağlığının korunması amacıyla doğumların ebe ve hekimler tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği ve devletin bundan sorumlu olduğu, aynı zamanda korunmaya muhtaç çocukların beden ve ruh sağlığını koruma konusunda resmi dairelerin sorumlu olduğu bildirilmektedir. Acil durumlarda, hastanın yasal velisinin olmadığı ve hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda onam şartı aranmamaktadır (58).

Ülkemizde ve uluslararası alanda sadece yaşlı hakları için düzenlenmiş bir sözleşme veya düzenleme bulunmamakla birlikte, temel düzenlenmelerde yaşlı haklarından bahsedilmektedir. İnsan onuruna saygı üzerine oluşturulan insan hakları, tüm insanları kapsamaktadır ve bu bağlamda yaşlılar da toplumda diğer bireyler gibi eşit hak ve özgürlüklere sahip olmaktadır. Anayasamızda “Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı

sayılamaz.” ve “Yaşlılar, devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.” ifadeleri yer almaktadır (58).

Ülkemizde yaşlı olan veya olmayan ayırım gözetmeksizin her birey mahremiyetinin korunması, kişisel verilerinin toplanması, işlenmesi ve paylaşılması iznini verme, verilerin silinmesini isteme haklarına sahiptir (59).

Mahkûmların Mahremiyeti;

Savunmasız bir grup olan tutuklular, daha düşük bakım standartlarına, daha az tedavi seçeneklerine maruz kalabilen gruptur. Alacakları bakımın kalitesinin etkilenmemesi için diğer hastalar ile aynı kalitede bakım hakkına sahip olduklarını bilerek sağlık çalışanlarının mahkûmiyet kararlarından etkilenmemeleri gerekmektedir (60).

Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü’nce hazırlanan Muayene ve Hasta Mahremiyeti başlıklı metinde hükümlünün muayene ve tedavisinin ceza infaz kurumunda görevli kurum hekimi ve aile hekimi tarafından yapıldığı bildirilmektedir. Yapılan tüm muayene ve tedavi sonuçları sağlık dosyalarında saklanmaktadır. Kurum hekimi veya aile hekimi talep etmediği sürece muayene odasında sağlık personeli dışında görevli bulunmamaktadır. Fakat güvenlik önlemleri açısından konuşulanların duyulmayacak şekilde tedbirlerin alınması gerekmektedir. Hükümlü ve tutukluların muayeneleri muhafazalı muayene odalarında yapılmaktadır. Hastaneye sevk edilen hükümlü ve tutuklular yatarak tedavi alacaklarsa hükümlü koğuşlarında yatış yapılmaktadır. Ayrıca Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Yönetmeliği’nde hastanede yatarak tedavi gören hükümlünün ya da tutuklunun tedavisini yapan hekim raporuyla zorunlu ise eşi, annesi, babası ve kardeşi; bunların olmaması durumunda ise savcılığın uygun gördüğü bir aile yakını hasta bireyin yanında refakatçi olarak bulundurulabilmektedir (61).

2.7. Hak Kavramının Tanımı ve Tarihçesi

Hak, TDK’de “adalet, kazanç, doğruluk, verilmiş emekten doğan manevi yetki, pay, emek karşılığı ücret, gerçeklik” olarak tanımlanmaktadır (62). Bireylerin hukuken korunan menfaatler bütününe “hak” denilmektedir. Mahremiyet de bir haktır ve kişilik hakkı olarak güvence altına alınması gerekmektedir. Hem özel yaşamın mahremiyeti hem de sağlık hizmetleriyle ilgili mahremiyet hukuki alanda güvence altına alınmıştır. Bu sebeple ilgili

kişilerin (sağlık çalışanları ve diğer hastane personelleri) hasta mahremiyetini koruması zorunlu hale getirilmiştir (30).

Türk Medeni Kanunu (TMK)'nda kişilik hakkı çocuğun sağ olarak doğmasıyla başlayıp ölüm ile son bulması şeklinde açıklanmıştır. Çocuk hak ehliyetinin ise sağ doğmak şartıyla ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde edildiği bildirilmiştir (63).

İnsan haklarını koruma fikri 20. yüzyılın başlarından itibaren tartışılmaya başlanmıştır. Milletler Cemiyeti'nin kurulmasıyla (1920), insan haklarının korunmasında çok etkili olunamamış ve bu sebeple ABD II. Dünya Savaşı'na girerek insan haklarını ve özgürlüklerini korumayı amaçlamıştır. Savaş sonrası Birleşmiş Milletler (BM) kurulunca (1945) Ekonomik ve Sosyal Konsey birimi açılmış ve insan haklarının korunmasıyla yetkilendirilmiştir. Bu konseyin kurmuş olduğu İnsan Hakları Komisyonu, insan haklarının geliştirilmesi ve korunması amacıyla bir bildiri yazılmasına karar vermiştir. Sonuçta 10 Aralık 1948 tarihinde yayınlanmış olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB) günümüzde de geçerliliğini korumaktadır (64).

2.7.1. Temel İnsan Hakları

Literatürde herkesin kabul ettiği bir tanımının olmamasının yanı sıra temel insan hakları, bireylerin doğar doğmaz sahip olduğu, cinsiyet, dil, din, ırk, mezhep gibi herhangi kritere göre kısıtlama getirilemeyecek olan, devredilemeyeceği gibi vazgeçilmez de olan hakların bütünü olarak ifade edilmektedir (65). Temel haklar yazılı hukuk tarafından güvence altına alınmış olup, bu sebeple yasama-yürütme organları tarafından kaldırılamazlar. Fakat bir arada yaşayan bireyler için temel haklar bazen çatışmalara sebep olabilmektedir. Bu sebeple temel hakların düzenlenmesi ve bazen de sınırlandırılması hukuken bir ihtiyaç sayılabilmektedir (66).

“Temel Haklar”, “İnsan Hakları”, “Temel Hak ve Özgürlükler”, “Kamusal Haklar” gibi kavramlar çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Bahsedilen bu insan hakları söylemi geçmişten günümüze doğru yaygınlaştıkça hak sınırları da genişletilmiştir. T.C. Anayasası'nda da görebileceğimiz önemli temel haklar “Yaşama Hakkı”, “Kişi Dokunulmazlığı Hakkı”, “Sağlık Hakkı”, “Eğitim Hakkı”, “Dilekçe Hakkı”, “Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı”, “Konut Dokunulmazlığı Hakkı”, “Seçme ve Seçilme Hakkı” olarak yer almaktadır (58).

Yine T.C. Anayasası'nda bireylerin insanca yaşayıp kişisel olarak kendilerini geliştirebilmeleri, fakat diğer bireylerin haklarını ihlal etmemek koşuluyla sahip oldukları diğer temel haklara; “Din ve Vicdan Özgürlüğü”, “Düşünce Kanaat ve İfade Özgürlüğü”, “Basın Özgürlüğü”, “Haberleşme Özgürlüğü”, “Yerleşme ve Seyahat Özgürlüğü”, “Toplantı ve Hak Özgürlüğü”, “Bilim ve Sanat Özgürlüğü” gibi haklar örnek verilebilmektedir (66). Mahremiyet hakkı da modern çağda temel insan haklarının en önemlilerinden birisi olarak kabul edilmektedir (67).

2.7.1.1. Sağlık Hakkı

Doğdukları andan itibaren sırf insan oldukları için sahip oldukları hakları kullanabilmeleri için bireylerin sağlıklı olmaları gerekmektedir (68). Sağlık hakkı, sağlıklı bireyler, sağlıklı toplum amacına ulaşmak için gerekli olan sağlık kurumlarına ve şartlara ulaşip bunları kullanmayı gerektiren sosyal bir haktır. Sağlık hakkı iki kısımda incelenebilmektedir. Birinci kısımda sağlık hizmetleriyle ilgili olan haklar, ikinci kısımda ise sağlığı etkileyen yaşam koşullarıyla ilgili haklar olarak karşımıza çıkmaktadır (69).

Her bireyin kendi sağlığını sürdürme, maddi-manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu bilinmektedir. Hasta bireylerin sağlıklı olması ülkesinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesine bağlı olup, sağlık hizmetlerinin kalitesi bireylerin yaşamlarını doğrudan etkilemektedir. Sağlığın korunması, sürdürülmesi, sağlık sisteminin iyileştirilmesi, rehabilitasyon sağlanması ve sağlığın geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu hususta sağlık hizmetlerinin sunumunda önem gösterilmesi gereken bir konu da hasta mahremiyetinin korunması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bahsedilen tüm bu temel insan haklarının sağlık hizmetlerindeki karşılığı hasta haklarının içerisinde yer alan “özel yaşamın gizliliği hakkı” olarak karşımıza çıkmaktadır (44).

2.7.1.2. Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı

İnsanların toplum içinde yaşayan toplumsal bir varlık olma özelliklerinin yanında kimseyle paylaşmadığı özel ve mahrem bir hayatı da mevcuttur. Özel hayat TDK'ye göre bireyin kendine özgü yaşayışı, yaşam tarzı, kendini ilgilendiren tutum ve davranışlar, özel yaşam anlamlarına gelmektedir (70).

Her bireyin özel hayatına saygı duyulmasını isteme hakkı vardır. İnsanların özel hayatına saygı gösterilmesi hakkı yasalarla güvence altına alınmıştır. Sadece ulusal yasalarla

değil uluslararası belgelerle de koruma altına alınmıştır. T.C. Anayasası'nda da herkesin özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesi hakkına sahip olduğu ve hayatın gizliliğine dokunulamayacağı belirtilmektedir (58).

Özel yaşam ile ilgili olan konular Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AIHS)'nin "Özel ve Aile Hayatına Saygı Hakkı" başlığında belirtilmiştir (37, 71, 72).

Özel yaşamın gizliliği hakkı, diğer tüm haklara göre anlaşılması en zor olan haktır. Özel yaşam kavramının dört alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; kişisel veriler, konut, haberleşme ve aile hayatına saygıdır. Bu alt boyutlardan kişisel veriler boyutu; bireyin adı, soyadı, kimlik numarası, sesi, sağlık durumuna ilişkin bilgileri, resmi ve özgeçmişi dâhil belli başlı kişisel verileri içermektedir (37).

2.7.2. Hasta Hakları

Hasta hakkı kavramı yıllar geçtikçe önemini daha çok artıran ve bilimsel/teknoloji alanındaki yenilikler, hak kullanma bilincinin artışı ve medyanın etkisiyle de güncelliğini koruyan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta hakları ülkeler arası farklılıklar göstermekle birlikte yasalar, tüzükler, yönetmelikler ve yönergelerle açıklanabilmektedir (73).

İnsan hakları kapsamında değerlendirilen hasta hakkı kavramı, sağlık hizmetlerinin tümünden yararlanma hakkını ifade etmektedir. Bu hususta sağlığın korunması, hastalık durumunda tıbbi imkânların kullanımı, sağlık hizmeti alınan kurumdaki hizmet sunanlardan talep edilebilecek hakların bütünü olarak ifade edilmektedir. Hasta hakları, kullanımı durumunda sorumluluk doğurabilecek bir kavram olmakla birlikte; bireyleri kısa zamanda sağlıklarına kavuşturmak için eşitlik, saygınlık ve konfor alanlarının düzenlenmesini kapsayan bir kavramdır. Hizmet alana ve hizmet verene karşı sorumluluklar yüklemiş olmasından dolayı hasta hakkı kavramı için aksaklıkların ve işleyiş kaynaklı sorunların önüne geçmek için tedbir aldırان bir kavram özelliği taşımaktadır. Burada en büyük sorumluluk sağlık politikalarını düzenleyen ve hastaların haklarını koruma altına alan kişilere yani devlete düşmektedir (74).

2.7.2.1. Türkiye'de Hasta Haklarının Gelişimi ve Hasta Haklarının Amaçları

Hasta hakları kavramı ilk kez 1961 Anayasası'nda ele alınmıştır. 1982 Anayasası'nda bireylerin vücut bütünlüğüne kanuni durumlar ve tıbbi gereklilikler dışında dokunulmayacağı bildirilmiştir (75). Türkiye'de hasta hakları yönetmelik, tüzük ve yönerge

düzeyinde olup, Anayasa’da hasta haklarıyla ilgili bazı maddeler olmasına rağmen ilk düzenleme 1998 yılında HHY’nin Resmî Gazete’de yayınlanmasıyla olmuştur. Sonraki yıllarda (2003) Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı çalışmalar yapmaya başlamıştır (74).

Hasta hakları bireylerin alacakları sağlık hizmetinin kalitesini artırmak ve hastaların kendi sağlık durumlarıyla ilgili söz sahibi olabilmelerini sağlamak için önem taşımaktadır. Fakat uzmanlık gerektiren bir alan olması suistimal edilebilirliğini arttırabileceği düşünüldüğünden dolayı ayrıntılı olarak ele alınan bir konu olmuştur (74).

2.8. Empati Kavramının Tanımı ve Özellikleri

Yunanca ’da “empathia” kelimesinden köken aldığı bilinen empati kelimesi TDK’de “duygudaşlık” anlamına gelmektedir. Duygudaşlık aynı duyguları paylaşabilmeyi ifade etmektedir (76, 77). Birçok tanımı yapılmış olan empati kelimesi temelde kendini başkasının yerine koyabilme, olaylara karşısındakinin bakış açısıyla bakabilme, karşısındakinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlayıp hissedebilme ve bu durumu karşısındaki kişiye iletme becerisi anlamına gelmektedir (78). Empati kavramı 1879 yılında psikoloji literatürüne ilk kez “einfühlung” sözlüğü olarak Alman olan Theodor Lipps tarafından kazandırılmış olsa da tarihte ilk olarak Aristo’nun “Rhetoric” adlı eserinde bahsedilmiştir (15). Lipps “einfühlung” sözcüğünü “Bir insanın kendisini karşısındaki bir nesneye yansıtmayı, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi içine alarak/özümseyerek anlaması sürecidir” şeklinde tanımlanmaktadır (79).

Alfred Adler empatiyi “başkasının kulağı ile duymak”, “başkasının gözleriyle görmek” olarak tanımlarken, Rogers ise empatiyi “sosyal duyarlılık” olarak tanımlamaktadır. Sosyal duyarlılığın her bireyde olmadığını fakat sosyal duyarlılık bulunan bireylerin daha empatik olabileceklerini belirtmektedir (80).

Carl Rogers empatiyi “bir insanın kendisini karşısındaki bireyin yerine koyarak olaylara onun gözüyle bakması, onun rollerine bürünmesi ve bunlardan ötürü onun duygu düşüncelerini doğru olarak algılayarak bu durumu ona geri iletmesi olarak” tanımlamaktadır. Rogers’ın yaptığı tanımlama son yarım yüzyılda kabul görüp kullanılmıştır. Bu tanımın farklı olmasının temel sebebi empatinin daha hissi duygular ile anlatılmış olmasıdır (81).

Ülkemizde de empati üzerine pek çok çalışmaları ve katkıları olan Dökmen, empati kavramını “empatik eğilim” ve “empatik beceri” olarak iki yönlü bir kavram olarak

tanımlamaktadır. Empatik eğilimi, empatinin duygusal boyutu olarak kabul edip bireyin empati yapabilme potansiyeli olarak kabul etmektedir (81, 82).

2.9. Empatinin Bileşenleri

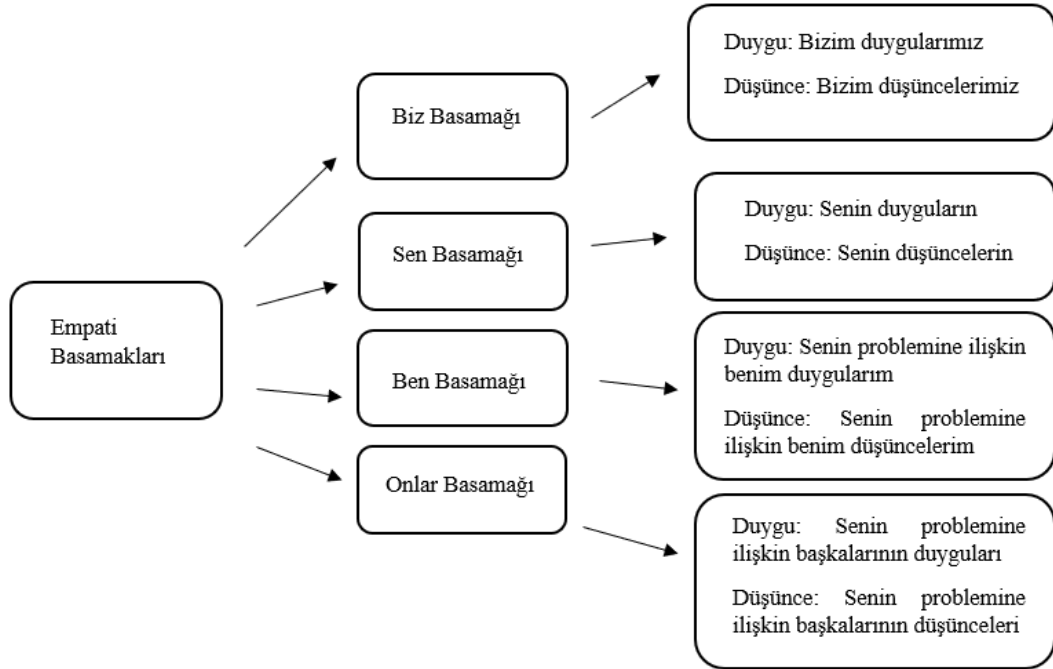
Empati kavramının bileşenleri, araştırmacılar tarafından farklı şekilde sınıflandırılmıştır. Hofmann empatiyi bilişsel, duyuşsal ve güdüsel olarak üçe ayırmış ve yine empatinin bileşenlerini Feshbach ise üç ana bileşen modelinde açıklamıştır. Bunları bir başka bireyin içerisinde bulunduğu duygu durumu belirleme yeteneği, başka bireyin bakış açısını kabul edebilme yeteneği ve paylaşılan duygunun anımsanması yani empatik tepki olarak belirtmektedir (77).

Empati kavramı uluslararası literatürde incelendiğinde araştırmacıların empatiyi ya duyuşsal ya da bilişsel bir kavram olduğu savunulmuş olsa da sonraları empatinin çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmiştir (15). Empatinin bilişsel boyutunda bireyin duygularının anlaşılmasından fakat anladığını karşısındaki birey ile paylaşmasının zorunlu olmadığından bahsedilmektedir. Bireylerin karmaşık duygu durumlarını anlayarak karşısındakinin bakış açısıyla değerlendirebilme anlamına gelerek sosyal olarak işlevselliğine dikkat çekilmektedir. Duygusal empati boyutunda ise diğer bireylerin yaşadığı duyguları hissederek diğerinin duygu durumuna uygun tepkiyi verebilmektir. Bireylerin yakın çevrelerindekiyle karşı fedakâr davranışlarda bulunması için ahlaki gelişiminin de önemli olduğundan bahsedilmektedir. Yapılan bir çalışmada duygusal empatinin bilişsel empatiden farklı olarak yeni doğan bir günlük bebeklerde dahi duygusal empati duyarlılığına sahip oldukları belirtilmektedir (83). Bireylerin ses tonları, yüz ifadeleri, jest ve mimiklerinin karşısındaki bireylerin duygu durumlarını anlayıp uygun tepki vermeleri duygusal empatide ipucu olmaktadır (84).

2.10. Empatinin Basamakları

Empati kavramında “tamamen başarılı” ve “tamamen başarısız” olma durumu mevcut değildir. Duyguların, yaşanan olayların ve ortamın değişikliğine göre empati becerisi de artıp azalabilmektedir. Temel empati basamakları 1988 yılında Dökmen’in oluşturduğu sınıflandırma ile kullanılmaya başlanmıştır. Bu basamaklar azdan çoğa doğru “onlar basamağı, ben basamağı, sen basamağı ve biz basamağı” şeklinde tanımlanmıştır.

Ancak son basamak olan ‘biz basamağı’ empatiden sempatiye dönüştüğü için ele alınmamıştır (79, 84, 86).



Şekil 1. Empatinin basamakları (Dökmen'den, 85).

Onlar Basamağı;

Onlar basamağı empati basamaklarının en alt basamağıdır. Bir probleme karşı toplumun (onlar) ne düşünüp hissettiği belirtilmektedir. Birey karşındakinin duygularını ya da düşündüklerini hatta kendi duygularını da önemsemeyen probleme sahip bireyin duygularına göre toplumun fikirlerini yorumlamaktadır. Birey ile konuşurken farklı atasözleri, genellemeler, klişe cevaplar ile problemi yorumlayabilmektedir. Örneğin tutumlu olmayan birisi için “ayağını yorganına göre uzat” diyebilmektedir. Burada kendi duygularına da karşındaki bireyin duygularına da önem vermeden toplum tarafından kabul gören atasözüne yer vermiş olmaktadır (79, 86).

Ben Basamağı;

Ben basamağı empatinin orta basamağıdır. Karşındaki bireyin problemiyle alakalı kendisinin ne düşündüğünü ve hissettiğini belirtmektedir. Problemi çözmek yerine dinleyen kişi olay ile ilgili kendi duygu düşüncelerini anlatarak bireyi eleştirmekte yani ben merkezci

davranmaktadır. Bireyin problemiyle ilgilenmeyip kendi yaşadığı benzer olayları anlatabilmektedir. “Benim başımdan da aynı durum geçmişti” ya da “Benimki daha kötü” şeklinde tepkiler alan bir danışan kendi problemiyle çözümsüz bir şekilde yalnızlaşmaktadır (79, 86).

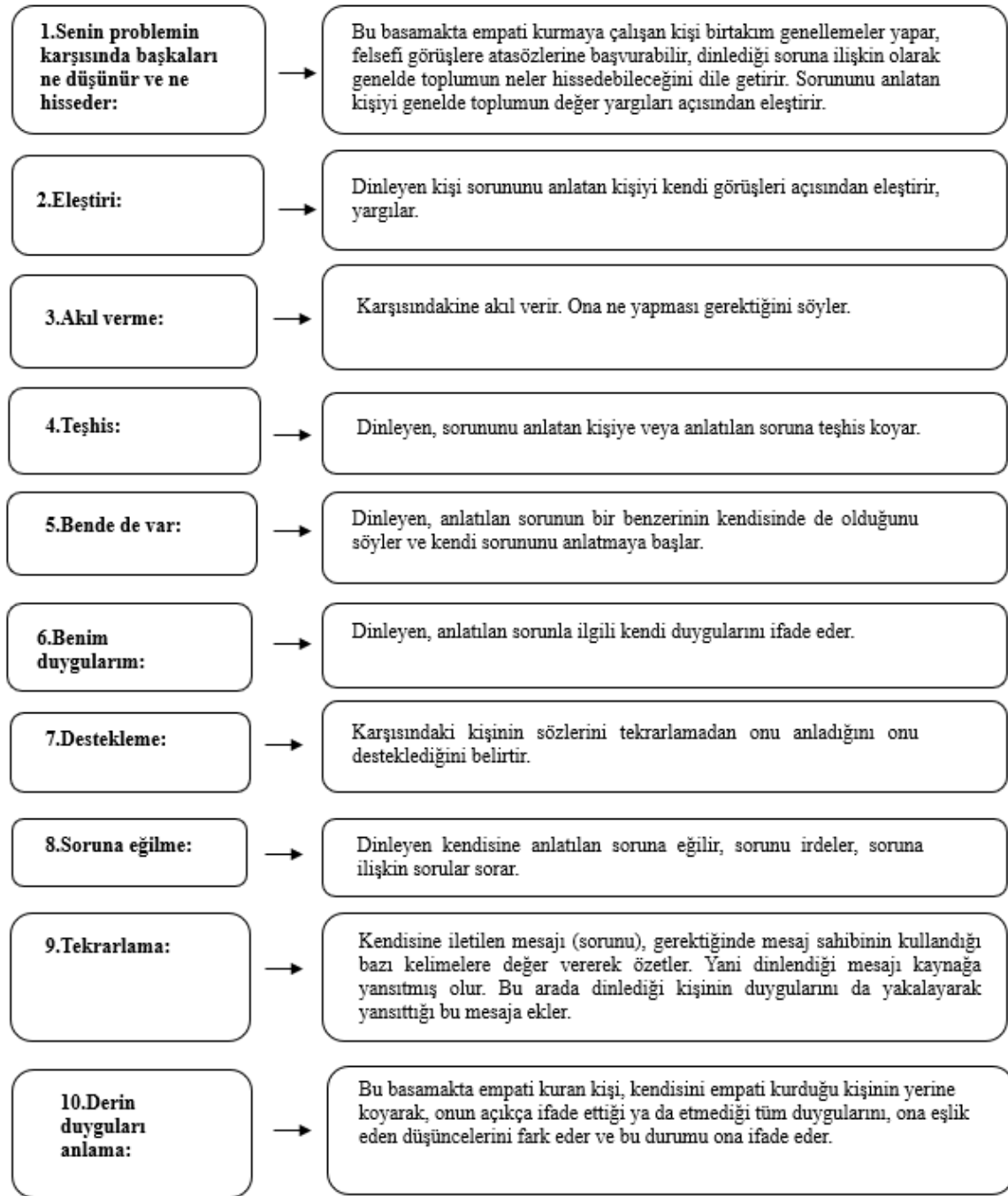
Sen Basamağı;

Sen basamağı empati basamaklarının en yüksek basamağıdır. Danışan bireyin problemi karşısında danışanı dinleyip onun ne hissettiğini ve ne düşündüğünü belirtmektedir. Aslında birey kendisine danışan kişiye bürünüp onun duygularına ve düşüncelerine yoğunlaşmaktadır. Anlatılanları anlamaya çalışarak karşısındakini en iyi şekilde anladıklarını aktarmaya çalışmaktadır. Anlatılan problem ile ilgili kişisel veya toplumsal örnekler ve fikirler belirtmemektedir (79,86).

2.11. Empatik Tepki Basamakları

Bireylerin empati becerilerinin ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda empatinin belirli bir tepki verme sıralaması olduğu belirlenmiştir. Empatik tepki sıralamalarında olaylar karşısında verilebilecek tepkinin en kalitesizden en kaliteliye doğru giden basamaklardan oluştuğu görülmektedir. Bu şekilde bir sıralama ile bireylerin empati kurma beceri eğilimleri ve seviyeleri, verilen eğitimin sonuçları ölçülebilir olmaktadır (85).

Yurtdışı literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili başlıca çalışmalar sonucunda, Truax ve Carkhuff’un empatik tepkiyi dokuz ve Hammond ve arkadaşlarının çalışmasında ise yedi basamakta ele aldıkları görülmektedir. Ülkemizde ise Dökmen tarafından üç empati basamağını kapsayacak şekilde, kendisine bir problemini anlatan bireyin vereceği tepkiler on alt empati basamağı şeklinde oluşturulmuştur (85, 87).



Şekil 2. On alt empati aşaması (Dökmen'den, 85).

2.12. Hemşirelikte Empati ve Önemi

Hemşirelik mesleğinde etkili ve kaliteli bakım vermek, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, hasta memnuniyeti ve hastanın güveninin kazanılması için kişilerarası ilişkinin nitelikli olması gerekmektedir. Burada akla terapötik ilişki yani tedavi edici ilişki ve iletişim gelmektedir. Terapötik iletişimin kurulabilmesinde empatinin önemi

ön plana çıkmaktadır. Hemşirelik özünde yardım etme disiplinine sahip bir meslek olmasından dolayı yardım etmenin temelinde de empati yatmaktadır. Yoğun iş temposuna sahip hemşirelik mesleğinde hemşireler, hastalarına daha iyi bakım vermek, daha iyi iletişim kurabilmek adına çaba sarf etmektedirler (88).

Empatinin etkili bir şekilde yapılması durumunda, hastanın gereksinimlerine uygun hemşirelik girişimleri planlanarak, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinin artmasıyla olumlu sonuçların alınması beklenmektedir. Bu sebeple hemşirelerde empati kurma becerisinin gelişmiş olması istenmektedir. Empati becerisinin oluşturulması hemşirelik eğitimi sırasında da geliştirilmesi mümkün olan bir beceri olarak kabul edilmektedir (88).

Başkaları tarafından anlaşılmaq temel insan gereksinimlerinden birisidir. Bu anlayış kişilerarası ilişkinin temelinde yatmaktadır. Hemşireler tarafından anlaşıldığını hisseden bir birey kendisine önem verildiğini düşünerek tedaviye ve bakıma katılmak isteyebilmektedir (78, 80, 89, 90).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hastanede çalışan hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 30.10.2022-30.06.2023 tarihleri arasında Rize il merkezinde bulunan, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Rize il merkezinde bulunan Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 448 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma sürecinde hemşirelerden 26'sının yıllık izinde olması, 17'sinin süt izninde olması ve 8'inin raporlu olması nedeniyle 51 hemşire araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Toplam 397 hemşirenin 238'inin gönüllü katılımıyla çalışma tamamlanmıştır. Hemşirelerin araştırmaya katılım oranı %78.8'dir.

3.4. Katılımcıların Seçim Yöntemi

Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden, araştırmaya dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan tüm hemşireler dâhil edilmiştir.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Gönüllü olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışıyor olmak

3.4.2. Araştırmanın Dışlama Kriterleri

- Yıllık izin, raporlu olma ve süt izni gibi durumlardan kaynaklı olarak araştırma sürecinde çalışmıyor olmak
- Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dışında bir kurumda çalışıyor olmak

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı bilgileri, sosyo-demografik özellikleri içeren Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1), Hasta Mahremiyeti Ölçeği (HMÖ) (EK 2) ve Jefferson Empati Ölçeği (JSENS) (EK 3) ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından 26 sorudan oluşturulmuştur. İlk bölümünde hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma koşulları vb.) 12 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde hemşirelerin hasta mahremiyeti ve empati ile ilgili bilgilerini sorgulayıcı (mahremiyet tanımı, mahremiyet ile ilgili eğitime katılma durumu, HHY vb.) 14 soru yer almaktadır.

3.5.2. Hasta Mahremiyeti Ölçeği

Bu ölçeğin kullanılmasındaki amaç hemşirelerin hasta mahremiyeti tutumlarını belirlemektir. Hasta Mahremiyet Ölçeği Öztürk ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (91). Ölçek hastanelerde çalışan hemşirelerin hasta mahremiyetini korumak ve sürdürmek için uygun davranıp davranmadığını ya da özen gösterip göstermediğini, hasta mahremiyetini ihlal edip etmediğini saptamak ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin hasta mahremiyetine yönelik faaliyetlerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Ölçek 5=tamamen katılıyorum, 4=katılıyorum, 3=kararsızım, 2=katılmıyorum, 1=kesinlikle katılmıyorum şeklinde beşli likert tipinde bir ölçektir ve 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin beş alt faktörü bulunmaktadır. Bunlar; Faktör 1-Özel hayat/kişisel bilgilerin gizliliği (10 madde), Faktör 2-Cinsiyete ilişkin mahremiyet (5 madde), Faktör 3-Kendini koruyamayanların mahremiyeti (4 madde), Faktör 4-Bedensel mahremiyet (4 madde), Faktör 5-Uygun ortam sağlama (4 madde) olarak belirtilmiştir. Ölçeğin toplamda Chronbach alpha değeri, 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçekten minimum 27, maksimum 135 puan alınabilmektedir. Buna göre ölçekten 135'e yakın puan alınması hemşirelerin hasta mahremiyetine ya da kişisel gizliliğe özen gösterildiğini, 27'ye yakın puan alınması ise özen gösterilmediğini ifade etmektedir. Bu puanlar karşılaştırma yapabilmek amacıyla alt faktörler düzeyinde madde sayısına bölünmekte ve 1 ile 5 arasında değişen bir değer elde edilmektedir. Bu sonuçlar 1.00-1.79 arasında "çok düşük", 1.80-2.59 arasında "düşük", 2.60-3.39 arasında "orta", 3.40-4.19 arasında "yüksek", 4.20-5.00 arasında "çok yüksek" olarak ifade edilmektedir. Ölçek alt boyutlarından Chronbach alpha değeri özel hayat/kişisel bilgilerin gizliliği için 0.88,

cinsiyete ilişkin mahremiyet için 0.66, kendini koruyamayanların mahremiyeti için 0.83, uygun ortam sağlama için 0.86 ve bedensel mahremiyet için 0.92 olarak hesaplanmıştır (91).

3.5.3. Jefferson Empati Ölçeği

Bu ölçeğin kullanılmasının amacı hemşirelerin empati düzeylerini belirlemektir. Ölçek Hojat ve Herman tarafından geliştirilmiş olup, Chronbach alpha değeri 0.77 olarak bulunmuştur (92). Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yanık ve Saygılı tarafından yapılmış ve Chronbach alpha değeri 0.73 olarak belirlenmiştir (93). Jefferson Empati Ölçeği empatinin duygusal bileşenini ve kişilerin günlük yaşamındaki empati kurma potansiyellerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup orijinali 7’li likert tipi 20 sorudan oluşan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Yapılmış olan doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda JSENS üç faktörlü modele iyi uyum göstermesine rağmen 18 ve 5. maddelerin faktör yüklerinin oldukça düşük olduğu ölçek sahipleri tarafından belirlenmiş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Türkçe uyarlaması üç faktörden ve 18 maddeden oluşmuştur. Ölçek toplamda üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “empatik bakış açısı edinme”, “şefkatli bakım” ve “hasta perspektifinden bakış” şeklindedir. Ölçeğin orijinal halinden alınan en düşük puan 20, en yüksek puan 140 puanken, çıkarılan maddeler sonucu alınan en düşük puan 18, en yüksek puan 126 olarak belirlenmiştir. Alınan puan arttıkça empatik uyum da artmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Google Formlar ile online olarak toplanmıştır. Formların cevaplanma süresi ortalama 10 dakika olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analiz aşamasında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Grupların normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Bağımsız iki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlandığında bağımsız gruplarda t testi, sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız üç ve daha fazla grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlandığında tek yönlü ANOVA testi, sağlanmadığında Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında

istatistiksel olarak önemli fark bulunması durumunda Post Hoc analiz Bonferroni düzeltmesiyle yapılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman testi kullanılmıştır. İstatistiksel alfa önemlilik seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu'ndan yazılı izin alınmıştır (EK 5, EK 6). Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçekler için de ölçek sahiplerinden e-posta aracılığıyla yazılı izinleri alınmıştır (EK 7). Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların onayı Google Formlar üzerinden alınmıştır (EK 4).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sonuçları Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle sınırlı tutulmuş olup diğer hastanelere genellenmemektedir. Ayrıca hemşirelerin iş yoğunluklarının fazla olması, diğer bilimsel çalışmalar sebebiyle fazla anket ve ölçek doldurmuş olma durumları ve araştırmanın online olarak yürütülmesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan 238 hemşirenin tanımlayıcı özellikleri, hasta mahremiyetiyle ilgili bilgileri, hemşireler için HMÖ ve JSENS alt boyut ve toplam puan ortalamaları, ölçekler ve bazı değişkenler ile karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Ek olarak hemşireler için düzenlenen HMÖ ve JSENS arasındaki ilişkiye ait bulgular da yer almaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %78.2'si kadın olup, yaş ortalaması 32.3 ± 7.2 , %79.4'ü lisans düzeyinde eğitime sahip, %61.8'i evlidir. Hemşirelerin toplam çalışma süresi ortalaması 118.5 ± 92.3 ay olup, %38.2'si servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır ve %71.0'ı vardiya değişimli çalışmaktadır. Hemşirelerin %61.8'i mesleği isteyerek seçtiğini, %64.3'ü mesleki memnuniyet düzeyini “orta” olarak ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik veriler (n=238)			
Yaş (Ort±SS)		32.3±7.2	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	186	78.2
	Erkek	52	21.8
Öğrenim düzeyi	Lisansüstü	11	4.6
	Lisans	189	79.4
	Önlisans	24	10.1
	Sağlık Meslek Lisesi	14	5.9
Algılanan gelir durumu	Gelir ve Gider Aynı Düzeyde	132	55.5
	Gelir Giderden Az	56	23.5
	Gelir Giderden Fazla	50	21.0
Medeni durum	Evli	147	61.8
	Bekar	83	34.9
	Eşi ölmüş/ Boşanmış	8	3.4
Kurumdaki pozisyonunuz	Servis hemşiresi	91	38.2
	Yoğun bakım hemşiresi	56	23.5
	Sorumlu hemşire	25	10.5
	Acil servis hemşiresi	14	5.9
	Diğer	52	21.8
Halen çalışmakta olduğu bölüm	Yatan hasta servisleri	91	38.2
	Yoğun bakım ünitesi	59	24.8
	Acil servis	14	5.9
	Poliklinik	8	5.9
	Diğer	66	27.7

Tablo 1. (Devam)

Meslekte toplam çalışma süresi (ay, ort±ss)		118.5±92.3	
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu	Evet	147	61.8
	Hayır	91	38.2
Çalışma şekli	Vardiya değişimli (08-08)	169	71.0
	Sürekli gündüz (08-16)	69	29.0
Günlük bakım verilen hasta sayısı*	2-3	36	61.0
	1-2	14	23.7
	4 ve üzeri	6	10.2
	3-4	3	5.1
Mesleki memnuniyet düzeyi	Orta	153	64.3
	Kötü	67	28.2
	İyi	18	7.6

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma.

*Günlük bakım verilen hasta sayısı için yöneltilen sorular yalnızca yoğun bakımda çalışan hemşireler tarafından cevaplanmıştır.

Hemşirelerin %97.1'i mahremiyeti “bedenin ve bilgilerin gizliliği” olarak tanımlamış olup, %80.7'si hasta mahremiyeti hakkında daha önce eğitim almıştır. Hemşirelerin %39.5'inin çalıştığı kurum hasta mahremiyeti ile ilgili seminer/ kurs düzenlemiştir. Hemşirelerin %9.7'si mahremiyet ihlali durumunda verilen cezalar hakkında bilgi sahibiyken %8.0'ı mahremiyet ile ilgili yasal düzenlemelerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin %16.0'ı sağlık kurumlarında bilgisayar sistemlerinden kaynaklanan hasta bilgilerinin güvenliğinin yeterince sağlandığını düşünmektedir. Hemşirelerin %79.4'ü yetersiz hemşire sayısını, %74.4'ü hasta sayısının fazla olmasını, %66.8'i uzun çalışma saatlerini hasta mahremiyetine yeterli özen gösterilmesini engelleyici faktörler olarak nitelendirmiştir. Hemşirelerin %32.4'ü kendisi ve ailesindeki bireylerden hasta olanlarda mahremiyet ihlaline neden olabilecek hemşirelik uygulamaları ile karşılaştıklarını ifade etmiştir (Tablo 2).

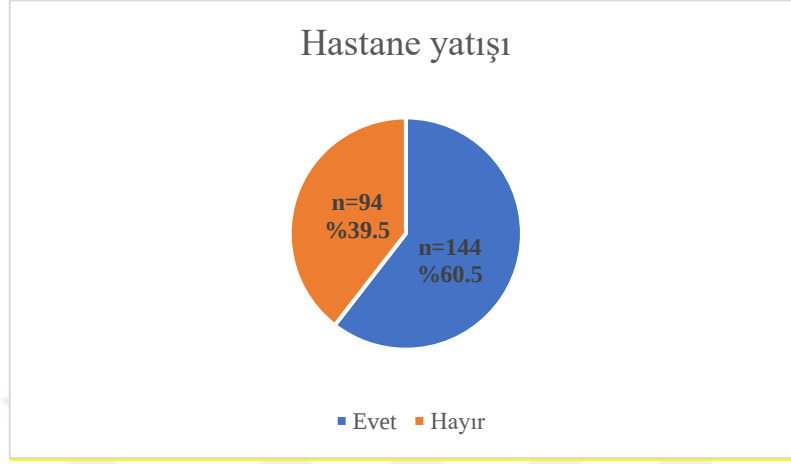
Tablo 2. Hemşirelerin mahremiyete ilişkin görüşlerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Mahremiyeti nasıl tanımlarsınız?		
Bedenin ve bilgilerin gizliliği	231	97.1
Bedenin gizliliği	4	1.7
Bilgilerin gizliliği	1	0.4
Diğer	2	0.8

Tablo 2. (Devam)

Hasta mahremiyeti hakkında daha önce eğitim alma durumu		
Evet	192	80.7
Hayır	46	19.3
Aldığınız eğitimi nasıl değerlendiriyorsunuz? (n=192)		
Yeterli	96	50.0
Yetersiz	80	32.6
Kısmen yeterli	16	17.4
Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyet bölümünü okudunuz mu?		
Evet	124	52.1
Hayır	114	47.9
Kurumunuz hasta mahremiyeti ile ilgili kurs/seminer düzenledi mi?		
Hayır	144	60.5
Evet	94	39.5
Kurumunuzun hasta mahremiyetine ilişkin durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?		
Kararsızım.	107	45.0
Kurumum hasta mahremiyetine beklediğim önemi gösterir.	71	29.8
Kurumum hasta mahremiyetine beklediğim önemi göstermez.	60	25.2
Mahremiyet ihlali durumunda verilen cezalar hakkında bilginiz var mı?		
Hayır	121	50.8
Kısmen	94	39.5
Evet	23	9.7
Mahremiyet ile ilgili yasal düzenlemenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?		
Kısmen yeterli	136	56.7
Hayır	84	35.3
Evet	19	8.0
Sağlık kurumlarında bilgisayar sistemlerinden kaynaklanan hasta bilgilerinin güvenliğinin yeterince sağlanabildiğini düşünüyor musunuz?		
Hayır	113	47.5
Kısmen	87	36.6
Evet	38	16.0
Hasta sayısının çok olmasının hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	177	74.4
Hayır	61	25.6
Uzun çalışma saatlerinin hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	159	66.8
Hayır	79	33.2
Hemşire sayısının yetersiz olmasının hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	189	79.4
Hayır	49	20.6
Şimdiye kadar kendinizde ve ailenizdeki hastalarda mahremiyet ihlaline neden olabilecek hemşirelik uygulamaları ile karşılaştığınız oldu mu?		
Hayır	161	67.6
Evet	77	32.4

Hemşirelerin daha önce hastaneye yatış durumu olup olmadığı sorgulandığında %60.5'inin hastaneye yatışı olduğu görülmüştür (Şekil 3).



Şekil 3. Hemşirelerin hastane yatışı

Hemşirelerin HMÖ ve alt boyutlarından aldığı puanlar Tablo 3'te gösterilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması 122.7 ± 10.6 ; Özel Hayatın Gizliliği alt boyutundan 45.2 ± 4.5 ; Cinsiyete İlişkin Mahremiyet alt boyutundan 21.8 ± 2.8 ; Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti alt boyutundan 18.7 ± 1.8 ; Bedensel Mahremiyet alt boyutundan 18.7 ± 1.8 ve Uygun Ortam Sağlama alt boyutundan 18.5 ± 1.9 puan alınmıştır.

Tablo 3. Hemşirelerin HMÖ alt boyutlarından aldığı puanlara göre dağılım

Ölçek Alt Boyutları	Soru Sayısı	Ort±SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Özel Hayatın Gizliliği	10	45.2±4.5	47	34	50
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	5	21.8±2.8	22	15	25
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	4	18.5±1.9	19	12	20
Bedensel Mahremiyet	4	18.7±1.8	20	13	20
Uygun Ortam Sağlama	4	18.5±1.9	20	13	20
Toplam Puan	27	122.7±10.6	125	94	135

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Hemşirelerin yaş gruplarına göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Yaş grubu	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	18-29	118	45.2±4.5	KW=0.133 p=0.936
	30-39	65	45.1±4.7	
	40-50	55	45.2±4.2	
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	18-29	118	22.0±2.8	KW=0.606 p=0.739
	30-39	65	21.8±2.7	
	40-50	55	21.7±2.8	
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	18-29	118	18.5±1.8	KW=3.623 p=0.163
	30-39	65	18.7±1.7	
	40-50	55	18.0±2.1	
Bedensel Mahremiyet	18-29	118	18.7±1.8	KW=1.100 p=0.577
	30-39	65	18.7±1.8	
	40-50	55	18.5±1.8	
Uygun Ortam Sağlama	18-29	118	18.6±1.8	KW=1.562 p=0.458
	30-39	65	18.6±2.0	
	40-50	55	18.3±1.9	
Ölçek Toplam Puanı	18-29	118	123.1±10.5	KW=0.465 p=0.793
	30-39	65	122.8±10.5	
	40-50	55	121.7±11.2	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi

Hemşirelerin cinsiyete göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’te verilmiştir. Cinsiyet açısından ölçeğin alt boyutları ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Hemşirelerin cinsiyete göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	Kadın	186	45.4±4.4	U=4166.5
	Erkek	52	44.3±4.7	p=0.123
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	Kadın	186	21.8±2.8	U=4718.0
	Erkek	52	22.0±2.6	p=0.785
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	Kadın	186	18.5±1.9	U=4529.5
	Erkek	52	18.4±1.9	p=0.456
Bedensel Mahremiyet	Kadın	186	18.7±1.8	U=4373.5
	Erkek	52	18.4±2.0	p=0.245
Uygun Ortam Sağlama	Kadın	186	18.6±1.8	U=4405.5
	Erkek	52	18.3±2.1	p=0.284
Ölçek Toplam Puanı	Kadın	186	123.1±10.7	U=4336.5
	Erkek	52	121.4±10.5	p=0.254

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, U: Mann Whitney U Testi

Hemşirelerin medeni durumuna göre HMÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin medeni duruma göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	Bekar	147	45.5±4.3	KW=1.461 p=0.482
	Evli	83	44.8±4.7	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	43.8±5.1	
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	Bekar	147	22.0±2.6	KW=1.276 p=0.528
	Evli	83	21.5±3.0	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	21.6±2.9	
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	Bekar	147	18.5±1.9	KW=0.781 p=0.677
	Evli	83	18.5±1.9	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	17.9±2.1	
Bedensel Mahremiyet	Bekar	147	18.7±1.8	KW=0.745 p=0.689
	Evli	83	18.7±1.8	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	18.4±1.8	
Uygun Ortam Sağlama	Bekar	147	18.5±1.9	KW=0.273 p=0.872
	Evli	83	18.6±1.9	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	18.6±1.9	
Ölçek Toplam Puanı	Bekar	147	123.1±10.4	KW=0.656 p=0.720
	Evli	83	122.1±10.9	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	121.3±11.9	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW:Kruskal Wallis Testi

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre HMÖ puanlarının değerlendirildiği Tablo 7’de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Hemşirelerin çalışma süresine göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Çalışma Süresi	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	1-5 yıl	91	45.2±4.4	KW=1.649 p=0.439
	6-10 yıl	59	45.8±4.5	
	>10 yıl	88	44.8±4.6	
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	1-5 yıl	91	21.6±2.9	KW=2.381 p=0.304
	6-10 yıl	59	22.3±2.7	
	>10 yıl	88	21.8±2.6	
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	1-5 yıl	91	18.4±1.9	KW=1.409 p=0.494
	6-10 yıl	59	18.7±1.7	
	>10 yıl	88	18.4±1.9	
Bedensel Mahremiyet	1-5 yıl	91	18.6±1.9	KW=0.186 p=0.911
	6-10 yıl	59	18.7±1.7	
	>10 yıl	88	18.7±1.7	
Uygun Ortam Sağlama	1-5 yıl	91	18.7±1.7	KW=1.042 p=0.594
	6-10 yıl	59	18.5±2.1	
	>10 yıl	88	18.4±1.9	
Ölçek Toplam Puanı	1-5 yıl	91	122.5±10.8	KW=1.221 p=0.543
	6-10 yıl	59	123.9±10.4	
	>10 yıl	88	122.1±10.7	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW:Kruskal Wallis Testi

Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 8. Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Öğrenim Düzeyi	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	Sağlık Meslek Lisesi	14	46.3±3.6	KW=1.897 p=0.594
	Önlisans	24	46.0±4.0	
	Lisans	189	45.0±4.6	
	Lisansüstü	11	44.6±5.3	
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	Sağlık Meslek Lisesi	14	22.3±2.7	KW=0.406 p=0.939
	Önlisans	24	22.0±2.7	
	Lisans	189	21.8±2.7	
	Lisansüstü	11	21.5±3.7	
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	Sağlık Meslek Lisesi	14	18.1±2.2	KW=1.386 p=0.709
	Önlisans	24	18.6±1.8	
	Lisans	189	18.4±1.9	
	Lisansüstü	11	19.0±1.6	
Bedensel Mahremiyet	Sağlık Meslek Lisesi	14	18.1±2.3	KW=1.928 p=0.587
	Önlisans	24	19.1±1.3	
	Lisans	189	18.6±1.8	
	Lisansüstü	11	19.0±1.8	
Uygun Ortam Sağlama	Sağlık Meslek Lisesi	14	18.2±2.3	KW=0.440 p=0.932
	Önlisans	24	18.8±1.8	
	Lisans	189	18.5±1.8	
	Lisansüstü	11	18.3±2.6	
Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Meslek Lisesi	14	123.0±11.4	KW=0.656 p=0.883
	Önlisans	24	124.3±10.2	
	Lisans	189	122.5±10.5	
	Lisansüstü	11	122.5±14.2	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW:Kruskal Wallis Testi

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Hemşirelerin çalıştıkları birime göre HMÖ puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Çalışılan Birim	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	Poliklinik	8	47.0±4.5	KW=6.577 p=0.160
	Yatan hasta servisleri	91	44.5±4.5	
	Yoğun bakım ünitesi	59	45.7±4.4	
	Acil servis	14	44.1±4.8	
	Diğer	66	45.7±4.5	
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	Poliklinik	8	23.0±3.3	KW=4.676 p=0.322
	Yatan hasta servisleri	91	21.6±2.8	
	Yoğun bakım ünitesi	59	22.0±2.9	
	Acil servis	14	21.2±2.8	
	Diğer	66	22.1±2.5	
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	Poliklinik	8	19.4±1.4	KW=7.007 p=0.136
	Yatan hasta servisleri	91	18.5±1.7	
	Yoğun bakım ünitesi	59	18.4±1.8	
	Acil servis	14	17.1±2.7	
	Diğer	66	18.6±1.9	
Bedensel Mahremiyet	Poliklinik	8	18.9±2.1	KW=8.111 p=0.088
	Yatan hasta servisleri	91	18.6±1.6	
	Yoğun bakım ünitesi	59	18.7±1.9	
	Acil servis	14	17.3±2.6	
	Diğer	66	19.0±1.7	
Uygun Ortam Sağlama	Poliklinik	8	19.1±1.6	KW=2.993 p=0.559
	Yatan hasta servisleri	91	18.5±1.9	
	Yoğun bakım ünitesi	59	18.5±1.8	
	Acil servis	14	17.7±2.9	
	Diğer	66	18.8±1.7	
Ölçek Toplam Puanı	Poliklinik	8	127.4±12.5	KW=8.598 p=0.072
	Yatan hasta servisleri	91	121.7±9.8	
	Yoğun bakım ünitesi	59	123.3±10.9	
	Acil servis	14	117.4±13.4	
	Diğer	66	124.1±10.5	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW:Kruskal Wallis Testi

Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir. Mahremiyete ilişkin eğitim alanlarda, almayanlara göre Cinsiyete İlişkin Mahremiyet, Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti ve ölçek toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=0.008$; $p=0.006$; $p=0.018$). Özel Hayatın Gizliliği, Bedensel Mahremiyet ve Uygun Ortam Sağlama alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre HMÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Mahremiyete İlişkin Eğitim Alma Durumu	n	Ort±SS	p
Özel Hayatın Gizliliği	Evet	192	45.4±4.5	U=3730.5
	Hayır	46	44.2±4.5	$p=0.098$
Cinsiyete İlişkin Mahremiyet	Evet	192	22.1±2.8	U=3313.5
	Hayır	46	21.0±2.5	$p=0.008$
Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti	Evet	192	18.6±1.8	U=3327.0
	Hayır	46	17.8±1.9	$p=0.006$
Bedensel Mahremiyet	Evet	192	18.7±1.8	U=3940.0
	Hayır	46	18.5±1.7	$p=0.210$
Uygun Ortam Sağlama	Evet	192	18.6±1.9	U=3820.5
	Hayır	46	18.2±1.8	$p=0.121$
Ölçek Toplam Puanı	Evet	192	123.4±10.7	U=3423.0
	Hayır	46	120.0±10.0	$p=0.018$

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, U: Mann Whitney U Testi

Hemşirelerin JSENS ve alt boyutlarından aldığı puanlar Tablo 11’de gösterilmiştir. Ölçekten alınan puan ortalaması 89.7 ± 14.3 ; Hasta Perspektifinden Bakış alt boyutundan 8.1 ± 2.9 ; Şefkatli Bakım alt boyutundan 33.7 ± 8.3 ve Empatik Bakış Açısı Edinme alt boyutundan 47.9 ± 9.1 puan alınmıştır.

Tablo 11. Hemşirelerin JSENS ve alt boyutlarından aldığı puanlar

Ölçek Alt Boyutları	Soru Sayısı	Ort±SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Hasta Perspektifinden Bakış	2	8.1 ± 2.9	8	2	14
Şefkatli Bakım	7	33.7 ± 8.3	34	7	49
Empatik Bakış Açısı Edinme	9	47.9 ± 9.1	49	19	63
Ölçek Toplam Puanı	18	89.7 ± 14.3	90	44	126

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Hemşirelerin yaş gruplarına göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de özetlenmiştir. Şefkatli Bakım alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.047$). Diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Hemşirelerin yaş gruplarına göre JSENS puanlarının karşılaştırması

	Yaş	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	18-29	118	8.3 ± 2.8	KW=5.582 $p=0.061$
	30-39	65	7.5 ± 2.9	
	40-50	55	8.5 ± 3.0	
Şefkatli Bakım	18-29	118	34.8 ± 8.7	KW=6.120 $p=0.047$
	30-39	65	32.3 ± 7.8	
	40-50	55	33.0 ± 7.8	
Empatik Bakış Açısı Edinme	18-29	118	48.1 ± 8.9	KW=0.604 $p=0.739$
	30-39	65	48.4 ± 8.7	
	40-50	55	46.8 ± 9.9	
Ölçek Toplam Puanı	18-29	118	91.3 ± 14.9	F=1.396 $p=0.250$
	30-39	65	88.2 ± 12.3	
	40-50	55	88.3 ± 14.3	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi, F: Tek yönlü ANOVA Testi

Hemşirelerin cinsiyete göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre Şefkatli Bakım alt boyutu ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0.007$; $p=0.008$). Hasta Perspektifinden Bakış ve Empatik Bakış Açısı Edinme alt boyutlarında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Hemşirelerin cinsiyete göre JSENS puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	Kadın	186	8.2±2.9	U=4459.5 $p=0.388$
	Erkek	52	7.8±2.8	
Şefkatli Bakım	Kadın	186	34.4±8.5	U=3658.0 $p=0.007$
	Erkek	52	31.2±7.2	
Empatik Bakış Açısı Edinme	Kadın	186	48.2±9.5	U=4313.5 $p=0.233$
	Erkek	52	46.8±7.6	
Ölçek Toplam Puanı	Kadın	186	90.8±15.0	t=2.691 $p=0.008$
	Erkek	52	85.9±10.4	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, U: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Hemşirelerin medeni durumuna göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir. Medeni durum ile Şefkatli Bakım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.012$). Hasta Perspektifinden Bakış, Empatik Bakış Açısı Edinme alt boyutları ve ölçek toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 14. Hemşirelerin medeni duruma göre JSENS puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	Bekar	147	8.0±3.1	KW=0.344 $p=0.842$
	Evli	83	8.2±2.6	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	8.6±2.5	
Şefkatli Bakım	Bekar	147	32.7±8.4 ^a	KW=8.826 $p=0.012$
	Evli	83	35.7±7.9 ^b	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	31.9±7.5 ^{a,b}	
Empatik Bakış Açısı Edinme	Bekar	147	47.8±9.4	KW=0.279 $p=0.870$
	Evli	83	47.9±8.6	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	49.4±9.4	
Ölçek Toplam Puanı	Bekar	147	88.5±14.4	F=1.516 $p=0.222$
	Evli	83	91.9±14.0	
	Eşi ölmüş/Boşanmış	8	89.9±14.3	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi, F: Tek yönlü ANOVA Testi

Not: Sütunlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma süresine göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’te gösterilmiştir. Şefkatli Bakım alt boyutu puanları ile çalışma süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.047$). Hasta Perspektifinden Bakış, Empatik Bakış Açısı Edinme ve ölçek toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo 15. Hemşirelerin çalışma süresine göre JSENS puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Çalışma süresi	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	1-5 yıl	91	8.1±2.9	KW=0.394 p=0.821
	6-10 yıl	59	8.3±2.6	
	>10 yıl	88	8.0±3.0	
Şefkatli Bakım	1-5 yıl	91	35.0±8.9	KW=6.109 p=0.047
	6-10 yıl	59	32.5±7.9	
	>10 yıl	88	33.2±7.7	
Empatik Bakış Açısı Edinme	1-5 yıl	91	48.3±8.8	KW=1.272 p=0.529
	6-10 yıl	59	48.5±8.7	
	>10 yıl	88	47.0±9.7	
Ölçek Toplam Puanı	1-5 yıl	91	9.5±14.8	F=1.206 p=0.301
	6-10 yıl	59	89.3±14.0	
	>10 yıl	88	88.2±13.9	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi, F: Tek yönlü ANOVA Testi

Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir. Öğrenim düzeyine göre Şefkatli Bakım alt boyutu ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.026$). Öğrenim düzeyi Sağlık Meslek Lisesi olanların Şefkatli Bakım alt ölçeği ve ölçek toplam puanları diğer gruplara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde düşüktür ($p<0.05$). Hasta Perspektifinden Bakış ve Empatik Bakış Açısı Edinme alt boyutları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Hemşirelerin öğrenim düzeyine göre JSENS puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Öğrenim Düzeyi	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	Sağlık Meslek Lisesi	14	8.5±3.5	KW=2.153 $p=0.541$
	Önlisans	24	8.6±2.5	
	Lisans	189	8.1±2.9	
	Lisansüstü	11	7.3±3.1	
Şefkatli Bakım	Sağlık Meslek Lisesi	14	24.2±7.4 ^a	KW=18.821 $p<0.001$
	Önlisans	24	35.8±5.7 ^b	
	Lisans	189	34.0±8.2 ^b	
	Lisansüstü	11	36.4±7.9 ^b	
Empatik Bakış Açısı Edinme	Sağlık Meslek Lisesi	14	46.3±9.0	KW=0.813 $p=0.846$
	Önlisans	24	47.5±8.0	
	Lisans	189	48.1±9.1	
	Lisansüstü	11	47.3±11.4	
Ölçek Toplam Puanı	Sağlık Meslek Lisesi	14	79.0±12.2 ^a	KW=9.285 $p=0.026$
	Önlisans	24	92.0±9.2 ^b	
	Lisans	189	90.2±14.5 ^b	
	Lisansüstü	11	90.9±18.1 ^{a,b}	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi

Not: Sütunlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre JSENS puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirelerin çalıştıkları birime göre JSENS puanlarının karşılaştırması

Ölçek Alt Boyutları	Çalışılan Birim	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	Poliklinik	8	7.4±2.8	KW=2.088 p=0.719
	Yatan hasta servisleri	91	7.9±2.7	
	Yoğun bakım ünitesi	59	8.3±2.9	
	Acil servis	14	7.6±3.3	
	Diğer	66	8.5±3.1	
Şefkatli Bakım	Poliklinik	8	32.6±6.7	KW=4.567 p=0.335
	Yatan hasta servisleri	91	33.4±8.3	
	Yoğun bakım ünitesi	59	35.5±8.3	
	Acil servis	14	31.8±9.8	
	Diğer	66	33.0±8.0	
Empatik Bakış Açısı Edinme	Poliklinik	8	50.0±7.2	KW=7.257 p=0.123
	Yatan hasta servisleri	91	47.1±8.8	
	Yoğun bakım ünitesi	59	50.6±7.2	
	Acil servis	14	45.4±9.3	
	Diğer	66	46.9±10.7	
Ölçek Toplam Puanı	Poliklinik	8	90.0±8.0	F=2.360 p=0.054
	Yatan hasta servisleri	91	88.4±14.0	
	Yoğun bakım ünitesi	59	94.4±12.8	
	Acil servis	14	84.7±14.6	
	Diğer	66	88.4±15.8	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, KW: Kruskal Wallis Testi, F: Tek yönlü ANOVA Testi

Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre JSENS puanlarının karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre JSENS puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Mahremiyete İlişkin Eğitim Alma Durumu	n	Ort±SS	p
Hasta Perspektifinden Bakış	Evet	192	8.1±2.9	U=4356.5 p=0.887
	Hayır	46	8.1±2.8	
Şefkatli Bakım	Evet	192	33.9±8.2	U=4165.5 p=0.550
	Hayır	46	33.0±8.7	
Empatik Bakış Açısı Edinme	Evet	192	48.0±9.1	U=4193.5 p=0.595
	Hayır	46	47.5±9.0	
Ölçek Toplam Puanı	Evet	192	90.0±14.3	t=0.535 p=0.595
	Hayır	46	88.7±14.4	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, U: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Gruplarda t Testi

Hemşirelerin HMÖ ile JSENS ’e verdikleri cevaplar arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir. Hasta Mahremiyet Ölçeği alt boyutları ve toplam puanı ile JSENS toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.255$; $p<0.001$). Hemşirelerin empati düzeyleri arttıkça hasta mahremiyet tutumlarının da arttığı görülmektedir. Jefferson Empati Ölçeği’nin Empatik Bakış Açısı Edinme boyutu ile HMÖ alt boyutları ve toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Jefferson Empati Ölçeği’nin Şefkatli Bakım alt boyutu ile; HMÖ ’nin Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti, Bedensel Mahremiyet, Uygun Ortam Sağlama ve ölçek toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 19. Hasta Mahremiyet Ölçeği ile JSENS arasındaki ilişki

JSENS						
	Ölçek Boyutları	Alt	Empatik Bakış Açısı Edinme	Şefkatli Bakım	Hasta Perspektifinden Bakış	Toplam Puan
HMÖ	Özel Hayatın Gizliliği		r=0.260 p<0.001	r=0.120 p=0.064	r=0.120 p=0.065	r=0.236 p<0.001
	Cinsiyete İlişkin Mahremiyet		r=0.257 p<0.001	r=0.053 p=0.419	r=0.036 p=0.580	r=0.168 p=0.009
	Kendini Koruyamayanların Mahremiyeti		r=0.263 p<0.001	r=0.148 p=0.022	r=0.028 p=0.665	r=0.247 p<0.001
	Bedensel Mahremiyet		r=0.189 p=0.003	r=0.135 p=0.038	r=0.086 p=0.184	r=0.208 p=0.001
	Uygun Ortam Sağlama		r=0.247 p<0.001	r=0.136 p=0.036	r=0.098 p=0.132	r=0.243 p<0.001
	Toplam Puan		r=0.297 p<0.001	r=0.123 p=0.057	r=0.098 p=0.133	r=0.255 p<0.001

*Spearman Testi

5. TARTIŞMA

Hasta bireyler ile en çok vakit geçiren, kaliteli bakım ve tedavi uygulamak için onların güvenlerini kazanan hemşireler için empati kurmak, hasta mahremiyetini bütünüyle sağlamak açısından oldukça önemlidir. Hemşirelerin empati düzeyleriyle hasta mahremiyet tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada literatür doğrultusunda bulgular tartışılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin HMÖ'den aldığı puanlar sonucunda mahremiyet tutumları yüksek bulunmuştur (122.7 ± 10.6). Karabey'in yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumları ve etkileyen faktörleri inceleyen çalışmasında, Tanrikulu ve arkadaşlarının yaptığı hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumlarını inceleyen çalışmada, Güneş Aktan'ın ve Varol'un çalışmalarında da benzer şekilde hemşirelerin mahremiyet tutumları yüksek bulunmuştur (2, 23, 27, 94). Farklı ölçek ile yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, mahremiyete saygıyı inceleyen bir çalışmada hastaların bakış açılarına göre mahremiyete bütünüyle uyulduğu bildirilmiştir (53). Araştırma bulgularımız diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuş olup hemşirelerin hasta mahremiyetini ve kişisel gizliliği önemsedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonucun hemşirelerin beşte dördünün daha önce hasta mahremiyeti ile ilgili eğitim almış olması ve yarısının HHY'nin mahremiyet bölümünü okumuş olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin %67.6'sının kendisinde ve ailesindeki hasta bireylerde hasta mahremiyet ihlaline sebep olacak hemşirelik uygulamalarıyla karşılaşmamış olması bu durumu desteklemektedir.

Araştırmamızda HMÖ ile cinsiyet, yaş ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kadınların ölçek toplam puan ortalaması (123.1 ± 10.7) ve erkeklerin ölçek toplam puan ortalaması (121.4 ± 10.5) benzer olarak bulunmuş olup bu durum kadın ve erkek hemşirelerin hasta mahremiyetini ve kişisel gizliliği benzer oranda gözettikleri sonucunu göstermektedir. Aynı şekilde ölçek toplam puanı bekar olanlarda 123.1 ± 10.4 , evlilerde 122.1 ± 10.9 ve eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlarda 121.3 ± 11.9 bulunmuş olup hemşirelerin medeni durumlarının hasta mahremiyet tutumlarını etkilemediği ve tüm grupların benzer oranda hasta mahremiyeti tutumunu gözettikleri sonucuna varılmıştır. Moura ve arkadaşlarının hemodiyaliz hemşirelerinin mahremiyet algılarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, evlilerin bekarlara göre hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (95). Sonucun

araştırmamızla farklılık göstermesinin sebebi katılımcıların kültür ve yaşam şekillerinin, mahremiyete yönelik tutum ve düşüncelerinin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Candan ve Bilgili'nin hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin belirlendiği çalışmada yaş ile HMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup araştırmamız ile benzerlik göstermemiş fakat cinsiyet ile HMÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (96). Varol'un hemşirelerin mahremiyet hakkındaki tutumları ve bakım uygulamalarının hasta mahremiyetine etkisini inceleyen çalışmada yaş arttıkça hemşirelerde mahremiyetin korunmasına daha fazla önem verildiği belirlenmiştir (27). Aynı çalışmada cinsiyet ve medeni durum ile ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Tanrikulu ve arkadaşlarının çalışmada cinsiyet ve medeni duruma göre hasta mahremiyeti tutumları üzerinde anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (23). Karabey'in çalışmada hemşirelerin cinsiyet ve medeni durumu ile HMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (94). Atak Bilen'in hasta mahremiyeti konusunda hemşirelerin tutum ve görüşlerini inceleyen çalışmada da bizim araştırmamızla benzer şekilde yaş, cinsiyet ve medeni durum ile HMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (97). Aynı şekilde Güneş Aktan'ın hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumlarıyla etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada da HMÖ ile yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (2). Bunun sebebi hemşirelerin kişilik özelliklerinin farklılığından ve aldıkları eğitimlerden kaynaklanabilmektedir. Zirak ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları bir çalışmada kadın ve erkeklerin hasta mahremiyet tutumlarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır (98). Valizadeh ve Ghasemi'nin çalışmada mahremiyet algısının hastalar tarafından gözlemlenmesinde cinsiyet ve hastanın yatış yaptığı birime göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ayrıca mahremiyete uyulmama durumlarının servis temizliği, hastaların kişisel temizliği ve aile ziyareti sırasında yapıldığı belirlenmiştir (53). Buradaki mahremiyet algısının hastaların kültürel ve sosyal özellikleriyle ilgili olabileceği düşünülmüş olup bizim araştırmamızda mahremiyet ihlaline sebep olan durumlar hemşire sayısının az olması ve hasta sayısının fazla olması ayrıca uzun çalışma saatleri olarak düşünülmüştür.

Hemşirelerin çalışma sürelerine, öğrenim düzeylerine ve çalışılan birime göre HMÖ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Güneş Aktan'ın çalışmada, çalışma süresi ve çalışılan birim ile HMÖ arasında anlamlı fark bulunmazken, hemşirelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe mahremiyete verdikleri önemin arttığı görülmüştür (2). Karabey'in çalışmada eğitim durumu ve çalışma süresiyle ölçek arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, çalışma süresi 0-1 yıl olan hemşirelerin fiziksel mahremiyet alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak önemli derecede yüksek bulunmuştur (94). Candan ve Bilgili'nin yaptığı çalışmada eğitim durumu ile HMÖ arasında anlamlı fark bulunmuş ve eğitim durumu azaldıkça mahremiyet tutumunun da azaldığı görülmüştür (96). Yine çalışma süresiyle ölçek arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, görev süresi fazla olanların mahremiyet tutumunun da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Atak Bilen'in yaptığı tez çalışmasında çalışılan birim ile ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken, öğrenim durumu ve çalışma süresiyle ölçek arasında anlamlı fark bulunmuştur (97). Varol'un çalışmasında öğrenim düzeyi ve çalışılan birimler ile ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, meslekte çalışma süresiyle ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (27). Bu farkın 15 yıl ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Tanrıkulu ve arkadaşlarının çalışmasında çalışılan birim ile HMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu farkın yoğun bakım ve dâhili kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumlarından kaynaklandığı bildirilmiştir (23). Kyle ve arkadaşlarının çalışmasında hasta mahremiyet tutumları hakkında daha iyi farkındalık kazanmak için hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin klinik bakım içinde deneysel yaklaşımlarla öğrenmeleri gerektiği kanısına ulaşılmıştır (99). Araştırmamızda çalışma sürelerine, öğrenim düzeylerine ve çalışılan birime göre anlamlı farklılık bulunmamış olsa da eğitim düzeyinin yüksek olmasının mahremiyet tutumlarını olumlu etkileyebileceği, farklı birimlerde çalışan hemşireler olsa bile hasta mahremiyet tutumlarını iyi şekilde gözetilebildiği ve çalışma süresinin farklılığının hemşirelerde mahremiyet tutumuna yönelik bir değişiklik göstermeden yüksek olarak belirlendiği görülmüştür.

Araştırmamızda hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumu ile HMÖ karşılaştırıldığında, cinsiyete ilişkin mahremiyet, kendini koruyamayanların mahremiyeti ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu farkın hasta mahremiyetiyle ilgili eğitim alanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Varol'un yaptığı çalışmada mahremiyete ilişkin eğitim alma durumu ile ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde özel hayatın gizliliği, cinsiyete ilişkin mahremiyet, uygun ortam sağlama ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu farkın şimdiye kadar hasta mahremiyetiyle ilgili eğitime katılmayan gruptan kaynaklandığı bildirilmiştir (27). Güneş Aktan'ın çalışmasında da hemşirelerin mahremiyetle ilgili eğitim alma durumları ve ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (2). Hasta mahremiyetiyle ilgili

eğitim almanın hasta mahremiyetine verilen önemi artırdığı bildirilmiştir. Candan ve Bilgili'nin çalışmasında bizim araştırmamızla benzer şekilde hasta mahremiyetiyle ilgili eğitim alanların mahremiyet tutumları daha yüksek bulunmuştur (96). Bu farkın sebebi hasta mahremiyetiyle ilgili eğitim alan hemşirelerin eğitimi benimseyip hasta bakımına profesyonel bir şekilde yansıtması olabileceği düşünülmektedir. Eğitim döneminde hasta mahremiyetiyle ilgili müfredat benzerliklerinin, hizmet eğitimlerinin benzer içerikte olmalarının ve alınan eğitimin hayata geçirilmesinin mahremiyet tutumlarını olumlu olarak etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda JSENS'ten alınan toplam puan ortalamasına göre hemşirelerin empati düzeyleri orta üstü olarak değerlendirilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının hemşirelerde empati ve öfke kontrolünün değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması yüksek bulunmuştur (100). Şahin ve arkadaşlarının bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerini inceleyen çalışmalarında hemşirelerin empati düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (101). Hu ve arkadaşlarının yaptığı ameliyathanelerde çalışan hemşirelerin empati düzeyinin önemini inceleyen çalışmada empati düzeyleri orta olarak değerlendirilmiştir (102). Pontón ve arkadaşlarının devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin empati kurmasıyla ilgili çalışmalarında hemşirelerin empati düzeyleri düşük olarak bulunmuştur (103). Kim ve arkadaşlarının Koreli hemşireler arasında geriatri hemşireliğinde empati ve öz yeterliliğini inceleyen çalışmasında hemşirelerin empati düzeyleri yüksek olarak bildirilmiştir (104). Araştırmamızın bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte olup literatür doğrultusunda empati düzeylerinin orta üstü ve yüksek bulunmasının sebepleri hemşirelerin çalıştıkları birimden memnuniyet düzeyleriyle ve aynı zamanda bireyi anlayıp gereksinimleri belirleyip, nitelikli hemşirelik bakımını uygulayabilme durumlarından kaynaklanabilmektedir. Düşük empati düzeyinin hasta bakımında olumsuz rol oynayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda JSENS ile yaş karşılaştırıldığında şefkatli bakım alt boyutuyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile empati düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (100). Pontón ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da yaş ve empati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (103). Genç hemşirelerde sabır ve tahammül düzeylerinin ileri yaş grubundaki hemşirelere

göre daha fazla olabileceği, genç hemşirelerin şefkatli bakım alt boyut toplam puanını artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyeti ve empati düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre şefkatli bakım alt boyutu ile ölçek toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre empati düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında benzer şekilde kadınların empati düzeyi erkeklere göre daha yüksek bildirilmiştir (100). Aynı şekilde Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların empati düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (101). Hu ve arkadaşlarının çalışmasında ise empati düzeyi ve cinsiyet arasında da benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup bu fark kadın cinsiyetin empati düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (102). Bu farkın sebebinin meslekte kadın cinsiyetin fazla olduğu gibi fizyolojik ve psikolojik farklılıklar olabileceği de düşünülmektedir. Empati ile ilişkilendirilen sosyal ve duygusal zekânın kadın cinsiyette daha fazla olması bu durumu desteklemektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin medeni durumu ve çalışma süresine göre empati düzeyleri arasında şefkatli bakım alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Özdemir ve arkadaşları ile Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda medeni durum ve çalışma süresi ile empati düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır (100, 101). Bu farklılığın sebebinin hemşirelerin yaşam biçimlerine, aile yapılarına, kişisel özelliklerine ve sosyo-kültürel seviyelerine göre değişiklik gösterebileceği düşünüldüğü sonuçlar araştırmanın yapıldığı örnekleme göre değişebilmektedir. Ayrıca çalışma süresi az olan hemşirelerde mesleki tükenmişlik düzeyinin diğer gruplara göre daha az olması empati düzeylerinin yüksek olmasına yol açabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin öğrenim düzeyiyle empati düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, öğrenim düzeyine göre şefkatli bakım alt boyutu ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farkın sağlık meslek lisesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyi arttığında empati düzeyini de artırdığı görülmüştür. Benzer şekilde Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlık meslek lisesinden kaynaklanan anlamlı fark bulunmuştur (100). Hu ve arkadaşlarının çalışmasında empati ve eğitim düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu fark lisans düzeyi ve alt grubundan kaynaklanmıştır (102). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlık yüksekokulu mezunlarının empati düzeylerinin sağlık meslek lisesi

mezunlarıninkinden daha yüksek bulunmuştur (101). Araştırmamızın sonucu bazı literatür sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu farkın eğitim düzeyi arttıkça empati düzeyinin artmasından kaynakladığını ve eğitim düzeyi arttıkça empatiyle ilgili verilen eğitimin hemşireler tarafından daha fazla önemsendiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştıkları birim ve mahremiyet tutumları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre JSENS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Aynı şekilde Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında çalışılan birim ve empati düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır (100). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında dahili-cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin empati düzeylerinin acil servislere ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (101). Bu durumun sebeplerinin; birimlerin yoğunlukları, iş yükleri, hasta bakım süreleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Empati düzeyi yüksek olan hemşirelerin hasta mahremiyeti tutumlarının yüksek olabileceği varsayılarak yapılan bu araştırmada hemşirelerin HMÖ alt boyutları ve toplam puanı ile JSENS toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Araştırmada hemşirelerde empati düzeyi arttıkça hasta mahremiyet tutumunun da zayıf düzeyde de olsa arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç eğitim ile geliştirilebilen bir beceri olan empatinin hemşirelerde hasta mahremiyet tutumunun geliştirilmesine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucunda hemşireler üzerinde HMÖ ve JSENS arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında ise Buldan ve Arslan'ın hemşirelik öğrencilerinin empati düzeyi ile mahremiyet tutumu arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri inceleyen çalışmasında empati düzeyinin yüksek olduğunu belirten öğrencilerin, kendilerine ait mahremiyet tutumu puan ortalamasının da yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (17). Çalışma sonucunda öğrencilerin empati düzeyleri ve mahremiyet tutumu arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Araştırmamızın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar hemşirelerin hasta bireyleri anladığı ve hasta bireyi önemsendiğini göstermektedir. Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin diğer disiplinlerden daha fazla özen göstermesi gereken bir konu olan mahremiyetin nasıl korunması gerektiği konusundaki bilinç ve tutumlarının artması için empati düzeylerinin artması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta bireylerle en fazla zaman geçiren grup olan hemşireler için empati kurmak bireyi anlamayı, onun güvenini kazanmayı,

muayene sırasında oluşabilecek stres durumunu azaltmayı, hastayken kendini savunmasız hissedenden bireyi cesaretlendirmeyi sağlayabileceği ve aynı zamanda hasta mahremiyetini iyi bir şekilde gözetebilmenin başında hasta bireyle empati kurmak geldiği düşünülmektedir. Hasta bireylerin verilecek olan tedaviyi kabullenme süreçlerinde olumlu sonuçlar görülebilmektedir. Hemşireler açısından ise hasta bireye uygun hemşirelik girişimlerinin doğru bir şekilde belirlenecek olması hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabilmektedir. Sonuç olarak hasta mahremiyetinin sağlamak ve sürdürmek için yapılan tüm davranışlar bireylerin kendileri ve başkalarının mahremiyetleri hakkındaki bilinçliliğini esas almaktadır. Hemşirelerin bu sebepler doğrultusunda eğitim süreçlerinde mahremiyet, empati, etik eğitimi, etkili iletişim teknikleriyle ilgili eğitim almaları önemli olmaktadır. Aynı zamanda çalışan hemşirelerin de eğitimleri göz ardı edilmemelidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta ya da sağlıklı bireyler için sağlık çalışanları ve özellikle hasta bireyler ile en çok vakit geçiren hemşireler tarafından korunması gereken hasta mahremiyeti hususunu kapsamaktadır. Ulusal ve uluslararası alanda güvence altına alınmış olan hasta mahremiyeti alanında birçok çalışma bulunmaktadır. Hasta bireylere bakım verirken mahremiyete özen göstermek, hemşirelerin hizmet kalitesini yükseltmek için gösterdikleri zorunlu bir çabadır. Çünkü mahremiyet hasta ya da sağlıklı bireylerin sağlık kurumlarına başvurdıkları andan itibaren korunması gereken bir haktır.

Eğitim ile geliştirilebilen bir beceri olan empati, hemşirelerde hasta mahremiyeti tutumunun geliştirilmesine olumlu etki gösterdiği bildirilmektedir. Bakım verdiği hastaları doğru şekilde tanıyıp anlayabilen, empati becerisini etkili kullanabilen hemşirelerin, hasta bireylerin mahremiyetlerini bilinçli bir şekilde koruduğu bilinmektedir.

Bu araştırmada genel olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Hemşirelerin tamamına yakını mahremiyeti “bedenin ve bilgilerin gizliliği” olarak tanımlamaktadır.
- Hemşirelerin çoğunluğu hasta mahremiyeti hakkında daha önce eğitim almıştır.
- Hemşirelerin yarısı HHY’de hasta mahremiyetiyle ilgili bölümü okumuştur.
- Hemşirelerin mahremiyete ilişkin eğitim alma durumuna göre HMÖ karşılaştırıldığında eğitim alanların cinsiyete göre mahremiyet, kendini koruyamayanların mahremiyeti ve ölçek toplam puanı istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.
- Hemşirelerin HMÖ’den aldıkları puan 122.7 ± 10.6 olup mahremiyet algıları yüksek olarak değerlendirilmiştir.
- Hemşirelerin JSENS’ten aldıkları puan ortalaması 89.7 ± 14.3 olup empati düzeyleri orta üstü bulunmuştur.
- Hasta Mahremiyet Ölçeği ve JSENS arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0.255$; $p<0.001$).
- Hemşirelerin empati düzeyleri arttıkça hasta mahremiyet tutumlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılmıştır.

- Hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri kapsamında hizmet içi eğitim programlarında empati ve hasta mahremiyeti konularına yer verilmelidir.
- Hemşirelere mahremiyete ilişkin hasta haklarının neler olduğu ve güncel mevzuatı takip etmenin önemi vurgulanmalıdır.
- Sağlık kurumlarında mahremiyet uygulamaları ve hasta-hasta yakını beklentileri değerlendirilip hasta mahremiyeti hakkında politikaların oluşturulması önemlidir. Bu doğrultuda hasta-hasta yakını ve sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.
- Hemşirelerin yaptığı hasta mahremiyeti ihlalleri hakkında kurum içi istatistikler düzenli aralıklarla birimlerle paylaşılmalı ve ilgililere gerekli uyarı ve öneriler yapılmalıdır.
- Hemşirelerin hasta mahremiyeti ihlali yaptığı durumlarda, ihlallerin bildirilmesi konusunda kurum çalışanları ve hasta-hasta yakınları cesaretlendirilmelidir.
- Hemşirelerin hasta mahremiyeti uygulamalarını denetlemek üzere bağımsız denetim birimi oluşturulmalıdır.
- Bilimsel çalışmalarda ulusal ve uluslararası alanda empati ve hasta mahremiyeti konusuna dikkat çekilmeli bu konularda araştırma ve projeler yürütülmelidir.
- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti tutumları ve empati düzeyleriyle ilişkili faktörlerinin belirlenmesi amacıyla hemşire, diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları arasında araştırmalar ve projeler yapılmalıdır.
- Kurumların hasta mahremiyet ihlallerinin önlenmesi için fiziki yapılarının iyileştirilmesi konusunda adımlar atılmalıdır.
- Teknolojinin hızlı gelişmesine bağlı olarak yetkisi olmayan bireylerin hasta bilgilerine ulaşımının engellenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.
- Kendini korumada yeterli olamayanlar için literatüre katkı amacıyla daha çok çalışma yapmak için bireyler desteklenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Akgül Yılmaz S (2020). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ve bu ünitelerden hizmet alan hastaların hasta mahremiyetine ilişkin görüşleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
2. Aktan GG, Eşer İ, Kocaçal E (2019). Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 16(4): 301-305.
3. Türk Hemşireler Derneği (2013). Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar. from:<https://www.thder.org.tr/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar> (Erişim Tarihi 27 Mart 2022).
4. Özkan ZK, Çil S, Mayda Z (2020). Hemşirelik öğrencilerinin hasta mahremiyetini korumaya yönelik davranışlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 8(2): 312-320.
5. Yavuz Yılmaz AN (2021). Sağlık çalışanlarının mahremiyet algılarının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarına etkisi. Yüksek Lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
6. Türk Dil Kurumu, Mahremiyet nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 13 Aralık 2022).
7. Işık S (2013). Hastaların özel bilgilerini korumaya ilişkin politikalar: bir uygulama örneği. Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, İzmir.
8. Bekmezci H, Özkan H (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2(1): 113-124.
9. Korkmaz Y (2020). Hasta hakkı olarak özel hayatın korunması bağlamında beden mahremiyeti. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi (15): 573-598.
10. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklariyonetmeligi.html> (Erişim Tarihi 21 Mart 2022).
11. Can N (2020). Hasta mahremiyeti hakkı. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2020. 147: 183-219.

12. Türk Tabipler Birliği, İstanbul Tabip Odası (1929). Dayanak ve/veya İlgili Hukuki Düzenlemeler, Hasta mahremiyeti ihlali cezaları. <https://www.istabip.org.tr/icerik/net2mevzuat.pdf> (Erişim Tarihi 5 Mayıs 2022).
13. Aydın N (2008). Hasta haklarının hukuki boyutu ve korunma yolları. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (22): 297-326.
14. Atalay H (2021). Mahremiyet kapsamında kişisel sağlık verilerinin korunması ve depolanması. Journal of Academic Perspective on Social Studies 1: 1-20.
15. Ersoy E, Köşger F (2016). Empati: tanımı ve önemi/empathy: Definition and its importance. Osmangazi Tıp Dergisi 38(2): 9-17.
16. Şahin S, Özgen D, Özdemir K, Ünsal A (2018). Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal 10(3): 318-325.
17. Buldan Ö, Arslan S (2021). Hemşirelik öğrencilerinin empati düzeyi ile mahremiyet bilinci arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 13(2): 318-329.
18. Aslan FE, Çınar F, Es M (2019). Cerrahi hemşirelerinin mahremiyet bilinçlerinin incelenmesi. Kocaeli Tıp Dergisi 8: 95-103.
19. Öztürk H, Özçelik S, Bahçecik N (2014a). Hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 30(3): 19-31.
20. Avaner E (2018). Mahremiyet nedir? Mahremiyetin sağlık hizmetleri penceresinden görünürlüğü nasıldır? Türkiye Biyoetik Dergisi 5(3): 110-116.
21. Cambridge Dictionary, <https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce-t%C3%BCrk%C3%A7e/privacy> (Erişim Tarihi 13 Aralık 2022)
22. Öztürk H, Sayılıgil O, Musmul A, Acar, NE (2018). Acil serviste mahremiyet algısı: Örnek bir tıp fakültesi hastanesi. Konuralp Tıp Dergisi 10(1): 26-33.
23. Tanrıkulu F, Erol F, Ziyai NY, Gündoğdu H, Karabulutlu B, Dikmen Y (2020). Hemşirelerin hasta mahremiyetini gözetme durumlarının incelenmesi. Journal of Innovative Healthcare Practices 1(1): 22-9.
24. Altman I (1977). Privacy regulation: Culturally universal or culturally specific? Journal of Social Issues 33(3): 66-84.
25. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Tanımlar, Sürüm 6.1, 1. Baskı, Ankara, Haziran 2020.

26. Bölüktaş RP, Özer Z, Yıldırım D (2018). Uluslararası hemşirelik andının mesleki değerler açısından incelenmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 6(13): 83-98.
27. Varol E (2018). Hemşirelerin mahremiyet hakkındaki tutumları ve bakım uygulamalarının hasta mahremiyetine olan etkileri. Yüksek Lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Balıkesir.
28. Türk Dil Kurumu, Sır nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 13 Aralık 2022).
29. Çoban GS (2021). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi kendini gerçekleştirme basamağında gizil yetenekler. European Journal of Educational and Social Sciences 6(1): 111-118.
30. Gündüz N, Altıntaş S (2019). Hasta mahremiyetine yönelik sağlıkta kalite standartlarının hastane çalışanları üzerinde algılarının ölçülmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 16(1): 11-30.
31. WHO (2000) World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281> (Accessed 5 May 2023)
32. Akar Y, Özyurt E, Erduran S, Uğurlu D, Aydın İ (2019). Hasta mahremiyetinin değerlendirilmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 6(1): 18-24.
33. Bahar A, Özgürbüz N, Erdem DT, Dulkara GH (2022). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin hasta mahremiyeti bilincine ilişkin bilgi ve tutumlarının incelenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 4(2): 118-129.
34. Belsey A, Chadwick R (1998). Ethical Issues in Journalism and the Media. Çeviren Türkoğlu N, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
35. Özata M, Özer K (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 20(1): 81-92.
36. Çatak A (2015). Mahremiyet kavramının farklı anlam alanları veya “fıkıh-ı bâtın” da mahremiyet algısı. Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 4(8): 93-111.
37. Korkmaz A (2014). İnsan hakları bağlamında özel hayatın gizliliği ve korunması. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2014(3): 99-103.
38. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, SKS-Hastane Sürüm 5.1, 2016 <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9064/sks-hastaneversiyonlar.html> (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023)
39. Tosun H, Aksoy N (2019). Ebelik uygulamalarında mahremiyet. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi 1(1): 21-27.

40. Aktaş D, Baykara ZG (2020). Stomalı bireylerde hassas bir konu: mahremiyet. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 8-15.
41. Türk Dil Kurumu, Etik nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 3 Ocak 2023).
42. Burkhardt MA, Nathaniel AK (2013). Ethics and issues in contemporary nursing. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çeviren: Alpar ŞE, Bahçecil N, Karabacak Ü, 3.Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 24-461.
43. Özsoy S, Dönmez R (2017). Hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları: geçmişten günümüze hemşirelik andı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 33(1): 111-122.
44. Arslan ET, Demir H (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine ilişkin tutumu: nitel bir araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 17(4): 191-220.
45. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Tasarı, Teklif Önerge Bilgileri, 2020. https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.onerge_bilgileri?kanunlar_sira_no=277394 (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023)
46. Akyüz, Y (2016). Batı toplumunda Mahremiyet algısının oluşması, değiştirilmesi ve etkisi. Din, Gelenek ve Ahlak Bağlamında Mahremiyet Algıları Sempozyumu. 2: 175-193, 27-29 Mart 2015, Samsun.
47. Ekşi, A (2016) İslam hukuku bakımından tedavi sürecinde hasta mahremiyetinin ihlali. Din, Gelenek ve Ahlak Bağlamında Mahremiyet Algıları Sempozyumu. 1: 129-139, 27-29 Mart 2015, Samsun.
48. Türk Dil Kurumu, Kültür nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 6 Ocak 2023).
49. Mevzuat Bilgi Sistemi, Hemşirelik Yönetmeliği, 2010. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023).
50. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, (2010). <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/414> (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023)
51. Lu Y, Cai H, Bosch SJ (2017). Key spatial factors influencing the perceived privacy in nursing units: An exploration study with eight nursing units in Hong Kong. HERD: Health Environments Research & Design Journal 10(4): 37-48.
52. Olsen JC, Sabin BR (2003). Emergency department patient perceptions of privacy and confidentiality. The Journal of Emergency Medicine 25(3): 329-333.

53. Valizadeh F, Ghasemi SF (2020). Human privacy respect from viewpoint of hospitalized patients. *Avrupa Çeviri Miyolojisi Dergisi* 30 (1).
54. Timmins F, Parissopoulos S, Plakas S, Naughton MT, de Vries JM, Fouka G (2018). Privacy at end of life in ICU: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 27(11-12): 2274-2284.
55. Scarlet S, Dreesen E (2017). Surgery In Shackles: What Are Surgeons' Obligations To Incarcerated Patients In The Operating Room? *AMA J Ethics* 19(9): 939-946.
56. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı, 13.12.2017 tarih ve 82307621-419 sayılı Hasta Mahremiyeti Hakkında yazısı, 24 Mayıs 2018. (Erişim Tarihi 10 Nisan 2023)
57. Akdemir N (2015). Türkiye'deki hasta hakları uygulamaları çerçevesinde çocuk hastaların durumu. Yüksek Lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
58. Mevzuat Bilgi Sistemi, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, İkinci Bölüm, IV. Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması, A. Özel hayatın gizliliği, 1982. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> (Erişim Tarihi 4 Nisan 2023)
59. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yaşlılar için Bilgilendirme Rehberi 2, 2020, (Erişim Tarihi 10 Nisan 2023)
60. Fuller L, Eves MM (2017). Incarcerated Patients and Equitability: The Ethical Obligation To Treat Differently. *J Clin Ethics* 28(4): 308-313.
61. Ceza ve Tevfikeyleri Genel Müdürlüğü, Muayene ve Hasta Mahremiyeti. <https://cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/muayene-ve-hasta-mahremiyeti> (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023)
62. Türk Dil Kurumu, Hak nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 6 Ocak 2023).
63. Mevzuat Bilgi Sistemi, (2001). Türk Medeni Kanunu, 28. Madde. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> (Erişim Tarihi 6 Nisan 2023)
64. Birinci G (2017). İnsan hakları evrensel bildirgesinin kısa tarihi 1: milletler cemiyetinden birleşmiş milletlere. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi* 7(2): 50-81.
65. Gündüz MŞ (2022). Uluslararası insan hakları açısından kişisel veri güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Batman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Ana Bilim Dalı, Batman.

66. Demirkol M (2017). Kişi hak ve hürriyetlerinin korunması karşısında anayasa madde. 13, bu Hükme aykırı yasal düzenleme ve faaliyetlerin anayasa madde 11 açısından değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, (ICOMEF 2017 ÖZEL SAYISI), 17-27.
67. Eroğlu Ş (2018). Dijital yaşamda mahremiyet (gizlilik) kavramı ve kişisel veriler: Hacettepe Üniversitesi bilgi ve belge yönetimi bölümü öğrencilerinin mahremiyet ve kişisel veri algılarının analizi. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 35(2): 130-153.
68. Şahin A (2010). Ulusalüstü insan hakları hukukunda ekonomik sosyal ve kültürel hakların niteliği bağlamında sağlık hakkının kapsamı üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 59(4): 711-766.
69. Zengin N (2010). “Sağlık hakkı” ve sağlık hizmetlerinin sunumu. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1(1): 44-52.
70. Türk Dil Kurumu, Özel Hayat nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 6 Ocak 2023).
71. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Özel Hayatın Gizliliği. <https://www.yargitay.gov.tr/documents/AIHM.pdf> (Erişim Tarihi 4 Nisan 2023)
72. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <https://www.hsk.gov.tr/Eklentiler/Dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf> (Erişim Tarihi 4 Nisan 2023)
73. Bilgin R, Diğer H (2020). Hastanede yatan bireylerin, hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyleri: Tokat ilindeki bir devlet hastanesi örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 30(1): 307-327.
74. Göktürk M (2019). Sağlık kurumlarında hasta hakları memnuniyetinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
75. Dikmeci MM (2019). Hasta hakları bilinçliliği; Sivas ilinde bir özel eğitim kurumu örneği. Yüksek Lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Sivas.
76. Türk Dil Kurumu, Empati nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi 12 Ocak 2023).
77. Şahin S (2022). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerde empati ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

78. Şahin ZA, Özdemir FK (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. Jaren (1)1: 1-7.
79. Kalaycı H (2022). Hemşirelik öğrencilerinde kolostomi torbası deneyiminin empatik yaklaşım ve bilinçli farkındalık üzerine etkisi: nitel ve nicel bir çalışma. Yüksek Lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği, Aydın.
80. Özdelikara A, Babur S (2020). Hemşirelik öğrencilerinin merhamet düzeyi ve empatik eğilim ilişkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (2): 342-349.
81. Cangür Ş, Gamsızkan Z (2019). Tıp fakültesi 3. sınıf öğrencilerinin empatik eğilim ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician 10(2): 89-97.
82. Karaca A, Açıkgöz F, Akkuş D (2013). Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi: Bir sağlık yüksekokulu örneği. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013 4(3): 118-122.
83. Smith A (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution.” Psychological Record 56(1): 3.
84. Ay MG, Kılıç B G (2019). Nörogelişimsel bozukluklar ve empati. Ortadoğu Tıp Dergisi 11(4): 585-595.
85. Dökmen Ü (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES), 21(1): 155-190.
86. Yıldız İ (2019). Hemşirelerin empati becerilerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
87. Uygun E (2006). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.
88. Ağaçdiken S, Aydoğan A (2017). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(2): 122-129.
89. Aktaş MC, Bulduk B, Çelik D, Ensarioğlu K (2018). Hemşirelik öğrencilerinde benlik saygısı ve empatik düzey arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi 1(3): 21-26.

90. Kürtüncü M, Arslan N, Çatalçam S, Yapıcı G, Hırçın G (2018). Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin kültürlerarası duyarlılıkları ile sosyo-demografik özellikleri ve empati düzeyleri arasındaki ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 20(1): 44-56.
91. Öztürk H, Bahçecik N, Özçelik SK (2014b). The development of the patient privacy scale in nursing. *Nursing Ethics* 21(7): 812- 828.
92. Hojat M, Herman MW (1985). Developing An Instrument to Measure Attitudes toward Nurses: Preliminary Psychometric Findings. *Psychological Reports* 56: 571-579.
93. Yanık A, Saygılı S (2014). Hemşirelik öğrencileri için Jefferson Empati Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 34(1): 111-9.
94. Karabey G, Kızıltan B, Sabancıoğulları S (2023). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Mahremiyetini Gözetme Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 6(1): 123-132.
95. Moura CMMGF, Martins MM, Lobo A, Ribeiro CR, Sequeira C (2015). Nurses' perception of privacy protection in haemodialysis. *J Nursing Referencia*, 4(6): 97-103.
96. Candan M, Bilgili N (2018). Hemşire ve ebelerin hasta mahremiyetine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(3): 34-43.
97. Bilen NA (2019). Hasta mahremiyeti konusunda hemşirelerin tutum ve görüşlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilgi Yönetimi Ana Bilim Dalı, İzmir.
98. Zirak M, Ghafourifard M, Aliafsari Mamaghani E (2017). Patients' dignity and its relationship with contextual variables: A cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences* 6(1): 49-51.
99. Kyle RG, Medford M, Blundell J, Webster E, Munoz SA, Macaden L (2017). Learning and unlearning dignity in care: Experiential and experimental educational approaches. *Nurse Education in Practice* 25: 50-6.
100. Özdemir K, Güler DS, Şahin S, Ünsal A, Kuni F (2019). Hemşirelerde empati ve öfke kontrolünün değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 6(3): 470-478.
101. Şahin S, Özgen D, Özdemir K, Ünsan A (2018). Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal* 10(3): 318-325.

102. Hu M, Zhang Z, Ou Y, Zheng X, Wu Y, Wang S, Cao F, Zhang C (2023). Importance of the Nurses'Empathy Level in Operating Rooms. *Altern Ther Health MEd*. 29(5): 107-111. PMID: 37023311.
103. Pontón YD, Narváez VPD, Andrade BM, Terán JJJ, Reyes-Reyes A, Calzadilla-Núñez A (2023). Working nurses' empathy with patients in public hospitals. *Rev LAT Am Enfermagem*. 31: 3968. doi:10.1590/1518-8345.6591.3968.PMID:37556616; PMCID: PMC10408249.
104. Kim S, Roh HJ, Sok S (2021). Empathy and self-efficacy in elderly nursing practice among Korean nurses. *International journal of environmental research and public health* 18(6): 3072. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063072>



EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz?
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Öğrenim düzeyiniz?
☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
☐ Diğer.....
4. Algıladığınız gelir durumunuz?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
5. Medeni durumunuz?
☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış
6. Kurumdaki pozisyonunuz?
☐ Servis Hemşiresi ☐ Yoğun Bakım Hemşiresi ☐ Sorumlu Hemşire
☐ Acil Servis Hemşiresi ☐ Diğer.....
7. Halen hangi bölümde çalışmaktasınız?
☐ Poliklinik ☐ Yatan hasta servisleri ☐ Yoğun Bakım Ünitesi
☐ Acil Servis ☐ Diğer
8. Meslekte toplam çalışma süreniz nedir? (yıl ve ay olarak)
9. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
10. Çalışma şekliniz nedir?
☐ Sürekli gündüz(08-16) ☐ Sürekli gece(16-08) ☐ Vardiya değişimli(08-08)
11. Günlük bakım verdiğiniz hasta sayısı ortalama kaçtır?
☐ 1-2 ☐ 2-3 ☐ 3-4 ☐ 4 ve üzeri
12. Mesleki memnuniyet düzeyiniz nedir?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
13. Mahremiyeti nasıl tanımlıyorsunuz?
☐ Bedenin gizliliği
☐ Bilgilerin gizliliği
☐ Bedenin ve bilgilerin gizliliği
☐ Diğer.....

Ek 1. (Devam)

14. Hasta mahremiyeti hakkında daha önce eğitim aldınız mı?
()Evet ()Hayır
15. Aldığınız eğitimi nasıl değerlendiriyorsunuz?
()Yeterli ()Yetersiz () Kısımten yeterli
16. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyet bölümünü okudunuz mu?
()Okudum ()Okumadım
17. Kurumunuz hasta mahremiyeti ile ilgili kurs/seminer düzenledi mi?
()Evet ()Hayır
18. Kurumunuzun hasta mahremiyetine ilişkin durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
()Kurumum hasta mahremiyetine beklediğim önemi gösterir
()Kurumum hasta mahremiyetine beklediğim önemi göstermez
()Kararsızım.
19. Mahremiyet ihlali durumunda verilen cezalar hakkında bilginiz var mı?
()Evet ()Hayır ()Kısımten
20. Mahremiyet ile ilgili yasal düzenlemenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır () Kısımten yeterli
21. Sağlık kurumlarında bilgisayar sistemlerinden kaynaklanan hasta bilgilerinin güvenliğinin yeterince sağlanabildiğini düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır () Kısımten
22. Hasta sayısının çok olmasının hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır
23. Uzun çalışma saatlerinin hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır
24. Hemşire sayısının yetersiz olmasının hasta mahremiyetine özen göstermenizi engelleyici bir faktör olduğunu düşünüyor musunuz?
()Evet ()Hayır

Ek 1. (Devam)

25. Şimdiye kadar kendinizde ve ailenizdeki hastalarda mahremiyet ihlaline neden olabilecek hemşirelik uygulamaları ile karşılaştığınız oldu mu?

()Evet ()Hayır

26. Daha önce hastanede yatış durumunuz oldu mu?

()Evet ()Hayır



Ek 2. Hasta Mahremiyet Ölçeği (HMÖ)

MAHREMİYET ÖLÇEĞİ	Tamamen Katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle Katılmıyor
1. (21) Hastanın özel hayatı, yaşam şekli ve kişisel bilgileri uluorta konuşulmaz					
2. (23) Hasta öfkeli/saldırgan davranış gösterse bile onu utandırıcı/itibarını sarsıcı davranışlarda bulunulmaz/ kişisel bilgileri açıklanmaz					
3. (18) Hastaların kişisel bilgileri hastanın yararı ve bakımının devamını sağlama dışında meslektaşlar arasında konuşulmaz					
4. (20) Hastanın özel ve kişisel bilgileri hastanın izni/onayı olmadan asla yakınlarına/bir başkasına aktarılmaz					
5. (19) Hastaların kişisel bilgilerinin konuşulması gerektiğinde (nöbet teslim vb.) alçak sesle konuşma gibi önlemler alınır					
6. (29) Hastanın mahremiyetini koruma ve sürdürme ile ilgili bir engel ya da güçlük karşılaşırsa ilgili birimlerinden destek almak için harekete geçilir					
7. (17) İletişim araçlarını kullanırken hastalara ilişkin bilgilerin korunmasına ve güvenli iletimine /erişimine özen gösterilir					
8. (30) Hastaya ait bilgiler (kayıtlar, kimlik vb.) eğitim vb. amaçlı olsa da hastadan izinsiz kullanılmaz.					
9. (16) Hastaların kişisel bilgilerine erişimi engelleyici önlemler alınır					
10. (28) Acil durumlarda bile hastanın bedensel mahremiyetinin korunmasına özen gösterilerek hemen gereken tedbir alınır					
11. (26)Birden fazla hastanın olduğu ortamda mahremiyet gözetilerek refakatçiye izin verilir					
12. (7) Uygulamalar/ girişimler sırasında hastanın izin verdiği kişi dışında bir başkasının odada bulunmasına izin verilmez					
13. (6) Hasta odalarına girerken oda kapısı çalınıp, izin isteyerek odaya girilir					
14. (25) Hasta odasının paylaşılması gerektiği durumlarda aynı cinsiyetten hastaların bir arada olması sağlanır/ perdelerle gizlilik sağlanır					
15. (27) Eğer hasta isterse hizmetli personel hastanın cinsiyetine göre görevlendirilir					
16. (14) Kendini korumada yeterli olmayan (mental yetersizlik, çocuk vb.) hastaların mahremiyeti/ gizliliği korunur					
17. (13) Hasta bilinci kapalı/ölü olsa bile yasal/ zorunlu durumlar dışında özel hayatı ya da kişisel bilgilerinin gizliliği sağlanır					
18. (12) Hasta bilinci kapalı/ ölü vb. durumda ise bedensel gizliliği sağlayacak önlemler alınır					
19. (15) Uygulamalar hastanın dinsel vb. inançları ile ilgili mahremiyet algısına özen gösterilerek gerçekleştirilir					
20. (9) Ameliyat gömleği vb. giysiler hastanın bedensel mahremiyetini koruyacak şekilde giydirilir					
21. (10) Hastalar mobilize edilirken bedensel gizliliğine özen gösterilir					
22. (11) Hastanın boşaltım ihtiyacı sırasında bedensel gizliliğine özen gösterilir					
23. (8) Hastanın giyinmesi ve soyunması için gizliliği sağlayacak ortam sağlanır					
24. (2) Hastanın mahremiyetini korumak için uygulamalardan önce mutlaka ortam düzenlenir (ör: odaya girişler ve çıkışlar engellenir)					
25. (3) Mahremiyeti sağlamak için gerektiğinde paravan, örtü vb. malzemeler mutlaka kullanılır.					
26. (4) Uygulamalardan önce yapılacak işlemler hasta ile paylaşılarak mahremiyetinin sağlanmasına beraber karar verilir					
27. (5) Her hangi bir uygulama sırasında hastanın bedensel mahremiyetini korumak için gerekli önlemler alınır (ör: yalnızca uygulama bölgesinin açılması)					

Ek 3. Jefferson Empati Ölçeği (JSENS)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Kesinlikle katılmıyorum

Kesinlikle katılıyorum

1- Hemşirelerin, hastalarının ve hasta ailelerinin duygularını anlamaları tıbbi ya da cerrahi tedaviyi etkilemez.

2- Hemşireler hastaların duygularını anladıklarında, hastalar kendilerini daha iyi hissederler.

*3- Bir hemşire için olaylara hastaların bakış açılarıyla bakmak zordur.

4- Hemşire-hasta ilişkilerinde, hastaların beden dillerini anlama sözlü iletişim kadar önemlidir.

5- Bir hemşirenin iyi bir espri anlayışının olması daha iyi bir klinik sonucun oluşmasına katkı sağlar.

*6- İnsanlar birbirinden farklı oldukları için, olayları hastaların bakış açılarıyla görmek zordur.

*7- Anemnez alırken hastaların duygularına dikkat etme önemli değildir.

*8- Hastaların kişisel deneyimlerini dikkate almak tedavi sonuçlarını etkilemez.

9- Hemşireler, hastalara bakım verirken kendilerini onların yerine koymaya çalışmalıdırlar.

10- Hastalar, duygularının hemşire tarafından anlaşılmasına değer verirler ve bu da başlı başına tedavi edicidir.

*11- Hastalıklar sadece tıbbi ya da cerrahi tedavi ile iyileştirilebilir, bu nedenle hemşirelerin hastalarıyla olan duygusal bağlarının tıbbi ya da cerrahi tedavi üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

*12- Hastalara özel hayatları hakkında sorular sormak, onların fiziksel şikayetlerini anlamada yardımcı olmaz.

13- Hemşireler hastaların beden dillerine ve sözel olmayan ifadelerine dikkat ederek, onların zihinlerinden neler geçirdiklerini anlamaya çalışmalıdırlar.

*14- Tıbbi hastalıkların tedavisinde duyguların yeri olmadığına inanırım.

15- Empati, yokluğunda hemşirenin başarısını sınırlayan, tedavi edici bir yetenektir.

16- Hemşirelerin, hastalarının ve onların ailelerinin duygusal durumlarını anlamaları, hasta-hemşire ilişkisinin önemli bir parçasıdır.

Ek 3. (Devam)

17- Hemşireler, hastalarına daha iyi bakım vermek için onlar gibi düşünmeye çalışmalıdırlar.

*18- Hemşireler, hastaları ve onların aile üyeleri ile aralarındaki güçlü kişisel bağların kendilerini etkilemesine izin vermemelidirler.

*19- Sağlıkla ilgili olmayan literatürü okumaktan ya da sanattan hoşlanmam.

20- Empatinin tıbbi tedavide önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.



Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Empati Düzeyleriyle Hasta Mahremiyet Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” olup, bu çalışma *Yüksek lisans tezi olarak* yapılacaktır. Çalışmada *tanımlayıcı araştırma yöntemi* kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 6 ay’dır. Bu çalışma süresince sizlerden *tüm soruları eksiksiz ve doğru olarak cevaplamanız (katılımcının sorumluluğu)* beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Büşra Aleyna BAYRAK

Adresi: Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

2. Önver B, Dinçer N, (Nisan 2019) (Poster) Hemşirelerin Profesyonel Değeri: Alturizm (Özgecilik), 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Afyonkarahisar.
3. Önver B, Dinçer N, (Nisan 2019) (Poster) Klinik Uygulamaya Çıkan Öğrenci Hemşirelerin Depresyon Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi, 18.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Afyonkarahisar.

