

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİDE BEDEN MAHREMİYETİ:
KÜTAHYA ÖRNEĞİ

DOKTORA TEZİ

NURİYE DEĞİRMEN

PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL

Nisan-2014

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİDE BEDEN MAHREMİYETİ:
KÜTAHYA ÖRNEĞİ**

DOKTORA TEZİ

NURİYE DEĞİRMEN

PROF. DR. ÖMÜR ŞAYLIGİL

Nisan-2014

KABUL VE ONAY SAYFASI

Nuriye DEĞİRMEN'nin.'in Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak hazırladığı "Jinekoloji ve Obstetri'de Beden Mahremiyeti: Kütahya Örneği" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "KABUL" edilmiştir.

16.04.2014

Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL

Prof.Dr.Hikmet HASSA

Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN

Prof.Dr.Zeki YILDIZ

Doç.Dr.Nadi KESKİN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 18.04/2014 tarih ve 999./4653 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Kazım ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu araştırmada, jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetinin, sağlık hizmeti alanlar ve verenler yönünden etik açıdan değerlendirilebilmesi için bir ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği” geliştirilmiş, adı geçen ölçek Kütahya ili örneğinde uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Araştırma evrenini, Kütahya ilinde bulunan Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde ve Kütahya Özel Anadolu Hastanesi’nde çalışan doktorlar ve hemşireler ile sağlık hizmeti alan hastalar ve sağlıklı kişiler oluşturmuştur. 2011 yılı hasta sayıları ve Kütahya nüfusu temel alınarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. 161 doktor, 351 hemşire, 297 jinekoloji ve obstetri, 557 cerrahi bilimler, 515 dahili bilimler grubu hastaları ve 278 sağlıklı kişi grubu olmak üzere toplam 2159 kişiye ulaşılmıştır.

Ölçeğin analizi için C. H. Lawshe Metodu kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlilik oranı 37 madde olarak ve Cronbach’s α değeri de 0,848 olarak bulunmuştur. Adı geçen ölçek, “Genel Mahremiyet”, “Haklar ve Mahremiyet”, “Etik ve Mahremiyet” ve “Klinik Mahremiyet” olmak üzere dört boyutta değerlendirilmiştir.

Doktorlar grubunun yaş ortalaması $41,16 \pm 9,442$ yıl olup, 83’ü (%51,6) kadındır. Hemşire ve ebeler grubunun yaş ortalaması $31,47 \pm 7,303$ yıl, 316’sı (% 90,0) kadındır. Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaş ortalamaları $33,38 \pm 11,71$ yıldır. Sırasıyla yaş ortalamaları cerrahi bilimler grubu hastaları için $41,69 \pm 13,96$, dahili bilimler grubu hastaları için $42,85 \pm 13,56$, sağlıklı kişiler grubu için $31,70 \pm 12,12$ yıl olarak belirlenmiştir. Sağlıklı ve hasta gruplarında katılımcıların çoğunluğu kadındır.

Bu araştırmada, mahremiyetin korunmasında fiziki mekanın önemli olduğu; tüm katılımcıların mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları; mahremiyeti bir hak olarak gördükleri; kadınların,

evlilerin, ilkokul mezunlarının, yaşları ileri olanların, kendilerini kıra yakın kültürde değerlendirenlerin mahremiyet konusunda daha duyarlı olduğu; etik açıdan, sağlık hizmeti veren doktorların hemşire ve ebelere göre, mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları; buna karşın tüm katılımcıların hasta hakları ve mahremiyet hakkı konusunda mevzuatı bilmedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Jinekoloji ve Obstetri, Beden Mahremiyeti, Etik

SUMMARY

In this study, it has been aimed to develop a scale to evaluate body confidentiality in gynecology and obstetrics in terms of both the health service providers and receivers from the ethical point of view. For this reason, the “Body Confidentiality Scale for Gynecology and Obstetrics” has been developed, applied to the Kutahya region, and then statistically evaluated.

The population was consisted of physicians and nurses, patients receiving health service and healthy people in Evliya Celebi Hospital in Dumlupinar University and Private Anadolu Hospital, both in Kutahya. The sample size was determined based on the number of patients in 2011 and Kutahya population. A total of 2159 people (consisted of 161 physicians, 351 nurses, 297 gynecology and obstetrics patients, 557 surgical sciences patients, 515 internal medicine patients and 278 healthy people) were reached.

The analysis of the scale was performed using C. H. Lawshe Method. The content validity ratio and the Cronbach’s alpha value of the scale were determined as 37 items and 0,848, respectively. The corresponding scale that has been developed in the current investigation was evaluated in terms of four different dimensions, i.e. “Confidentiality in General”, “Rights and Confidentiality”, “Ethics and Confidentiality” and “Clinical Confidentiality”.

The average age of the physicians group was $41,16 \pm 9,442$, while 83 of them (51,6%) were women. The average age of the nurses and midwives group was $31,47 \pm 7,303$, while 316 of them (90,0%) were women. The average ages of the gynecology and obstetrics patients, surgical sciences patients and internal medicine clinics patients were $33,38 \pm 11,71$, $41,69 \pm 13,96$ and $42,85 \pm 13,56$. The average age of the healthy people group was $31,70 \pm 12,12$. The majority of the patient group and healthy people group were women.

The results of this investigation showed that; the physical environment was important on the protection of the confidentiality; all the participants were taking the confidentiality into account by considering its sub-items and viewing the

confidentiality as a right; the women, the married people, the primary school graduates, the elderly people and the ones that consider themselves close to the rural culture were more sensitive to the confidentiality; the physicians were more sensitive to the confidentiality compared to the nurses and midwives from the ethical point of view; and on the other hand, all the participants did not know about the laws on the patient rights and confidentiality.

Key words: gynecology and obstetrics, body confidentiality, ethics

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
SUMMARY	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xxiv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xxix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi ve Tanımlar	1
1.2. Hukuk Açısından Mahremiyet.....	3
1.3. Etik Açısından Mahremiyet	5
1.4. Sağlık Alanında Beden Mahremiyeti.....	5
1.5. Tezin Amacı	11
2.GENEL BİLGİLER	12
2.1. Mahremiyet Kavramı, Epistemolojisi ve Anlamı	12
2.1.1. Gizlilik ve mahremiyet kavramlarının ayrışıklığı	19
2.1.2. Tıpta mahremiyet kavramının epistemolojik açıdan incelenmesi.....	21
2.2. Tarih, Kültür ve Mahremiyet.....	23
2.2.1. Anadolu’da eski uygarlıklardan günümüze gebelik, doğum ve mahremiyet.....	29
2.2.2. Bilişim ve gizlilik	33
2.2.3. Mekan ve mahremiyet	35
2.2.4. Evlerin mahremiyeti	37
2.2.5. Hasta odaları ve mahremiyet.....	41
2.2.6. Mahremiyet ve yaşam döngüsü.....	43
2.2.7. Mahremiyet ve cinsiyet.....	46
2.2.8. Mahremiyet ve duygular	47
2.2.9. Mahremiyet ve din.....	49
2.3. Hukuk Açısından Mahremiyet.....	51
2.3.1. Hak ve yetki	51
2.3.2. Mahremiyetin ihlali	57
2.3.3. Mahremiyetin sınırlılıkları	58
2.4. Etik Açısından Mahremiyet	60

2.4.1. Mahremiyetin felsefi temelleri	62
İÇİNDEKİLER (devam ediyor)	
2.4.2. Eylem kuramları içerisinde mahremiyet ilkesi.....	65
2.4.3. Erdemler kuramı içerisinde mahremiyet ilkesi	69
2.4.4. Bakım etiği ve feminist etikte mahremiyet	71
2.4.5. Postmodern etik teorilerde mahremiyet	72
2.4.6. Mahremiyet ve değerler	73
2.5. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Mahremiyet	75
2.5.1. Sağlık hizmetlerinin sunumunda mahremiyet, sağlık kuruluşlarının mahremiyet açısından değerlendirilmesi.....	78
2.5.2. Sağlık hizmetlerinde beden mahremiyeti.....	81
2.5.3. Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim ve mahremiyet.....	85
2.5.4. Sağlık hizmetlerinde kamusal alan özel alan kesişmesi	88
2.5.5. Giysiler, örtüler, ameliyat gömlekleri.....	90
2.6. Jinekoloji ve Obstetri Alanında Mahremiyet Kavramı	91
2.6.1. Kadınların gebelik, doğum, emzirme, lohusalık, mensturasyon durumları ve mahremiyet	92
2.6.2. Kadın olmak bağlamında yaşanan sağlık sorunları	95
2.6.3. Sağlık hizmetlerinde mahremiyeti koruma ve sağlama yöntemleri	100
3. GEREÇ VE YÖNTEM	105
3.1. Araştırmanın Amacı	105
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	105
3.3. Araştırmanın Önemi.....	105
3.4. Araştırmanın Modeli	106
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	106
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	108
3.6.1. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve uygulama hastanesi doktor, hemşire ve yatak sayıları:	108
3.6.2. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 2011 Yılı 01-Ocak--30-aralık tarihleri arasında yatan hasta sayıları:	109
3.6.3. Kütahya Özel Anadolu Hastanesi doktor, hemşire ve yatak sayıları	111

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

3.6.4. Kütahya Özel Anadolu Hastanesinde 2011 Yılı 01 Ocak- 30 aralık tarihleri arasında yatan hasta sayıları	112
3.6.5. Araştırmanın örneklem hesabı	112
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	115
3.8. Veri Toplama Araçları	115
3.9. Veri Toplama Yöntemi.....	119
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	119
3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	120
4.BULGULAR	121
4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	121
4.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	121
4.1.2. Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	124
4.2. Araştırmanın Sosyo-Demografik Anket Formunda Yer Alan Bazı Sorulara Araştırma Gruplarının Verdiği Cevapların Değerlendirilmesi.....	129
4.2.1. Sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin dağılımı	129
4.2.2. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı.....	129
4.2.3. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı	129
4.2.4. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı.....	131
4.2.5. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımı.....	132
4.2.6. Sağlık hizmeti alan grupların mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin dağılımı.....	132
4.2.7. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı.....	133
4.2.8. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı	133

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

- 4.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı..... 135
- 4.2.10. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımı..... 136
- 4.2.11. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarına göre dağılımı 138
- 4.2.12. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı 138
- 4.2.13. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden dağılımı..... 139
- 4.2.14. Hasta hakları yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin medeni durumlarına göre dağılımı..... 140
- 4.2.15. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin yaşlarına göre dağılımı 141
- 4.2.16. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı 141
- 4.2.17. Sağlık hizmeti alan grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının dağılımı..... 142
- 4.2.18. Sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarına göre dağılımı..... 142
- 4.2.19. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların cinsiyetlerine göre dağılımı 143

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.2.20. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumlarına göre dağılımı	143
4.2.21. Hasta hakları yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşlarına göre dağılımı	145
4.2.22. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeylerine göre dağılımı	147
4.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Değerlendirilmesi	149
4.3.1. Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları	150
4.3.2. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının değerlendirilmesi	154
4.3.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi	155
4.3.4. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi	156
4.3.5. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi	157
4.3.6. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi	158
4.3.7. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre Ortalama, Standart Sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD Analizleri ile Değerlendirilmesi.....	160
4.3.9. Tüm katılımcıların Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi	166

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.10. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi	168
4.3.11. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi	170
4.3.12. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi	172
4.3.13. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi	174
4.3.14. Jinekoloji ve obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun Mann-Whitney U testi ile cinsiyetlerine göre değerlendirilmesi	174
4.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi	175
4.3.16. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi	176
4.3.17. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubu cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi	176
4.3.18. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi	177
4.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi.....	177

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	179
4.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	181
4.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	183
4.3.23. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	186
4.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	186
4.3.25. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	188
4.3.26. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	188
4.3.27. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	189
4.3.28. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	190
4.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi	191

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi	192
4.3.31. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi	193
4.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi.....	193
4.3.33. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi.....	194
4.3.34. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi	195
4.3.35. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	195
4.3.36. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	195
4.3.37. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre kruskal-wallis testi ile değerlendirilmesi.....	197
4.3.38. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	198
4.3.39. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	200

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.40. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	200
5. TARTIŞMA.....	201
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerine İlişkin Verilerin Tartışılması	202
5.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin verilerin tartışılması	202
5.1.2. Sağlık hizmeti alanların sosyo-demografik bilgilerine ilişkin verilerin tartışılması	204
5.2. Araştırmanın Sosyo-Demografik Anket Formunda Yer Alan Bazı Sorulara Araştırma Gruplarının Verdiği Cevapların Tartışılması.....	207
5.2.1. Sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarının dağılımının tartışılması	208
5.2.2. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının cinsiyetlerine göre tartışılması.....	208
5.2.3. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre tartışılması.....	209
5.2.4. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının yaşlarına göre tartışılması.....	209
5.2.5. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	210
5.2.6. Sağlık hizmeti alan grupların mahremiyet tanımlarının dağılımının tartışılması	210
5.2.7. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının cinsiyetlerine göre tartışılması.....	212
5.2.8. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre tartışılması.....	213
5.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının yaşlarına göre tartışılması.....	213
5.2.10. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	214

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.2.11. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının tartışılması	215
5.2.12. Sağlık hizmeti veren gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının tartışılması	216
5.2.13. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden tartışılması	217
5.2.14. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin medeni durumları yönünden tartışılması	218
5.2.15. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin yaşları yönünden tartışılması	219
5.2.16. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin Öğrenim Düzeyleri Yönünden tartışılması	219
5.2.17. Sağlık hizmeti alan grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının tartışılması	220
5.2.18. Sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının tartışılması	221
5.2.19. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların cinsiyetleri yönünden tartışılması	221

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.2.20. “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumları yönünden tartışılması	222
5.2.21. “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşları yönünden tartışılması....	223
5.2.22. “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeyleri yönünden tartışılması	224
5.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Tartışılması	224
5.3.1. Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının tartışılması	224
5.3.2. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının tartışılması	225
5.3.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Genel Mahremiyet Boyutu’nun tartışılması.....	227
5.3.4. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu’nun tartışılması	228
5.3.5. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Etik ve Mahremiyet Boyutu’nun tartışılması.....	229
5.3.6. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Klinik Mahremiyet Boyutu’nun tartışılması.....	229
5.3.7. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımının tartışılması	230

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.3.8. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımının tartışılması	231
5.3.9. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması	232
5.3.10. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması	235
5.3.11. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması ..	236
5.3.12. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması....	237
5.3.13. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, doktorlar grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması	245
5.3.14. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, hemşire ve ebeler grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması	246
5.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre tartışılması.....	246
5.3.16. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre tartışılması.....	248
5.3.17. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, sağlıklı kişiler grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması.....	249
5.3.18. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	250
5.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	251
5.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	252
5.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	252

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre tartışılması.....	253
5.3.23. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması.....	254
5.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve beler grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması.....	254
5.3.25. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması.....	255
5.3.26. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması.....	255
5.3.27. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması.....	256
5.3.28. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması.....	257
5.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre tartışılması.....	257
5.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre tartışılması.....	258
5.3.31. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması.....	259
5.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması.....	259
5.3.33. Jinekoloji ve obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması.....	260
5.3.34. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre tartışılması.....	261
5.3.35. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun medeni durumlarına göre tartışılması.....	261
5.3.36. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre tartışılması.....	262

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

5.3.37. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması.....	262
5.3.38. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması.....	263
5.3.39. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması.....	263
5.3.40. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre tartışılması	264
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	265
6.1. Sonuçlar	265
6.2.Öneriler.....	271
KAYNAKLAR DİZİNİ	274
EKLER DİZİNİ	286
EK -1. Soru Formu	286
EK -2.....	288
EK -3.....	291
EK-4.....	295
EK-5.....	297
ÖZGEÇMİŞ	298

TABLolar DİZİNİ

Tablo-4.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	122
Tablo-4.1.2. Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	125
Tablo-4.2.3. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı.....	131
Tablo-4.2.8. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı.....	134
Tablo- 4.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı.....	135
Tablo-4.2.10. “Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?” sorusuna verilen cevapların sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı	137
Tablo-4.2.12. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliğinin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı.....	139
Tablo-4.2.13 Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı.....	140
Tablo-4.2.20. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumlarına göre dağılımı	144
Tablo-4.2.21. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşlarına göre dağılımı”	146
Tablo-4.2.22 Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?	

sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeylerine göre dağılımı”148

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

- Tablo-4.3.1.** “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları” 151
- Tablo-4.3.2.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları..... 154
- Tablo-4.3.3.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi 155
- Tablo-4.3.4.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi..... 157
- Tablo-4.3.5.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi..... 158
- Tablo-4.3.6.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi..... 159
- Tablo-4.3.7.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı..... 161
- Tablo-4.3.8.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımı..... 164
- Tablo-4.3.9.** Tüm Katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı... 167
- Tablo-4.3.10.** Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı..... 169
- Tablo-4.3.11.** Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı..... 171

Tablo-4.3.12. Tüm Katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı.....	173
--	-----

TABLÖLÄR DİZİNİ (devam ediyor)

Tablo-4.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmesi.....	175
Tablo-4.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	178
Tablo-4.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	180
Tablo-4.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi	182
Tablo-4.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	184
Tablo-4.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	187
Tablo-4.3.27. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....	189
Tablo-4.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi.....	191
Tablo-4.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi.....	192
Tablo-4.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho testi ile değerlendirilmesi.....	194

TABLULAR DİZİNİ (devam ediyor)

- Tablo-4.3.36.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....196
- Tablo-4.3.37.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi.....197
- Tablo-4.3.38.** Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi.....199

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge ve Kısaltma	Açıklama
AIHM	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AIHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam geçerlilik oranları
R.G.	Resmi Gazete
p	Anlamlılık Değeri
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
α	İç Tutarlılık Katsayısı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi ve Tanımlar

Günümüzde sağlık hizmetlerinde özellikle kadın sağlığı alanında hasta haklarının korunmasına ilişkin duyarlılık gelişmektedir. Hasta haklarının önemli bir boyutunu oluşturan hastaların mahremiyet hakkının korunmasına ayrıca önem verilmesi gerekmektedir. Buna karşın sağlık hizmetlerinin modernleşmesi; sistemin daha da karmaşıklaşmasına sebep olarak, teknolojik gelişmeler, klinik temelli ve iş merkezli hasta tedavi ve bakımına yönelme gibi sebeplerle, hasta hakları konusunda daha fazla sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili yayınlanan son yönergeler değerlendirildiğinde; T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayınlanan “Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi” nde; polikliniklerde, kliniklerdeki hasta odalarında, yoğun bakım üniteleri, acil ve diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin neler yapılması gerektiğine yönelik maddelere ayrıntılı olarak yer verilmiştir (6). Ayrıca 2008 yılında resmi gazetede yayınlanan 26788 sayılı “Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” de değişiklik yapılarak 03-08-2010 tarihli resmi gazetede 27661 sayılı yönetmelik yayınlanmış; yönetmeliğe 12/D maddesi eklenerek, muayenehanelerin taşınması gereken standartlarda; hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin ifadeye yer verilmiştir (66, 69). Ancak Danıştay 10. Dairesinin 2010 yılındaki yargı kararları ile bu yönetmeliğin yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiş, 07-04-2011 tarihli 27898 sayılı resmi gazetede bu yönetmelik değiştirilerek yayınlanmış ve yönetmeliğin en son halinde de hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin ifade yer almaya devam etmiştir (63, 70). Ancak sağlık hizmetlerinde en son yayınlanan yönetmeliklerde vurgulanmasına ve özellikle önem verilmesine rağmen, gerek uygulamalarda gerek araştırmalarda; sağlık hizmeti verenler alanlar açısından mahremiyet kavramının algılanışı ve özellikle jinekoloji ve obstetri alanında uygulamadaki sorunlar tam olarak belirgin değildir. Sağlık alanında mahremiyet kavramının incelenmesinde; kavramın

tanımlanması ve hukuksal, etik, sosyal ve psikolojik, fiziksel boyutları ile açıklanması yararlı olacaktır.

Mahremiyet, bireyin fiziksel temas, duygu, düşüncelerini açıklamamak gibi, beden ve zihinsel bütünlüğüne ulaşılmasına bir sınır koyması şeklinde tanımlanmaktadır (120). Mahremiyet Arapça kökenli bir sözcük olup, Türkçe’de yazı ve konuşma dilinde de aynen kullanılmaktadır. Mahremiyet kavramı TDK sözlüğünde ‘gizlilik’, ‘kişisel gizlilik’ olarak ifade edilmektedir ve (birinin) mahremiyetine girmek deyimini; bir kimsenin özel hayatını öğrenecek kadar ona yakın olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Mahremiyet kavramının köken aldığı Arapça ‘mahrem’ ise; TDK tarafından; akrabadan olduğu için nikah düşmeyen kimse, başkalarına söylenmeyen şey; gizli ve sırdaş olarak üç ayrı şekilde ifade edilmiştir. Bir başka tanımı ile mahremiyet; bireye ait gizli olmayabilen, ancak açığa vurulmaması gereken, paylaşılması için bireyin iznini gerektiren veri veya bilgi olarak da tanımlanmaktadır (77). İngilizce kaynaklarda ‘privacy’ olarak adlandırılan mahremiyet, bireye ait özel alan ve özel yaşamı içeren kişisel gizliliği de içermektedir. Çeşitli öğeleri, yönleri olan bu kavram, insanın temel gereksinimlerinden biri, evrensel bir değer, korunması gereken bir hak, özel yaşam ve kişiye ait bir özellik olarak tanımlanabilir (2, 41, 93, 95, 114). Konuyla ilgili kaynaklara bakıldığında mahremiyet kavramının çeşitli tanımlarının yapıldığı görülmektedir. Bu tanımlarda ‘mahremiyet’ ifadesi, gizlilik, özerklik, özel yaşam, mülkiyet, bilgi, din, cinsellik, kültür, özel alan gibi birçok kavramla birlikte ele alınmaktadır (2, 82, 93, 119, 114).

Hak kavramı Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ‘adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey’ olarak tanımlanmaktadır (77). Bu kavram karşılıklı kabul edilmiş yazılı veya yazısız bir sözleşmeyi gerektirir. Böylesine bir sözleşmenin varlığı ise, sözleşmenin tarafı olan kişinin kendi kararına göre eyleyen, özerk birey olarak kabulünü kaçınılmaz kılar. Bu kabullenışı üzerinde toplum tarafından da ortaklaşılması insan hakkının var olabilmesinin temel koşulunu oluşturur. Hak ile özerklik kavramları arasındaki birbirlerini olanaklı kılan ilişki bireyin özerkliğine saygının doğuştan elde edilen insan hakkı olarak

temellendirilmesini sağlar. Özerkliği bazı bireylere özgü yetenek veya olanak olarak görmek, söz konusu edilen insan haklarından bazı bireylerin yararlanamaması sonucunu gerektirir ki bu da yaşam hakkı gibi bireyin var oluşunu gerçekleştiren bir haktan da yararlanamamayı doğurur (82).

İnsanlar aydınlanma dönemi ile birlikte “birey” olarak değerlendirilmeye başlamıştır. Böylece kendi haklarını ifade etmeye ve bunların sürdürülmesi için mücadele etmeye yönlenmişlerdir. Birey kavramının gelişmesi ile bireyin özel alanı ve özerkliği öne çıkmıştır. Birey kavramının bu yönleri mahremiyet kavramının incelenmesini gerektirmektedir (82).

Mahremiyet hakkı; bireyin korumak, saklamak ve kontrol etmek istediği duyguları, düşünceleri ve bedensel bütünlüğü ile ilgili bir haktır (119).

1.2. Hukuk Açısından Mahremiyet

Hukuk Açısından mahremiyet hakkının temel insan haklarının içerisinde önemli bir yeri vardır ve uluslararası insan hakları hukukunda mahremiyet, korunması gereken bir hak olarak yer almıştır. Birleşmiş Milletler Antlaşması 1996, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 12. Maddesinin 27. bendi, Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesinin 17. Maddesinin 28. bendi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 8. Maddesinin 29. bendi, Birleşmiş Milletler Siyasi ve Medeni Haklar Sözleşmesinin 17. Maddesinin 30. bendi, Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesinin 7. ve 8. maddeleri ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin 16. maddesi ve Biyotıp sözleşmesi mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemeleri içerir. Türk hukuk sisteminde ise; burada madde numaraları ayrıntılı olarak verilmemekle birlikte, T.C. Anayasasında, Türk Ceza Kanununda ve Türk Medeni Kanunu, Borçlar Kanunu ve Vergi Usul Kanununda mahremiyete ilişkin maddeler bulunmaktadır. Hukuk açısından mahremiyet kavramı; kişilerin özel yaşamı, özel hayatın ve aile hayatının korunması, mahremiyet hakkı, özel ve aile yaşamına saygı, kişisel bilgilerin korunması,

özgürlük ve güvenlik hakkı, özel hayatın gizliliği, vergi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kişi dokunulmazlığı, kişi haysiyeti, konut dokunulmazlığı, haberleşme hürriyeti, ifade özgürlüğü maddeleri gibi kanun, tüzük, yönerge ve sözleşmelerde belirtilen maddelerin içerisinde yer almaktadır. Hukukta bireysel mahremiyet; korunması gereken bir insan hakkıdır, ihlal edildiğinde suç olarak nitelendirilir. Özel hayat; kişinin sadece kendisi için saklı tuttuğu ve başkalarının bilgisinden uzak kalmasını istediği hayat görünümüdür. Hukuk açısından, özel hayatın gizliliği hakkı, devlet tarafından dokunulamayacak negatif statü hakları arasında yer alırken aynı zamanda pozitif statü hakları içerisinde; devletten beklenen özel hayatın gizliliğinin korunması için tedbir almak şeklinde de yer almaktadır. Özel hukuk açısından özel hayatın gizliliği hakkı 'kişilik hakkı' çerçevesinde yer alır. 'Kişiye insan olması nedeniyle tanınan, kişinin sağ olarak doğumundan itibaren, sağlığı, bedensel ve ruhsal bütünlüğü, düşünsel faaliyeti, şeref ve onuru gibi insan olmasından ve toplum içinde yaşamasından doğan varlıkların tümü' kişilik hakları olarak kabul edilir (82, 119). Her ne kadar mahremiyet hakkı hukuk açısından farklı yönleri ile ayrıntılı olarak yasalarda ve yönergelerde yer alsada, tıp etiğinde sağlık alanında hizmetin gereği olarak hasta mahremiyetinin korunması yönüyle ele alınmaktadır.

Tıp alanında bireylerin mahremiyet hakkı; sağlık hizmetlerinden yararlandıkları süreçte, özel aile yaşamlarının gizliliği, sağlık durumları ile ilgili bilgi ve belgelerin gizliliği, sırlarının açıklanmaması, bedenleri ve fiziksel özellikleri ile ilgili bilgilerin gizliliği gibi durumları da içermektedir. İnsan hakları açısından 'özel hayatın gizliliğine saygı hakkı' sağlık hizmetlerinde hastanın mahremiyetine saygı hakkı ile ifade edilmektedir (119). Ancak mahremiyet hakkına yönelik kaynaklar incelendiğinde kavram kargaşasının olduğu görülmekte, mahremiyet hakkı çoğunlukla bilgi gizliliği hakkı olarak anlaşılmaktadır. Bu tezde İngiltere'de geçen 'the right to privacy' ifadesinin mahremiyet hakkını karşıladığı, 'the right to confidentiality' ifadesinin bilgi gizliliğini karşıladığı düşüncesiyle yola çıkılacak ve beden mahremiyeti hakkı, mahremiyet hakkı olarak ele alınacaktır.

1.3. Etik Açıdan Mahremiyet

Etik açıdan mahremiyet hakkına baktığımızda, hastaların mahremiyet hakkına saygı, hastalarla sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerde güveni artırır. Tıp etiği ilkeleri bağlamında özerklik ilkesi açısından, hastanın bilgilendirilmiş onamı olmaksızın hastaya müdahale edilmesi, bilgilerinin açıklanması doğru bir yaklaşım değildir. Hasta özerk birey olma bağlamında özel hayatına yönelecek tehditlere engel olabilir. Hatta tıp etiğinde hasta mahremiyetine saygının, hasta sağlık çalışanı ilişkisinin en önemli boyutlarından biri olduğu ifade edilmektedir. Diğer yandan tıp etiğinde yarar sağlama, zarar vermeme ilkeleri açısından hastaların mahremiyetlerinin korunması, hastaların maddi ve manevi zarar görmesini önleyecektir. Dünya Tabipler Birliğinin 1948 Cenevre, 1968 Sidney ve 1983 Venedik, 1994 Stocholm Bildirgelerinde ve Amsterdam bildirgesinde ‘hasta sırlarının saklanması’, ‘hasta gizliliğine saygı’, ‘kişini özel hayatına saygı’ maddeleri yer almaktadır. 1998 yılı T.C. Hasta Hakları Yönetmeliği’nde de hastaların mahremiyet hakkına yer verilmektedir (82, 119). Yine tıp etiğinin temel ilkelerinden olan adalet ilkesine göre mahremiyet hakkı değerlendirildiğinde; hastaların mahremiyet hakkına saygılı eylemlerde bulunduğu takdirde, aynı zamanda adalet ilkesine de uygun davranışta bulunmuş olacaktır.

Hastaların mahremiyet hakkı, sosyal, psikolojik, bilişsel ve fiziksel boyutları olan bir kavramdır. Bu kavram; sadece bilgi gizliliğini değil beden mahremiyetini de kapsamaktadır (2, 41, 93, 95, 114).

1.4. Sağlık Alanında Beden Mahremiyeti

Beden mahremiyeti değerlendirildiğinde; insanların bedeni özel yaşamlarının önemli bir bölümünü oluşturur. Tıp etiğinde hastaların özel hayatlarının korunmasının sağlanması için; beden mahremiyetlerinin sağlanması ve aydınlatılmış onamları olmadan bedenlerine müdahale edilmemesi önemlidir. İnsan Hakları Avrupa Mahkemesinin bir kararında; ‘...bir kimsenin bedeninin, o

kimsenin özel yaşamının en mahrem yönünü oluşturduğu' belirtilmektedir (119). Bazı kaynaklarda hastaların mahremiyet hakkı içerisinde hastaların bilgi gizliliği hakkı da yerleştirilebilmektedir. Ancak tıp etiğinde hastaların mahremiyet hakkı ifadesi ile hastaların beden mahremiyeti hakkının anlaşılması daha uygun olacaktır.

Sağlık alanında beden mahremiyeti konusunda etik tartışmalar; bireyin izni olmadan gerçekleştirilen tıbbi girişimler (zorunlu tedaviler), bireyin talebine rağmen gerçekleştirilmeyen tıbbi girişimler (kürtaj) gibi problemlerin yanı sıra hastanın beden mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin (muayene ve girişimler için uygun ortamın sağlanması, ayrı bir odada muayene/tedavi edilmesi, istediği/istemediği kişilerin tedavi ortamında bulunması/bulunmaması vb. hastaların eğitime katılması/katılmaması, hastanın bedensel özelliklerinin eğitim amaçlı kullanılması/kullanılmaması, sağlık personeli seçiminde cinsiyetçi yaklaşımlar gibi) konular etrafında sürdürülmektedir (119). Her ne kadar tıp etiğinde sürdürülen bu tartışmalar yukarıda saydığımız konu başlıkları çerçevesinde sınırlı sayıda kaynaklarda yer alsada ortaya çıkan tıbbi gelişmelerle; hastane ortamında kamera sistemlerinin bulunması, hasta oda dizaynında değişiklikler, hasta tanılama araçlarından görüntüleme cihazlarının kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek hastaların beden mahremiyeti hakkının ihlaline yönelik sorunlar artmaktadır ve bu gelişmelerle tıp etiğindeki tartışmalarda hastaların beden mahremiyeti hakkı daha da önemli hale gelmiştir.

Hastalık sürecinde bireyler sağlık bakımı veren kurumlara yatırılmakta ve tedavi ve bakımları hekim ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Yaşadığı hastalık nedeniyle aile ortamından yabancı bir ortama gelen hasta, sağlık hizmeti verenlere bağımlı hale gelmekte, özel alanının dışında kalmak zorunda olduğu için, mahremiyetini korumada güçlükler yaşamaktadır. Bu süreçte hasta kendi ailesi dışında hastanede bulunan hiç tanımadığı birçok kişiyle bir arada bulunmak zorunda kalmaktadır. Hastalık sürecinde sağlık bakımı veren kurumlarda yatan hastaların özerkliğinin ve özel alanının sınırlanabilmesi çeşitli faktörlere bağlıdır.

Bu faktörlerden biri de sağlık hizmeti veren hekim ve hemşirelerin hastalara yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımların araştırmalarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Mahremiyet kavramının gelişimini sosyolojik açıdan değerlendirdiğimizde; Rönesans Dönemi, Fransız Devrimi, Aydınlanma Dönemi ve modernleşme ile birlikte toplumların yaşam tarzı, toplumsal ilişkiler değişime uğramıştır. Bu değişimle birlikte bireycilik, özel yaşam kavramları gündeme gelmiştir. Geleneksel toplumlarda grubun bir parçası olmak önem arz ederken, modern toplumlarda bireylerin özerk seçimlerine saygı, kişisel gizliliklerini koruma gereksinimleri artmıştır. Toplumlar da eski çağlardan itibaren mahremiyet olgusuna rastlandığı görülmekteyse de hak olarak, hukuksal açıdan mahremiyet hakkını ilk öne sürenler 1890 yılında avukatlık yapan Warren ve Brandeis olmuştur. Warren ve Brandeis, mahremiyetle ilgili bir makale yazarak gündeme gelmişler ve mahremiyetin ayrıca bir hak olarak kabul edilmesi gerektiğini ve bunun kriterlerini ileri sürmüşlerdir. 19. yy.'a kadar çeşitli kanunların altında ele alınan mahremiyet hakkı bu gelişmelerle birlikte ayrıca ele alınmaya ve yeni düzenlemeler yapılmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise 1948 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Sözleşmesi bağlamında geliştirilen 3. kuşak insan hakları olarak tanımlanan hasta hakları bildirgelerinde önemle üzerinde durulan bir hak olarak yer almaya devam etmiştir (140).

Sağlık alanında beden mahremiyetine yönelik sorunlar tarihsel süreç içerisinde değerlendirildiğinde; kadınların doğum yapması, kadın hastalıklarının tedavi ve muayene süreçlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Eski uygarlıklardan ortaçağa kadar kadın hastalıkları ve doğum alanındaki tıbbi uygulamaları hekimler değil kadın ebeler gerçekleştirmekteydi. Rönesans Dönemi ile birlikte erkek ebeler çalışmaya başlamış, ancak 17., 18., ve 19. yy.'larda da benzer uygulamaların devam ettiği bilinmektedir (119). Tıp Tarihi ile ilgili kaynaklar gözden geçirildiğinde özellikle kadınların üreme faaliyetleri nedeniyle muayene sırasında yaşadığı güçlükler, pozisyonlarının nasıl olacağı, ne giyecekleri gibi konular üzerinde yoğunlaştığı görülmekteyken erkeklerin muayenesine yönelik ayrıntılı ifadeler kadınlara oranla pek fazla yer almamaktadır.

Mahremiyet kavramı köken aldığı “mahrem” “haram” kelimelerinin anlamı nedeniyle cinsiyet kavramı ile birlikte düşünülmelidir. Mahremiyet kavramının tarihsel gelişiminden de anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinde özellikle kadınların üreme sağlığı alanında mahremiyet konusunda daha çok sorun yaşadığını görmekteyiz. Bunun nedenleri kadın haklarının tarihine bakarak anlaşılabilir. Eski toplumlardan bu yana toplumsal yaşamda kadınlar, ev gibi bir özel alanla sınırlandırılmışken modern toplum yaşamına dönüşümle birlikte kadınlar daha özgür hale gelmiştir. Bir yandan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmaları, bu hizmetlerden yararlanmaları artarken, modern toplumun getirdiği değişiklikler ile hizmet alırken karşılaştıkları sorunlar da artmıştır. Ancak toplumlarda, ataerkil sosyal yapı devam etmektedir. Günümüzde de kadınlar üreme sağlığı sorunları nedeniyle sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında mahremiyet kaybı oluşacağı endişesiyle sağlık hizmetlerinden yararlanmada çekimser davranmaktadırlar. Ayrıca kadınlar için cinsellik “mahrem” olan, mahrem olduğu için az konuşulan, az konuşulduğu için yeterince sağlık hizmeti alınamayan önemli bir konudur.

Son dönemlerde sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumsal cinsiyet temelli yaklaşımlar ve yeni üreme sağlığı hizmetleri tartışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik; kadınlara ve erkeklere aynı sağlık hizmetinin sunulmasından ziyade sunulan hizmetin biyolojik ve toplumsal cinsiyet gereksinimlerine ve hakkaniyet ilkelerine uygun olmasını ifade etmektedir. Kadınlarda ve erkeklerde görülen sağlık sorunları farklıdır ve sağlık hizmetlerinin sunumunda bu farklılıkların nasıl karşılanacağına belirlenmesi gerekmektedir. Yaşam süreçleri boyunca kadınlar üreme özellikleri nedeniyle; daha çok sağlık hizmetine gereksinim duymaktadırlar (99). Ülkemizde son yıllarda yapılan araştırmalara göre kadınların üreme sağlığı sorunu yükünün erkeklere göre 3 misli olduğu, kadınların özerk birey olarak kendi kararlarını kendileri veremedikleri, bazı bölgelerde eşlerinden izin almadan doktora gidemedikleri, erkek doktora muayene olamadıkları, üreme sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları belirtilmiştir (83). Kadın ve erkeklerin biyolojik farklılıklarına yönelik üreme sağlığına ilişkin sorunlar, toplumun gelenek, kültür ve değerlerinin etkisi ile

kadınların sağlık haklarından yararlanamaması ve üreme problemleri için kolay kolay sağlık bakımından faydalanamaması gibi sorunları beraberinde getirmektedir. Kadınların bu haklarından yararlanamaması mortalite ve morbidite oranlarını artırmakta, yaşama haklarını bile kullanamamalarına sebep olmaktadır (99). 2002 yılında yayınlanan ve beş Avrupa ülkesinde doğum sonrası klinikte mahremiyetin değerlendirilmesine ilişkin yapılan bir araştırmada; kadınların, mahremiyetlerinin korunması konusunda sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (94).

Sağlık hizmeti alanlarla sunanlar arasında kurulan ilişkide tabu iletişimi önemli bir olgudur. Tabu iletişimi; sağlık iletişiminde özel ve kişisel olarak değerlendirilen, bazı toplum kesimlerinde gizli ya da yasak mesajlar olup, yalnızca birbirine çok yakın ve karşılıklı güven duyan insanların paylaşabileceği mesajlar olarak tanımlanmaktadır. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda; tabu iletişimi sorunlarının en çok cinsellikle ilgili konularda yaşanmakta olduğu, sağlıkla ilgili konuların kişilerin en yakınındaki insanlarla bile en az paylaşılan konular olduğu, bu konuların paylaşımında kişilerin en güvendikleri bireylerin; ebeler, hemşireler ve doktorlar olduğu görülmüştür (124). Bu alanda hizmet sunanların konuya daha duyarlı olması ve hasta mahremiyetine daha çok önem vermeleri gerekmektedir.

Mahremiyet kavramı ile ilgili daha önce yapılmış yurtdışı çalışmalarda bu kavram ayrıntılı incelenmiş, sağlık alanındaki profesyonellerin mahremiyet hakkına yönelik uygulama ve görüşleri araştırılmıştır. Ancak bu çalışmalarda beden mahremiyeti kavramının yeterince ayrıntılı ele alınmadığı gözlemlenmiştir. Türkiye'deki araştırmalara bakıldığında ise hastaların mahremiyet hakkının ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiği çok az araştırma olduğu görülürken, beden mahremiyeti konulu araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak günümüzde insanların bilinçlenmesi, eğitim düzeylerinin yükselmesi, haklarını daha iyi savunur hale gelmeleri hasta haklarının mahremiyet boyutunun daha ayrıntılı incelenmesini gerekli hale getirmiştir. Bu bağlamda birey kavramıyla ilişkili olan mahremiyet kavramının tartışılma konularının başında gelmesi gerekmektedir.

1.5. Tezin Amacı

Tezin amacı; jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetinin Kütahya örneğinde incelenmesidir. Bu kapsamda, mahremiyet kavramının etik ve hukuki boyutları da detaylı olarak değerlendirilecektir. Bu çalışmalar sürecinde bireyin hastalık nedeniyle hastaneye yatarak özerkliğinin sınırlandırılması durumunda, mahremiyetin bu sınırlılık içinde ele alınması göz ardı edilmeyecektir. Ayrıca sağlık alanındaki sağlık çalışanı hasta ilişkisinin kurulabilmesinin ve sağlık hakkını elde edebilmenin koşullarından biri olarak kabul edilen güven duygusunun sürdürülmesini sağlayan mahremiyet hakkının sağlık hizmetlerindeki farklı boyutları (örneğin; mahremiyet kavramının psikolojik, sosyolojik, ahlaki boyutları gibi) da incelenecektir. Tez kapsamında yapılacak incelemelerle; hastalık, özerklik, mahremiyet, beden mahremiyeti ve özel alan kavramları gözden geçirilecektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Mahremiyet Kavramı, Epistemolojisi ve Anlamı

Son zamanlarda tartışma konusu haline gelen mahremiyet toplum yaşamını etkileyen önemli konulardan biridir. Karmaşık bir kavramdır, tanımlanması zordur.

Mahremiyet sözcüğü, etimolojik kökeninde 'en iç', 'en derin iç' anlamına gelmekte ve günlük dilde de 'iç bilinç ya da bir kişinin en gizli gerçekliğinin bilgisi' gibi anlamlar taşımaktadır. Genel olarak mahremiyet, bir kişinin en derinliğinde var olan şeylere gönderme yapmaktadır (74).

Mahremiyet kavramı Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından gizlilik olarak tanımlanmaktadır. Yine TDK'da yer alan atasözleri ve deyimler incelendiğinde, birinin mahremiyetine girmek deyimi, bir kimsenin özel hayatını öğrenecek kadar yakın olmak anlamındadır (77). Arapça kökenli 'mahrem' kelimesi TDK tarafından üç şekilde tanımlanmıştır. 1. Yakın akrabadan olduğu için nikâh düşmeyen (kimse); 2. Başkalarına söylenmeyen şey, gizli; 3. Sırdaştır. TDK'nin ilk tanımında mahremiyetin kadın erkek ilişkisinin düzenlenmesi ile ilgili boyutu ortaya çıkmaktadır (77).

Mahremiyet "hrm" kökünden türemiş Arapça bir kelimedir. Mahremlik, mahrem olma hali, herkesçe bilinmemesi icab eden, söylenmeyen ve gizlilik anlamlarına gelmektedir. Aynı kökten olan "harume" ve "harime" fiilleri yasaklanmış olmak, izin verilmemek anlamlarına gelirken; "hareme" fiili ise yoksun, mahrum bırakmak anlamına gelmektedir (82).

Webster's New World Dictionary'de mahremiyet topluma ait alanlardan, birimlerden geri çekilme olarak tanımlanmaktadır (93, 95, 2). Privatus'un,

“yoksun bırakmak”, “mahrum etmek”, “ eksiklik, bir şeyini kaybetmek, dış dünyaya ait kimliğini çıkarmak” terimlerinden oluştuğunu ifade edilmiştir (93).

Lâtincede privatus sıfatından türetilmiş olan privacy, private (Fransızca privé) kelimesinin alenî olmaya, herkes tarafından bilinmeye karşı kapalı olmayı, uzak kalmayı içermektedir. Algılama açısından baktığımız zaman, kelime, söz konusu yer, kişi ve olayların mümkün olduğu kadar az bilinmesi veya belirli kişiler tarafından bilinmesi olayına işaret etmektedir. İngilizce-Türkçe sözlüklerimiz, bu kelimeyi, özel olan, bireysel olan, kamu ile paylaşılmayan anlamına gelen “private” olma anlamında bir kelime olarak tarif etmektedirler. Kelime, yabancı nazarlardan uzak kalma arzusunu ifade eden yalnızlık, “kişisel dokunulmazlık”, gizlilik ve mahremiyet kelimeleriyle de karşılanmaktadır (138).

Kültürden kültüre ve aynı toplum içerisinde zamandan zamana farklılık gösteren mahremiyet, birçok insan için aynı anlama gelmemesi ve belli bir sınırının da olmaması nedeniyle önemli bir kavramdır. Mahremiyet konusunun tarihsel, kültürel, sosyolojik, psikolojik, hukuksal yönlerinin yanı sıra etik tarafının da ele alınması önemlidir. Günümüzde kişiye ait özel alanın gün geçtikçe daralmakta olduğunu ve bir önceki nesle kadar mahremiyet konusu içerisinde değerlendirilen hususların artık özel yaşam sınırlarının dışına çıktığı veya çıkarıldığı görülmektedir (81).

Mahremiyetin çeşitli boyutları vardır ve pek çok farklı yaklaşımlarla tanımlanmıştır. Bu tanımlar daha çok gizlilik, mülkiyet, bilgi, özel yaşam, özerklik, kamusal ve özel alan, din, cinsellik, kültür kavramları ile birlikte anılmıştır. Bu birlikte anılma birbirlerinin yerini tutma, birbirleri ile paralel bir ilişki içinde olma şeklinde değildir. Daha çok tamamlayıcı, öncül veya ardıl, sonuç şeklinde yer almıştır (82).

Mahremiyet, bizim başkaları tarafından ne ölçüde tanınıp bilindiğimiz, başkalarının fiziksel olarak bize ne ölçüde ulaşabilir oldukları, bizim başkalarının ilgi ve dikkatinin ne ölçüde nesnesi olduğumuz hususlarıyla yakından ilişkili bir

kavramdır. Westin, mahremiyeti; insanların başkalarının erişebilirliğinden geçici olarak azade kalarak kendilerini korumaları olarak ifade etmiştir. Mahremiyet bir kimsenin fiziksel veya psikolojik araçlar yoluyla genel toplum yaşamından gönüllü ve geçici olarak çekilmesini anlatır. Bu, yalnızlığa çekilme şeklinde olabileceği gibi, küçük grup dayanışmasını yaşama veya geniş gruplar içinde anonim bir halde kalma şeklinde de ortaya çıkabilir. Altman için mahremiyet, bir kimsenin kendisine veya grubuna ulaşma çabası üzerindeki seçici kontrolüdür. Mahremiyet, yalnız başına kalma ile başkalarıyla birlikte olma arzuları arasındaki diyalektik, bir karşılıklı oyun alanı olarak tanımlanabilir. (141). Mahremiyet başkalarına karşı kendini kapatma olarak tanımlandığı gibi, söz konusu yer kişi ve olayların mümkün olduğu kadar az bilinmesi olarak da tanımlanmaktadır. Mahremiyet kişisel dokunulmazlıktır. Mahremiyet şartlara bağlı olarak zaman içerisinde açıklık ve kapalılık durumu değişen, hudut belirleyen, sınır kontrolü yapan, bireylerin kendilerini başkalarına karşı daha fazla veya daha az yaklaşılabilir kılan, optimum seviyeyi yakalamaya yardımcı olan, benliğin başkalarına karşı açık ve kapalı olma durumlarını optimum seviyede buldurmayı sağlayan çok fazla veya çok az şeklindeki bir sapmayı dengelemeye çalışan dinamik değişken bir süreçtir. Mahremiyetin üç fonksiyonu vardır: sosyal etkileşmeyi yönetmek, başkaları ile etkileşimde bulunmak için plan ve stratejiler geliştirmek, özbenliği geliştirmek, muhafaza ve devam ettirmek. Bu sayede bireysellik duygusu gelişir, mahremiyet duygusu ‘ben’i tarif etmeye yardımcı olur (138).

Cambridge elektronik sözlüğünde mahremiyet; 1. Yalnız olabilme, kalabilme fırsatı 2. Bireye ait kişisel materyaller ve kurduğu ilişkilerde gizliliği sağlayabilme hakkına sahip olma olmak üzere iki yönüyle ele alınmıştır (121, 2).

Mahremiyet barınma ve sığınma ile de ilişkilidir. İnsanlık tarihinde insanın bir toprak parçasını çevirerek ‘benim’ demesiyle birlikte mülkiyet kavramının ortaya çıkması ve benimsenmesi ile oluşan özel alan algısı mahremiyet olgusunun temellerini güçlendirmiştir (82).

Mahremiyetin, sosyal güç, sosyal roller ve normlar ile uyum seviyesi ve benlik kavramlarıyla, sosyal karşılaşma teorileriyle, kişisel kontrol kavramıyla, sosyo-çevresel alana ait bir kavram olan bölge (mıntıka) kavramıyla ve bilgi alış-verişini kontrol etmede önemli bir yeri bulunan gizlilik ve sansür uygulaması ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür (138).

Kültürler, bireylerin ve grupların, hattâ toplumların, başkalarının mahremiyetini ihlâl etme gibi bir eğilime sahip olmalarına; başka bir ifade ile, merak ve gizli yapılan bir eylem olarak tecessüs saikiyle anti-sosyal bir “gözetleme” eğiliminde bulunmalarına karşılık, mahremiyetlerini korumak ve savunmak için birtakım normlar ve sosyal ritüeller tesis etmişlerdir (138).

Bireyin kendi başına bir değer olarak görülmesi modernleşme süreci ile oluşmuş, mahremiyet olgusu, zamanla hukuk tarafından tanınıp düzenlenen bir hak haline gelmiştir (140).

Belsey ve Chadwick üç tip mahremiyet tanımlamaktadırlar: 1) Bedensel veya fiziksel mahremiyet: Bedenin, fiziksel temas kadar görsel temastan da uzak bir şekilde varlığını sürdürebileceği alan olarak tanımlanır. 2) Zihinsel veya iletişimsel mahremiyet: Bireyin sözel veya psikolojik müdahale olmaksızın kendi duygu, arzu ve düşüncelerini kendisiyle yaşayabileceği ve istemi doğrultusunda bunların kayıtlarını tutabileceği alanı ifade eder. 3) Bilgi mahremiyeti: Kişiyeye ait bilgilerin kendi bilgi ve onamını içeren yasal koşullar olmaksızın başkaları ile paylaşılmamasını sağlayan kavramdır (82).

Fischer-Hubner mahremiyet kavramının üç özelliğe sahip olduğunu ifade eder. Bunlar mekansal mahremiyet, kişi mahremiyeti ve bilgi mahremiyetidir. Birincisi, kişiyi çevreleyen yakın fiziksel alanı korumayı, ikincisi kişiyi haksız müdahalelere karşı korumayı, üçüncüsü kişisel verilerin toplanma, saklanma, işleme ve dağıtımının nasıl yapılacağını veya yapılmayacağını kontrol etmeyi içerir (82).

Mahremiyet bir bireyin kendini tanınması ve varlığını sürdürmesi, sahibi bulunduğu yetenekleri ve değerlerini yerli yerince kullanabilmesi ve bunları geliştirebilmesi için fiziki ve manevi planda gerekli asgari sınırların korunması olarak tanımlanabilmektedir (74, 93).

Altman (1976) mahremiyetin insanın temel gereksinimlerinden biri olduğunu ifade etmiş, mahremiyetin bireyin kişisel kontrolünde önemli bir olgu olduğunu vurgulamıştır (93, 41, 79). Mahremiyet, kişisel alan, bölgesel davranış ve diğer insan davranışları ile ilgili konularda kendine özgü birçok davranış içeren, istenmeyen ilişkileri kontrol altına alabilen ve sosyal sistemi etkileyen bir kontrol mekanizması olarak tanımlanmıştır.

Mahremiyet kavramının kapsamındaki yer alan ifadelerden biri ‘özel alan’dır. Özel alan terimini ilk kez Katz 1937’de kullanmıştır. Özel alan insanların çevrelerinde taşıdıkları görünmez balon olarak tanımlanmıştır. Bu balon ötekine ne kadar yaklaşacağımızı ve ötekinin bize ne kadar yaklaşacağını belirler. Bu sayede ötekilerin oluşturacağı sosyal ve fiziksel uyarınları sınırlandırarak kendimizi korumayı sağlarız. Altman’a göre özel alan yeterli derecede mahremiyet ve uygun düzeyde yakınlığa sahip olmanın ve bu durumları devam ettirmenin aracıdır. Özel alanın koruyuculuk ve iletişim olmak üzere iki temel amacı vardır. Koruyuculuk amacı ile bireyin potansiyel duygusal ve fiziksel tehditlerden uzak kalması sağlanır. Diğer amacı ise etkileşim halinde görsel, sözel veya temassal iletişim kanallarından hangisinin kullanılacağının belirlenmesidir (82). Mahremiyet kavramı ile birlikte anılan ve çoğu zaman eş tutulan kavramlardan biri de “özel yaşam hakkı”dır. Özel yaşam kavramı ilk olarak Amerika ve Fransa’da ayrıcalıklarını önemseyen burjuva sınıfının kendilerini diğerlerinden ayrı tutma isteminden kaynaklanmış, ancak sonraları tüm toplum kesimlerini ve tüm bireyleri kapsayan bir hak olarak genişlemiştir. Özel hayat; ortak alan, özel alan ve gizli alan olarak üç temel alana ayrılmaktadır. Ortak alan yani kamusal alan topluma açık alan iken, özel alan kişinin istediği ile paylaştığı alandır. Gizli alan ise, bireyin sadece kendisine ayırdığı, kimseyle paylaşmadığı alan olarak karşımıza çıkar (140).

Hall dört farklı özel alan kategorisi tanımlamıştır: 1) Yakın Mesafe: Bu 0-45 cm.lik mesafe olup birbirleriyle yakın ilişki içindekilerin alanıdır. Ayrıca sosyal rollerin gerektirdiği temas edilmesi gereken durumları da kapsar. 2) Özel Alan: Yakın mesafenin çevresindeki halka olup 45-120 cm.lik mesafeyi kapsar. Bu alan sosyal ortamdaki yakın olunanlar için korunan bölgedir. 3) Sosyal Mesafe: Tanıdık olmayan kişilerin etkileşim ve meslek ile ilgili işlemlerin yapılmasının gerçekleştirildiği 120-350 cm.lik mesafedir. 4) Kamusal Mesafe: 350 cm.lik alan dışında kalan bölgedir (82).

Davranışlarımızın oluşturulmasında mahremiyet algısının önemi üzerinde duran Westin bu ilişki bağlamında temel fonksiyonlardan söz eder. İlk olarak mahremiyet bilgi ve toplumsal yönden önemli olan iletişim ile ilgilidir. İkinci olarak yalnız kalma veya iletişime geçme arasındaki seçim için bireyin özerkliği söz konusudur. Üçüncü olarak kimlik duygusuyla ilişkilerin nasıl olması gerektiği değerlendirilir. Dördüncü ve son fonksiyon ise mahremiyetin bireye emosyonel rahatlama olanağı sağlamasıdır (82).

Mahremiyet, sadece saklanacak bir şeyi ifade etmez. Kişinin yaşam memnuniyetini artırmak için bir gereksinim olarak ele alınmalı ve bir yaşam biçimi olarak kabul edilmelidir. Bireyin kimliğini geliştirme, özdenetimini sağlama kısaca kendini gerçekleştirme, özerkliğini koruma yollarından biridir (82, 93).

Effy Oz ve ayrıca Beceni ve Uçkan'a göre mahremiyet, diğer bireyler veya devlet de dahil olmak üzere organizasyonlar tarafından gözetim altında bulundurulmadan yaşayabilme taleplerini ifade etmektedir (82).

Avustralya Mahremiyet Bildirisi'nin önsözünde, mahremiyetin insanın onur ve özgürlüğünün temeli olduğu belirtilmiştir. Westin mahremiyeti, kişinin özgürce tavır ve davranışlarını başkalarının bilmesine razı olması ile alakalı bir kavram olduğunu ifade etmiştir. Bloustein, mahremiyeti insan kişiliği ile

irtibatlandırmıştır. Gavison'a göre mahremiyet, birbirinden bağımsız üç unsur içermektedir. Bunlar gizlilik, kamunun bir ferdi olma, ve yalnızlıktır. Calcutt Komisyon Raporunda mahremiyet, kişinin şahsi hayatının, evinin, ilişkilerinin, ailesinin ve evraklarının korunması hakkı olarak tanımlanmıştır. Beaney'e göre mahremiyet, insanın: 1) fikirlerini ve sevinçlerini başkaları ile paylaşmada, 2) kendisi ve sorumlu olduğu şahıslar hakkında bilgi elde etme ve açıklamada, 3) fiziksel yaşam ortamına müdahalede; özgürce karar verme hakkıdır. Banisar, mahremiyeti dört grupta sınıflandırmıştır: Bilgi, haberleşme, fiziki ve coğrafi alana ait mahremiyet. Sidney Jourard özel yaşam kavramını insanın ruhi yönden rahat olması ile irtibatlandırmıştır. Jourard'a göre mahremiyet, insanın sosyal baskılardan uzak kendi başına karar vermesini sağlayan; ve insanı endişe, ümitsizlik ve depresyonlardan uzak tutan bir olgudur. Bu tanıma göre mahremiyet, insanın sağlıklı yaşamı için zaruri bir olgudur. Charles Fried'e göre mahremiyet; saygı, sevgi, arkadaşlık ve güvenin tesisi için gerekli unsurlardandır (60).

Parrot (1989)'da mahremiyetin bu dört boyutunu açıklamıştır. Ancak doktorların hastalara dokunması ve muayenesi sırasındaki mahremiyet kaybını fiziksel mahremiyet başlığı altında incelemiştir (114).

Leino-Kilpi (2001) mahremiyetin sosyal, fiziksel, psikolojik ve bilgi boyutu olmak üzere dört boyutu olduğunu ifade etmiştir. Fiziksel boyut içerisinde, kişisel alan, oda ve bina özelliklerinin değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Psikolojik boyut içerisinde, kişisel kontrolün sağlanması, otonomi, bireysel gelişim, kendini koruma gibi bireysel özelliklerin gelişimi için mahremiyetin bir insani gereksinim olduğunu vurgulamıştır. Sosyal boyutun bireylerin gruplarla ve toplumla ilişkilerinde koyduğu mesafeleri içerdiğini belirtmiştir. Bu boyut içinde doktor ya da hemşirelerin muayene ya da bakımı sırasında hastaların giyimsiz olması durumu ile mahremiyetlerinin sağlanması konusundaki tartışmaların yer aldığını da eklemiştir. Bilgi boyutu içinde bireylerin kendilerine ait bilgileri ne zaman, nasıl, ne şekilde ve kime verecekleri gibi konuların tartışıldığını ifade etmiştir (93).

Bireyin kendine ait kişisel egemenlik alanının olması bireyin rahatlamaını, kendini iyi hissetmesini sağlar. Böylece birey kendini ifade edebilir, örnek davranışlarda bulunabilir (122, 79).

Hall'in deyişiyile 'her kültürde farklı duyumsal dünyalar (görme, koklama, duyma, dokunma, vb.) yüceltilir ve farklı mekanizmalar kullanılır'. Hatta aynı kültür içinde de rol ve statüye bağılı olarak farklı kural ve mekanizmaların işlediğı görülür (2,12, 74).

Mahremiyet kavramı giyinmeyi de kapsamaktadır. İnsan yapı olarak giyinmeye zorunlu bir varlıktır. İnsan diğere gelişmiş canlı türlerine göre hem ayrıcalıklı konumda hem de kültürünü zenginleştirmeye sevk eden giyimle bir bütünlük arz eder. Bu olgu tarih boyunca bütün toplumlarda bir şekilde var olmuştur (74). Giysi ile mahremiyet korunarak, benlik bilincinin gelişmesini etkileyen toplumsal etkenlerden biri kabul edilmiş ve kişilere belirli bir davranış şekli ve benlik duygusu kazandırdığı kanıtlanmıştır (82).

2.1.1. Gizlilik ve mahremiyet kavramlarının ayrıksallığı

Mahremiyet hakkı kendimiz hakkındaki bilgi denetimi, sürdürülen yakınlık derecesini denetleme izni olarak görülebilmektedir Bu kabulleniş mahremiyet hakkını sadece bilgi gizliliğı hakkına bağlar. Bazı düşünürler güvenlikle, bazıları da mülkiyet hakkıyla bağlantı kurar. Mahremiyet kavramının özellikle giz ve gizlilik gibi bazı terimlerle yakın ve eş anlamlı kullanılmasına yönelik tanımlama uğraşları işlevsiz olmuştur. Mahremiyet kavramı genel olarak değerlendirildiğinde; kavramın gizlilik kavramını aşan bir anlam yüküne sahip olduğu görülmektedir (82). TDK' da birinin mahremiyetine girmek deyimi, bir kimsenin özel hayatını öğrenecek kadar yakın olmak anlamında kullanılmaktadır. (77). Bu deyimde de görüldüğü gibi mahremiyet sadece gizlilik değil, öteki ile olan ilişkinin ve iletişimin düzenlenmesini içeren bir kavram olarak

görülmektedir. Temel tanımlarından da anlaşıldığı gibi mahremiyet, gizlilik ile bağlantılı bir sözcük olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak farklılıklarını da göz ardı etmemek gerekir. Günlük yaşam her zaman gizlilik gerekçesi ile ötekinden saklanmaz, sadece kişisel alanda yaşandığından ötekinin istenmeyen yaklaşımlarından korunmak için de göz önüne açılmaz. Gizlilik, mahremiyeti sağlamanın, korumanın yolu olabilir ama eş kavramı değildir. Gizlilik, hep saklanan bir şeyin varlığını gerektirir. Mahremiyet, sadece saklanacak bir şeyi ifade etmez. Kişinin yaşam memnuniyetini artırmak için bir gereksinim olarak ele alınmalı ve bir yaşam biçimi olarak kabul edilmelidir. Bireyin kimliğini geliştirme, özdenetimini sağlama kısaca kendini gerçekleştirme, özerkliğini koruma yollarından biridir (82).

Sözlüklerde mahremiyet ile gizlilik arasında pek bir ayırım yapılmasa da, iki kavram arasında ahlakî, hukukî ve psikolojik boyutları itibarıyla önemli farklar bulunmaktadır. Gizlilik esasına sadık kalınarak, localar kurarak, misterlere üye olarak veya anarşik bir plânın sınırlı uygulayıcısı olarak hareket etmek, mahremiyete uygun olarak hareket etmek değildir. Bunun içindir ki, gizlilik, başkalarına ulaşmayı reddetmenin veya erişilebilirliği engellemenin çok aşırı bir şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Mahremiyet ise kişinin kendisine ulaşılmayı engellemenin meşru yollarına göndermede bulunur. Mahremiyet aile tarafından istenen korunmuş bir davranıştır. Mahremiyet bir haktır ancak gizlilik her zaman hak olarak tanımlanamaz (138).

Geiderman ve arkadaşları (2006)' na göre mahremiyet (privacy) kavramının yalnız kalma, kişisel bilgilerin korunması, kimliğin korunması ve bir başkasının müdahalesi olmaksızın seçim yapma yeteneği olmak üzere dört temel kullanım alanı vardır. Yalnız kalma ile mahremiyet ilişkisi, kişisel alan oluşturma hakkı olarak ele alınmakta ve bu alana erişimin kontrolünün tamamen kişinin kendi elinde olduğu kabul edilmektedir. Kişinin kendi vücut bölgelerini koruma isteği de bu hakla ilintilendirilmektedir. Gizlilik (confidentiality) ise daha dar kapsamlı olarak ele alınır. Bu kavrama daha çok kişisel bilgilerin korunması girer (82).

Sonuç olarak bilgi mahremiyeti değil, bilginin gizliliği olarak, bedeninde mahremiyeti olarak kullanılması daha uygundur.

2.1.2. Tıpta mahremiyet kavramının epistemolojik açıdan incelenmesi

İnsan bedeni miladını bilmediğimiz bir dönemden beri hastalık ve acı çekmekte ve çeşitli müdahalelere maruz kalmaktadır. Tıp bilimi kendi epistemolojik evrenini insan bedeni üzerinden inşa etmiş ve sistematik olarak çeşitli pratik çözümleme biçimleri geliştirmiştir (109).

Dünyada 1960'lı yıllarda Madeline Leininger ile antropoloji biliminden köken alan, medikal antropoloji ile kavramsal çatısı oluşturulan Kültürlerarası bakım, ülkemizde araştırmalara 1980'li yıllarda konu olmaya başlamıştır. Kültürel özelliklerin sağlık uygulamaları üzerine etkisini konu alan çalışmalar ülkemizde 2000'li yıllarda hız kazanmıştır. Türkiye farklı kültürlerin iç içe yaşadığı kültürel zenginliklere sahip bir ülkedir. Kültürel farklılıklar daha çok yaşam biçimi ve iletişim özellikleri üzerine odaklanmaktadır. Kültürle mahremiyet kavramı iç içedir ve insanların mahremiyet tutumları içinde yetiştikleri kültüre göre değişkenlik gösterir. Sağlık hizmetlerinin bu farklılıkları tanıyan, dışlamayan, benimseyen, kendi yapısı içinde değerlendiren bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir (120).

Tıp alanında mahremiyet incelemeleri değerlendirildiğinde, Burden (1998)'in belirttiğine göre; mahremiyet hastaların hastanede banyo kullanımı ile ilişkilendirilmiş mahremiyet kavramının parametrelerinin yeterince hemşireler tarafından ayrıştırılmadığı belirtilmiştir. Barron 1990'larda yaşlıların rehabilitasyonu sırasında kişisel alan ihlalleri olduğunu, ancak araştırmanın sonuçlarının genellenemeyeceğini belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların isteklerine, kişisel alanlarına ve kendilerine ait her şeye başkalarının ulaşımı konusunda kendilerine saygı gösterilmesini istemenin mahremiyetle ilişkili olduğu görülmüştür. Burden araştırmasında hemşirelerin perde kullanımı,

hastanın yatağında tuvalet gereksiniminin karşılanması, kapıların kapatılması, hasta odasına girmeden önce kapının tıklatılması ile ilgili davranışları sırasında mahremiyetin sürdürülmesini araştırmıştır (16).

Burden (1998)' e göre mahremiyet tanımlanması zor bir kavramdır. Bu kavramı Westin (1970), Younger (1972) ver Cantrell(1978) tanımlamaya çalışmışlardır. Bu kişiler, kavramı, bireysel mahremiyet gereksinimi ve sosyallikten uzak olma bağlamında tanımlamışlardır. Kelvin (1973)'e göre mahremiyet, diğer insanların izinsiz mahremiyet ihlallerinin sınırlandırılabilmesi için bireylerin kendisi tarafından alan sınırlaması yaparak sağlanır. Burden bu tanıma örnek olarak, bir ebenin ev ziyareti sırasında kadının mahremiyet alanını ihlal etmemesi için kadın onu davet etmediği sürece onun evine girmemesi gerektiği kuralını verir. Westin' (1970)'e göre, bireylerin mahremiyet isteği asla mutlak değildir ve sosyal ortama katılma isteği ile mahremiyet isteği dengelenmelidir. Burden'e göre bu düşünce kadınların hamilelik, doğum, çocuk bakımı gibi süreçlerinde yalnız kalmayı istemeleri ile diğer insanlarla bu süreçleri paylaşıp, bakım desteği isteği arasındaki denge ile ilintilidir. Burden de kendi araştırmasında kadın doğum ünitelerinde kadınları gözlemlemiş ve sonuçta kadınların ortamlarında mahremiyeti sürdürmede, onların yalnız kalma istekleri ile iletişim kurma istekleri arasındaki dengeyi sağlamak gerektiği sonucuna varmıştır. Burden mahremiyet kavramının daha ayrıntılı incelenmesi ihtiyacı olduğu sonucuna varmıştır (16).

Heikkinen (2006) hasta mahremiyetinin dört boyutu olduğunu; bunların, fiziksel, psikolojik, bilgi ve sosyal boyutlar olduğunu, bu dört boyutun ilk olarak Burgon (1982) tarafından ortaya konduğunu ve daha sonraki birkaç araştırma ile bu boyutların incelendiğini ifade etmiştir. Kendi araştırmasında da bu boyutları sağlık profesyonellerine sorduğu sorularla etik açıdan değerlendirmiş ve konunun multidisipliner olarak ileriki etik araştırmalar ile desteklenmesine gereksinim olduğunu belirtmiştir (41).

Tıp alanındaki konuyla ilgili yabancı literatürde, genel olarak, kişisel alan, sözel olmayan iletişim, bilgi gizliliği, ses, beden mahremiyeti gibi mahremiyetin alt bileşenleri üzerinde odaklanıldığı görülmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hasta mahremiyetinin hukuksal yönü, ameliyat olan hastaların ve hemşirelerin mahremiyet algısı, yaşlı mahremiyeti tartışılmış olup, bilgi gizliliği yoğunluklu incelendiği ancak beden mahremiyetinin etik yönü ile ilgili incelemelere rastlanmamıştır.

Tıp açısından günümüzde mahremiyet kavramının değiştiği, geçmişe oranla daha fazla olarak insanların bedenlerin işleyişinden, eksikliğinden, bütünlüğünden, sağlıktan, hastalıktan, cinsellikten, aile hayatından bahsedilmekte olduğu, mahremiyet kamusallaşırken, kamusal alanın mahrem meselelere kucak açtığı vurgulanmaktadır (109).

2.2. Tarih, Kültür ve Mahremiyet

Doğum, jinekolojik hastalıklar ve tedavi yöntemleri insanlığın tarihi kadar eskidir ve tarih boyunca meydana gelen politik, ekonomik, toplumsal ve kültürel gelişmelerle etkileşim içindedir. Her toplum, birçok hastalık ve sağlık sorunuyla yüzleşir ve farklı tedavi yöntemleri uygular. Toplumlar kendi tıp sistemlerini oluşturur ve sağlık, hastalık ve beden konularında kendilerine özgü bakış açıları geliştirir (109).

Mahremiyet sadece kişileri ilgilendiren psikolojik bir ihtiyaç değildir. Aynı zamanda toplumsal yaşamı derinden ve yakından ilgilendiren sosyolojik bir olgudur (140).

Güvenç; kültür, doğanın yarattıklarına karşılık insanoğlunun yarattığı herşeydir der. Kültür dört ayrı anlamda kullanılmaktadır;

1. Bilim alanındaki kültür: Uygarlıktır.
2. Beşeri alandaki kültür: Eğitim sürecinin ürünüdür.

3. Estetik alandaki kültür: Güzel sanatlardır.
4. Maddi (teknolojik) ve biyolojik alandaki kültür: Üretme, tarım, çoğaltma ve yetiştirme (40).

Kültür kişiliğin şekillenmesinden, ana baba tutumlarına, doğum ritüelleri, çocuk yetiştirme biçimlerinden, kullanılan dile kadar insan yaşamının birçok yönünü etkiler. Kültür kişinin nasıl düşüneceği, hangi dili konuşacağı, nasıl giyineceği, nasıl inanacağı, hastalarını nasıl tedavi edeceği, nasıl besleneceği gibi bir çok konuda etkilidir (120).

Kültür tarihidir ve süreklidir. Aynı zamanda ihtiyaçları karşılayıcı ve doyum sağlayıcıdır ve her şeyden önce kültür bütünleştiricidir (40).

Mahremiyetin kültürle ilişkili olduğu bilinmektedir. Kültürel değerler, kişinin kültürel zaman algısını, kişisel alanını, iletişim stilini, cinsiyet ve aile rolünü olduğu kadar öz bakım gibi günlük yaşam aktivitelerini de yansıtır (120).

Toplumlar için doğum olgusu önemlidir ve fizyolojik, bilişsel, kültürel, sosyal ve spiritüel deneyimlerden oluşmaktadır. Dünyanın birçok bölgesinde doğum, normal olarak görüldüğü için, informal bakımla, aile üyelerince ve tıbbi olmayan uygulayıcılarla desteklenmektedir. Geleneksel toplum için çok önemli olan doğum olayı, yüzlerce adet, gelenek, görenek, inanç, töre ve tören tarafından yönetilmektedir (120).

Her toplumun sağlıklı davranışları yanında hasta insan davranışlarından oluşan hastalık kültürü yada hastane kültürü vardır (40).

İnsanlık tarihi incelendiğinde sağlık hizmetlerinde beden mahremiyetinin önemini koruduğu ve bazı sınırlamaların söz konusu olduğu ve beden mahremiyetinin önemli toplumsal ve tıbbi sorunlara neden olduğu görülmektedir. Beden mahremiyeti çerçevesinde sorunlar ve bu alandaki sınırlamalar daha çok kadın hastalar ve ölü muayeneleri ile ilgilidir. Bunlar, kadınların doğum yapması, kadın hastalıklarının muayene veya tedavi süreçlerinde yoğunlaşmaktadır. Ölüm

sonrası muayeneler de beden mahremiyeti açısından sınırlamaların getirildiği uygulamalar arasında yer almaktadır (82, 119).

Caplan'a göre bütün kültürler üyelerine eylemlerinin mahremiyetini koruyacak alanlar sağlamıştır ve bu uygulama insanın kimliğini ve iyi oluşunu algılaması için gereklidir. Kişinin eylemlerinin çoğunluğunun toplumsal olduğunu söyleyen Rexroth da eylemlerin temelinde mahremiyet algısını varlığından söz eder (82).

Giddens, günümüzdeki toplumlarda iyi bir ilişkinin temelinde mahrem bir ilişkinin olduğuna inandığını vurgular. Geçmişteki aile ilişkilerinin temelinde mahrem ilişkinin olmadığını söyler. Aile yaşamının gelişiminden bahsederken, ailelerde ev mahremiyetinin yaşanmaya başlama dönemlerinin modern dönem ve bireysel seçimlerin ön plana çıktığı 18. yy.da başladığını ifade eder ve günümüzde mahremiyetin dönüştüğünü, aile şekillerinin çeşitlendiğini, ancak bu değişimlerin her zaman olumsuz olarak nitelenemeyeceğini, farklılıkları hoş gören düşüncelerin ve yaşam tarzlarının attığını belirtmiştir (34).

Mahremiyetin korunması için geliştirilen kültürel yöntemler panjurları (perdeleri) indirme, kapıyı kilitleme, psikolojik olarak geri çekilme, gözleri kaçırma, giyinme, gizli yerler kullanma, konuşulan konuya göre ses düzeyini ayarlama, etraftaki kişilerden farklı dil konuşma olarak karşımıza çıkmaktadır (82).

Eski uygarlıklarda, doğum eylemini genellikle ebe kadınlar gerçekleştiriyordu. Eski Mısır'da doğuma yardımcı daha önce doğum yapmış deneyimli kadınların yaptığı tespit edilmiştir. Eski Mısırdaki doğum yapacak kadınların önceleri evde doğum yaptıkları, daha sonraki zamanlarda mabetlere giderek burada ebeler eşliğinde doğum yaptıkları kaynaklarda bildirilmektedir (119).

Hintli Hekimin Andında da kocası veya velisi yanında bulunmayan kadını hekimin tedavi etmemesi gerektiği ifade edilmiştir (82). Kadının beden mahremiyeti çerçevesinde düşünebilecek bu ifade bir anlamda kadının tedavisinin

de sınırlanması anlamına gelebilir. Kadının tedavisi kocasının bulunduğu hallerle sınırlanmıştır. Eski Hint Uygarlığı'nda kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili uygulamaları genellikle kadınlar gerçekleştiriyordu (119).

Geçmişte Tibetlilerin ve Budizme inanan Moğolların Lamaları tarafından belirlenen kadınların uyması gereken kurallardan bazıları, kadınların okula gitmelerini, yüksek sesle konuşmalarını, hatta evde doğum yapmalarını yasaklamıştır. Yasal düzlemde kadın ve erkeğin aynı haklardan yararlanacağı belirtilmesine karşın, doğum stepte ya da ahırda, samanların üzerinde yapılmaktaydı (14).

Eski Çin'de kadının nabzının kontrolü sırasında hekimin elinin kadına temas etmemesi için, kadının bileğine bir ipek iplik konur ve hekim ipin diğer ucunu baş parmağı ile işaret parmağı arasında tutup ipliğin salınımından nabzı kontrol ederdi. Kadınlar bedenlerinde ağrıyan yerlerini hekime teşhis bebekleri üzerinde işaretleyerek gösterirlerdi. Lyons A.S. ve Petrucelli R.J.'nin tıp tarihine ilişkin kitaplarında bu işlemi gösteren heykel figürleri de bulunmaktadır (97, 119, 25).

Eski Yunan'da hekimlerin kadınlara genital muayene yapmadıkları söylenir. Platon bir hekimin bir kadını muayenesi sırasında kadının göbeğini sınır olarak belirlemiştir. Ayrıca kadınların hekimlik yapması da yasaktı bu nedenle hekimlere gitmekten çekinen kadınların doğum yapmak üzere bilgisiz ebelere başvurduğu ifade edilebilir. Eski Yunan'da İskenderiye Mektebinde (M.Ö.3 – M.S. 7) kadın vücudu anatomisi, doğum ve kadın hastalıkları konusunda dersler verildiği ve ebeler için bu konularda kitap yazıldığı bildirilir. Bu durum bu gibi uygulamaların daha çok ebeler tarafından gerçekleştirildiği fikrini güçlendirmektedir (82,119).

Tarihte sağlık personeli ile olan ilişki dışında, özellikle kadınların otururken bile beden mahremiyetine uygun pozisyonları tercih etmeleri gerekmiştir. Bazı Uzak Doğu ve Afrika kabilelerinde çıplaklığın normal yaşayışın bir parçası olmasına karşın, özellikle genital bölgelerin kapatılmasına dikkat

edilmiştir. Erkekler açısından da kadınların genital bölgelerine bakmamak ahlaki bir kural olarak karşımıza çıkmaktadır (26,82).

Eski Roma Döneminde Soranus doğum yapan kadına doğum sırasında kadınların beden mahremiyetine saygı gösterilmesi kaygısıyla bazı uygulamaları önermektedir. Buna göre Soranus ebelere doğum yaptırdıkları kadınlara yardımcı olurken, genital organlarına aşağıdan bakmamalarını, kadının utanıp kasılmaması için vulvasından başka yere bakılmasını önermiştir. Efesli Soarnus'un ebelere ithaf ettiği eseri 14. y.y'ye kadar kullanılmıştır. Ostia'daki bir mezarda bulunan bir pişmiş toprak rölyefte yer alan bir ebe, Soranus'un talimatlarına uygun bir duruşta görünmektedir. Doğum koltuğunda oturan kadını doğurtmaya çalışan ebe, uygulama sırasında yüzünü kadının genital organlarından başka bir yöne çevirmiştir (119). Soranus iyi bir ebenin özelliklerini şöyle sıralamıştı; iyi bir hafıza, işini sevme, saygı değer olma, ince uzun parmaklara, kısa tırnaklara sahip olma, asla yalan söylememe, öğrenilen sırları dikkatle saklama. Bu ifadelerden de açıkça anlaşılacağı gibi mahremiyet ve gizlilik konuları o dönemde de özenle takip edilmekteydi (104).

10. ve 16. yüzyıllar arasındaki dönemde ebelik mesleğinde gerileme başlamıştır. Diğer hastalıkların ve yaralanmaların tedavilerinin hekimler ve cerrahlar tarafından yapılması nedeniyle ebelik sanatı durağanlaşmıştır. 1100 – 1500 yılları arasında anne ve çocuk ölümlerinde çok ciddi bir sayı artışı olmuştur. Hekimlerin müdahale edememelerinin yanında o dönemdeki inançlar da kadınların özenli bir doğum yardımı almalarını engelliyordu (119).

Ortaçağ'da 15. yüzyılda üreme organlarının dışarıdan dahi muayene edilmesi sorun oluşturabiliyordu. Döneme ait bazı yasal düzenlemelerde kadın hastalara kadın bakıcıların lavman yapması gerektiği, hekimin lavman yapmak durumunda kalması halinde işlemin çarşaf üzerinden yapılması zorunluluğu belirtilmişti. Vizigot yasalarında hekimlerin, yanında akrabaları bulunmayan kadınlardan kan alamayacağı, aksi halde para cezası ödemek durumunda kalacağı belirtilmiştir. Ortaçağda doğum sırasında beden mahremiyeti açısından bazı

kuralların bulunduğu belirtilmektedir. Doğum sırasında kadınların bulunması doğumu kadınların yaptırması gerektiği ve ancak zorunlu hallerde erkeklerden yardım alınabileceği kuralı geçerli olmuştur (119).

15. yüzyılda The Hotel Dieu, Avrupa ve daha sonra dünyanın en meşhur doğum evi idi. Eucharius Röslin 1526 da vefat ettiğinde, 1513'te yayınladığı "The Rose Garden for Pregnant Women and Midwives" adlı eseri ile ünlü olmuştu. Eser 1530'larda Latinceye tercüme edilmiş, İngilizce metin 1540'da Richard Jonas tarafından "The Birth of Maukynde" adı ile Thomas Raynold tarafından basılmıştı. Eserin tümü neredeyse gebelik dönemi şikayet ve hastalıklarına ayrılmıştı. 1528 yılında basılan Epitome adlı eserde, Paulus Aegineta meme ampütasyonlarını tanımladı. Bergama'da bir obstetri uzmanı olarak haklı bir üne sahip Oribasius da bir tıp ansiklopedisi yazdı (104).

Avrupa'da Rönesans döneminde jinekolojik muayenede en uygun duruş biçimi kadın ayakta erkek doktor onun önünde diz çökmüş vaziyetti. Kendisine dokunulmasını istemeyen bir kadının muayenesinde anestezi madde kullanılabilmekteydi. Ancak eğer her jinekolojik muayenede anestezi uygulanırsa öğrencilerin edep ve nazik dokunuşlarla muayene etmeyi öğrenemeyecekleri göz önünde bulundurulurdu. Doğum yaparkenki durumlarla ilgili hiçbir şey konuşulmaması garantiye alınarak bir jinekologun yardımıyla doğum yaptırılırdı. Özellikle kadınların toplandığı doğum yapan kadının yatağına erkek cerrahın yaklaşması zordu. Kocalarının eşlerinin doğumları sırasında yanlarında bulunması görenek, adap ve nezaket kurallarına aykırıydı. Bir jinekolog kötü bir atmosferin oluşmaması için hastası soyunurken ve muayene masasına yatarken orada bulunmamaktaydı. Kadınlar jinekolojik muayene için soyunurken hekimin yardımcısı kadına ve kapalı bile olsa kapıya ardını dönerek soyunmaktaydı. Muayeneyi yapan erkek hekim asla kadın hastayla baş başa bırakılmazdı. Jinekolojik muayene sırasında kadın hastanın giysilerinin bir kısmı üzerinde bırakılır, hekimin yardımcısı kadın hastanın üzerine örtü örter, genital bölgesi en önce açılır ki hekimin kadını soymasına gerek kalmayın, ayrıca örtü kadının hekimin yüzünü görmeyeceği şekilde örtülür, böylece kadın aşağıda neler olup bittiğini görmez, bu sayede bilgi akışı engellenmiş olur ve hekim rahatça

çalışabilirdi. Genellikle jinekologlar genital organların isimlerini direk zikretmek yerine “aşağıda ne zaman ağrınız oluyor?” diye sorarlardı (25).

Rönesans sürecinde Avrupa toplumu erkek ebe denen doğum hekimlerini de benimsemeye başlamıştı. William Smellie (1697 – 1763) eserinde uterus, foetus ve doğum eyleminin resmini çizmiş, William Hunter (1718 – 1783) “gebe insan anatomisi” eserini yayınlamıştır. Smellie ve Hunter ile erkeklerin doğum sürecine katılmaları rağbet görmüştür. Bu süreç içinde bu gibi gelişmelere rağmen 17. 18. 19.yüzyılda da benzer sorunların ve kuralların devam ettiği bildirilmektedir (119).

2.2.1. Anadolu’da eski uygarlıklardan günümüze gebelik, doğum ve mahremiyet

M.Ö. II. binyılın başlarında Orta Anadolu'da yaşayan Hititlerde tedavide sadece kadın hekimlere değil, majik tedavi yapan yaşlı kadınlara ve doğum yaptıran ebelere de rastlanmıştır (20).

Hititlerde doğumda kullanılan malzemeler arasında, huammaliia-“yeni doğan çocuğu tutma bezinin ve örtülerin” kullanıldığı bize intikal eden metinlerden bilinmektedir. Hititlerde doğumevi fonksiyonuna sahip bazı yapıların mevcut olduğu bilinmektedir (20).

Mezopotamya bölgesinde doğum yapacak kadının veya “tecritteki hamile kadının evi” ifadesinin yer aldığı, diğer toplumlarda olduğu gibi Hititlerde de kadının tecrit edilerek hususi doğum odalarına götürüldüğü ileri sürülmektedir (20).

Klasik Yunan Dönemi’nde Anadolu’da; erkeklerin arınma ritüelinin ertesine kadar anneye (ve muhtemelen çocuğa) dokunmadığı belirtilmektedir (20).

Türk yaşayış sistemi içerisinde, erken dönemden itibaren görülen “kadın kamlık” fenomeninin, ebe ana’lığa dönüştüğü anlaşılmaktadır. Çeşitli sözlüklerde

ebe kelimesi Şu anlamlar içinde görülür: ebe: 1)Doğum işini yaptıran kadın 2) Büyük anne, nine. 3) Genellikle ocuk oyunlarında baş olan, diğer çocuklara veya gruba karşı cezasını çekmek ve bundan kurtulmak için tek başına bütün sorumluluğu üzerine alan ocuk. “Günümüzde Anadolu coğrafyasında yaşayan ger evli Türkmenler arasında ve onların son dönemlerde yerleşik düzene geçtikleri yörelerde, ‘ebe’ler hala canlılığını korumaktadır. Konar-göçer veya yarı yerleşik yaylak-kıŐlak hayatının hâkim olduğu Türk topluluklarında, kadın-erkek ilişkisinin daha rahat olduğu, hayatın her alanını birlikte paylaŐtıkları bilinen bir gerçektir. Bununla birlikte, özellikle gerek hayat Őartlarının doğurduğu, gerekse ailenin bir ocak olarak sürdüğü yerlerde ebelik vazifesini yüklenen kadınların toplum içinde özel bir yeri vardır (78).

Eski Anadolu uygarlıklarında kadın hastalıkları ve doğum alanındaki tıbbi uygulamalara hekimler nadiren katılabiliyordu. Örneğin doğum yapan kadınlara ebeler yardım ediyordu. Eski Anadolu uygarlıklarında kadınların bazı konularda (kadın hastalıkları ve doğum) erkeklere muayene olamaması nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum konusunda ebelere önemli bir rol düŐmüŐtür. Bu uygarlıklarda doğum yapacak kadının daha önceden doğum yapmış bir kadından yardım alırken bu kadınlardan Őarkı ve ilahilerle destek alıyorlardı. Bu durum sonraları bazı kurallara göre yardım eden ebelerden yardım alınmasına dönüŐmüŐ ve böylece ebelik sanatı doęmuŐtur (119).

Sümerliler’de doğum yapacak olan kadının daha önce doğum yapmış kadınlardan yardım aldığı bilinmektedir. Böylece doğum sadece kadınlara özgü bir iş olarak benimsenmiŐtir (119).

Selçuk ailesinin liderliğinde İŐlm dünyasının liderliğini üstlenen Türkler, büyük bir dinamizm ile duraklayan medeniyeti canlandırdılar. Bu dönemde gelişen bilim dallarından birisi de tıp oldu. İnsanların yaşadıkları yerleŐim merkezlerinde hastaneleri yaygınlaŐtırıp, kurdukları tıp medreseleri ile çok sayıda hekim yetiŐtirdiler. Eskiden beri bilinen tedavi usullerinin yanında yeni yöntemler belirlendi ve bunlar süratle hayata geçirildi (85). Anadolu Selçukluları hakimiyeti

devrinde Anadolu'da ebelik ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Selçuklulara ait Kayseri'deki tıp medresesine bağlı darüşşifada, görevli hekimlerin yazdıkları cerrahlık kitaplarında, doğumun güç oluşu sırasında alınacak tedbirler anlatılmıştır (51, 85).

Osmanlı döneminde saray geleneğinde; anneden anneye devretmek suretiyle gelenekselleşen ebelik, gerekli işlem ve bilgiler için rehber niteliği taşırdı. Doğum esnasında gebenin yanında istediği iki kişiyle birlikte ebe doğum odasına girer, kendileri dışında kimseyi odaya almazdı (62, 117). Osmanlı'da saray dışında doğum ritüellerinde, tutulan ebe genellikle aile hanımlarını doğurtan ebe olurdu (62).

Osmanlı devletinde kadınların, ebelik yapmalarının yanında, hekimlik, hasta bakıcılık ve ilaç hazırlama gibi uygulamalar da yaptığı görülmektedir. Kadınların bu kişilerden sağlık hizmeti aldığı düşünülmektedir. Bazı durumlarda erkeklerin de tedavisinde yer aldıkları belirtilmektedir. Örneğin 19. yüzyıl başlarında sarayda görevli hekimler Halife Abdülmecid'i tedavi edemeyince tedavici bir kadın saraya çağrılmış ve Abdülmecid'i tedavi etmiştir. Eski kaynaklarda tabibe ya da hekime olarak adlandırılan kadın hekimler kabile olarak ifade edilen ebeden görev itibarıyla zaman zaman ayrılıyordu. 15. yüzyılda Amasya Darüşşifası'nın başhekimisi olan Şerafeddin Sabuncuoğlu'nun Cerrahiyyetü'l Haniyye'sinde tabibe tabirin de kullanıldığı görülmektedir. Bazı jinekolojik girişimleri gerçekleştirirken resmedilen kadınlar için ise ebe tabiri kullanılmıştır. Cerrahiyyetü'l Haniyye eserindeki minyatürlerde doğum işleminin kadınlar tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Minyatürlerde hekimlerin müdahalesi sırasında yardımcı kadınlar da bulunmaktadır. Bu minyatürlerde hastalar genellikle yarı çıplak görünmektedir. Bazılarında da tamamen çıplaktır. Edirne Sarayı, İstanbul Beyazıt'taki Sarayı Atik (Eski Saray) ve Topkapı Sarayı'nda harem içinde birer hastane bulunmaktadır. Eski Saraya ait 1798-1799 tarihli maaş defterinden burada bir kadın sağlık örgütünün bulunduğunu düşündürmektedir. Bu durum saray kadınlarının sarayda bulunan kadın sağlık örgütü tarafından tedavi edildiğini de düşündürülebilir. 19. yüzyılda Osmanlı

Devletinde bulaşıcı hastalıklar çerçevesinde karantina uygulamalarında karantina hekimlerinin ölen kadınları muayene etmesi hoş karşılanmıyordu. Ölenin kadın olması halinde ilgili sıhhiye makamlarından seçilmiş bir kadının (mortucu mütetabbibe) ölüm sonrası muayeneyi yapması gerekiyordu (119).

Cumhuriyet devrinde kurulan İstanbul Ebe Okulunda ilkokuldan sonra iki yıllık bir öğrenimle ebe yetiştirilmeye başlandı. 1938'den sonra da köy ebesi yetiştirilme yolunda çalışmalar yapıldı (51).

Cumhuriyet döneminde, kadınların hakları ve tıbbi tedaviler hususlarında önemli adımlar atılmış, yeni çıkarılan kanunlar ve yönetmeliklerle tıbbi müdahalelerin koşullarının sınırları çizilmiştir.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (m.70) hastanın onamı alınmadan hastaya tıbbi girişimde bulunulamayacağını belirtmiştir. Bu yasal düzenlemede hastanın onamının alınması hekimlere bir sorumluluk olarak yüklenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası kişilere onamları olmadan tıbbi girişimlerde bulunulmasını kanunda yazılı bulunan bazı haller dışında yasaklamıştır (17/2). Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi Oviedo, 4.4.1997. Bu Sözleşme, Türkiye Cumhuriyeti tarafından 4 Nisan 1997 tarihinde imzalanmış; Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından da 3.12.2003 tarihinde onaylanmış ve buna dair Kanun, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun” adıyla ve 5013 Kanun numarası ile 9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmede onam alınmadan tıbbi girişimde bulunulamayacağını belirtmektedir (m. 5) Hasta Hakları Yönetmeliği de hastanın onamı olmadan hastaya tıbbi girişimde bulunulamayacağını belirtmiştir (m. 22,24). Hastanın vücudu üzerindeki hakkına bağlı olarak durumunu bilme ve öğrenme hakkı vardır; Hasta Hakları Yönetmeliğinde (m.31,15,18), Türk Tabipleri Birliği Hekimlik

Meslek Etiği Kuralları (m.26) hastaların hangi konularda ve nasıl bilgilendirilmesi gerektiği hususlarına da yer verilmiştir (119).

Bütün bu haklara karşın, ülkemizde kadınlar günümüzde utanma, çekingenlik nedeniyle doktora gitmemektedirler. Kadınların sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanamamaları, sorunlarını gizleme eğiliminde olmaları, kendi kendilerine bazı uygulamalara başvurmalarına neden olmaktadır (120).

Ülkemizde anneler, ailelerini günlük yaşamında merkez odak noktası olarak görürler. Doğum yapan ve bu kültürden gelen bir kadın doğumdan sonra kırk gün boyunca evde kalır, bu sürede bakımı ailesi tarafından sağlanır. Batılı olmayan birçok kültürde insanlar için aile dışında diğer kişilerle ve sağlık profesyonelleri ile az konuşma, az paylaşımda bulunma söz konusudur. Bu gibi düşüncelerin ülkemizde de bazı bölgelerde mevcut olduğu bilinmektedir (120).

2.2.2. Bilişim ve gizlilik

Literatürde kişilik hakkı ve buna sıkıca bağlı değerler kümesinin oluşturduğu “bilgi gizliliği hakkı” olarak tanımlanan hak, günümüzde önemli hale gelmiştir.

Bu hakkın uluslararası hukuktaki açılımı olan “bireyin yalnız bırakılma hakkı”, hak teorisi içerisinde karşılığını kişilik hakkı, özel hayata saygı, kişisel iletişim ve haberleşmenin dokunulmazlığı kesişiminde bulmaktadır.

Bireysel özgürlüklerin yıllar geçtikçe artma eğilimine rağmen, devletlerin, bireylerin ve kurumların teknolojik ve sosyolojik gelişmelerle birlikte artan oranda özel hayata müdahale etme arzularının çatışması yatmaktadır. Bu durum öyle bir duruma gelmiştir ki, içinde bulunduğumuz bu dönemi tanımlamakta “gözetim toplumu- surveillance society” kavramı, literatürde sıklıkla kullanılır olmuştur. Türkiye’de son yıllarda gelişen ve çeşitlenen medya, (görsel ve yazılı basın), internet, televizyon kanalları ve programları, bunlar üzerine yapılan

tartışmalara, bunların muhteviyatına, taraflarına ve yorumlanış biçimlerine bakıldığında, “konuşulmayanın konuşulmaya başlaması”, “gözlerden irak tutulmanın gözler önüne serilmesi”, dinamiklerinin öngörülemez ve kontrolsüz bir biçimde ivme kazandığını görmekteyiz. Bu bağlamda bireycilik, risk algısı, belirsizlik ve güvensizlik ortamında hayatını yönetmeye çalışan ve kendi benliğini oluşturmaya çabalayan geç-modern bireyin, müdahale edilemez olarak kabul ettiği özel yaşam alanları, çeşitli seviyelerdeki müdahalelere karşı yeniden konumlandırmak mecburiyetinde olduğu iddia edilebilir (109).

Hastalar arasında internette yapılan mesajlaşmalar, bilgi paylaşımlarına baktığımızda, bu toplumsallık biçimlerinin önemsendiğini görüyoruz (109).

Medya dünyasının artan egemenliği bireyciliği özgürleştirdiği gibi, bireyleri tehdit de etmektedir. Olay yerindeki kameralar, artan dedikodu dergileri giderek özel dünyalara girmekte, cinsellik içeren haberler izlenmektedir. Birey kendini etik değerlerin ışığında tanımaktan ziyade, teşhirciliğin saydamlığında bulmaktadır (37).

Günümüzde teknolojik araçlarla kişilerin özel yaşamına ait bilgiler ve görüntüler kayıt altına alınıp, izinsiz paylaşılmaktadır. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu bu korumayı sağlamada önemli adım olarak nitelendirebilir. Ancak ülkemizde kişisel veri korunması konularında yeterince adım atılmadığı belirtilmektedir.

Teknolojinin sağladığı olanaklarla insanın yaşamının her alanına ulaşabilmek mümkün olmuştur. Tıbbi bilgiler, genetik bilgiler gibi. Bu durum bireyin yalnız kalma hakkını kullanabilme kontrolünün, bilgi gizliliğinin, ortadan kalkmasına neden olmaktadır (82).

Günümüzde hastaların sağlık durumları ile ilgili tıbbi kayıtlar da yeterince korunmamaktadır.

Gelişmelere bağlı olarak hekim hasta ilişkisi muayenehane veya hastanın evi ortamından hastane ortamına taşınmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin daha fazla personel tarafından üstlenilmesine neden olmuştur. Böylece hastalarla ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin daha fazla sağlık personeli tarafından öğrenilmesi ve bu bilgilere daha çok kişinin ulaşması gündeme gelmiştir. Hastanın sağlık sigortası veya tedavisi nedeni ile yapılacak ödemelerde, bürokratik boyutunda sorumlu olanları da düşündüğümüzde günümüzde hasta ile ilgili bilgilerin ve kayıtların gizli tutulması oldukça güçleşmiştir. Bütün bunlarla beraber hastalara ait bilgiler hastaneler, eczaneler, laboratuvarlar tarafından farklı amaçlarla da kullanılmaya başlanmıştır (119).

Veri koruması konusunda oluşturulacak doğru bilinç ve bunu destekleyecek doğru düzenlemeler bilgi çağında gizliliğin normatif ve ilkesel temellerinin filizlenmesinde önemli bir adım olacaktır.

2.2.3. Mekan ve mahremiyet

Mahremiyet, kişilerin tek başlarına, beraberce veya ortaklaşa benliklerinin ya da diğer sosyal öğelerin sınır ilişkilerinde psikolojik, toplumsal ve fiziksel çevre mekanları içinde uyguladıkları çevre kontrolü olarak da tanımlanabilmektedir (82).

Mekan kavramı incelemesinde mahremiyet, kişisel mekan ve alansal davranış (egemenlik sınırı) kavramları, çevre ve davranış arasındaki ilişkilerin odak noktası olarak ele alınmaktadır. Mahremiyet bu kavramlar arasındaki anahtar rolü oynamaktadır (82).

Yaşam tarzı ve temel gereksinimler, aile yapısı, din, sosyal organizasyonlar, ekonomik faktörler, bireyler arası ilişkiler, estetik değerler, savunma ve mahremiyet düşüncesi konutların tarihsel değişim ve gelişim sürecini etkileyen faktörlerdir. Rapport, sosyokültürel olarak ele aldığı mahremiyet faktörünü konut biçimlenişinde birinci derece önemli olarak değerlendirmiştir. Bir

konutun iç yapılanması, onu kullanan ailenin kültürel yapısını belirlediği gibi, konutların genel düzenlenişleri de o toplumun kültürünü temsil etmektedir (82).

Modern öncesi dönemde fiziksel mekanlar insanların mahremiyetini sınırlamaktaydı. Eski dönemdeki evler, sadece geniş bir odadan oluşmaktaydı. Aile ya da akraba grubuna mensup herkes bu mekanda kalıyordu, yemek pişirme ve yeme, dinlenme ve uyuma gibi bütün etkinlikler burada gerçekleşiyordu. Bu dönemlerde bütünü için var olduğu anlayışının egemen olduğu bir yapıda bireyin modern anlamda "özel yaşam alanı" ndan veya "mahrem alanı"ndan söz etmek güçtü (140).

Öte yandan ikametgâhlar veya konutlar, kendi ülkemizde dahil olmak üzere, pek çok Batı ülkesinin veya gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin yanında, ilkel toplumlarda da evli çiftlerin cinsel ilişkide bulunabilmeleri için istenen mahremiyeti sağlayan yerler olmuşlardır (138).

Yerleşik yaşama geçildiğinde endüstri öncesi dönemde konutların birbirleriyle ilişkilerinde önemli unsurlardan birinin, birbirinin içine bakmamak olduğu görülür (82).

Modernleşme sürecinde fiziksel mekandaki maddi gelişmenin ilk belirtileri, söz konusu alana, ilkin yatak odasının ardından da oturma odalarının eklenmesi olmuştur (141).

Fiziki alanın farklı özelliklerini kullanarak, bireysel mekan, bölge sınırlaması gibi davranışlarla mahremiyetimizi korumaya çalışırız. İnsanların bölge sınırlama davranışı elde edilmiş istenen mahremiyet sınırlamalarıdır. İnsanlar yapılmış mekanlar üreterek, mekan içerisinde bölmeler yaparak, insanlar arası ilişkileri kontrol altına alırlar, böylece mahremiyetlerini bu yolla koruyabilirler. Duvarlar, perdeler, paravanlar, hareketli kafesler, mahremiyeti korumaya yardımcı araçlardır. Bölünmüş mahrem alanlar gruplar arası sevgi ve saygının sürdürülmesine yardımcı olur (138).

Bireyler, psikolojik mesafe koymayı veya sınırlı haberleşmede bulunmayı gerektiren birçok sosyal rol ifa etmektedir; özel ofisler veya “sadece çalışanlara mahsus” olmak üzere dizayn edilmiş fizik alanlar düzenlemek suretiyle bu amacına ulaşabilmektedirler (138).

Hall sosyal ilişkilerin derecesine ve farklı koşullara bağlı olarak insanlar için dört mekansal bölge kullanmakta ve bu etkileşim bölgelerinin kültürden kültüre değiştiğini ifade etmektedir. Bu mekansal bölgeler samimi, kişisel, toplumsal ve ortak olmak üzere sınıflanmaktadır. Sosyal ilişkiler düzeyinde, başkalarının mekansal bölge sınırlarını delmek ise mahremiyetin işgali anlamına gelmektedir (82).

Öte yandan mekan, mahremiyet ve cinsiyet ilişkisine baktığımızda, Türkiye’de, evler hala kadınların mekanları olarak görülmekle birlikte, kentleşmenin, kadınların kamusal hayata katılımın artırmasıyla yok olacak ara bir türü olarak görülen aile mekanları, parkların içindeki aile çay bahçesi ve aile gazinosu gibi yerler, belli bir mahremiyeti öngördüğü ancak yine de kamuya açık mekanlar oldukları için bir “geçiş mıntıkası” olarak adlandırılmaktadırlar. Bu mekanların “cinsiyetler arası kapalılığın geniş bir şekilde devam ettiği ve kadınların “erkeklerle paylaşılan” kamusal mekanlara rahatlıkla giriş yapamadıkları” toplumumuzda kadınların kendilerine özel bir kamusal alan oluşturmalarına yardım ettiği ifade edilmektedir. Ancak bu bakış açısı, şehirlerin cinsiyetçi coğrafyasını görmezden gelmekle eleştirilmektedir (109).

2.2.4. Evlerin mahremiyeti

Kent, mahalle, sokak, kurum, ev ve oda, ilişkiler yumağından oluşan bir bütündür. Oda ve konut bu yumağın çekirdeğidir. Kişiye ait oda, kişinin denetiminde olan, istendiğinde kapısı açık, istenmediğinde kapalı olan mahrem mekandır (53). Mahremiyet ev ve oda dizaynı açısından hesaba katılması gereken önemli bir faktördür (138).

Bütün kültürlerde insanlar başkalarından uzak kalabileceği bir odaya ihtiyaç duymaktadır (138).

Türklerde ev, duvar ve oda sözcükleri, Göktürk çağında, Selçuk çağında ve Uygur harfleri ile yazılmış Oğuz Destanında, Dede korkut'da kullanıldığı bilinmektedir (108). Türklerin çeşitli kültür çevrelerinde yaşamaları onların ev şekillerinin birbirinden farklı olmasına sebep olmuştur. Fakat Türk evinin karakteristik iç yapısı bulunmaktadır. Türklerde ev tiplerine baktığımızda eskiden Turfan ovasındaki evlerin çoğunun dışa açılan pencereleri yoktu. Pencereler evin ortasındaki bir avluya bakıyordu. Töre, gelenekler ve İslam dini de dışarıya açılan pencereleri hoş görmemiştir. Bu tipteki evlere günümüzde Anadolu'da rastlanmaktadır. Avlunun içi, pencerelerin önüne yapılmış ve parmaklıklar ile çevrilmiş sundurmalar Türk kültürünün devam eden geleneklerine örneklerdir (108).

İnsanlar yüzyıllardır benzer şekilde evler yaparak, çitlerle çevirerek veya benzeri işaretlerle buldukları alanı belirleyip ötekinin işgalinden korumaya çalışırlar. Alansallık kavramının özel alan kavramıyla çok yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Altman ve Chemers tarafından kategorize edilen alansallık, birey açısından önemine göre birincil, ikincil ve kamusal alan olarak ayrılmıştır. Aile ortamında odaların paylaşılması alansallığın sonucudur ve kapalı kapı gibi birbirlerinin alansallığını belirleyen işaretlere de yaşamda mahremiyetin korunabilmesinin göstergesi olarak saygı gösterilir (82).

Türklerin çadır yaşamının temel özelliklerinin yerleşik düzene geçildikten sonra da sürdürüldüğü, geleneksel Türk konutunun geniş aile yapısını içinde barındırabilen durumundan ve yirminci yüzyıl ortalarına kadar odaların tüm insan gereksinimlerini karşılayabilen çok amaçlı düzende olmasından anlaşılmaktadır (82, 138).

Ataerkil toplum yapılanmalarında aile reisinin diğer aile bireyleri üstündeki denetimi bireysel mahremiyeti sınırlamaktadır. Ancak bu durum konutların içe dönük konumunu ve dışa karşı mahremiyetin daha sıkı korunmasını

getirmektedir. Günümüzde ise ataerkil çekirdek aile yapısı genel olarak etkinliğini sürdürmekte ve aile reisi olarak babanın ailenin diğer üyelerinin yaşamları üzerinde söz sahibi konumu mahremiyetin korunması üzerindeki olumsuz etkinin sürmesine neden olduğu ifade edilmektedir (82, 138).

Türklerin İslamiyeti kabulünden sonra kadının dış dünyadan gizlenmesi gerekliliği konuta yansımıştır. Bu nedenle konutlar içe dönüklük ilkesine göre biçimlenmiştir. Kadın ile erkek arasındaki kesin sınırlar, haremlik ve selamlık olarak adlandırılan ayrı mekanların oluşmasına neden olmuştur. Bazı konutlarda erkek konukların kadınları görmesini önleme amaçlı eve gelen konuğun cinsiyetine göre farklı ses veren kapı tokmakları ve konuklara görünmeden servisi sağlayan döner dolaplar buna örnek oluşturmaktadır. Ayrıca ev işleri nedeniyle etkinliği daha çok giriş katında olan kadını gizlemek amacıyla sokaktan geçenlerin göremeyeceği yükseklikteki bahçe duvarları, birbirine bakmayacak şekilde düzenlenmiş giriş kapıları ve kafes yapılarla süslenen pencereler, sokağa bakan zemin kat duvarlarına açılmayan pencereler veya zemin kat pencerelerine takılan demir parmaklıklar diğer dikkati çeken konut yapılanmaları, bölge savunusu önlemleri ve mahremiyet algısının konuta yansımalarıdır (82, 138).

Osmanlı döneminde Medeni Kanun olan Mecelle’de kadına ait yerler olarak tanımlanan mutfak, kuyu başı ve avlu gibi yerlerin başka komşu evinden görülmesi yasaklanmıştır. Bu yerleri gören komşu, görüşü engellemek ve verdiği zararı karşılamak zorundadır. Osmanlılarda çok katlı yapılar 19. yüzyılda ve batılılaşma hareketlerinin parçası olarak görülmeye başlamıştır (82).

Osmanlı toplumunda da üç kuşağın birlikte yaşadığı geniş aile yapısı yaygın olarak izlenmiştir. Çoğu bir avlunun etrafında sıralanmış konutlarda, üç kuşağa ait hanelerin bulunduğu sosyal ekonomik ünite halinde yaşanır. Banyo yapma alanlarının odanın bir duvarı içinde düşünülüp, odaya girilince fark edilemeyecek şekilde tasarlanarak gizlenmesi, sofaya açılan odaların ilk bakışta içerisinin görülmesini engelleyecek şekilde yapılması, misafir odalarının daha çok giriş katında düşünülerek ailenin yaşam eylemlerinden uzaklaştırma düşüncesi,

zamanla artan nüfusa bağı olarak artan konut sayısı nedeniyle bitişik nizamda konutlar yapılmıştır. Bu durumda yüksek, sağır bahçe duvarları mahremiyetin korunmasını sağlamıştır. Geç dönem evlerde ahşap ve demir parmaklık ve kafeslerle zemin kat pencereleri konmaya başlamıştır (82, 138).

Değişen toplum yapısı, sanayileşme, şehirleşme, kadınların üretime ve sosyal yaşantıya katılımı aile yapısını değiştirmiş ve geniş aileden anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileye dönüşümü gerçekleştirmiştir (138).

Günümüzde yapılan araştırmalar, mimari çevrenin özelliklerinin bireylerin mahremiyet ortamlarının oluşturulmasında çok önemli olduğunu belirtmektedir (53).

Konut biçimlenişini oluşturan kültürel bileşenler olarak; dünya görüşü, çevresel bilişim ve algılamalar, sosyal yapı ve aile yapısı, temel gereksinimler, kadınların konumu ile birlikte, mahremiyet de ele alınmış, yabancıların giremeyeceği öncelikler etrafındaki merkezi ve konut içinde yalnızlığa çekilmek de yukarıdaki boyutlara eklenmiştir. Konutta mahremiyetin korunması şu nedenlere göre sıralanmaktadır: başkalarının gözleminden uzak olarak yalnızlık, bir başka kişiyle birlikte ama dış dünyadan arınmış olmak, kalabalık içinde olup da tanınmamak, izole olmak, istenmeyen müdahaleleri kontrol için takınılan tavır, kadınların konumu, cinsellik ve utanma, kişisel değerler ve alansallık duyguları, gizlenme, kendi hakkında bilgi vermeme, yakınlık olarak çeşitli kaynaklarda ifade edilmektedir. Kalabalıklık, istenilen iletişim örüntülerine zararlı etkilerin doğmasına neden olur, bireyin kontrolünün kaybolması duygusunu verir ve kişi özerkliğini zedeler. Konutlarda perdeler, pencerelerin ve brandalar ile balkon korkuluklarının kapatılması sayesinde mahremiyet sağlanmaya çalışılmaktadır (82, 138).

Günümüzde bireylerin mahremiyet gereksinimine bağı olarak değişen konut gereksinmesinin konut değiştirme yoluyla sağlanmasının güçlüğü bazı araştırmacılara konutta değişim ve dönüşümü olanaklı kılan esnek konutlar

tasarlamaya itmiştir. Hareketli bölücüler ve "destek sistemler" den oluşan bu konutlar adaptasyon yoluyla çok çeşitli gereksinimleri karşılayabilmektedir. Konutlar aile bireylerinin rahat kullanabileceği şekilde tasarlanmalı ve donatılmalıdır. Bir ülkenin tüm kurumlarının işleyişinde kentsel ve mimari çevrenin önemi, araştırmalar aracılığıyla sürekli kanıtlanmalıdır (53).

Fizik ve sosyal yapıları mahremiyete göre ayarlamak gerekir. Ana-baba yatak odalarıyla yetişkin kız ve erkek çocukların yattıkları mahallerin birbirinden uzak tutulduğu; yeni evlilerin kaldıkları odaların ara bölmelerle tecrid edildiği zamanları çoktan unutmuş bulunuyoruz. Kişiliğimizi derinden etkilemiş olan sosyo-kültürel ihtiyaçlarımızın hesaba katıldığı bir yapısal mekân anlayışına önem vermemiz gerekmektedir. Bu, en azından, her ailenin, yeni yerleştiği mekânda, duvar ekleme ve kaldırma da dahil olmak üzere, köklü değişiklikler yapmasını bir miktar olsun engelleyecektir (138).

Sonuç olarak başarılı bir mimari tasarımın oluşturulmasındaki en önemli faktör olan mahremiyetin korunması, kişisel alan, kişileştirilmiş alan ve egemenlik sınırlarının korunabilmesine bağlıdır (82).

2.2.5. Hasta odaları ve mahremiyet

Tıbbın neoliberalleşmesi süreci, küresel sağlık sistemi ile iç içe geçerek, hayatlarımıza nüfuz etmeye başlamıştır. Beş yıldızlı otel lüksü ve özeni sunma iddiasındaki özel tıp kurumları, artan ekonomik ve politik güçleri sayesinde kamu politikalarını da etkileyebilen bir etkileme unsuru haline geldi. Buna karşın, bazı hastanelerde, özellikle kent yoksulları, kamuya ait hastanelerde muayene olmak için saatlerce bekleyip, toplu şekillerde polikliniklere alınıp, kısa sürede tanılanmaya çalışılmakta, servislerde kalabalık hasta odalarında bakım almakta, mahremiyet kayıpları yaşamakta, reform çabalarına rağmen hala, karmaşık, bürokratik, hantal uygulamalarla uğraşarak, kötü koşullara maruz kalmaktadırlar. Bireylerin ve toplumun yaşamının her aşamasının, mahremiyetleri de dahil, neoliberalleşmesine paralel olarak metalaşması, evrensel insan hakkı olarak

formüle edilen sağlığın, arzu edilen evrensellikten uzak olduğu, yukarıda belirtilen toplumsal eğsitsizliklerle örtüően, avantajlı toplumsal kesimlerin imtiyazlarını kuvvetlendiren, güçsüz ve madur kesimlerin hayati sonuçlarla karşı karşıya kaldığı bir dışlanma deneyimi haline dönüşmesine sebep olmaktadır. Temel bir vatandaşlık hakkı olarak sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara eşit bir biçimde ulaştırılmalıdır (109).

Goffman (1991) bir gözetim mekanizmasının işlediği “total kurumlar” dan bahsetmiştir. Modern toplumların en basit düzenlemelerinden birinin, insanın farklı yerlerde, farklı otoriteler altında ve bunları tamamı ile kapsayacak bir plana dahil olmadan, farklı insanlarla beraber uyuması, çalışması, boş zamanını geçirmesi olduğunu, bir “total kurum”un ise tam da bu en temel ayrımları ortadan kaldırdığını anlatır. Goffman “total kurum”u, “Benzer konumlara sahip çok sayıda bireyin kaldığı ve çalıştığı, daha geniş anlamda bir toplumdan uzakta oldukları ve çerçeveleri çizilmiş, resmi biçimde idare edilen toplu yaşam sürdürdükleri yerlerdir.” şeklinde tanımlamıştır (109). Hastanelerde bu kurumlara benzetilebilir.

Türkiye’de yapılan bir araştırmada hastanede koğuşta kalan hastaların özel odada kalan hastalara oranla doktor hizmetleri, hemşire hizmetleri ve oda hizmetlerinden daha az tatmin oldukları açıklanmıştır (36). Ülkemizde kamu hastanelerinde kadınların doğumlarını doğum salonlarında yaptıkları bilinmektedir. Hasta mahremiyetinin sağlanması ve hasta hakkının korunması amacıyla bu salonların kaldırıp yerine doğum odaları oluşturması önemlidir.

Tıbbi müdahalelerin, tüm sürecin kadınların bedenleri üzerinde gerçekleştiği, sık sık hastaneye gidilen, uzun süren tedaviler, hem bedensel hem de duygusal açıdan zorlu, yıpratıcı bir süreç olarak uygulanıp gitmekte olduğu belirtilmiştir. Doktorlar tarafından, hastalara yeni tıp projelerinin üzerlerine uygulandığı, nesneleşen bedenler olarak yaklaşıldığı da vurgulanmaktadır (109).

Sağlık hizmetlerinde, anlayış, empati ve kabul gösteren bir hekim/hemşire, hastayı korkutan, mahremiyetini yitirme endişesi gibi utandıran, suçlu hissetmesine neden olan duygularını kabul etmesine, duygularını ifade etmesine yardım edebilir. Böylece hasta duygularının farkına varır ve çözüm yollarını sağlık personeli ile birlikte katılımcı etkileşim ile bulabilir (35).

Klitzman ve Stellman ile Wineman'da çalışma alanlarında görsel, akustik, sosyal ve haber/bilgi mahremiyeti bakımından yapılmakta olan düzenlemelerin tatmin edici olmaktan uzak bulunduğunu, mahremiyetin dizayn açısından hesaba katılması gereken önemli bir faktör olduğunu söylemektedirler. Bununla birlikte, çok kişilik mekanlar, her şeyden önce ihtiyaç duyulan mahremiyetin engellenmesine sebep olmuştur (138).

2.2.6. Mahremiyet ve yaşam döngüsü

Doğmak, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi yaşam evrelerinden geçmek ve ölmek, esasen biyolojik evrelere işaret etseler de, bu evrelerin algılanması ve yaşanması önemli toplumsal ve kültürel özellikler içerir. Cinsel kimliğini oluşturmak, doğurmak, hastalanmak, tedavi olmak bu biyolojik evrelerin içerisinde yaşanan önemli dönemlerdir (109).

Geleneksel yapı içinde doğan her çocuk yaşamını sürdürmek için edindiği her bilgi gibi kültürel, dinsel ve geleneksel uygulamalarını küçük yaştan itibaren anne- babasından, aile büyüklerinden ve çevresinden doğal bir süreç içinde öğrenebilmektedir. Bu geleneksel uygulamaların bireylerin sağlık davranışlarını etkilediği bilinmektedir. Ülkemizde birçok araştırma kadınların gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarının olduğunu göstermektedir (120).

Mahremiyet tanımının bireyin gelişimine göre değiştiği bilinmektedir. Mahremiyet sorumluluk sahibi olmayı, kişisel gelişmeyi ve kendini fark etmeyi çabuklaştıran pozitif bir kavram olarak görülür (82).

Fischer mahremiyeti bir kaçış veya savunma durumu değil, kişisel büyüme ve gelişmeyi hızlandıran bir durum olarak görür (82).

Weiss kişinin eylemlerinin ilk, temel ve başlangıç kaynağı olarak gördüğü mahremiyetin yaşamın sonlanmasına kadar bireyle birlikte olacağını ifade eder (82).

Mahremiyetin gelişimine bakıldığında küçük çocuklarda ilk gelişenin, benim odam gibi ifadelerle kendisini gösteren belirli bölgeye ve mülkiyete ilişkin mahremiyet kavramıdır. Yaş ilerledikçe bilgiye ilişkin gizlilik algısı gelişir (82).

Erken yaş dönemlerine bakıldığında bebeklerin mahremiyet gereksinimlerinin çok az olduğu görülürken, büyüme ve çocukluk evresine geçişle birlikte ebeveynlerle mesafe oluşturulmaya başlandığı görülür. Geç çocukluk dönemlerinde ise dışarıya bilgi verme kontrollü olmaya başlar ve özerklik ön plana çıkar. Yetişkinlikte ise cinsellik ile mahremiyet gereksinimi iç içe bir durum sergiler (82).

Çocukta mahremiyet isteğinin en çok seyrettiği dönem ergenliktir. Yetişkinliğe adım atan çocuk kişisel bakımını gözlerden uzak yapmayı tercih eder (33). Çocuklara utanma duygusu küçük yaşta öğretilmelidir. Çocukların gözü önünde yetişkinler çıplak dolaşmamalıdır.

Ev içinde kalabalık yaşam çocuklarda bilişsel ve fiziksel gelişmeyi yavaşlatmakta, stres kaynağı olmakta, değişken ve çatışmalı ilişkilere zemin hazırlamaktadır. Kalabalık, özel alana ve alansallığa müdahale edilmesine ve bu da mahremiyetin zedelenmesine neden olmaktadır (82).

Mahremiyet olgusu insan yaşamının her döneminde önemliliğini korur ve sağlık hizmeti verenler açısından her yaştaki hastanın beklentilerine uygun olarak, mahremiyetine dikkat edilmelidir.

2.2.7. Mahremiyet ve cinsiyet

Mahremiyet kavramına ilişkin kaynaklar incelendiğinde bu kavramın cinsellikle ilişkili bir yönü de olduğu görülmektedir.

Göle, Türkiye’de mahrem sözcüğünün anlamının, gizliliğe, aile hayatına, kadının sahasına, yabancıların bakışlarına yasaklanan şeye ilişkin olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda bu sözcüğün, bir erkeğin ailesi anlamına da gelmekte olduğunu ifade etmiş, “modern mahrem” olarak tanımladığı ülkemiz kadınlarının mahremiyetini ve bu kavramı, modern Batılı anlamdaki “özel alan” a tercüme etmenin güç olduğuna vurgu yapmıştır. Mahremiyet kavramı, müslüman bir toplumda, gizlilik, cinsel ayrımı ve kamu ahlakı gibi konuların anlaşılmasında anahtar bir öneme sahiptir. “Mahrem”in yerine Batılı “özel alan” kavramını koymanın, müslüman bir toplumdaki ailesel alanın farklılığını görmezden gelmeye sebep olacağını belirtmiştir (38).

Mahremiyet köken aldığı mahrem ve haram kelimelerinden kaynaklanan niteliği nedeniyle cinsiyet açısından nötr bir kelime değildir. Köken aldığı kelimeler nedeniyle yasaklanmış cinsel ilişkiler ve kadın vücudu ile doğrudan ilişkilidir. Hasta hekim ilişkisinin gerektirdiği bedenin görünmesi beden mahremiyetinin konuşulmasını gerektirmektedir. Bu nedenlerle hasta hekim ve sağlık personeli ilişkisinde tarafların cinsiyetleri, cinsel ahlakları tartışma konusu olmaktadır (82).

Mahremiyet olayına, kiskanılan veya kavga konusu yapılan bir cinsel objeye karşı takınılan tavır açısından bakıldığında, kadının hem görsel hem de işitsel olarak, kısmen veya kapsamlı bir şekilde tecrid edilmeye varacak kadar çeşitli kısıtlamalara maruz bırakıldığı görülmektedir. Tarihî bir süreç takip edilerek ortaya çıkmış olan bu kültürel tavır, daha çok, erkeğin egemen olduğu kültürlerde kök salmıştır. Yörütkan’a göre, halen “modern” dediğimiz Batı toplumları da dahil olmak üzere, toplumların tamamına yakın bir kısmında erkek hâkimiyeti kabul görmektedir (138).

İnsanlık tarihinde genel olarak izlenen özellikle kadınların bedensel utancının günümüzdeki eşiğinin düşmesi ise, her şeyi tüketime sunma ve değer erozyonuna uğratma eğiliminin sonucu olarak kabul edilmektedir. Böylece cinsellik de metalaştırılarak tüketim aracı haline getirilmektedir (25).

Öte yandan günümüzde cinsellik tabu niteliğini sürdürmektedir ve bunun kadınlar üzerindeki etkisi çok daha fazladır. Kadınların cinselliklerini yaşamada sorunları olduğu gibi, daha çok küçük yaşlardan beri tüm davranışları baskı ve kontrol altında tutulmaktadır. Cinsel sorunlar yaşadıklarında ise bir uzmandan yardım alma konusunda güçlük çekebilmektedirler. Kadın, bütün yaşamı boyunca örtmesi, saklaması, gizlemesi, koruması gereken cinsel organlarının muayenesi sırasında utanma, sıkılma, korku ve kaygılar yaşamaktadır (61).

Kültürümüzde kadın, aile denen kurumun temel taşıdır. Çocuk, yaşlı bakımı ve ev içi işlerden sorumludur. Yapılan araştırmalarda orta doğu kültüründe kadın ailenin onurunun temeli sayılır. Saygı görür. Hastanelerde bu kadınların erkek personel tarafından tedavi bakım yapılması istenmez. Bu durumda kurumlarda düzenleme yapıp, bu hastalarla kadın personelin ilgilenmesi sağlanabilir. Bu kültürde ailedeki otorite evin erkeğidir, bu kadınların kendisiyle ilgili kararlarda kocasıyla da görüşülmesi gerekir. Bu kadınların mahremiyetlerinin gözetilmesi bu konuda ailenin erkeklerinden aydınlatılmış onam alınması gerekir. Bu kültürel özellikler bizim ülkemizin kültürüyle de benzerlik göstermektedir (120).

2.2.8. Mahremiyet ve duygular

Alan Westin mahremiyeti kendinin farkına varmanın aracı olan interaktif bir durum olarak değerlendirir ve yoğun yalnızlık (solitude), yakınlık (intimacy), isimsizlik (anonymity) ve çekingenlik (reserve) olarak dört çeşit mahremiyet yaşantısı tanımlar. Bu boyutları ile mahremiyetin kişisel özerklik sağladığını, duyguların serbest kalmasını mümkün kıldığını, bireyin kendisini değerlendirmesine olanak verdiğini ve iletişimin düzeyini sağladığını ve kontrol

ettiğini ifade eder. Giddens mahremiyeti kişiler arası eşitlik bağlamında diğer insanlarla ve benlikle duygusal iletişim kurma meselesi olarak ele almıştır. Bazen mahremiyet yalnızlık ya da insanların isteklerinden ve varlıklarından uzak durma özgürlüğü olarak ele alınırken, diğer insanların algı veya inançlarını kontrol etme ihtiyacı olarak tarif edilir. Milgram da kentsel yaşamda aşırı uyarılmadan kaçınma arayışı, bir geri çekilme süreci olarak değerlendirir (82).

Mahrem ilişkiler, diğer ilişkilerden bazı bakımlardan farklılık göstermektedir: Bunlar arasında duyguların yoğunluğu, kendisi hakkında karşdakine verilen enformasyonların nicelik ve niteliği; diğerine ve ilişkiye bağlantı, ilişkinin uzun süreli olacağına inanç, karşılıklı bağımlılık gibi hususlar sayılmaktadır (74).

Mahremiyet bireyin iradi ve geçici bir şekilde, fiziki ve psikolojik araçlar kullanarak, yalnızlık durumu yaratarak veya küçük grup yakınlığı sağlayarak veya sıcak yakın ilişkiler kurarak veya büyük gruplar içinde bir kayıtsızlık hali yaratarak bir geri çekilme davranışı olarak da tanımlanmaktadır (138).

Mahremiyet, ister yalnızlıkla, sıcak-yakın ilişkilerle, isterse anonimlikle sağlanmış olsun, sosyal ve biyolojik faktörlerden kaynaklanan gerginlikleri gidermek üzere bir heyecan boşalması (emotional release) hizmeti de sağlanmaktadır. Bu bakımdan, bedenî ve ruhî sağlık görüşü açısından mahremiyet devreleri veya süreleri, heyecan hâllerini -kalabalıklık şartlarından ve yaşantısından dolayı yaratılmış olan heyecanî durumları rahatlatmak, gerginliği gidermek için istenen bir şey olmaktadır. Sağladığı rahatlık sebebiyle mahremiyet, kişisel değerlendirme (self-evaluation) yapma fırsatı yakalama bakımından da ihtiyaç duyulan bir şeydir (138).

Dorina A. Sweetser, yakınlık, temas, çıplaklık veya örtünmeme, birlikte yemek yeme, birbirlerine doğrudan doğruya bakabilme ve konuşma davranışlarından herhangi birinin engellenmesi hâlinde kaçınma davranışının ortaya çıktığı görüşündedir (138).

Mahremiyetle doğrudan ilgili olan kaçınma (avoidance) ve saygı gösterme (respect) konusu bulunmaktadır. George P. Murdock'un, sosyal karşılıklı ilişkiyi tamamen engellemeden, araya belirli bir resmiyet unsuru sokarak, cinsellik ilişkisine karşı bir tabu uygulayarak ve kültürel kısıtlamalar getirerek onu sınırlandırmaya çalışan bir süreç olarak tarif ettiği kaçınma ve saygı gösterme davranışı, resmîlik, gayri resmîlik, şakalaşma ve istediğini yapmada serbest olma unsurlarıyla birlikte, mahremiyet uygulamalarına şekil veren davranış kalıpları olarak ortaya çıkmaktadır (138).

2.2.9. Mahremiyet ve din

Din, inananlar için yaşamdaki en belirgin ve mutlak olan şeydir. Yaşamın her alanına ait bilgiler üretmektedir. Bu bilgiler bütünü doğuştan ölüme kadar geçen süreçteki her şey için geçerlidir. Dinin günlük yaşamdaki düzenleyici rolü yeme içme, barınma, sevgi, giyinme, kadın erkek ilişkisi gibi her alanda etkili olmaktadır. Din, ritüeller ve ortak duygular ile insanlar arası ilişkileri ve toplumsal bağı kurmaktadır (82). Kültür, dinin ifade biçimi; din, kültürün muhtevasıdır (129). Din, insanın toplum içinde nasıl hareket edeceğinin haritasını vermektedir. Kutsal alandan tamamen soyutlanmış toplumsal ilişkiler düşünülemez (37).

Benhabib (1999) mahremiyetin modernizm öncesi dinin buyrukları doğrultusunda düzenlendiğini, modernizm sonrası ise mahremiyet kavramının genişlediğini ancak yine dinin etkisinin olduğunu; mahremiyetteki bu değişiminin özellikle Avrupa toplumunda dinin sosyal yaşamdaki buyurganlığının azalması ve özel alanın mahrem alanla özdeş tutulması ile gerçekleştiğini belirtmektedir (82).

Mahremiyetin korunması, Kur'an, İncil, Tevrat'tan eski Yunan ve Çin medeniyetlerine kadar, kökleri çok eskilere uzanan bir kavramdır (60, 108).

Dinlerin çoğu kişinin vücudunu örterek çıplaklığını ortadan kaldırmasını emretmişlerdir. İnsanın çıplaklığını örtmesi ve bunun getirdiği giyinme,

mahremiyet kavramı içinde ele alınarak dinlere konu olmuş ve daha çok cinsellikle ilişkilendirilmiştir. Kahraman'a göre (2002) yeryüzünde herhangi bir cinsellik idolüyle bütünleşmemiş hiç bir dinsel oluşumdan ve yönelimden söz edilemez (74, 82).

Her dinde olduğu gibi Müslüman sayısı çok olan Türk toplumunda inançlar insanların sağlık davranışlarını, yaşam biçimini doğumdan ölümlerine dek etkiler. Sağlık çalışanlarının daha iyi bakım ve tedavi yapabilmesi için hastaların kültürünü ve dini inançlarını bilmesi önemlidir (120).

İslamda özel hayatın korunmasını sağlayan genel prensipler; Kuran'da Hucurat 12., İsra, 36., Bakara 189., Nur sureleri; 27, 28, 30, 31, 58, 59. ayetlerde ve hadislerde belirtilmektedir. İslamda, müslümanların kapılarını kapalı tutmaları, pencerelerine içerisi görülmeyecek şekilde perde asmaları, kimseyi tanımadan içeri almamaları, kapıyı çalmadan içeri girmemeleri, çocukların ebeveynlerinin yatak odasına izinsiz ve bazı vakitlerde girmemesi, avret yerlerinin açılmaması, sırların ve ayıpların araştırılmaması, izinsiz gözetleme, erkeklerin evlerine ne zaman nasıl gireceği ve giyime ilişkin hususlar emredilmiştir (4).

İslamiyet'te insanın vücudunda başkalarının görmemesi ve örtülmesi gereken yerler için "avret" kelimesi kullanılmaktadır. Örtünme ile kadın ve erkek açısından iffeti koruyan davranışın gerçekleşmiş olmasının yanında, karşı cins açısından onu tahrik etmeyerek ve ona kendi düşünce yapısını yansıtarak olumlu etkileşim sağlanacaktır. Ancak iffet olgusunun toplumumuzda daha çok kadınla bütünleşen bir kabullenme olduğu görülmektedir (82).

29.12.2011 tarihli ve 29122011143506 kayıt nolu, Dini Sorular Komisyonuna sorduğumuz "İslamda kadının mahremiyeti nedir? Kadın hastalara nasıl davranılmalıdır?" sorumuza 02 Ocak 2012 pazartesi tarih ve 10:01:32 saat itibariyle gönderilen cevapta: "Hastalık ve muayenelerde ilmin gereği neyi gerektiriyorsa öncelikle buna uyulur. Normal rutin hayatta uyulan ölçülerin, muayene ve tedavide uygulanması, netice almak, yani teşhis ve tedavide isabet

kazanmak açısından sıkıntılar yaratabilir. Bu nedenle doktorun görmesi gereken bir yara, veya travma izleri veya bir sivilce, çıban veya deri, mahremiyet ölçüleri konarak tedavi edilemez. Burada zaruret vardır.” olarak yanıt verilmiştir (50).

Öte yandan toplumsal kontrol aracı olarak dinin, kadın için baskı işlevini hissettirmekte olduğu belirtilmektedir. Dinin baskısının kadınların mental sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapabileceği ifade edilmektedir (120).

İslami yaşam biçiminin gerekleriyle uyum içinde olan insanlar, kendi yeni kamusal mekanlarını şekillendirmektedirler. Cinsellik kontrol edilerek kamusal alanın ahlaki kontrolü sağlanmaktadır. Bedene bakış açıları, özel kamusal, içerisi dışarısı, haram helal arasındaki sınırların değişime maruz kaldığı farklı bir benlik duygusu ifade eder (37).

Türkiye toplumunun en önemli gündem sorunları içinde, dini sorunların son sıralarda yer aldığı, kadınlara olan dini baskının azaldığı ifade edilmiş, bunun sebepleri olarak; tahminen, kentleşmenin kadınların toplumsal yaşama daha aktif katılımını sağlamakta olduğu, bu sürecin kadınları görece daha kendi başına ayakta durabilir bireyler haline getirmekte olduğu, toplumsal hayatta yer alabilmelerine yol açmakta olduğu, son yıllarda kız çocuklarının eğitimine daha fazla önem verilmesinin dolaylı bir etkisi olduğu, aile baskısını belki daha az hissedilmekte olduğu belirtilmektedir (19).

2.3. Hukuk Açısından Mahremiyet

2.3.1. Hak ve yetki

Hukuk düzeni sosyal hayatın ihtiyacı olan barışı, insan haklarını ve hürriyeti sağlamak ve bunların sınırını çizmek amacıyla toplumun zorunlu olarak oluşturduğu hukuk kurallarının meydana getirdiği bir düzendir. Terim olarak hukuk hak kelimesinin çoğulu olduğundan haklar anlamını taşır. Kamu düzenini

korumak için konulmuş olan kurallara kamu düzeni kuralları denir ve bunlara aykırı hareket edildiğinde cezalandırma söz konusu olur (31).

Hak, kişilere hukuk düzeni tarafından tanınan bir irade kudreti, bir isteme ve istediğinde ısrar etme yetkisidir. Hak, hukuken korunan menfaat, hukuk düzenince tanınan yetkidir (9,23).

Temel hak ve hürriyetler alanında kullanılan kavramlar arasında en kapsamlı olanı insan haklarıdır. İnsan hakları teorik olarak, hiçbir ayırım gözetmeksizin bütün insanların yararlanabileceği ideal hakları ifade etmektedir. Bu haklar, ahlakilik düşüncesinden kaynaklanan haklardır (9).

Hukukta mahremiyet; “kişinin sadece kendisi için saklı tuttuğu ve başkalarının bilgisinden uzak kalmasını istediği yaşam görüntüleri”, “herkes tarafından bilinmeyen, özel araştırma ve bilgi edinmeyle sağlanan kişiye ait hususlar” şeklinde tanımlanabilmektedir (82).

Hasta hakları kavramı, insan hakları temelli uluslar arası sözleşmelerden esinlenerek sağlık alanında yer bulmuştur. Tıp alanında değişen ve gelişen teknoloji ve tedavi metotları ekseninde hastaya sunulan imkan ve desteğin sınırlarının genişlemesi, bireyin maddi ve manevi varlığının korunması ve buna bağlı bazı temel hakların sağlanması ihtiyacını da beraberinde getirmektedir (9).

Hekimler ve sağlık çalışanları teşhis ve tedavi sürecinde hastaların mahrem yönleri görebilmektedir. Hastanın özel hayatının mahremiyeti ise, temeli insan hakları olan hasta haklarının en önemli maddelerinden biridir. Yasal düzenlemeler ilgili diğer kişilere (hekim, sağlık çalışanı ve diğerleri) bir diğerinin özel hayatına ve sağlığı ile ilgili hayatına saygı gösterme, mahremiyetlerini koruma zorunluluğu getirmektedir (59).

Bireyin vücudu üzerinde tasarruf etme hakkı da özel hayat kavramı içinde değerlendirilir. Tıbbi müdahalenin ya da tedavinin reddi kapsamında

değerlendirilebilir. Bireyin kendisi ile ilgili tedaviye izin vermesi özel hayat kavramı içindedir (119).

26 Haziran 1926'da imzalanan Birleşmiş Milletler Antlaşması insan haklarının dünya ölçüsünde sağlanmasını ilk defa uluslararası hukuk alanına çıkarmış ve bunların evrensel değer olarak tanınmasını kabul etmiştir (82).

1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirisi" nin 12. maddesine göre; "Kimsenin özel yaşamı, ailesi, konutu ya da haberleşmesine keyfi olarak karışılmaz, şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin, bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı vardır". Yine, 1950 yılında Avrupa Konseyi tarafından kabul edilip 1953'de yürürlüğe giren "Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi" nin 8. Maddesinde; "Herkes, özel ve aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir". "Bu hakkın kullanılmasına bir kamu otoritesinin müdahalesi, ancak ulusal güvenlik, kamu emniyeti, ülkenin ekonomik refahı, dirlik ve düzenin korunması, suç işlenmesinin önlenmesi, sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için, demokratik bir toplumda, zorunlu olan ölçüde ve yasayla öngörülmüş olmak koşuluyla söz konusu olabilir." denilmiştir (82,141).

1967 Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 17. Maddesi, 1. Hiç kimsenin mahremiyeti, ailesi, evi veya haberleşmesi keyfi veya hukuk dışı müdahalelere konu olamaz ve şeref ve itibarına hukuk dışı saldırılar yapılamaz. 2. Herkes bu gibi müdahale ve saldırılara karşı kanun tarafından korunma hakkına sahiptir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 16 Aralık 1966 tarihli, 2200A (XXI) sayılı Genel Kurul Kararıyla kabul edilmiş ve imza, onay ve katılmaya açılmış ve 49. Madde uyarınca, 23 Mart 1976 tarihinde yürürlüğe girmiş olan; Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin 17. Maddesi; 1. Hiç kimsenin özel hayatına, ailesine, evine ya da haberleşmesine keyfi ya da yasadışı olarak

müdahale edilemez; hiç kimsenin şeref ve itibarına yasal olmayan tecavüzlerde bulunulamaz. 2. Herkesin, bu gibi müdahalelere ya da tecavüzlere karşı yasalarca korunma hakkı vardır (58, 75).

Bilinen ilk Hasta hakları bildirgesi 1972 yılında yayınlanan Amerikan Hastane Birliğinin Hasta Hakları Bildirisidir. Bu bildirin 7. Maddesinde: ...hastaların tedaviye zarar vermediği sürece kendi kişisel kıyafetlerini giymesi...., fiziksel muayenesi sırasında kendi cinsinden kişilere muayene olma hakkı vardır”, şeklinde ifade yer almaktadır. Hasta Hakları konusunda ikinci önemli bir gelişme 1994 yılında yayınlanmış olan Avrupa’da Hasta Haklarının geliştirilmesi Bildirgesidir. 6 ana başlıktan oluşan bildirmede 4. Başlık: Mahremiyet ve Özel Hayattır. Bu başlığın 4.7- 4.8 maddeleri: beden mahremiyeti ile ilgili olup, tıbbi girişimlerin hastanın onamı doğrultusunda yapılabileceği, hastaların özel hayatına saygı gösterilmesi gerektiği, sağlık kurumlarının kişilerin özel hayatlarına saygı gösterecek nitelikte fiziksel yapılanmalarının olması gerektiği belirtilmiştir. Türkiye’de 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin dördüncü bölümünde yer alan 21. maddesi, hastaların beden mahremiyetini kapsamakta olup, hastaların tıbbi değerlendirmelerinin gizlilik içinde yürütülmesi gerektiği, makul gizlilik ortamının sağlanması gerektiği, tedavi ile ilgisi olmayanların ortamda bulunmaması, bulunması gerekli ise hastadan izin alınması, ölüm olayında mahremiyetin bozulmaması ifadeleri yer almıştır (23). Bu maddeler tezin “sağlık hizmetlerinde beden mahremiyeti” başlığı altında açıklanacaktır.

2000 yılında yayınlanan Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi’nin 7. maddesi; “Herkes, özel ve aile yaşamına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.” Şeklinde ifade etmiştir (82).

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) de özel hayat kavramına ayrı bir önem vermiştir ve özel hayatı bütün unsurlarıyla tanımlanamayacak geniş bir kavram olarak ele almış ve mahremiyet hakkını kapsadığını ifade etmiştir. Bu alanı herkesin özgür olarak kişiliğini oluşturmasını ve geliştirmesini sağladığı alan

olarak değerlendirirken 1992’de Niemietz V. Germany davasında bu durumu şu şekilde ifade etmiştir: “Mahkeme, özel hayat kavramının tam olarak tanımlanmasının mümkün olduğu ya da böyle bir gayretin gerekli olduğu kanaatinde değildir. Bununla birlikte özel hayat kavramını, bireyin kişisel hayatını dilediği gibi yaşayabileceği bir ‘giz alanı’ ile sınırlamak ve bu alanın dışında kalan dış dünyayı bu alandan bütünüyle ayırmak, onu aşırı sınırlayan bir yaklaşımdır. Özel hayata saygı, diğer insanlarla ilişki kurmak ve bu ilişkileri geliştirmek hakkını da bir dereceye kadar kapsamalıdır...” Costello-Roberts V. The United Kingdom davasında da aynı anlayışı sürdüren Mahkeme, Niemietz v. Germany davasına atıfta bulunarak, özel hayat kavramının tam olarak tanımlanmaya elverişli olmadığını tekrarlamıştır (119). AİHM bireyin cinsel hayatını, başkalarıyla görüşme hakkını ve zorunlu tıbbi tedaviyi de özel hayat kavramının unsurları arasında ele almıştır (82).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS)’nin 2010 tarihinde 11. ve 14. protokoller ile değiştirilen metninde; 5.maddesi: “1. Herkes özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir.” ifadesiyle başlayan maddesinde de belirtilmiş olan kişisel özgürlükler, insan haklarının korunmasına yönelik önemli bir husustur ve herkesin genel olarak faydalanması gereken temel haktır (47,82).

Özel hayatın gizliliği kavramı Avrupa Konseyi Parlamenterler Danışma Asamblesinin 428 (1979) Sayılı Kararında ele alınarak “Özel hayat zorunlu olarak bireyin kendi hayatını en az müdahale ile yaşamasını içerir; özel, aile ve ev hayatı, fiziksel ve moral bütünlüğü, onuru, şöhreti, aldatılma durumunda olmaktan sakınmak, ilgisiz ve utandırıcı gerçeklerin açıklanmaması, özel fotoğrafların izinsiz yayınlanmaması, güvenilerek verilen veya alınan enformasyonun açıklanmasının engellenmesi” olarak ifade edilmiştir (82).

Temel bir hak olarak kabul edilen mahremiyet hakkı, Türk hukuk sisteminin de Anayasa ve diğer ulusal yasal düzenlemelerinde yer almıştır. Bununla birlikte Anayasa’nın 90. Maddesi: “Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya

aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınır” ile usulüne uygun olarak yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmalar kanun hükmünde kabul edilerek Türk hukuk sisteminin parçası haline gelmektedir (82).

Türkiye Cumhuriyet Anayasası'nın 17. Maddesinde 'Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir..... hükmüne yer verilirken; 20. maddesinde : “Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya birkaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış mercinin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranamaz ve bunlara el konulamaz. Yetkili merciinin kararı yirmi dört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim, kararını el koymadan itibaren kırk sekiz saat içinde açıklar; aksi halde, el koyma kendiliğinden kalkar” hükmü getirilmiştir. Ayrıca, başta Medeni Kanun ve Ceza Kanunu olmak üzere, birçok yasal düzenlemede de kişilik haklarını korumaya yönelik hükümlere yer verilmiştir (82,140).

Haziran 2005'te yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun dokuzuncu bölümü 'Özel Hayata ve Hayatın Gizli Alanına Karşı Suçlar' başlığı ile düzenlenmiştir. Özel hayatın gizliliğini ihlal başlıklı 134. Maddesinde: “Kişilerin özel hayatının gizliliğini ihlâl eden kimse, altı aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Gizliliğin görüntü veya seslerin kayda alınması suretiyle ihlâl edilmesi hâlinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz. (2) Kişilerin özel hayatına ilişkin görüntü veya sesleri ifşa eden kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiilin basın ve yayın yoluyla işlenmesi hâlinde, ceza yarı oranında artırılır.” hükmü yer almaktadır. 4721 kanun

numaralı, 8/12/2001 tarihli, 24607 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan, Türk Medeni Kanunu’nun kişiliğin korunması başlıklı B bölümündeki 23. Maddesinde: “Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz.” hükmünde kişilik haklarına dokunulamayacağı ifade edilerek özel hayatın dokunulmazlığı sağlanmaktadır (67, 82).

Borçlar Kanunu çerçevesinde de karşılıklı sözleşmelerden doğan yükümlülükler bağlamında özel hayata saygı hakkı anlamında bireylere borçlar yüklediği görülmektedir. Örneğin sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti veren ile alan arasında kurulan tedavi sözleşmesi olarak kabul edilir (82).

2.3.2. Mahremiyetin ihlali

Günümüzde, sanayi toplumunun artması, kentleşme, yaşamdaki hareketlilik ve teknolojik gelişmeler sonucu bireyler mahremiyet ihlalleri yaşamaktadır. Bunların yanında, bürokratik devlet yapısı, üretim araçlarını elinde bulduran güçlü sermaye sahipleri ve bankalar, çalışma ortamında idareciler, eğitim kurumlarında öğretmenler, devletlerin güvenlik organları ve kamu kurumları bireylerin mahremiyetlerini ihlal etmektedirler (82).

Mahremiyet hakkına yönelik müdahalelerin hukuka uygun olup olmadığı, hukuk devleti ilkesiyle bağdaşıp bağdaşmadığı, kamu düzeni ve kamu yararı çerçevesinde değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışılmalıdır. Bu tartışma yapılırken, mahremiyet hakkına ve bireysel özgürlüklere yönelik saldırıların özellikle insan kişiliğinin maddi ve manevi bakımdan gelişmesine olan etkileri hiçbir şekilde gözden kaçırılmamalıdır (141).

Westin, mahremiyeti, ilişkilerde kontrol, seçme özgürlüğü ve tercih hakkı kavramları ile ilişkilendirir ve mahremiyet ihlallerinin üç şekilde gerçekleştiğini ifade eder; kendini ifşa etme (self-revelation), merak (curiosity) ve gözetleme (surveillance) (82, 140).

Aile yaşamında anne babalar çocuklarını gözetirken mahremiyet ihlali oluşturabildikleri gibi, merak nedeniyle de aile yaşamında mahremiyete yönelik tehditler oluşabilir. Türkiye Pedagoji Derneği'ne göre, anne baba tarafından çocuklarına verilmesi gereken mahremiyet eğitimi, cinsel bilgilerin yanında çocuğun, kendisinin ve diğer insanların özelinin/özel alanının farkına varması, sosyal hayatın içinde kendi özel alanını koruması, diğer insanların özeline saygı duyması, kendisi ile çevresi arasında sağlıklı sınırlar koyması gibi bilgileri içerir (68).

Ayrıca, komşuluk ilişkileri, toplum yaşamı, televizyonlar, gazeteler, dergiler ve kitaplar ve internet ortamı bireylerin mahremiyetlerini merak nedeniyle ihlal edebilirler (22).

Mahremiyet hem insanların onurunu korurken hem de özgürlüklerinin bir parçası olarak görülmektedir. Mahremiyet ihlalleri, bireylerin özgürlüğüne yönelik tehditler olarak değerlendirilir. Warren ve Brandeis, mahremiyet ihlallerinin, hem “yalnız başına olma veya yalnız bırakılma hakkı”nı (the right to be left alone) hem de her bireyin dokunulmaz bir kişiliğe sahip olma hakkını ihlâl ettiğini ifade etmişlerdir. “Dokunulmaz kişilik” ilkesi, bireyin kişiliğinin bağımsızlığına, kutsallığına ve bütünlüğüne gönderme yapar. Mahremiyete yönelik tehditler yaygın bir etik duyarlılık ile önlenmelidir (22,140).

2.3.3. Mahremiyetin sınırlılıkları

Günümüzde bireyler, bireyselliklerini önemsemekte, bunu bir hak olarak görmekte ve birçok konuda özel hayatlarına müdahalelere karşı çıkmaktadırlar. Özellikle cinsel yaşam konularında bu duyarlılık artmıştır. Bu davranışlarıyla özel hayatın toplumsal boyutunu görmezden gelmektedirler (109).

Kitle iletişim araçlarını kullanmanın, özellikle cep telefonu ve internet kullanımının, mekâna bağlı iletişimden yersiz mekânlarda kurulan iletişim biçimine geçişi sağladığı ifade edilmektedir. Yeni iletişim biçimlerinin gündelik hayatın tüm alanlarının örneğin mimarlık alanının etkilediği belirtilmektedir. Bu yeni iletişim biçiminde, toprağa bağlı ikamet etmenin gitgide aşınarak ilişkilerin dönüştüğü vurgulanmaktadır. Teknolojinin ilişkileri hızlandıran niteliğinin yanı sıra, iletişimin temel kurucuları olan “tanıma” ve “tanınma” ilkeleri olmadan ilişkiye başlama eğiliminin de gitgide yaygınlık kazandığı belirtilmektedir. Bu sayede kamusal alan özel alan sınırlarının ortadan kalktığı belirtilmektedir (88).

Beceni ve Uçkan, mahremiyetin “bireylerin, devletin ve diğer kişilerin müdahalesinden uzak olarak davranabileceği bir yaşam alanı ve kişilik haklarına bağlı unsurları kapsayan bir durum olduğunu ifade etmişlerdir. Buna karşın bireylerin mahremiyetlerini sınırsız yaşayabilecekleri düşüncesinin doğru olmadığı, toplumsal menfaat ya da kamu yararı düşüncesiyle hareket etmenin de sakıncalı olduğu belirtilmektedir. Bireysel mahremiyetler ile, toplum menfaatinin dengelenmesi gerektiği belirtilmektedir (125).

Mahremiyetin özerklik ilkesinden kaynaklandığı düşünüldüğünde, bireyin özerkliğinin sınırlandığı durumlarda onun bir parçası ve sonucu olan mahremiyetin de sınırlandırılabilirliği düşünülebilir (82).

Birey ile toplum arasındaki ilişki ve denge sorunu üzerinde durulmalıdır. Toplum tarafından birey üzerinde kullanılabilen iktidarın niteliğinin ve sınırlarının ne olması gerektiği, halen üzerinde herhangi bir anlaşmaya varılamayan bir sorundur. Aynı şekilde bireylere hukuk düzenince tanınan mahremiyet hakkı da dahil olmak üzere kişisel hakların ve özgürlüklerin kapsamının ve sınırlarının ne olması gerektiği konusunda felsefi ve hukuki tartışmalar yoğun bir şekilde sürmektedir (141).

2.4. Etik Açısından Mahremiyet

Tıp etiğinin temel ilkelerinin, tıbbi deontolojinin, ulusal ve uluslararası düzenlemelerin önemle yer verdiği mahremiyet hakkı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında insanlara/hastaya tanınmış vazgeçilemez bir haktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin bu süreçte insan haklarına uygun koşullarda hizmet almaları gerekmektedir (119).

Karakter, alışkanlık, gelenek, töre anlamlarına gelen Yunanca ethos sözcüğünden türeyen etik sözcüğü bugün hem kimi ilişki, eylem ve kişi vb. nitelerek için sıfat olarak kullanılmakta hem de bir bilgi alanının adı olarak kullanılmaktadır. Böylece hem yaşanan, gerçek olan ilişkinin, eylemin vb. adı hem de bunlar hakkında ortaya konan bilginin adıdır (105).

Tıp etiğinde sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarının nasıl olması gerektiğini belirleyen “etik kod” adı verilen yazılı metinler yer almaktadır. Bir tanımda kod; “genel ilkeler olarak kabul edilen kurallar kümesi” olarak tanımlanmaktadır (8). Tıp etiğinde ortaya çıkan etik sorunların çözümünde etik ilkelerden yararlanır. Bu ilkeler bize tıp alanında etik kararları vermede biçimlendirici ve yol gösterici olarak önem arz etmektedir. Çok sayıda ilke arasında genel olarak; yararlılık, zarar vermemek, özerkliğe saygı ve özerklik, aydınlatılmış onam, kötü davranmama ve adalet, orantılılık ilkeleri temel etik

ilkeler olarak belirlenmiştir. Bu ilkelerle birlikte mahremiyet olarak ifade edilen etik ilke de yer almaktadır (7, 8).

Tıp etiği ilkelerinin en önemlilerinden biri de mahremiyet ilkesidir. Hastaya ait kişisel ve hastanın beden mahremiyeti ile tıbbi bilgilerin gizliliğine saygı ana başlıkları altında ele alınabilecek hastanın mahremiyet hakkı tıp etiğinde benimsenmiş ve uygulanması önemle kabul edilmiş bir haktır (13,119).

Hasta mahremiyetinin korunması tıp etiğinde yer alan zarar vermeme ilkesi altında incelenebilmektedir. Bu bağlamda tıbbi müdahalelerin işitsel ve görsel mahremiyetin en üst düzeyde korunabileceği biçimde yapılması ile hastalara zarar verilmemiş olunacağı ifade edilmektedir. Yine tıp etiği ilkeleri içinde önemli bir konuma sahip olan özerklik ilkesi altında incelenen aydınlatılmış onam öğretisine göre insan onuru ve bütünlüğünü korumak hedeflenmiş, bu öğretinin dayandığı ilkeye göre bireyin kendi hakkında karar verme hakkı bulunmaktadır. Yasaca yeterli olan kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir, onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır (23, 28).

İnsan haklarının sağlık hizmetlerindeki yansıması olan hasta hakları arasında hastanın özel hayatının gizliliğine saygı (mahremiyet) hakkına önemle yer verilmiştir. Kişinin “özel hayatının gizliliği hakkı” sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı çerçevesinde ele alınmaktadır (119).

Belirli bir tanımla bulunmamakla beraber mahremiyet, bireyin fiziksel temas gibi bedensel bütünlüğüne ulaşılmasına bir sınır koyması şeklinde tanımlanabilir. Bu bağlamda mahremiyet hakkı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlandıkları süreçte bireyin korumak saklamak ve kontrol etmek istediği bedensel bütünlüğü ile ilgili bir hak olarak da tanımlanabilir.

Konulacak kuralların işlerliği ancak etik kodların paylaşılmasına ve bireyler tarafından içselleştirilmesine bağlıdır (37).

2.4.1. Mahremiyetin felsefi temelleri

Felsefe, anlamın fonksiyonlarının ve bu fonksiyonların kategorilerinin bilimidir (129). Felsefe tarihinde mahremiyet kavramı da önemli yer tutmaktadır.

Eski Mısır'da yazılmış İmhotep andı, hastalardan edindiğimiz bilgileri hekimlerin gizli tutmasına yönelik bir yemin metnidir (39). Milattan önce 5. Yüzyılda, Hipokrat andında, “hastanın yaşamı ile ilişkili, yayılmaması gereken olarak sayılan, tedavisi sırasında veya dışında neyi görürsem veya işitirsem, bunu kendimde tutacağım (saklayacağım)” diyerek hasta mahremiyetinin temellerini atmıştır. Günümüzde modern etik teorileri içinde yer alan ve etik ilkeler içinde önemle vurgulanan ilkelere bir tanesi mahremiyettir (113).

Milattan sonra 1. Yüzyılda, Eski Hint uygarlığında tıp eğitimi alan öğrenciler, hasta muayene etmeye gittiklerinde, sadece hastaya odaklanacaklarını, girdikleri evle ilgili başka şeylere dikkat etmeyecekleri, hastanın evine hasta yakını olmadan tek başlarına girmeyeceklerine yönelik yemin etmekteydiler. Roma'da milattan sonra 1. yüzyıl sonu 2. Yüzyıl başında, Efes'te yaşamış Romalı hekim Soranus'a göre, meslek sırrı hekimlerin yanı sıra ebeler için de önemlidir. 10. yüzyılda Müslüman hekimlerden, Ali Bin Abbas, hastanın mahremiyeti konusunda oldukça kapsamlı olarak hekimlere öğütlerde bulunmuştur (39).

Ortaçağ Avrupa yaşam tarzı ve felsefesinde, Hristiyanlığın etkisi ile özellikle hasta muayenesinde mahremiyetin ve hasta sırrının oldukça önemsendiği, kadınların jinekolojik muayenesinde dikkat edilmesi gereken hususların bulunduğu bilinmektedir(25). Liberalizmin felsefi temelleri, Ortaçağ feodal düzeninin yıkılması ve oluşan özgürlük ortamında Locke, Hume, Adam Smith gibi düşünürlerin görüşlerini açıklamaları sonucunda atılmıştır. Liberalizmin temel ilkeleri; sınırlı minimal devlet, serbest girişim, bireycilik, insan hakları, hukuka bağlı devlet, özgürlük, işbirliği gibi kavramlar olarak sıralanabilir. Locke'a göre toplum sözleşmesi ile kurulan devlet herkesin

özgürlüğünü ve mallarını daha iyi korumak amacıyla kurulur. Ayrıca herkesin doğal hakları olduğuna inanan Locke'a göre bunlar kendini koruma, yaşama, özgür olma ve mülkiyet haklarıydı. Rousseau'ya göre, "devlet, yurttaşların özgürlük ve eşitlik için doğuştan, vazgeçilmez hakları ve kendi yazgılarını belirleme güçleri yoluyla katıldıkları bir toplumsal sözleşme üzerine dayalı politik bir örgüttür. 19. Yüzyılda Warren ve Brandeis, yaşama hakkının, kişinin sadece kendi hayatı ve vücut bütünlüğü üzerinde hak sahibi olması anlamına gelmediğini aynı zamanda yalnız başına kalma, özel yaşam alanına sahip olma hakkı anlamına da geldiğini belirtmişlerdir (46,82).

Mill için kişi kendi benzersiz kapasitesini geliştiremediği ve doğasını gerçekleştirmediği müddetçe mutluluğa erişemez. Bir kişinin kendi kendini geliştirmesi ile elde edeceği şey "bireysellik" tir. Mill'e göre mahremiyete yönelik ihlaller, bireysel yaşantıyı zayıflatır. Kişi, kendi içsel sesini, arzularını ve anlayışını dinlediğinde bireyselliğini kazanmaktadır. Eğer bir kişi içinde yaşadığı toplumun geleneklerini basitçe kabul ederek kendi yaşamını belirlerse, bu durumda onun bireyselliğe sahip olmasından söz edilemez. (100).

Geleneksel olarak ifade ettiğimiz, yüz yüze ilişkilerin belirleyici olduğu, kapalı toplum yapısından çıkıp modern olarak ifade ettiğimiz toplumsal yaşayış biçimine geçiş insanlığın sorunlu değişim süreci olmuştur. Günümüzde bireylerin mahremiyet hakkı ve bireysel özgürlüklere yönelik talepleri giderek artmasına karşın, mahremiyet ihlalleri de yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Bu bağlamda, mahremiyet ve mahremiyet hakkına ilişkin felsefi tartışmalar da farklılıklar ve çeşitlilikler göstermektedir (38, 64).

Modernizm, Aydınlanma düşüncesi eşliğinde okunması gereken bir olgudur. Aydınlanma ile birlikte gelen bir dönüşüm, sekülerizm ve hümanizm gibi değerler üzerine oturtulmuş bir yaşam biçimidir. Modernizm insanın özgürlüğünün bilimde olduğu ortaya koymuş, insan aklına önem vermiştir. Modern toplum koşullarında yaşanan gelişmelerle birlikte; toplumsal hareketlilik artmış, bireyler kimliklerini şeffaf ve akışkan olarak şekillendirmeye başlamış,

toplumsal ilişkilerdeki ve bağılıklardaki yüzeysellik gibi gelişmeler, insanları mahremiyet ve güven arayışına itmiştir. Bu durum mahremiyet kavramını felsefi yönden tartışmayı zorunlu hale getirmiştir (64,109).

Komüniteryanizm’de bir kimsenin kişisel değerlerinin, onun içinde bulunduğu sosyal çevrede şekillendiğini; aile ismi, milliyet, dil, kültür ve din gibi öğelerin mensubu olunan toplumla yakından ilintili unsurlar olduğunu vurgulayarak hiçbir bireyin diğerlerinden tamamen soyut bir kimlik edinmeyeceğini ileri sürerler. Komüniteryanların, mahremiyetin veya özel hayat alanının değeri konusunda bir duyarlılığa sahip olmadıkları zannedilmemelidir. Komüniteryanlar bireylerin amaçlarının, toplum tarafından onlara verilen roller tarafından oluşturulduğunu iddia ederler. Bireylere çok önemli kazanımlar sağlayan temel hak ve özgürlükleri arka plana atma tehlikesini bünyelerinde barındırdıkları söylenebilir (141).

Kolektivizm felsefesine göre ise toplumsal bütün, özsel ya da içsel bir değere sahip olup birey sadece araçsal bir değere sahiptir. Dolayısıyla birey toplumsal bütüne feda edilebilir (141).

Ödev etiğinin kurucusu Kant’a göre özerklik; sadece ahlaklılığın değil, “her akıl sahibi varlığın değerinin temelidir.” Kant’a göre özerk insan hiçbir dışsal etkiye bağlı kalmadan, aynı zamanda tamamen kendi içinden gelen motivle ahlak yasasını aramalıdır (136). “İnsanı bir araç olarak değil, amaç olarak gör” ifadesi ile Kant, özerkliği evrensel değer olarak kabul etmiştir (17). Kant’ın teorisinde özerklik, insan olmanın temel bir değeridir. Eğer mahremiyet, özerklik için esas ise ve hatta özerklik, mahremiyet olmadan anlaşılamazsa o halde mahremiyeti yitirmek, en temel değerlerimiz için bir tehdit olacaktır. Mahremiyet, Kant’da özerkliğin oluşması için gerekli bir koşul, öncüdür (46, 82).

Childress mahremiyet hakkının açık bir şekilde özerklik ilkesinden veya başka bir ifadeyle insana saygı ilkesinden türediğini ifade etmektedir. Stanley Benn: “Birisine birey olarak saygı göstermek, bireyin girişimlerinde onun kendi kararlarından etkileneceğinin dikkate alınması gerekliliğini kabullenmektir. Bu

saygının göz önünde tutulması, tüm bireylerin onları yetkisiz gözetimden koruyan mahremiyet hakkına sahip olduğu anlayışını getirir.” Mahremiyet kendi başına insanı insan yapan temel nitelikler arasında yer alarak özsel bir değer taşımasının yanında, başka iyilere ulaşılmasını sağlayan araçsal bir iyi olarak da ele alınabilir. Childress’ da mahremiyet özerkliğin bir sonucu ve bir parçasıdır. Arthur L. Caplan ise mahremiyetin temel ve yaygın ahlaki ilkelerle temellendirilmesinin onun kendi temel doğasına ve önemine karşı hata olduğunu kabul eder. Caplan mahremiyetin evrensel insan gereksinimi olduğunu iddia eder. Caplan’a göre bütün kültürler üyelerine eylemlerinin mahremiyetini koruyacak alanlar sağlamıştır ve bu uygulama insanın kimliğini ve iyi oluşunu algılaması için gereklidir. Caplan’a göre mahremiyetin evrensel bir gereksinim olması mutlak ve bir örnek bir şekilde mahremiyetin korunacağı anlamına gelmemektedir. Caplan’ın bu açıklaması bağlamında insanın temel ihtiyaçları ve karşılanma yöntemleri ile analogi yapılabilir (82).

Sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp bir ‘hak’ olduğu inancı 1970’li yıllardan bu yana daha çok tartışılmaya başlanmış, araştırılmakta olan ve geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir. Ancak bu inanç günümüzde halen toplumun bir kısmı için gerçek olmayan bir dilek niteliği taşımaktadır. 1966 yılında İnsan Hakları Komisyonu’nun ‘Sağlık Hakkı’na ilişkin belirlediği hedeflerin içinde, tüm girişimlerde bireylerin saygınlığı ve bütünlüklerine özen gösterilmesi yer almaktadır (30).

2.4.2. Eylem kuramları içerisinde mahremiyet ilkesi

Ana konusu eylem olan etik için özerklik kavramının önemi yadsınamaz. Özerklik ilkesi, aydınlatılmış onam ile korunabilen kendini belirleme hakkını verir ve mahremiyet ile gizlilik hakları bu genel kendini belirleme hakkından kaynaklanır. Bu nedenle özerkliğe saygı bireyin mahremiyetine saygıyı gerektirir. Kendini belirleme hakkıyla açıklanan mahremiyet hakkı, kişiye bireysel özellikler hakkında ahlaki yetki verir (82).

Deontoloji; eylemin sonucuna değil de o eylemi belirleyen nedene bakar, “ödev” ve “yükümlülük” kavramlarına dayanır. Deontolojik kuramlarda da doğru eylem, ahlak kuralı ve rasyonellik arasında kurulan bağlantılara ilişkin temel önermeler ve bunlardan türetilmiş alt önermeler olduğu dile getirilir (84). Kant istenç özerkliği üzerinde durur. Kant özerkliğin ahlaki bir zorunluluk olduğunu söyler (82).

Deontolojist ve teleolojist kuramlar, belirli bir durumda kendi eylemlerimiz ya da başkalarının eylemleri ile ilgili karar vermede yol gösteren, eylemin doğru, yanlış ya da yükümlülük olup olmadığıyla ilgili karar vermeyi, yargıda bulunmayı sağlayan, bir eylemi doğru-yanlış, yükümlülük ya da ödev yapan şeyin ne olduğuyula ilgili olan kuramlar olarak sınıflandırılırlar. Bu bağlamda normatif etik de, yaşamımızı nasıl sürdürmemiz gerektiğiyle ilgili bilgi veren ilkeleri ve kuralları ortaya koymaktadır. Deontoloji ve faydacılık, doğru eyleme ilişkin temel bir önermeyle başlayıp, bu önermeden hareketle ‘iyi’ ve ‘doğru’ kavramlarına ilişkin önerme ya da önermeler sunmaktadırlar (84).

Teleoloji; bir eylemin sonucuna bakar, “mutluluk”, “iyi bir yaşam”, “haz”, “insanın gelişimi” kavramlarına dayanır. Teleolojik kuram olan Faydacılık “mutluluğu maksimize eden şeyi yap”, şeklinde salık verir (84). Mahremiyet olgusunun kavramsallaştırılmasında; John Locke'dan başlayıp John S. Mill ile devam edip bugüne kadar gelen düşünürlerin katkılarının önemli rol oynadığı söylenebilir (140).

Faydacı kuramın, doğru eylem ile eylemin sonuçları, eylemin sonuçları ile mutluluk kavramı arasındaki bağlantıyı iki temel önermeyle açıkladığı düşünülür (84).

Mill düşünce ve eylem özerkliği üzerinde durmuştur. Mill’e göre, bireysel eylemlerin sosyal kontrolü sadece başkasına zarar vereceği zaman mazur görülür. Yararcılık ilkesi, tüm vatandaşlara kendi görüşlerine göre potansiyellerini geliştirme izni verir. Mill özerk eylemlerin diğerlerinin özerk eylemlerini ihlal

etmemesi gerektiğini söyler. Ancak özerk eylemler ve seçimler diğerleri tarafından da engellenmemelidir. Bireylerin görüşleri ve haklarına, onların düşünceleri ve eylemleri başkalarına ciddi zarar vermedikçe saygı gösterilmelidir. Kısaca Mill özerkliğe karışılmaması gerektiğini açıkça ifade eder (82).

Sağlık hizmetlerinde paternalizmi tamamen yok saymak olanaklı değildir. Ancak bu anlayışın sınırlandırılması gerekliliği özerkliğe saygının temel bir değer olarak kabul edilmesinin sonucudur. Sınırsız paternalizm anlayışının, genel olarak insana yarar sağlama ve zarar vermeme ilkesi ile temellendirilmiş tıp için de çelişki yaratacağı açıktır. İnsanın ahlaki özne olmasının nedeni olan özerkliğin sınırsız paternalizm ile zedelenmesinin, hatta yok edilmesinin, insan olma özelliğini olumsuz etkileyerek insana zarar vereceği unutulmamalıdır (82).

Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri ile birlikte etik ilkelere kabul edilen mahremiyet ilkesi, hasta-hekim ilişkisinin güvene dayalı özel bir ilişki olmasını sağlamıştır. Hastalar kendilerine ait duyarlı olunacak, utanılacak teması gerektiren muayene iznini vermeye ancak, vücutlarının korunacağına güven duymaları halinde gönüllü olurlar (82).

Hastaya konacak teşhis ya da önerilecek tedavi konusunda önemli etkiye sahip olan muayene sürecinde hastanın güven unsuruna dayanarak onam vermesi önemlidir.

Bu da hastalara daha doğru daha etkili uygulamaların gerçekleştirilmesini sağlayabilecektir. Hastaya etkili ve doğru uygulamaların gerçekleştirilmesi tıp etiği ilkelerinden zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri açısından olumlu sonuçlar doğuracaktır. Yararlılık ilkesi bir eylemin olumlu ve olumsuz sonuçlarının belli bir dengede tutulmasını amaçlar. Bu anlamda daima hastanın yararının öncelenmesi amaçlanmalıdır. Kuşkusuz bazı eylemlerden sora hasta zarar görebilecektir. Ancak yararlılık ilkesi ile bunu dengelemek mümkün olabilmektedir. Zarar vermeme ilkesinde hastanın zarar görmemesi için bazı eylemlerin yapılmaması söz konusudur (119).

Bu çerçevede hastanın verdiği onama dayanarak hastaya daha az zarar verecek girişimlerin gerçekleştirilmesi mümkün olacaktır.

Hastanın beden mahremiyetine saygı ve bedeni konusundaki kararlara saygı mahremiyet hakkı çerçevesinde tıp etiğinde önem taşımaktadır. Hastanın beden mahremiyetine saygı ve bedeni konusundaki kararlarına saygı tıp etiği ilkelerinden “özerklik” ilkesi açısından önemlidir. Kişinin kendi hayatı ile ilgili karar alabilmesi konusunda önemli işlemlere sahip olan bu ilke, beden mahremiyetine saygıyı da gündeme getirmektedir. Müdahaleler konusunda bilgi sahibi olması onamı olmadan kişinin müdahaleye tabi tutulmaması, muayene ve tetkiklerinin uygun koşullarda gerçekleştirilmesi gibi konular hastanın beden mahremiyetinin sağlanması çerçevesinde tıp etiğinde tartışılmaktadır (82,119).

Tıp etiğinin önemli konularından biri olan aydınlatılmış onam tıp uygulamalarının vazgeçilmez önkoşulu olmuştur. Tıp etiğinde özerklik zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri içinde savunulan aydınlatılmış onam hekim hasta ilişkisinde hastanın kararı esasına dayanır. Aydınlatılmış onam, tıp etiği açısından hastanın kendi yaşamı konusunda serbestçe karar verebilmesi yönünden de önem taşımaktadır. Hastanın aydınlatılmış onamının alınması tıp etiği ilkelerinden özerklik ilkesi içerisinde değerlendirilen kendi geleceği açısından karar verme hakkına saygı açısından önem taşır. Tıbbi girişimlerden önce, hastanın onamının alınması, insanın kişiliğine, onuruna özgürlüğüne saygının sonucudur. Kendi bedeni üzerinde “kişilik hakkı” na sahip olan kişinin bu hakkına saygı gösterilmesi zorunludur. Bu nedenle kişinin kendi beden bütünlüğüne karşı girişilen her türlü müdahaleyi reddetme hakkı vardır. Tıbbi girişim için hastadan alınan onamın aydınlatılmış olma şartı vardır. Tıbbi konularda bilgisi olmayan, hastanın serbest iradesi ile karar verebilmesinde hastanın aydınlatılması önemlidir. Başka bir deyişle “hastaya hekim tarafından verilecek bilgilerle hastanın kendisine uygulanması düşünülen tıbbi müdahale üzerinde serbestçe karar verecek duruma getirilmesi” şeklinde tanımlanan aydınlatma ile hastanın serbest iradesi ile karar vermesi sağlanabilir. Hastanın hastalığını ve kendisine uygulanacak tedavi çeşitlerini, bunların sakınca ve sonuçlarını öğrenmesi ile

(aydınlatılması) hastanın serbest iradesi ile karar verebilmesi mümkün olabilir (119).

2.4.3. Erdemler kuramı içerisinde mahremiyet ilkesi

Erdemler, etik ilişkideki, etik kişi değerleridir. “Etik kişi değerleri, etik ilişkide ve belirli bir şekilde eylemde bulunmakla elde edilen kişi özellikleridir. Bu ‘etik kişi değerleri’ daha kapsamlı bir kümenin, ‘kişi değerleri’nin (bir anlamda kişi özelliklerinin) bir alt kümesidir; bir başka deyişle ‘geleneksel adıyla erdemlerin’ bir bütünüdür” (84).

Erdemlilik bir karakter özelliğidir. Erdemli kişi etik değerleri yaşam biçimi olarak algılar ve alışkanlık haline getirmeye çalışır. Erdemli kişi, bireysel, toplumsal ve mesleki yaşantısında mükemmelliği hedeflemiştir. Sokrates erdemlerin varlığından söz etmiş ancak bunları nasıl hayata geçireceğimizi tam açıklamamıştır. Erdemli olmak her koşulda insanların “iyi” davranacağını gösterebilir (8).

Tıp etiğinde, etik kodlarda, sorumlu kişilerin erdem sahibi olması gerektiğine dair ifadelerde yer alır. Örneğin bazı etik kodlar, dürüstlük, güvenilirlik, doğruluk, adil olma gibi erdemlere atıfta bulunur (8).

Hipokrat Andı metninde hekimlerin sorumluluklarından bahsedilmektedir. Metinde “Sanat ve hayatımın temizliğini kudsietini koruyacağım” ifadesi yer almaktadır. Hipokratın başka yazılarında, iyi bir hekimin ağır başlı, alçakgönüllü, sebatlı, hürmetkar olması gerektiği belirtilir. Bu nitelikler erdemli insan olmakla ilgili olduğundan erdemler etiğindeki yaklaşımların temelini oluşturur (8).

Tıp etiğinde değerlerin yaşama geçirilebilmesi için hekimlerin erdemli kişiler olması gerektiği önerilir. Tıp etiğindeki ilkeleri pratikte uygulayabilmeleri için erdemli karaktere sahip hekimlerin duyarlılık ve sorumluluk bilincine sahip olmaları önemlidir. Ancak tıp etiği ilkelerini yalnızca erdemlerden yola çıkarak

temellendirmek mümkün olmadığı için, ilke, kural ve erdemler birlikteliği şeklinde etik bildirgeler ve deontoloji tüzüklerine yansması kullanılmaktadır (8).

Erdemler etiği kapsamında değerlendirilen tıpta güven, ihtimam ve Őefkat tıbbi bakımın özünü oluşturur. Günümüzde sağlık hizmetlerinin hastane gibi kalabalık, karmaşık kurumlarda sürdürölmesi, tıbbi tedavi ve bakımın yoğun bilgi ve teknoloji ortamlarında gerŐekleŐtirilmesi hekim dışı diğer insanların tedavi ve bakım ortamlarında bulunmasını beraberinde getirir ki bu da hastanın güven duygusunu derinden etkiler (8). Bu bağlamda hasta mahremiyetine saygı göstermemek hastanın sağlık çalışanlarına karşı olan güven duygusunu zedeler.

2.4.4. Bakım etiği ve feminist etikte mahremiyet

Feminizm öncelikle ataerkil yapıya karşıdır. Rosaldo'nun yaklaşımına göre kadınların maruz kaldığı cinsiyetçiliğin temeli toplumsal olarak kurgulanmış kamusal-özel ayrımı düzeninde gömülüdür ve bilinen bütün toplumlarda erkeklerin faaliyetlerinin mekanı olan bir kamusal alan; kadınların faaliyetlerinin mekanı olarak da bir özel alan mevcuttur. Bu ikilik cinsiyete dayalı hiyerarşik bir özel/kamusal ayırımına dayanır (57).

Feminizme göre, bu ikili yapıyı aşıp, kadınların özerkliklerini ve kendi bedenleri üzerinde kendilerinin hakları olduğunu anlayabilmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Feminist etik geleneksel etikteki kadınlarla ilgili eksikliklerin saptanması ve giderilmesine yönelik çalışmalarla gündeme gelmiştir. 1940'larda Gilligan-Kolberg tartışması olarak geçen temel tartışmada, Gilligan erkeklerin ahlak anlayışının adalet, eşitlik üzerine kurulu olduğunu, kadınların ahlak anlayışının ise bakım odaklı olduğunu öne sürmüştü, geleneksel etiği erkek bakış açısının egemen olduğu yönüyle eleştirmiş ve feminist etikle birlikte etik sorunların çözümünde kadın bakış açısının da katılmasıyla daha geniş bir perspektiften olayları değerlendirebileceğimizi ortaya koymuştur. Feminist etik kadın sorunları üzerine odaklanmış, bu felsefe sistemi feminist biyoetik uzantısı ile tıp alanında da kadınların yaşadığı sorunların çözümünün nasıl olacağına ilişkin duyarlılık gelişmesine öncülük etmiş, geleneksel tıp etiği ilkelerinin yanı sıra bakım etiğinin geliştirilmesi konusunda vurgular yapmıştır. Feminist etiğin bir diğer getirisi ise; kadın sağlığı sorunlarının analiz edilmesi, kısırlık, kürtaj, cinsiyet tayini, kadına yönelik şiddet, üremeye yardımcı yöntemler, kızlık zarı incelemeleri, doğum kontrol yöntemleri gibi konularda gelişmelerin sağlanması konusunda olmuştur. Feminist etik kadın haklarının geliştirilmesi yönünde dikkatleri çekmiş, kadınların özgür bireyler olarak kendileri hakkındaki kararları kendilerinin verebilmesi gerektiği konusunda duyarlılık gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bu bağlamda tıp alanında geleneksel tıbbın görüşlerinin tersine hekim hasta ilişkisinde hastaların

kendi sorunları ile ilgili algı ve değerlendirmelerinin bulunduğu, bunların sosyal yapı ve geçmiş deneyimler tarafında şekillendirildiği, bunların tıp çalışanları tarafından dikkate alınması gerektiği konusunda ilerleme sağlanmasına yardımcı olmuştur. Kadınların bedensel bütünlüğünün korunmasına dair etik görüşleri ve kadının zorla muayenesi ve kızlık zarı incelemelerine tepkileri ile kadın bedeninin daha geniş anlamda düşünülmesi konusunda öncülük etmiştir (52).

Gilligan, kadınların ve erkeklerin ahlaki duyarlılıklarının farklı gelişim gösterme eğiliminde olduğunu, cinsiyetle ahlaki yönelim arasında bir ilişki olduğunu iddia eder. Bu bağlamda, kadınların sosyal ilişkilere, bağlamsal düşünmeye, başkalarının duygularına ve yaşanan hayata ilişkin ahlâkî problemlere karşı daha hassas olduklarını ifade eder. Kadınlar, dikkat ve özenle bakımı ahlâkın temeli kabul ederler; erkekler, ahlâkî arayışın temelinin adalet olduğuna inanırlar (57).

Feministlerin, kadınların özerkliğine önem vermeleri, duygusal ve özen temelli yaklaşımlarıyla, kadınların bireysel mahremiyetlerine önem verdikleri ve mahremiyetlerini kendilerinin koruyabileceği hususunda duyarlı oldukları söylenebilir.

2.4.5. Postmodern etik teorilerde mahremiyet

Postmodern toplumda yaşanan anlam yitimi, mahremiyetin yitimi ile irtibatlandırılmaktadır. Postmodern toplumda her şey görülebilir, belirgin, şeffaf, çırılçıplaktır. Mahremiyetin tüketilişi, modernliğin çok ilişkili düzenine karşı bir eğilim halinde kendisini hissettirmektedir. Sosyal yaşamın her kesiminde bireyin kendisini evinde gibi hissetmesine duyulan özlem, pratikte kendisini mahremiyete düşman olarak ortaya koymaktadır. Meziyet açıklıktadır, sorunları olanca çıplaklığıyla sergilemektedir. Bireyin bütün mahremiyeti, mensubu bulunduğu topluma bütün açıklığı ile gösterilmektedir. Müstehcen konuşmalara duyulan ilginin giderek artması, toplum-mahremiyet ikileminin reddine bağlamaktadır (74).

Modernleşme ile kadın bedeninin kamusal bir mala dönüştürülmesiyle de kadın bedeni, herkese açık cinsel bir meta olduğu ifade edilmektedir. Cinselliğin fazlasıyla vurgulanmasıyla, mahremiyetin ihlal edildiği düşünülmektedir (74).

Giddens'in 'mahremiyetin dönüşümü' diye adlandırdığı doğum teknolojisindeki gelişmeler sayesinde, zorunluluğundan kopmuş plastik cinselliğin ortaya çıkması ve kadınların cinsiyet özgürlüğünün artması gibi iki ana dinamiği olan süreç, gerçekte mahremiyetin tükenişi ile belirginlik kazanmıştır. Olumlu değişmelerin bu süreci karakterize ettiğini söyleyebilmek zordur. Buna karşılık üreme zorunluluğunun bağımsız bir cinsellik ve kadınların cinsel özerkliğinin artması gibi değişimler, bazen cinsel istismar için uygun vasıta olabilmektedir. Mahremiyete ilişkin geleneksel değerlerin tükenişine karşın yeni değerlerin üretilemiyor olmasıyla, bu, dönüşüm diye adlandırılan hadisenin, insanlığı bir cinsel anarşi girdabına sürüklediği ifade edilmektedir (74).

Mahremiyetin yitimine karşın mahremiyet özlemi hala varlığını korumaktadır. Akılcılık kararlarında duygusala yer tanımaz ancak insan da duygularından vazgeçemez. Mahremiyet kaybolup giderken, insanların mahremiyete olan ihtiyacı sürekli artmaktadır. Mahremiyetin anlamının içi boşaltılmasına rağmen, insanın içinde ona ulaşma, bu korunma ihtiyacı hep var olmuştur. Mahremiyet alanı çözülürken yeni mahrem alanlar kurma ihtiyacı artmıştır (74).

2.4.6. Mahremiyet ve değerler

Değer, karşımızdaki obje ve kavramlar arasından bazılarını ayrı bir önem ya da belirli bir anlam yükleme olarak tanımlanmaktadır. Değerler; istekler, beklentiler, amaçlardır, davranışların kaynağıdır, gerekçeleridir, yargılayıcıdır, insanın köklü inançlarıdır, pratik dünyada tam olarak gerçekleşmesini bekleyemeyiz, belirli ölçü birimleri ile ölçmek mümkün değildir. Değerler, insanın çevresi ile ilişkisini düzenler, kişiliğin belirleyicilerinden biridir.

Benimsemiş olduğumuz değerler doğrultusunda, karşımıza çıkan seçenekler arasından, kendimize göre kararlar veririz (8).

Toplumların değerleri bireylerle şekillenmektedir. Bireylerin değerleri de onların kimliklerinden, dünyaya bakışlarından etkilenmektedir. Değerler, görüşler, davranışlar, tutumlar çocukluktan itibaren içinde bulunulan sosyal grup tarafından şartlandırılır ve biçimlendirilir. Farklı dinsel, sosyal sınıflarda sağlık bakım uygulamaları da farklılık gösterir. Son yıllarda özellikle maternal bakımda sosyal ve kültürel faktörlerin öneminin farkına varılmıştır. Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen birçok psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişikliği de beraberinde getirir. Doğum önemlidir ve fizyolojik, sosyal, spiritüel, kültürel ve bilişsel deneyimlerden oluşur. Geleneksel toplumlar için çok önemli olan doğum olayı yüzlerce adet, gelenek, görenek, inanç, töre ve törenlerle yönetilir (120).

Ahlaki değer olarak kabul edilen mahremiyetin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastaya yarar sağlamak ve/veya zarar görmesini önlemek için kararlar verilmesi gerektiği durumlarda veya yasalara uyma zorunluluğu sonucu zedelenebilmekte ve etik ikilemlerin yaşanması söz konusu olmaktadır (82, 126).

Bizim ülkemizde özellikle kırsal kesimlerde kadınlar kendi kararlarını kendi verememekte, ailenin erkeğinin denetimi altında tutulmakta, ancak eğitim düzeyi arttıkça kendi hakkında karar verme davranışları artmaktadır. Kırsal kesimde bazı erkekler eşini “ailem” diye tanıtır, ailesiyle lokantaya gittiğinde eşini diğer erkeklerin tarafına oturtmaz, kadın “mahrem”, ve “erkeğin namusu” olarak görüldüğünden, koca, karısının başka erkeklerle aynı ortamda bulunmasını istemez. Bu tür değerleri olan kadın hastalar hastaneye yattıklarında aile üyelerinden erkekler tarafından yalnız bırakılmaz, hastayla ilgili kararlara katılmak isterler, eşlerine kadın personelin bakmasını isterler, eşleri de aynı değerlere sahip olduğu için bu durumu yadırgamaz, ayrıca personele çok saygı duyarlar kendilerini teslim ederler. Bu gibi kültürü farklı olan hastaların değerleri

sağlık çalışanlarına uysa da uymasa da saygı duyulmalı ve uygulamada özenle yerine getirilmelidir (120).

Toplumsal değişmeye tabi olan ve sürekli dönüşen mahremiyeti anlamaya çalışırken, öncelikle “toplumsal eşitsizlik” perspektifini değerlendirmeye almamız, kimin kendisi, bedeni, özneliği, başka bireylerle ilişkileri ve gizli yönleri üzerinde ne gibi tasarrufları olabildiğini var olan eşitsizlikler, toplumsal dışlanma sistemleri, maduriyet oluşturan mekanizmalar üzerinden haritalandırmamız uygun olur. Kimlerin özel hayatları daha dokunulmazken, kimlerinki daha az değerli sayılıyor, kimlerin hayatları, bedenleri, kendileri ve başkalarıyla olan münasebetleri daha mahrem, daha dokunulmaz ve daha ayrıcalıklı iken, kimlerinki daha ilgi çekici, erişilebilir, müdahale edilebilir, süistimal edilebilir, metalaşabilir, vazgeçilebilir hale geliyor düşünmemiz gerekir (109).

2.5. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Mahremiyet

Sağlık hizmeti, hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleri ile diyalog kurmasını gerektiren bir sosyal faaliyeti de kapsayan bir hizmettir (86).

Hastalık durumunda, bireylerin biyolojik, psikolojik ve bilişsel yetersizlikleri, kişisel kontrollerinin azalması, sağlık bakımına bağımlılıkları nedenleriyle, sağlık hizmetlerini almaları esnasında bireysel mahremiyetleri ve özerklikleri zedelenebilmektedir. Hastalar mahremiyetlerinin korunmasına ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastaların mahremiyetlerinin korunması ile, onların özerklikleri, onurları, hakları, özel yaşamları korunmuş olacaktır (82).

Sağlık hizmetlerinde kişilerin özel hayatına saygının kapsamı, sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçleri ile ilgili bilgilere kişinin isteği dışında

ulaşılamaması ile kişinin sağlık hizmetlerinden yararlandığı süreçte bedensel mahremiyetine saygı gösterilmesini kapsamaktadır (119).

Ülkemizde son on yılda hasta haklarına ilişkin düzenlemeler ve sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelere rağmen hastaların mahremiyet hakkı korunamamakta, hastaların mahremiyetleri; tüm sağlık hizmetlerinde kalitenin bir parçası olmasına karşın, hastaların hastaneye yatmalarından itibaren, tanı, tedavi, tetkik ve ameliyat süreçlerinde, güç ve bilgi eşitsizliği olan bir durumda, çevresel ve bireysel birçok etkenden etkilenildiği, karmaşık süreçlerin ve bir çok sağlık çalışanının bulunduğu hastane ortamında ihlal edilebilmektedir (2).

Günümüzde modernleşme, sanayideki gelişmeler, teknolojideki ilerlemeler, bilişim sektöründe yaşanan gelişmeler ile bireylerin mahremiyetlerinin zedelenmesi artmaktadır. Buna karşın bireylerin yaşam kalitelerinin artması, eğitim düzeylerinin yükselmesi ile haklarını daha iyi savunur hale geldikleri belirtilmektedir. Bu nedenlerle tıp etiği açısından, hastaların mahremiyet haklarının detaylı değerlendirilmesi önemli hale gelmiştir (82).

Sağlık hizmetlerinde bilgisayar, kamera kullanılmasının yaygınlaşması hasta mahremiyetini tehdit etmekte; hastaya ait görüntülerin daha çok kişi tarafından öğrenilmesine sebep olmaktadır. Herkes kendi bedeni ile ilgili olarak özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir (28, 137).

İnsan haklarının sağlık hakkının kullanılmasındaki uzantısı olarak tanımlanan hasta hakları arasında hastaların özel hayatlarına saygı hakkına önemle yer verilmiştir. Sağlık hizmetleri sürecinde özel hayata saygı hakkının neleri içerdiği konusunda açıklayıcı bilgiler içeren uluslararası hasta hakları belgeleri bu konuda önemli içeriğe sahip belgelerdir. Türkiye Cumhuriyeti Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) Resmi Gazete (R.G.)' de yayın 01.08.1998 de sağlık hizmetlerinde mahremiyet ve özel hayata saygı hakkının içeriği çerçevesinde uluslararası hasta hakları bildirgelerinde yer alan haklara yer vermiştir (119).

Hasta hakları ile ilgili ilk belge olarak bilinen 1972 Amerikan Hastaneler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde; hastanın sağlığı ile ilgili kayıt ve görüşmelerinin gizli tutulmasını isteme hakkı yanında fiziksel muayenesi sırasında kendi cinsinden kişilere muayene olma hakkı olduğu açıklanmıştır.

Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de yayınladığı Lizbon Bildirgesi'nde; hastaların, gizlilik hakkına, temel haklar arsında yer verilmiştir. Hasta hakları ile ilgili hazırlanan bir diğer uluslararası belge 1994'te Dünya Sağlık rgtnn Avrupa Bürosu tarafından yayınlanan Amsterdam Bildirgesi'dir. Dünya Sağlık rgt 1994'de Amsterdam'da 'Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'ni hazırlamıştır. Bu bildirgenin 6. başlığında özel hayatın korunması yer almaktadır. Bu başlığın altında 7. maddede: Tıbbi girişimler kişinin özel yaşamına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. 8. maddede: Sağlık kurumlarına başvuran hastalar kişisel bakımlarını yapacak sağlık personelinin veya muayene ve tedavilerini yapacak kurumların özel yaşamlarının korunmasını sağlayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptir şeklinde ifadeler ile kişilerin mahremiyetinin korunmasını sağlamaya yönelik öneriler getirmiştir. 1995'te Bali'de toplanan Dünya Tıp Birliği, 1981'de yayınladığı Lizbon Bildirgesini tekrar gözden geçirerek yayınlamıştır. Bu metin 1981'de yayınlanan metinden daha ayrıntılı bir şekilde hasta haklarından söz etmiştir. Ayrıca metnin ilk halinde yer almayan bazı haklar da bildirgeye eklenmiştir. Amsterdam bildirgesi ve LizbonI/II bildirgeleri hastanın özel hayatına saygı çerçevesinde ele alındığında bu hakkın iki ana başlıkta - Hastaya ait kişisel ve tıbbi bilgilerin gizliliği ve hastanın beden mahremiyetine saygı başlıkları altında - ele alındığı görülebilir. Santiago Bildirgesi (2005) 1981 tarihli Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin güncellenmiş şekli ile hasta haklarını dile getirmektedir.

Polikliniklerde her gün yüzlerce hasta muayene edilmekte, dolayısıyla belli bir sıra içinde fakat hızlı bir şekilde muayene yapılması nedeniyle her bir hastaya ayrılan süre hem çok kısa tutulmakta ve bu nedenle hastalar birbirlerinin yanında soyunup giyinmek zorunda kalmaktadırlar. Ya da pratik bir çözüm olarak

hastalar beşer onar kişilik gruplar halinde muayeneye alınmaktadırlar ki, bu durumun mahremiyet hakkının ağır bir ihlali sayılacağı ortadadır (54).

Aynı şekilde hastaların muayeneleri, tanı işlemleri, tedavi ve bakımları sırasında bir yakınlarının yanlarında bulunması ve tedavi ile doğrudan ilgisiz kişilerin odada bulunmaması, hatta araştırma hastanelerinde bile stajyer öğrencilerin bulunmasını reddetmesi, bir “hasta hakkı” olarak tanınmış olmasına rağmen uygulamada buna pek fazla riayet edilmediği gözlenmektedir (54, 106).

2.5.1. Sağlık hizmetlerinin sunumunda mahremiyet, sağlık kuruluşlarının mahremiyet açısından değerlendirilmesi

Gelişmiş ileri teknolojileri kullanan büyük ulusal sağlık kuruluşlarının en önemlilerinden biri hastanelerdir. Hastaneler öncelikle müşterilerine yarar sağlayan karmaşık yapıda hizmet organizasyonları olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerde hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Günümüzde kentleşme, sanayileşme, nüfus artışı ve sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi gibi nedenlerle hastanelere olan talep artmıştır. Bu nedenle hastanelerin insanların yaşamındaki yeri git gide büyümektedir (118).

Hastaların hastane hizmetleri ve hizmet ekibinden beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ile hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır. Hastanelerdeki hizmet kalitesini iki boyutta incelemek mümkündür. Bunlar, teknik boyut ve konaklama boyutudur. Teknik boyut, hemşire ve doktor hizmetini kapsamaktadır. Konaklama boyutu ise yönetsel boyutu olup; yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve hastanenin park alanı gibi faktörleri kapsamaktadır. Bununla birlikte hekimlerin mesleki becerileri ve yeterliliği, hizmetlerin yaygınlığı gibi konular hasta bakım kalitesini; hekime güven duygusu, hastaya yeterince zaman ayrılması, ilgi,

nezaket, güler yüzlülük, bilgilendirme ve mahremiyete özen gibi davranış özellikleri ise hasta ve doktor ilişkilerini şekillendirmektedir (86).

Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki hastane hizmetlerinin verimli ve etkin olmadığı görülmüştür. Örneğin, hastaların ortalama kalış süresi diğer ülkelere göre uzun, poliklinik sayısındaki artışa oranla, yatırılan hasta sayısındaki artış düşük ve verilen tedavi ve bakım hizmetlerinin yeterli (istenilen nitelikte) olmadığı görülmüştür. (118).

Hastaneler dışarıdan ve içeriden sürekli etkilenen açık-dinamik sistemlerdir. Çok sayıda ve değişik hastalıklara sahip hastalar hastaneye düzensiz olarak başvurmaktadır. Bu nedenle her hangi bir zaman için hastaneye olan talep tahmin edilememektedir. Bu bağlamda hastanenin her zaman donanım ve personel açısından kullanıma hazır, tam kapasite çalışması gerekmektedir. Bu durumda da daha fazla sayıda personel istihdamı yapılmak zorundadır. Bunun sonucu olarak hastane organizasyonları çok sayıda personelden oluşan karmaşık bir yapıya dönüşmektedir. Ayrıca son yüzyılda oluşan tıpta uzmanlaşma, teknolojik gelişmeler, personel ve iş bölümlerinin artışına sebep olmuştur. Bu farklı uzmanlık alanlarına sahip personel birbirlerine göre, farklı eğitimlerden gelen, farklı ihtiyaçlara, değerlere, tutumlara ve eğilimlere sahip insanlardan oluşmaktadır. Bu nedenle personellerin birbiri arasında ve hastalarla iletişimlerinde sürtüşmelerin, yanlış anlamaların ve gerginliklerin ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur (118).

Hasta mahremiyetinin ihlali hastanın hastane önüne gelmesiyle başlamaktadır. Bir araçla hastaneye getirilen hasta birçok kişinin meraklı bakışları altında araçtan indirilmektedir. Kadın hastalar başkalarının görmesini istemediği bir vaziyette olabilmektedir. En basiti iç çamaşırlarıyla, ev hali rahat kıyafetlerle getirilmiş olabilir ya da farklı bir mahrem halde de getirilebilmektedir. Görülmenin ötesinde görüntülenebilmektedir. Hastanelerin koridorları ve servisler çoğu yerde hasta mahremiyetinin korunmasına uygun değildir. Hastalar hastane koridorlarında bekleyen onlarca başka hasta yada yakını arasından geçirilerek

servis içine alınmak zorunda kalmaktadır. Henüz muayene bile olmadan başlayan mahremiyet ihlali muayene ve müdahale sırasında da devam etmektedir. Gerek muayene gerekse müdahale odalarında ve hastanın transfer edildiği bütün alanlarda ve ameliyathane ve doğumhanelerde sağlık personeli olmayan, başka hasta ya da hasta yakınları ve personel mevcuttur. Eğer vaka ilginç ise, bu durum özellikle ilgilerini çeker ve ihlal devam eder. Hastalar ve çoğu kez yakınları birbirlerine yapılan müdahaleleri izleyebilirler (55).

Tıbbi müdahale gerektiren hastalıklarda yapılan müdahalelerde, hastaların elbiseleri çıkarıldığından hastanın çıplak vücudu her zaman başkalarının bakışlarından gizlenemez. Sağlık personeli olmayan bazı çalışanlar ki özellikle temizlik şirketi çalışanlarının hastaları çıplak olarak görmesi zaten mahremiyet hakkını ihlal olarak değerlendirilmez bile. Bazı hasta odalarının içi hastanenin dışından görülebilecek ve görüntülenebilecek şekildedir. Hasta yatar halde iken yüzlerce metre ileriden kameraya alabilirler ve bunu kimse önleyemez (55).

Sağlık hizmetlerinde farklı alanlarda yaşanan mahremiyet ihlallerinde, tıp etiğindeki mahremiyet ilkesi büyük önem kazanır. Muayenede hastanın soyunması gereken durumlarda hasta çekingen davranabilir. Bu nedenle hasta geldiğinde soyunması sağlanıp, tam bir muayenenin yapılması gerekir. Bunun için de hastanın perde arkasında soyunduktan sonra muayene önlüğü giymesi veya muayene örtüsü örtülmesi gerekir. Burada hekimin yanında bir hemşirenin de bulunması gerekir. Fakat bazen yoğun hastane poliklinik ortamlarında bu konuda hiç de etik kurallara uygun davranıldığı söylenemez. Çoğu kez perde kullanılmadığı gibi tam bir soyunma da sağlanmamakta ve emir verici ifadelerle hastanın hastalıklı kısımlarını göstermesi istenilmektedir (65).

Hastanelerde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyetle ilgili maddeleri ihlal edilmektedir. Servislerde mahremiyet sağlamak güçtür ancak imkansız değildir. Bu konuda bir diğer nokta da hastane idarecilerinin bu konuya ilişkin hasiyetlerinin yetersiz oluşudur. Başhekim ya da hastane müdürünün odasına sekreteri aşmadan girmek mümkün değil iken yarı çıplak yatan hastanın odasına

serbestçe girilebilmektedir. Hasta mahremiyetine saygı bireysel hassasiyetlere bırakılmayacak kadar önemlidir. Hastanelerde tadilatlar yapılmalıdır. Hasta mahremiyetini sağlama adına bazı yazılı talimatlar yayınlamak ve bunları panolarla ilan etmek çözüm için gerçekçi değildir (28, 55).

Yazılı ve görsel basın mensuplarının "haber alma özgürlüğü" adı altında hastanelerde bekleyip hastaların görüntülerini almaları ve bunu yerel ya da ulusal basın yoluyla haber yapmaları, mahremiyet hakkı ihlalidir ve bazen habercilerin fotoğraf çekmeleri ya da kameralarla görüntü almalarına çalışanların izin verdiği gerekçesiyle hasta yakınları tarafından çalışanlar suçlanmaktadır. Sağlık yöneticilerinin bu konuyu da ele alması gerekmektedir (55).

Hastane servislerinin girişi mahremiyete uygun değildir. Hasta servislerinin kapısı kapalı değildir, hasta odalarının da kapıları kapalı değildir, hasta odalarının kapısı tıklatıldıktan sonra içeriye girilmemektedir ve hastanede tek kişilik odalar yetersizdir.

Sağlık çalışanlarınca mahremiyetin sadece perde ve paravan kullanımı ile sınırlı görüldüğü ifade edilmektedir. Perde, paravan ve örtü hastayı görünmez kılar, ancak mahremiyet bundan çok daha fazlasını içermektedir. Temel bir gereksinim olarak mahremiyet özerklik hakkının temel bileşenidir ve sağlık hizmetlerinde mahremiyet kavramı fiziksel, sosyal, psikolojik boyutlarıyla göz önünde bulundurulmalıdır (1, 28,121).

2.5.2. Sağlık hizmetlerinde beden mahremiyeti

Günümüzde hastanın bedeni konusunda kendi kararını verebilmesi ve bu verilen karara saygı gösterilmesi mahremiyet hakkı içerisinde değerlendirilmekte ve tıp etiğinin sorularından biri haline gelmektedir. Bu konu özerklik ilkesi çerçevesinde değerlendirilerek temellendirilmektedir. Kısaca kendi hayatı hakkında karar alabilmeyi gerektiren özerklik ilkesi beden mahremiyetine saygıyı da gerektirmektedir (82,119).

Schwartz mahremiyetin kilitlenebilir bir odaya sahip olmakla sınırlı olamayacağını, gereksiz yapılan fiziksel temasların da hastanın mahremiyeti ihlal etmek olduğunu ifade etmiştir (2, 93, 95).

Parrot hastaların; muayene için doktorun yanında soyunmak zorunda kalmak, herhangi bir bakım için hemşirenin hastayı soyması ya da hastanın bedeninde tedaviyle ilişkili olmayan bölgelerinin açılması gibi mahremiyetlerinin ihlal edildiğini düşünmeleri için risk faktörleri bulunduğunu belirlemiştir (114).

Sağlık kültürel etmenlerden etkilenir. Örneğin kadının üretkenliği, çocuğunun doğumu, ek gıdaya geçilmesi, cinsellik gibi sağlıkla ilgili durumlar sosyal boyutların etkisi altındadır. Bu noktada sağlık uygulamalarında hastaların kültürünü incelemek, bilmek önemlidir. Özellikle doğumda tedavi ve bakımda hastaların beden mahremiyetini korumaya dönük yaklaşımlarda hastaların kültürü ağırlıklı incelenmesi gereken durumlardır (120).

Ülkemizde 1 Ağustos 1998 tarihli 23420 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan hasta hakları yönetmeliğinde hasta mahremiyeti ile ilgili bölüm şu şekildedir: "Dördüncü Bölüm: Hasta Haklarının Korunması-Mahremiyete Saygı Gösterilmesi:

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez (54, 65,119).

Hasta hakları yönetmeliğinde hastalara sağlık eğitiminde reddetme hakkı tanınmıştır. Örneğin hasta kendisine tanınan mahremiyet hakkına dayanarak tıp fakültesi öğrencilerini, hemşirelik ve ebelik öğrencilerini sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen tedavi ve bakım ile ilgili girişim süreçlerinde yer almalarını istemeyebilir. Bu durumlarda tıp etiğinde hastanın mahremiyet hakkı ile hekim, hemşire ve ebe adaylarının öğrenim hakkının çatıştığı ileri sürülebilir. Hastalığın teşhisi, tedavisi ve bakımı sürecinde görev almak üzere eğitim alan öğrencilerinin bu süreçleri vaka üzerinde gözlemlenmeleri ve uygulamaları öğrencilerin eğitimleri için önemlidir. Ancak burada sağlık personeli adaylarının eğitimi sağlık hizmeti sunulurken gerçekleşmektedir. Hastaların beklentisi tedavisinin gerçekleştirilmesidir (119).

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi bir kararında “...bir kimsenin bedeninin, o kimsenin özel yaşamının en mahrem yönünü” oluşturduğunu belirtmiştir. Yine aynı mahkemenin bazı kararlarında da fiziksel bütünlüğün özel hayatın içinde değerlendirileceği ifade edilmiştir (82,119).

Çeşitli ülkelerde sağlık hizmeti verilen ortamlarda hasta mahremiyetinin sağlanmasına dönük düzenlemeler yapılmıştır. Örneğin Avustralya’da Palyatif

Bakım Standartlarından biri: (Standart 1.5.2): “Güven, özel alan, mahremiyet-bireyin dış çevresinin düzenine katılımının sağlanması, hasta ve ailesinin alışık oldukları, rahat ettikleri evlerine benzer uygun bir yer oluşturmanın önemini kavramak ve bu konuda hasta ve ailesi ile birlikte ortak değerlendirmeler yaparak uygun planlar yapmak” olarak açıklanmıştır (121).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 7: “Poliklinik muayenelerinde mahremiyet prensiplerine riayet esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalar teker teker muayene edilir. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaması gerekir. Ancak hasta isterse ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir” (54).

Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliğinde: “Merkezde verilen bütün hizmetler, ... mahremiyete saygı gibi tıp etiği ilkeleri ile uygunluk içinde sunulur” (madde 11). (54).

Sağlık hizmetleri ile ilgili yayımlanan son yönergeler değerlendirildiğinde; Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi” nde; polikliniklerde, kliniklerdeki hasta odalarında, yoğun bakım üniteleri, acil ve diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin neler yapılması gerektiğine yönelik maddelere ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Ayrıca 2008 yılında resmi gazetede yayımlanan 26788 sayılı “Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” de değişiklik yapılarak 03-08-2010 tarihli resmi gazetede 27661 sayılı yönetmelik yayımlanmış; yönetmeliğe 12/D maddesi eklenerek, muayenehanelerin taşınması gereken standartlarda; hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin ifadeye yer verilmiştir. Ancak Danıştay 10. Dairesinin 2010 yılındaki yargı kararları ile bu yönetmeliğin yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiş, 07-04-2011 tarihli 27898 sayılı resmi gazetede bu yönetmelik değiştirilerek yayımlanmış ve yönetmeliğin en son halinde de hasta mahremiyetinin korunmasına ilişkin ifade yer almaya devam etmiştir.

Bu konuda en çok tartışma yaratan konu, eğitim veren sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetinin verilmesi sırasında eğitim alan kişilerin hizmet verme sürecinde yer almalarıdır.

2.5.3. Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişim ve mahremiyet

Literatür hastaların büyük çoğunluğunun sağlık personeliyle olan ilişkilerinden memnun olmadıklarını göstermektedir. Sağlık çalışanları ile iki yönlü, etkili iletişim kuran hastaların, tedaviden memnun kaldıklarını, tedaviye uymaya daha istekli oldukları saptanmıştır (35).

Mahremiyet, bir ilişki düzenleme süreci olarak, sosyal ilişkilerimizi, bütün davranışlarımızı etkileyen, her türlü düşünce ve davranışımızda az veya çok payı olan bir tavır takınma mekanizması olarak fonksiyon görmektedir (138).

Mahremiyet başkaları ile ilişki kurarken davranış opsiyonlarını seçme özgürlüğünü amaçlar.

Hasta ve sağlık çalışanları farklı bilgilere sahip ve kendi hakları olan birer bireydirler. Hastalarla olan ilişkiler karşılıklı destek, saygı ve güven ortaklığına dönüştürülebilir. Sağlık çalışanları hastaların sorunlarından söz etmelerine ve duygularını açıkça dile getirmelerine yardımcı olacak iletişim becerilerine sahip olmalılar. Sağlık profesyonellerinin, hastanın kendisine saygı duyulduğunu, desteklendiğini ve güven verici bir hasta-sağlık çalışanı ilişkisini, hastaya hissettirmesi gerekir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının iletişim tekniklerine uygun konuşmaları yapması, hastaların olumsuz duygularıyla baş etmelerine, sorunlarına çözüm bulmalarına, yaşamlarını denetleyebilmelerine yardımcı olabilir (35, 123).

Birey ve sağlık personeli arasındaki ilişkinin doğası gereği, hastanelerde, sağlık çalışanları kişilerin özel hayatını öğrenecek kadar onlara yakın olmak

durumundadırlar. Zorunlu olarak ya da istemeyerek de olsa bireylerin kişisel alanlarına girilmesi kişilerin incinmesine ve sosyal ortamdan geri çekilmelerine neden olur (12).

Psikolojik yönden, bireyin mahremiyet hakkının çiğnenmesi bireyin diğerleriyle kurduğu ilişkide sorunlar yaşamasına, kendini ortamda güvensiz hissetmesine, kendini değersiz hissetmesine neden olabilmektedir. Bu durum hastanede yattıkları süreçte hastaların kendilerini huzursuz ve rahatsız hissetmelerine neden olabilir (2, 12, 41, 134).

Sağlık profesyonelleri etkin dinleme yöntemiyle, hastayı yargılamadan, öneri getirmeden sadece hastayı dinleyerek, hastanın duygusal gereksinimlerini anlayabilirse, danışmanlık rolünü daha iyi yerine getirebilirler (35). Sağlık personeli bu iletişim yöntemini hastanın mahremiyet kaybı endişesi yaşadığı durumlarda da uygulayabilir.

Çeşitli kaynaklarda, doktor hasta iletişimine dönük çeşitli modeller olduğu belirtilmektedir. Bunlardan bazıları; ataerkil model, etkin-edilgin model, rehberlik-işbirliği modeli, karşılıklı katılım modeli, bilgilendirici modeldir. Gordon (1997) kitabında otorite kavramının çeşitli anlamlarını açıkladıktan sonra, hekim-hasta arasında danışan-danışman ilişkisi modelinin kullanılmasının daha uygun olacağını öne sürmüştür. Bu modeli açıklarken, doktorun, hastanın kendisini ifade etmesine yardımcı olması gerektiğini, hekimin danışmanlık rolünün uzmanlık anlamında olduğunu, karşılıklı işbirliği içerisinde hastanın özel durumunu ve sorunlarını bu şekilde çözüme kavuşturulabileceğini ifade etmiştir. Bu ilişkide dikkat edilmesi gereken hususun, hasta katılımının mutlaka sağlanması olduğunu da açıklamıştır (35).

Çalışmalarda, hastanın yaşının genç olması ve muayene eden personel ile kadın arasında negatif bir emosyonel iletişimin olması, utanma, doktorun cinsiyeti, bilgi verici iletişim, muayene sırasındaki pozisyon, mahremiyete verilen önem ve doktora güvenin kadının jinekolojik muayenede kendini rahatsız

hissetmesine neden olduğu ve jinekolojik muayene sırasında kadınların sinirli olduğu belirtilmiştir. İlk kez ya da 5' den az sayıda muayene olan kadınların daha fazla muayene deneyimi olan kadınlardan daha az anksiyete yaşadığı belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak önceki muayene deneyimlerinde olumsuz iletişim süreçlerinin yaşanması olduğu belirtilmiştir (29, 42, 91, 98).

Sağlık hizmetlerinde her yaş grubuna göre iletişim yöntemimizi farklı farklı ayarlamamız gerekir. İletişim, hastaların, kültürel değerlerine, dini inanışlarına, gizliliğe ve mahremiyetlerine saygı gösterme, bilinçli bir şekilde karar verme gibi haklarına saygı duyacak şekilde düzenlenmelidir (120).

Siegler'e göre (1982) tıpta mahremiyet sağlanarak, 'hastanın en kişisel ve fiziksel sınırları mahcubiyetini (utanmasını) ve hassasiyetini azaltmak için gizli tutulur. Bu şekilde hastalar doktorlarıyla dürüstçe ve açık açık iletişime teşvik edilir (82).

Mahremiyeti koruyarak kurulan güven tüm insan ilişkilerinde temel değer olarak ele alınır. Kişiler ancak bunun sağlanabildiği koşullarda gereksinim duydukları sağlık hizmeti için başvururlar (82).

Hasta hekim ilişkisi etkili tedavinin temelini oluşturur. Bu nedenle kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlandıkları süreçte nitelikli sağlık hizmetine ulaşabilmeleri için tanı, tedavi ve bakım sürecinde, bedenlerine müdahale etme yetkisini sağlık profesyoneline verme gerekliliği kaçınılmazdır. Bununla birlikte hekimler de, tanı ve etkili tedavi için hastalarının yakın fiziksel teması içeren muayene yöntemlerine gereksinim duyarlar. Hasta ile aralarında kurulan ilişki sonucu sağlık profesyonellerinin teknik becerileri ile hastaları muayene etmesi durumu mevcuttur. Bu noktada mahremiyetin sağlanması önemlidir (82).

2.5.4. Sağlık hizmetlerinde kamusal alan özel alan kesişmesi

Hastaneler çevresinden etkilenen, çevresiyle iletişim içinde olan sistemlerdir. Çevresindeki değişim ve gelişmelere ayak uydurmaya çalışan özellikleri ile açık-dinamik sistemler olarak tanımlanmaktadır (118).

Kamusal yaşam-özel yaşam ayrımının Avrupa'da on üçüncü yüzyıldan itibaren gelişmeye başladığını düşünen ve kamusal alana ilişkin "publie", "le publie" ve "publie opinion" gibi sözcüklerin ancak on yedinci yüzyılın ortalarında ve on sekizinci yüzyılda ortaya çıkabildiğini ifade eden Habermas, bu dönemde şekillenen kamusal topluluğun "burjuva kamusalılığı" olarak nitelemiş, mal ve haber dolaşımının gelişmesiyle, yani ekonomik ve kültürel etkinliklerin artmasıyla birlikte, büyük şehirlerdeki yapı, on dokuzuncu yüzyılda değişmeye başlamış modern şehir kültürü içinde kamusal hayat önemini kaybederken mahremiyet yükselişe geçmiştir. Günümüzde kitle toplumu koşullarında ortaya çıkan "toplumsal" alan, hem "kamusal" alanı hem de "özel" ya da "mahrem" alanı kuşatmaktadır. Böyle bir ortamda bir yandan kamusal özel yaşam ayrımı anlamını yitirirken, diğer yandan birey dış dünyadan kaçarak giderek kendi içsel öznelliğine sığınmaktadır (140).

Kamusal alan tanımı için internetteki "Güncel Türkçe Sözlük"e bakarsak; "kamuya ait, kamu ile ilgili işlerin yapıldığı yer yazılmaktadır. "Özel", devlet aygıtının alanı dışında olmak anlamındadır (80).

Mahremiyet kamusal yaşam içinde yer alan ancak kamusal müdahaleden muaf tutulması gereken bir düşünce, davranış ve var oluş alanıdır. Bu tanım birey ile kamu arasında negatif ilişkiyi ima eder.

Kamusal ve özel alan ile alakalı olarak Batı'daki ayrım ile Türkiye'de ayrım birbirinden farklılık arz etmektedir. Bizde mahremiyetin daha çok kadın üzerinden değerlendirildiği görülmektedir (38, 81).

Toplumsal yaşama hastane gibi bir ortamı ayırıştırmak mümkün değildir. Sağlık hizmetleri toplumla iç içe olmak durumunda olduğu için, verilecek sağlık hizmetlerini hastaların özel alan ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde planlamak gerekmektedir. Günümüzde mahremiyetin kamusallaşması, buna mukabil kamusal alanın da mahrem temaları içine çekmesini tartışılmaktadır. Bireylerin bu toplumsal süreci tecrübe ederken arzularını ve seçimlerini ne oranda kullanabildikleri, hangi ölçüde bağımsız, kendini yönetebilen birer özneye dönüşebildikleri tartışılmaktadır (109).

Sağlık hizmetlerinde kurumsal tedavi ve bakım, evde tedavi ve bakım gibi bakım türleri tartışmalarının yanı sıra kamusal alan ile özel alan ayrışması da yaşanmaktadır. Özel ve kamusal alanlar arasındaki sınırları gevşeten önemli gelişmelerden biri de modern toplumdaki siyasi ve iktisadi ilişkileri doğrultusunda meydana gelmiştir. Modern toplumda aile geleneksel fonksiyonlarını neredeyse tamamen kamusal alana bırakırken; aile içindeki mikro sosyal ilişkiler de kamusal düzenlemelere konu olmuştur. 17. ve 18. yüzyıllarda özel alanın sınırı çizilirken bu alanın temel öznesi kadın olmuştur. Oysa bugün için kadın kamusal alanda da temel özne durumuna gelmiştir. Aile, bireylerini ve faaliyetlerini kamusal alana kattığı gibi sınırlarını da bu alandaki değerlere ve düzenlemelere açmıştır. Özel ve kamusal alandaki ayrışma kamusal yaşamı “erkeklikle” özdeşleştirirken, özel alanı da “kadınlıkla” özdeşleştirmiştir. Evlerde bireylerin bakımını üstlenen kadınların kamusal alanda görev almaları ile birlikte hasta bakımında sorun yaşanmış ve hastaların bakımı kamusal bir hizmet olmuştur. Bu anlamda evde bakım hizmetleri kamusal alanın özel alana taşınması olarak düşünülmektedir. Kamusal hizmet sunan sağlık iş görenlerinin hizmet sunma yeri olarak ev, sağlık hizmeti sunumunun özel alanın en temel öznesine kadar genişlemesi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte özgürlük tartışmaları yaşanmakta ve evde tedavi ve bakım hizmetlerinin özgürlüğü kısıtlayan bir sistem olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bir yanda hastanın kendi evinde kendine ait ortamda olması onun için özgürlüğünün genişlemesi olarak değerlendirilirken, öte yandan sağlık iş görenlerinin kamusal alanı genişletmeleri ise özgürlüğü kısıtlayıcı bir aygıt olarak görülmektedir. Bu yaşanan özgürlük paradoksunu Bauman (1998) “Hiçbir

özgürlük mutlak, her şeyi kapsayıcı, sınırsız değildir. Bir bağımlılıktan kurtulmanın tek yolu başka bir bağımlılığı kaldıraç olarak kullanmaktır” şeklinde ifade etmektedir (15). Sağlık hizmetlerinde hizmetin özelliğinden dolayı, tedavi ve bakım veren tarafından özel alana müdahale kaçınılmazdır. Hizmet alan açısından da özel alanın korunması ve tedavi ve bakımın gerçekleştirilmesi arasında bir ikilem yaşanmaktadır (82).

2.5.5. Giysiler, örtüler, ameliyat gömlekleri

Vücudu bir giysi ile kapatmak, Irwin Altmanın görüşlerine göre bir mahremiyet ayarlaması olarak, başkalarına karşı açık/kapalı olmayı ayarlayan bir mekanizma hizmeti görmektedir. Örtünme şekli, insanlar için Irwin Altmanın ifade ettiği üzere, dinamik, değişken, multimodal bir mahremiyet mekanizması olarak kullanılmakta ve değişik davranışlarda bulunmanın bir aracı olmaktadır. Çeşitli sosyal ilişkilere uygun düşecek şekilde artırılıp azaltılabilmektedir (138).

İnsanoğlu kendisine ulaşılabilirliğini engellemek için en kolay ve en etkili yollardan birisi olarak örtünmeyi gündeme taşımıştır. Örtünme şeklinin temelinde aslî unsurlardan birisi olarak bir kültürel değer yatmaktadır. Örtünme şeklini oluşturan bu değerın adı da mahremiyettir (138).

Hastane ve ameliyathane ortamlarında bireylerin kişisel kontrolleri azalır, mahremiyetlerini koruyamama endişesi yaşarlar. Hasta olma bireyler için daha çok ilgiye gereksinim duydukları özel bir durumdur. Bu ortamda bireyler mahremiyetlerine özen gösterecek ve kendilerini emanet edecekleri çalışanlara gereksinim duyarlar. Bu süreçte hastaların operasyon ve bakım gereksinimleri ile mahremiyet sınırları belirsizleşir ve bireyler mahremiyet sınırı ihlalleri yaşayabilirler (95, 112).

Özellikle ameliyata hazırlık döneminde tüm hastalardan kıyafetlerini çıkarmaları istenmesi, sadece bir önlük giymeleri beden mahremiyetlerinin korunması konusunda endişe yaşamalarına neden olmaktadır. Ameliyat sırasında

ve hemen sonrasında bilinci yerinde değilken hastalar beden mahremiyetlerini yitirecekleri korkusu yaşarlar. Ameliyat sonrasında da odasına ve yatağına alınırken, giydirilirken, ilk kez ayağına kaldırılırken, boşaltım gereksinimini giderirken, beden mahremiyetlerinin ihlal edileceğini düşünürler. Bu süreçte hastalar sağlık çalışanlarından empati yapmalarını, kendilerine saygı gösterilmesini, kararlara katılımı ve kişisel kontrollerinin sağlanmasını ve beden mahremiyetlerinin korunmasını isterler (2, 93, 95, 122).

Cerrahi giysi ve örtülerle ilgili literatür incelendiğinde genellikle, kullanım yararları, mikroorganizma geçirmeme, ve ek maliyet yüklerinden bahsedildiği görülmüş, daha az sayıda ise hastaların mahremiyetinin sağlanması yönünde yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Ameliyathane ortamı rutin ve hızlı işlemlerin yapıldığı bölümler olduğundan ve sağlık çalışanları işleri zamanında ve doğru yapmaya odaklandıklarından hastaların mahremiyetini göz ardı edebilmektedirler. Sağlık profesyonellerinin bu süreçte hastaların bu gereksinimlerinin farkında olması, ameliyat giysilerinin düzenlenmesi, hastalarının üzerini örtmesi, saygı göstermesi, endişeleri konusunda empati yapması, güven vermesi, hastaların mahremiyetlerini koruma konusunda duyarlı olması gerekmektedir (2).

2.6. Jinekoloji ve Obstetri Alanında Mahremiyet Kavramı

Jinekoloji ve obstetri dinamikleri, etik sorumluluğu taşımayı daha güç ve zorlayıcı hale getirebilecek özel koşulları barındırır. Hasta mahremiyetinin sağlanması, hastanın tedavi ve bakıma katılımının, sağlık profesyonellerinin yasal ve mesleki sorumluluklarını taşımasının, hasta sağlık çalışanı arasındaki etkin iletişimin göstergesidir.

Tıp etiğinde sorunların kümelenendirilerek ele alınması, karşılaştığımız konunun değişik açılarını görmemizi sağlayacağı gibi, benzer sorunların bir arada tartışılması da ayrıca kolaylık getirecektir (56).

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı, onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmasının da temelini oluşturmaktadır. Kadının fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik ve doğum süreçleri ve menapoz dönemi ve bu süreçlerin kendine özgü hastalıklarının bulunması, kadınla erkek arasındaki farklılığın göze çarpan yönleridir. Bu durum tıp etiğinde kadınların sağlık sorunlarını ayrıca ele almanın gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada erkeklere oranla bir hayli geri planda olmaları, eğitim düzeyleri, toplumsal konumları, gelir düzeyi, karar verme sürecine katılma gibi konularda da erkeklerle eşit konumda bulunmamaktadırlar. Bu nedenle de jinekoloji ve obstetride etik sorunlar ayrıca ele alınmaktadır. Kadınların yaşadığı sağlık sorunlarına toplumsal konumlarından ötürü özel bir yaklaşım biçimiyle davranmak daha doğru bir anlayış olacaktır. Doğal olarak bu alanla ilgili ahlaki değer sorunlarını da ayrıca ele almak daha yararlı olacaktır (15, 56).

2.6.1. Kadınların gebelik, doğum, emzirme, lohusalık, menstrasyon durumları ve mahremiyet

Jinekoloji, kadın sağlığı ile ilgili tüm problemleri inceleyen bir bilim dalıdır. Jinekolojik sorunlar, bir kadın için diğer sağlık sorunlarından farklı anlamlar taşımaktadır. Bu sorunlarla baş etme kadınlar için sağ ve sağlıklı olmanın ötesinde bir durumdur. Çünkü kadının cinsel sağlığı, onun kadınlık rolüne sıkı sıkıya bağlıdır. Bu nedenle, hamilelik, doğum, lohusalık, kısırlık, istenmeyen gebelikler, kürtaj ve düşükler, kanamalar, cinsel uyum sorunları gibi jinekolojik sorunlarda kadının bütün yaşamı, eşi, ailesi, çocukları, iş ve sosyal çevresi ile ilişkileri derinden etkilenir.

Üreme sağlığında kadınların nitelikli olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri için sağlık hizmetlerine gereksinimleri olan; gebelik, doğum, emzirme, lohusalık,

menstrasyon gibi özel dönemlerinin toplumun öteki kesimlerinininkilerle aynı olmaması, onlara yönelik çalışmaların yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık ve bakım hizmetlerinin insan hakkı olarak kabul edildiği toplumlarda kadınların gereksinimlerinin karşılanması da bu hak kavramı içinde yer almaktadır. Bu gereksinimlerin saptanmasına ve saptananların karşılanmasına yönelik yetersizlikler cinsiyet ayrımcılığına sebep olmaktadır.

Tüm toplumlarda, insanların onurlu davranması gibi cinsel organlara ilişkin ahlaki davranış ve tutumların, vücudun bu bölgelerinin mahremiyetinin sağlanmasıyla mümkün olabileceği düşünülmektedir. Böylece cinsel bölgeler toplumun önem verdiği ve ahlaki değerler ile özdeş konuma getirdiği bir beden bölgesine dönüşmektedir. Eğer bu bölgeler açılmış ise, kişi toplumsal değer sistemine uymayan, iffetsiz konumunda değerlendirilerek, çoğu zaman cezalandırılması düşünülmektedir (25, 56). Sorunu incelenen bir kadın (hasta) ve bir hekim arasındaki ilişkiye indirgediğimizde hekimin bu incelemeyi yapması ya da yapmaması bir tıp etiği sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın sorunun, geniş boyutlu olduğu, toplumsal ve hukuki yönlerinin de bulunduğunu da unutmamak gerekmektedir. Günümüzde etik açıdan tercih edilen tutum, kadının (bilgilendirilmiş) onamı (rızası) olmaksızın hiçbir muayene ve girişim yapmamak yönündedir.

Son yıllarda bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler sayesinde jinekoloji ve obstetri alanında da ilerlemeler mevcuttur. Buna karşın sağlık sisteminin karmaşıklaşması ile karşı karşıyayız. Tüm gelişmeler toplumun değerlerini etkilemekte ve etik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Jinekoloji ve obstetri alanı, etik ikilemlerin en yoğun yaşandığı alanlardan biri olup, sağlık profesyonellerinin değerler konusunda çatışmalar yaşadığı alanlardan biridir. Bu sorunlar arasında; kadın olmanın anlamı, aydınlatılmış onam ve müdahalelerin boyutu ve hasta mahremiyeti gibi konular çözümlenmesi gereken etik sorunlar arasında yer almaktadır. Jinekolojik muayene kadın sağlığı için çok önemlidir. Bu muayene kadınların çoğu tarafından küçültücü olarak algılanmaktadır. Hatta kadınların bir kısmı sadece bu nedenle muayeneyi reddetmekte ve

geciktirmektedir. Jinekolojik muayene kadınların mahrem olarak kabul ettiği genital bölgesinin gözlemlenmesini içerdiğinden diğer tıbbi muayenelere göre etik açıdan daha fazla önem taşıdığı bir gerçektir. Bu nedenle etik duyarlılık olarak jinekolojik muayenede ve jinekoloji obstetri hizmetlerinin bütün süreçlerinde kadınların mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır (27, 131).

Kadın sağlığı her yönü ile mahremiyet ve belli bir özen arz eden bir konu olduğundan bir jinekoloğa başvurabilmenin ilk ve belki de ana şartı "güven"dir. Kadınlar için bir kadın doğum doktoruna gitmek, özellikle de ilk defasında -bir kendini aşma- anlamına gelir. Hiçbir şikayeti olmadan sadece kontrol amaçlı kadın doğum polikliniğine başvuran kadın sayısı ülkemizde çok azdır (111).

Jinekolojik tanı tedavi sürecinde kadınlar; korku, anksiyete, bilgi eksikliği, güçsüzlük, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene edenin karşı cinsten olması, mahremiyetine dikkat edilmemesi, çıplak olması nedeniyle utanma, muayene pozisyonu, genç yaşta olma, kişisel temizlik hakkında endişe, muayene deneyiminin olmaması, olumsuz muayene deneyimleri, cinselliğin olumsuz algılanması ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşamaktadır. Kadınların jinekolojik muayeneye verdiği tepkiler önceki deneyimlerine bilgi düzeylerine, sosyo-kültürel durumlarına ve semptomlarına göre değişir. Kadınların çoğu pelvik muayeneyi küçültücü utandırıcı bulurlar. Kadınların sağlık kuruluşlarına gidememeleri kendi kendilerine bazı uygulamalara başvurmalarına neden olarak jinekolojik hastalıklara hatta ölümlere sebep olmaktadır (29, 98, 111).

Günümüzde birçok hastane göz önüne alındığında doğum masaları kapıya bakmaktadır; kapılar açıktır, doğumhanelerin şekli hususunda yönetimin belirlediği sıkı kurallar vardır, kadınlar bacakları açık doğum masasına yatırıldıklarından kapıdan her giren kişi bu durumu görebilmektedir; bu mahremiyet ihlalidir, kabul edilemezdir. Kadınlar doğum olaylarında duygusal travma yaşamakta ve doğumdan negatif duygularla ayrılmaktadır. Doğum, hormonların ve beynimizin kontrolünde yapılır. Mahremiyet ve güven bozulduğu anda bu çalışma düzeni bozulur. Kadınlar doğum masasının köşeye, duvara

bakmasını ve perdelerin kapalı olmasını istemektedirler ve sağlık çalışanları onların bu isteklerini karşılamakla yükümlüdür (48).

Doğum yapan kadınlar çıplak genital organlarının ancak doğumdaki işleyiş bağlamı dışında gösterildikleri zaman rahatsızlık verdiklerini düşünürler (26).

Jinekoloji ve obstetride tedavi ve bakım hizmeti verenler, fiziksel temasın bireysel olarak farklı algılanabileceğinin ve bireylerin kültürel farklılıkların olabileceğinin bilincinde olmalıdırlar.

Sağlık hizmetinde etik sorumluluğun önemi hizmeti alan ile veren arasındaki eşitsizliktir. Sağlık hizmeti alan kişi tedavi ve bakıma gereksinim duyması nedeniyle bağımlıdır. Bu noktada sağlık hizmetinin özü, zedelenebilir durumda olmasına karşın mahremiyet hakkına sahip sağlık hizmeti alan kişiye hizmet sunmaktır (82).

Genel olarak gebelik, doğum, emzirme, lohusalık, mensturasyon gibi özel dönemlerindeki kadınların sağlık hizmetlerine gereksinimi olduğu yönünde ön kabul mevcuttur. Kadınların özel bir grup olması nedeniyle mahremiyet algısının farklılaşacağına ilişkin bir düşünce, jinekoloji ve obstetride mahremiyet kavramının anlaşılmasının önemini artırmaktadır.

2.6.2. Kadın olmak bağlamında yaşanan sağlık sorunları

Jinekolojik problemlerde kadınların çekingenliği sorunu, cinsel kimliğin gelişimi ve benimsenmesiyle ilgilidir. Cinsel kimliğin gelişimi ve kadınlık rolünün benimsenmesi, hem yaş, hem deneyim, hem de küçük yaşlardan itibaren alınan eğitime bağlıdır. Henüz bir kadın olarak kimliği tam olarak gelişmemiş, kadınlık rolünü benimseyememiş, bununla ilgili kaygı ve çatışmaları olan, baskıcı bir çevrede yetişmiş kadınlar, jinekolojik muayene sırasında daha fazla korku ve kaygı duyabilmektedirler.

Dünyanın neresinde olursa olsun cinsel organlar “mahrem” olarak algılanan ve özel anlamı olan organlardır. Genel olarak jinekolojik muayeneden rahatsızlık duymamanın temelinde, hekime, mahrem organları teşhir etme kaygısı yatmaktadır.

Kadınlar için cinsel konulardaki bilgisizlik veya yanlış bilgilere sahip olmak çok yaygın bir sorudur. Cinsellik, kültürümüzün tabularından biri olduğu ve evde ya da okulda sağlıklı bir cinsel eğitim alamadıkları için kadınların bilgileri yetersiz ve bunların çoğu da yanlıştır (111).

Literatürde, kadının avlanma, çobanlık etme veya yoğun bir şekilde ziraî faaliyetlerde bulunma gibi ekonomik faaliyetlerde pek fazla yer almadığı için, toplum içerisinde aşağı bir statüye sahip olduğu, savaşmak için güçlü olmanın ön plâna çıktığı zamanlarda ve yerlerde erkek daha değerli ve itibarlı olarak bulunmuş; kadın aşağı statülü biri olarak kabul edilmiş olduğu, merkezî politik hiyerarşilerin bulunduğu yerlerde, erkeklerin daha yüksek bir statüye sahip olduklarına vurgu yapmış; kadının aşağı bir mevkide bulunması bu sosyal yapı olgusuna bağlanmak istenmiştir. Kadının çocuk doğurma ve emzirme olayı sebebiyle ev içerisinde veya yakınında bir yerde bulunmak zorunda olması ve yapıları mekânların bu duruma uygun düzenleme ve bölümlerden oluşması da, bu sosyal vakıyyla uygun hâle getirilmiştir. Giderek de kadın, gösterilmemesi, gözetim altında tutulması, mahrem bir hayat yaşaması gereken bir cinsel obje hâline gelmiştir.

Toplumda öncelikle kadının anne ve eş olduğu, narin zayıf, aciz, korunması gereken, kendi ayakları üzerinde duramayan, akli kısa ve namus taşıyıcısı gibi algıların bulunduğu belirtilmiştir. Bu algıların, gelenek göreneklerin, dinin etkisi, kadının biyolojik özelliklerinin, toplumsal rol ve statüsünden yola çıkılarak atfedildiğini ve bu bakış açılarının yanlış olduğunu vurgulanmıştır. Dünyada kadının durumu değerlendirildiğinde, yapılan ayrımcılıklar ve şiddet mevcuttur. Kadının öncelikle insan olduğunu, bütün

insanların onur ve haklar bakımından eşit olduğu, kadınların insan hakları sistemi içerisinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulanmıştır (21).

Yukarıda belirtildiği gibi kadınlık kavramının zayıflık ve korunmaya muhtaçlıkla özdeşleştirilmesi ile bu kavram, bireysellik ve bağımsızlık ideolojisiyle çatışmakta ve kadınların ayrımcılığa uğramasına neden olabilmektedir. Bireyselliğin ve özgürlüğün korunamaması, kişinin özerkliğini kullanma yeterliliğinin sınırlandırılmasına neden olabilir. Bu sınırlama da mahremiyetin korunamamasına ve örselenmesine neden olabilir.

Cinsiyete bağlı olarak ortaya çıkan eşitsizliğin temelinde kadın ve erkeğin toplumsal yapılanma içerisinde sonradan öğrendiği “toplumsal cinsiyet” olarak adlandırılan kimliğin önemli yeri bulunmaktadır. Toplumsal cinsiyet: doğumla birlikte kazanılmış olan biyolojik cinsiyetin üzerine eklenen, bireye içinde yaşadığı ailesi ve toplum tarafından öğretilen kadın olmak ya da erkek olmayı içeren durumları kapsamaktadır. Bu durum toplumsallaşma sürecinde kişiler tarafından içselleştirilmektedir. Kadınların toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma güçlükleri içerisinde oldukları ve bunun aşılmasında, eğitimlerinin programlanması ve bu yapılanmanın düzeltilmeye çalışılması önerilmektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması bu konudaki eşitsiz durumlara bağlı olarak tıbbi etik sorunlar ve bunların sonuçları ortaya çıkmaktadır (56).

Dünya nüfusu içinde önemli bir yere sahip olan kadınların sağlık durumları çocuk sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını etkiler. Sağlıklı toplum hedefine ulaşabilmek için toplumda sık görülen sorunların, öncelikli risk grupları olmak üzere çözümlenmesi gerekir. Dünya sağlık örgütünün raporlarında dünyada her yıl yaklaşık 600.000 kadının, gebelik ve doğum nedeniyle yaşamını kaybettiği, bunun 20 katından fazlasının da ömür boyu gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonlarının neden olduğu sakatlık ve rahatsızlıkların etkisi ile yaşamak durumunda kaldıkları bildirilmektedir (111,120).

Türkiye’de kadın sağlığı sorunlarının önemli boyutlarda olduğu bilinmektedir (98). Türkiye’deki 2008 yılı sağlık istatistik yıllığına göre; toplam nüfus 71,517 olup, bu nüfusun % 25’i kırsal, % 75’i kentsel bölgede yaşamaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, kadınlarda 75,8 yıl iken, erkeklerde 71,4 yıl olduğu belirtilmiştir. Anne ölüm oranı, (Yüzbin canlı doğumda) Türkiye genelinde 19.4 iken, Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıklar kadınlarda % 3,7, erkeklerde % 2,3, Sinir Sistemi Hastalıkları kadınlarda %6,3 erkeklerde %4,9, Dolaşım Sistemi Hastalıkları kadınlarda %37,1, erkeklerde % 32,1, Genitoüriner Sistem Hastalıkları kadınlarda %4,7 erkeklerde %4,3, Gebelik, Doğum ve Lohusalık kadınlarda %1,0, erkeklerde %0,0 Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar kadınlarda % 5,8 erkeklerde %5,2, Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları kadınlarda % 5,2 erkeklerde % 4,8 olarak belirtilmiştir. Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler kadınlarda % 7,3 erkeklerde % 2,3 oranında olduğu görülmüştür. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (Yüzbinde, Dünya Standart Nüfusu), Türkiye (2006), incelendiğinde; Uterus Serviksi % 4,8, Over-Ovarium % 5,9, Uterus Korpusu % 8,4, Meme Ca % 37,6 olarak saptanmıştır. Sağlık Personeli ile Yapılan Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı % 91,3, Antenatal Bakım Kapsamı (En Az Dört Ziyaret) % 73,7, Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Oranı % 36,7 olarak saptanmıştır. Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı, 2008, Türkiye % 3,3, Lohusa Başına Ortalama İzlem Sayısı, 2008 yılında Türkiye’de % 1,2 olarak belirlenmiştir (71).

Ayrıca sağlık hizmetlerinde göç etmiş kadınların sorunları da göz ardı edilmemelidir. Göç ettikleri bölgede ayrımcılığa maruz kalma, dil engeli, sağlık hizmetlerini bilememe, daha çok yalnızlaşmalarına, yabancılaşmalarına, kendilerini değersiz görmelerine, yakınlarının yokluğu, utanma duygusunun yoğunluğu gibi birçok nedenle stres yaşayabilmekte, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar (120). Bu bağlamda hastalarımızı iyi tanımak ve her hastaya uygun tedavi ve bakımı planlamak önemlidir.

Sağlık hizmeti sunanlar tarafından bilinçsiz olarak tanımlanan birçok kadın hastanın özellikle, meme kanseri, üreme sistemi kanseri gibi rahatsızlıklarında erken muayeneye gelmeyip, hastalıklarının ilerlemesine sebep oldukları ifade edilmektedir. Ancak yapılan araştırmalarda kadınlar ağrı ve acının sıklıkla adet dönemi ve menapoz gibi her kadının geçirdiği biyolojik süreçlerle özdeşleştirilmesi nedeniyle uzun süre bu sorunları önemli bir süre sağlık sorunu olarak saymadıklarını ifade etmişlerdir. Fakat bunu bilinçli yada bilinçsiz hasta olmakla değil, kendi kadın kimlikleri, kadınlık rolleri ve kendilerinin bu rolleri yeniden tanımlamalarıyla ilişkilendirmişlerdir. Kadınların hastalıkları konusunda kendilerini suçlaması, kadınlığın adet görme, çocuk doğurma, menapoz girme gibi biyolojik süreçlerle özdeşleştirilmesi ve bu biyolojik süreçlerin birtakım toplumsal ve kültürel beklentilerle çakışmasıyla da yakından ilgilidir. Bu beklentilerin ne olduğu ve hastaların bu beklentileri nasıl yeniden şekillendirdiği aynı zamanda toplumda kadın kimliğindeki ve kadınlık rollerindeki duruma işaret etmektedir (109).

Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (FWCW) Eylem Programında çıkarılan standartlar, Beijing, Çin; 4 – 15 Eylül 1995: kadınların ırk, yaş, dil, etnik köken, kültür, din veya özürlülük, yerli ya da başka statüye sahip olmak gibi faktörler yüzünden tam eşitlik ve ilerlemeye ulaşmada engellerle karşılaştığını kabul eder. Pek çok kadın, ailesinin statüsüyle, özellikle tek ebeveynli aile olarak; ve kırsal, tecrit edilmiş veya yoksullaşmış alanlardaki yaşam koşulları dahil, sosyo-ekonomik statüsüyle bağlantılı, belirli engellerle karşılaşmaktadır. Yerinden edilmiş, ülke içindeki göçmen kadınlar ve yurtdışına göçen kadınlar göçmen işçi kadınlar dahil, mülteci kadınlar, ülke içine yerinden edilmiş kadınlar için bazı ek engeller vardır. Aynı zamanda pek çok kadın çevresel felaketler, ciddi ve bulaşıcı hastalıklardan ve kadına yönelik şiddetin çeşitli biçimlerinden özellikle etkilenmektedir (73).

Ayrıca kadınlar için cinsellik “mahrem” olan, mahrem olduğu için az konuşulan, az konuşulduğu için yeterince sağlık hizmeti alınamayan önemli bir konudur.

Kadınlarda mahremiyet algısının farklılaşması/farklılaşmaması ve mahremiyet kavramının bileşenlerinin saptanması, kadınların alacağı jinekoloji ve obstetri hizmetinin niteliğini artıracak ve kadınların biricikliğini korunmasını sağlayacaktır. “Her bireyin hakkı olan bağımsız yaşama özgürlüğünü sağlamanın yollarından birisi mahremiyet kavramının korunmasıdır” öngörüsü doğrultusunda jinekoloji ve obstetri hizmet verenlerin ve alanların mahremiyet algısının saptanması önem arz etmektedir.

2.6.3. Sağlık hizmetlerinde mahremiyeti koruma ve sağlama yöntemleri

Sağlık profesyonelleri, kendi vicdanına ve hastanın yararına hareket ederken, aynı zamanda hastanın özerkliğini ve haklarını da garanti etmelidir. Jinekoloji ve obstetri çalışanları etik değerlere sahip, erdemli bireyler olmadıkça başarılı bir sağlık hizmeti yürütmek mümkün değildir (134).

Mahremiyet ve güven doğumda en önemli kavramlardan biridir ve o süreçte anne her türlü saygıyı hak eder. Doğum yapan annelerin mahremiyetinin korunması sağlık profesyonellerinin ve hastane yönetimlerinin görevidir. Bunu sağlamak için büyük bir maliyete gerek yoktur. Önemli olan sağlık çalışanları tarafından doğum yapan kadının fiziksel ihtiyaçları kadar, duygusal ihtiyaçlarının da dikkate alınmasıdır (48, 135).

Kadın sağlığı psikolojik sağlıkla iç içedir. Her hastaya uygun şekilde yaklaşım tıp alanında oldukça önemlidir. Jinekoloji ve obstetri alanında hizmet veren sağlık çalışanları hastalarına duygularını göz önüne alması gerekir.

Hayatında ilk defa muayene olacaklar için pelvik muayene de çok rahatsız edici bir durumdur. Gerekirse tek parmak ve baby spekulum ile muayene edilmelidir. Muayene hiç yapılamıyorsa kadın hiçbir şekilde zorlanmamalıdır. Yapılması mecburi ise narkoz altında yapılmalıdır. Ultrason gibi yardımcı muayene aletleri kullanılmalıdır (10). Eğer kadın kendisine dokunulmasını istemiyorsa tüm hakkaniyetle tehlike ve sorumluluk kadına bırakılabilir (25).

Tedavi ve bakım sırasında hastanın mahremiyeti korunmalı, işlem sırasında perde, paravan çekilmeli, kapı kapatılmalıdır (120).

Servislerde ve asansörde hasta girişleri ayrılmalı ve araç ile getirilen hastaların başkaları tarafından görülmesi önlenmelidir. Personel ve hasta yakınları hastalarını kapalı bir durumda servise transfer etmelidir. Servis içine alınan hastalar muayene ve müdahale sırasında birbirlerini duymamalı, görmemelidir. Muayene ve müdahale odalarına hasta yakınları alınmamalıdır. Hasta transferinin yapılacağı koridorlarda hasta yakınları beklememelidir. Sağlık personeli olmayan hastane çalışanları hasta mahremiyeti konusunda eğitilmeli, muayene ve müdahale alanlarına alınmamalıdır. Hastalar uzun süreli bekletilmemeli, odalara hasta dışındaki kişiler hastadan izinsiz alınmamalı ve sürekli görevli sağlık personelleri bulunmalıdır. Çalışanlar diğer sağlık personeline vereceği talimatları, sekretere iletilen tanı ve tedavi planlarını yüksek sesle yapmamalıdır, çalışanlar kendi aralarındaki hastayla ilgili konuşmaları diğer hastaların duymayacağı ses tonuyla yapmalıdır. Doğum üniteleri de hasta tedavi ve bakım alanları olduğundan hasta mahremiyeti adına bütün önlemler burada da alınmalıdır.

Doğum yatağı ya da sandalyesi kadının mahremiyetini koruyacak tarzda olmalıdır. Doğum masasının yönünün kapıya değil, duvara bakması bile doğum yapan bir kadın için çok önemlidir. Bunun yanında doğum odasının kalabalık olmaması gerekir. Her fazla kişi annede tedirginlik oluşturur. Çünkü kim olursa olsun o anne için bir yabancısıdır. Doğumdaki her kişi anneye saygılı olmalı ve bunu ona hissettirmelidir. Fazla muayeneden kaçınılmalı ve muayene öncesi anne mutlaka bilgilendirilmelidir (48).

Hastanın, sağlık durumuyla ilgili tıbbi değerlendirmeler mahremiyetinin sağlanması koşulu ile yürütülmelidir. Muayene, teşhis, tedavi ve hastayla doğrudan teması gerektiren diğer işlemler makul bir mahremiyet ortamında gerçekleştirilmelidir. Tıbben sakınca olmayan hallerde hastanın yanında bir

yakınının bulunmasına izin verilmelidir. Tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kimseler, tıbbi müdahale sırasında bulunmamalıdır.

Hastaları muayene öncesi bilgilendirme ve hemşirelik/ebelik yaklaşımlarının uygulanmasının etkili olacağı önerilmektedir (98,111). Jinekolojik muayene sırasında polikliniklerde hemşire/ebe görevlendirilmesinin uygun olacağı önerilmektedir (10, 98, 111).

Pelvik muayene, hastaya saygılı bir ortamda, konsültasyon odasından ayrı bir odada yapılır. Hastaya muayene odasını bir köşesinde bulunması icap eden, önü perdeli soyunma köşesinde, kibar ve saygılı bir lisanla soyunması ve soyunma köşesindeki bir rafta mevcut olan üstlüğü giymesi rica edilir. Hasta muayene masasına yattığında üstünü örteceği örtü muayene masasının üzerine bırakılır. Sonra hasta muayene masasına yatırılır (10). Hastanın isteği üzerine bir yakını muayene odasına girebilir (10).

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında en üst düzeyde rol alan hastane yönetimlerinin de hasta mahremiyetine duyarlı olması, bina yapımından, oda dizaynına kadar, personel sayısından, personellerin eğitimine kadar tüm yönetim aşamalarında mahremiyet olgusunu göz önünde bulundurmaları, hasta memnuniyeti, kaliteli sağlık hizmeti, hasta güvenliği ve hasta haklarının korunması açılarından önemlidir.

Hastaların mahremiyet beklentileri kültürünün bir ürünüdür ve sağlık çalışanlarının hastaların kültürel mahremiyet beklentilerini karşılayacak nitelikte eylemlerde bulunması hakkaniyetli bir yaklaşım olacaktır.

Tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde hastaların mahremiyetine önem verilmelidir. Bunun için sağlık meslek üyelerinde etik değerler geliştirilmelidir.

Sağlık çalışanları tedavi ve bakım etkinlikleri sırasında hastaların dini inançlarını bilmeli ve buna uygun eylemde bulunmalıdır (120). Bireylerin mahremiyetlerinin korunmasına ilişkin düşünce ve tutumları onların inanç sistemlerinden de kaynaklanabilir. Bu durumun farkında olmak ve sağlık hizmetlerinde bu konuya dikkat etmek gerekir.

Sağlık personeli yetiştiren fakülte ve yüksekokullarda mezuniyet öncesinde hasta hakları ilgili eğitimlere daha fazla önem verilmelidir. Mezuniyet sonrası dönemde de Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve meslek örgütleri bu eğitimleri desteklemek amacıyla bilimsel etkinlikler düzenlemelidir. Sağlık kuruluşları yönetim kademesinde hasta hakları ve memnuniyetini ön plana çıkaran bir anlayış benimsemelidir (103).

Ayrıca yasalar ve yönetmelikler oluşturulurken de hasta mahremiyeti konusuna dikkat edilmeli, bu konuda duyarlı kurallar getirilmelidir.

Kadınların hekim ile güvenli ve açık iletişim kurabilmesi önemlidir. Hastasıyla şefkatli bir biçimde iletişim kuran, rahatlatan duyarlı bir hekim, onun kaygılarının azalmasına çok yardımcı olacaktır. Cinsel konulardaki yaygın bilgisizliği de göz önüne alırsak, jinekolog hekimlerin bir de bilgi verme, açıklama yapma ve yönlendirme gibi bir sorumlulukları vardır. Sağlık hizmeti verenlerin, kadınların cinsel rollerinin, sosyal ve ruhsal dünyalarıyla yakından ilişkili olduğunu gözden kaçırmamaları, kadınların bu zor işte sabır ve duyarlılığa gereksinim duyduklarını unutmamaları gerekir.

Jinekoloji ve obstetri alanında hastaların mahremiyet kaybı yaşadığı dönemler sadece jinekolojik muayeneyle sınırlı değildir. Kadınların gebelik dönemleri, doğum aşaması, emzirme dönemleri, menapoz tedavileri, hastanede bakım alma süreçleri boyunca, hatta kız çocuklarının yaşadığı ürogenital problemler de göz önünde bulundurulmalı, kadın hayatının tüm dönemlerinde sağlık hizmetlerinden yaralandıkları süreçte bu konuya dikkat edilmelidir.

Mahremiyet konusunu disiplinler arası yeni bir yaklaşımla ele alınıp düzenlenmesi gerekmektedir (141).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetinin Kütahya örneğinde değerlendirilmesi için yapılan bu çalışmada;

- Doktor, ebe ve hemşireler açısından jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetinin algılanışını saptamak
- Mahremiyet kavramının farklı yönlerini saptamak
- Sağlık alanında hizmet alan grupların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetine ilişkin görüşlerini belirlemek
- Toplumdan sağlıklı bireylerin jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetine bakışlarını değerlendirmek
- Sağlık hizmeti sunan ve alanların bakış açısıyla Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetini değerlendirmek için Likert tipi ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

- Sağlık alanında hizmet sunan ve alanların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ile ilgili görüşleri birbirinden bağımsız faktörlerle temsil edilir.
- Sağlık alanında hizmet sunanların, alanlarına ve aldıkları sorumluluklara göre jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti algıları farklıdır.
- Sağlık alanında hizmet sunan ve alanların yaşlarına, cinsiyetlerine göre jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti algıları farklıdır.
- Sağlık alanında hizmet sunan ve alanların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti algıları değişkenlik gösterir.

3.3. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de mahremiyet kavramına ilişkin yüksek lisans ve doktora tezleri incelendiğinde araştırmacı tarafından ulaşılabilen az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar daha çok elektronik ortamda bilgi saklanması, konut mahremiyeti ve İslam hukuku bağlamında mahremiyet ve sağlık çalışanı ile hastaların mahremiyet algılarını değerlendiren çalışmalardır. Mahremiyet kavramının hukuksal boyutlarının incelendiği bir doktora tez çalışması bulunmaktadır. Yine Türkiye’de tıp etiği ile ilgili akademik düzeyde yayın yapan dergiler tarandığında sağlık alanında hizmet alan ve verenlerin beden mahremiyeti kavramını ele alan çok az çalışmaya rastlanmıştır. Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetini hizmet alan ve verenler açısından değerlendiren çalışmaya gereksinim duyulmuştur.

3.4. Araştırmanın Modeli

Araştırma, Kütahya’da bulunan araştırma ve uygulama hastanesi ile özel bir hastanede, sağlık hizmeti sunan ve alanların; doktor, ebe, hemşire ve hastaların ve toplumdan sağlıklı bireylerin, jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik bir araştırmadır.

Bu çalışmada sağlık hizmeti sunan ve alanların; jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik olarak çözümsel nitelikte bir araştırmadır.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, ayaktan ve yataklı Jinekoloji ve Obstetri hizmeti sunan Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Özel Kütahya Anadolu Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada anket uygulamalarımızı gerçekleştirebilmek için; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (EK-3), T.C. Kütahya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nden (EK-4) ve Özel Kütahya Anadolu Hastanesi Baş Hekimliği’nden (EK- 5) izin alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı;

Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kütahya Anadolu Hastanesinde (Toplam 2 hastanede); Doktor, ebe ve hemşire sayıları aşağıdadır:

Toplam Doktor Sayısı: 204

Toplam Ebe Sayısı:111

Toplam Hemşire Sayısı: 360'dır.

3.6.1. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve uygulama hastanesi doktor, hemşire ve yatak sayıları:

Ana bina:450 yataklı, Ek bina: 250 yataklı, Toplam: 700 yataklıdır.

Ana Bina Kadın Doğum Servisi I : 30 yataklı

Ana Bina Kadın Doğum Servisi II : 22 yataklı

Toplam: 52 yatak Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

Ana Bina Dahiliye (İç hastalıkları) Servisi C Blok : 32 yataklı

Ana Bina Dahiliye (İç hastalıkları) Servisi B Blok : 16 yataklı

Toplam: 48 yatak Dahiliye Servisi

Ana Bina Kardiyoloji Servisi : 32 yatak

Ek Bina Göğüs Servisi I : 43 yatak

Ek Bina Göğüs Servisi II : 38 yatak

Ana Bina Genel Cerrahi Servisi I: 30 yataklı

Ana Bina Genel Cerrahi Servisi II: 30 yataklı

Toplam: 60 yatak Genel Cerrahi Servisi

Ana Bina Ortopedi Servisi : 30 yatak

Ana Bina Beyin Cerrahisi Servisi : 33 yatak

Ek Bina Üroloji Servisi : 18 yatak

Ek Bina KBB+Göz Servisi : 12 yatak

3.6.2. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 2011 Yılı 01-Ocak--30-aralık tarihleri arasında yatan hasta sayıları:

Kadın hastalıkları ve doğum servisi: 4514

Dahili tıp bilimleri hastaların bulunduğu servisler ve hasta sayıları:

İç Hastalıkları: 2398

Kardiyoloji: 2079

Nöroloji: 1125

Deri ve zührevi Hastalıklar: 85

Göğüs Hastalıkları: 2125

Enfeksiyon Hastalıkları: 540

Fizik: 155

Nefroloji: 522

Gastroentoroloji: 65

Endokrinoloji: 40

Dahili Tıp Bilimleri Hastaların Bulunduğu Servisler Toplam: 9134

Cerrahi tıp bilimleri hastaların hastalarının bulunduğu servisler:

Genel Cerrahi:3002

Kalp Damar Cerrahisi:981

Plastik Cerrahi: 153

Göğüs Cerrahisi:280

Beyin ve Sinir Cerrahisi:833

Ortopedi-Travmatoloji:1131

KBB Hastalıkları:1283

Göz Hastalıkları:609

Üroloji: 1234

Cerrahi tıp bilimleri hastalarının servisleri toplam: 9506

Doktor Sayıları: Toplam (Ana Bina+ Ek Bina) : Uzman: 146 Doktor,
Pratisyen: 26 Doktor.

Dahili tıp bilimleri 21doktor

Cerrahi tıp bilimleri 57doktor

Hemşire Sayıları: Toplam (Ana Bina+ Ek Bina) : 333 Hemşire, 102 Ebe
bulunmaktadır.

Dahili tıp bilimleri 46 hemşire

Cerrahi tıp bilimleri 67 hemşire

3.6.3. Kütahya Özel Anadolu Hastanesi doktor, hemşire ve yatak sayıları

Yatak Sayısı : Toplam: 54

Kadın Doğum Servisi: 12 yatak

Dahiliye Servisi: 14 yatak

Genel Cerrahi Servisi: 19 yatak

Doktor Sayıları: Toplam 32 doktor

Dahili tıp bilimleri 15 doktor

Cerrahi tıp bilimleri 17 doktor

Hemşire Sayıları:

Dahili tıp bilimleri 15 hemşire

Cerrahi tıp bilimleri 12 hemşire

9 Ebe

3.6.4. Kütahya Özel Anadolu Hastanesinde 2011 Yılı 01 Ocak- 30 aralık tarihleri arasında yatan hasta sayıları

Kütahya Özel Anadolu Hastanesi, 2011 yılı ocak-aralık ayları arasında dahiliye servisinde yatan hasta sayısı: 1000, cerrahi servisinde yatan hasta sayısı: 1444, kadın doğum servisinde yatan hasta sayısı: 1326'dır.

3.6.5. Araştırmanın örneklem hesabı

Kütahya 2011 yılı sonu nüfusu : 564264

Olayın Görülme sıklığı en büyük örneklem için %50 alındı.

% 5 güven sınırlarında,

% 3 görülme sıklığından sapılabileceği düşünülürse : 1065 (%20 yedekle) :1278

% 4 görülme sıklığından sapılabileceği düşünülürse : 600 (%20 yedekle) :720

% 5 görülme sıklığından sapılabileceği düşünülürse : 384 (%20 yedekle) :461

1278 örneklem büyüklüğü dikkate alınarak,

Servislere düşen örneklem sayısı bir üst tamsayıya tamamlanarak;

KLİNİK	Senelik yatış	Özel	Örneklem	Özel
Kadın Doğum	4514	1326	214,2658	62,94117
İç Hastalıkları	2398	1000	113,8257	47,46694
Kardiyoloji	2079		98,68378	0
Nöroloji	1125		53,40031	0
Cildiye	85		4,03469	0
Göğüs	2125		100,8673	0
Enfeksiyon	540		25,63215	0
Fizik	155		7,357376	0
Nefroloji	522		24,77774	0
Gastro-enteroloji	65		3,085351	0
Endokrinoloji	40		1,898678	0
Genel Cerrahi	3002	1444	142,4958	68,54227
Kalp Damar Cerrahisi	981		46,56507	0
Plastik Cerrahi	153		7,262442	0
Göğüs Cerrahisi	280		13,29074	0
Beyin ve Sinir Cerrahisi	833		39,53996	0
Ortopedi	1131		53,68511	0
KBB Hastalıkları	1283		60,90009	0
Göz Hastalıkları	609		28,90737	0
Üroloji	1234		58,57421	0

Araştırmamızda, bazı kliniklere düşen örneklem çok küçük olduğu için kliniklerin bazıları birleştirildi.

Klinik	Günlük tahmini başvuru	özel	Kullanılacak düzey	özel
Kadın Doğum	20,51818182	6,027273	23	7
İç Hastalıkları	10,9	4,545455	11	7
Kardiyoloji	9,45	0	10	
Nöroloji	5,113636364	0	7	
Cildiye	0,386363636	0	4	
Göğüs	9,659090909	0	10	
Enfeksiyon	2,454545455	0	4	
Fizik	0,704545455	0	4	
Nefroloji	2,372727273	0	4	
Gastro-enteroloji	0,295454545	0	4	
Endokrinoloji	0,181818182	0	4	
Genel Cerrahi	13,64545455	6,563636	7	7
Kalp Damar Cerrahisi	4,459090909	0	7	
Plastik Cerrahi	0,695454545	0	4	
Göğüs Cerrahisi	1,272727273	0	4	
Beyin ve Sinir Cerrahisi	3,786363636	0	4	
Ortopedi	5,140909091	0	7	
KBB Hastalıkları	5,831818182	0	7	
Göz Hastalıkları	2,768181818	0	4	
Üroloji	5,609090909	0	7	

Araştırma evrenini, Kütahya ilinde bulunan Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunan doktorlar ve hemşire ve ebeler ile Kütahya Özel Anadolu Hastanesinde sağlık hizmeti sunan doktorlar, hemşire ve ebeler ve bu hastanelerden sağlık hizmeti alan, jinekoloji ve obstetri, cerrahi bilimler ve dahili bilimler hastaları ile toplumdan sağlıklı kişiler oluşturmaktadır. Evrenin tümü araştırma kapsamına alınarak, bir örneklem hesabı yapılmıştır. 2011 yılı 01 ocak- 30 aralık tarihleri arası yatan hasta sayıları ve Kütahya 2011 yılı sonu nüfusu: 56426 kişi göz önüne alınarak, olayın görülme sıklığı en büyük örneklem için %50 alınmış olup, % 5 güven sınırlarında, % 3 görülme sıklığından sapılabileceği düşünülerek : 1065 (%20 yedekle) :1278 örneklem büyüklüğü dikkate alınarak, servislere düşen hasta örneklem sayısı belirlenmiştir. Doktor ve hemşirelerin de en az %75'ine ulaşılması hedeflenmiştir. Bu örneklem hesabına göre; Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan, 172 doktor evreni,

129 doktor örnekleme, 435 hemşire evreni, 327 hemşire örnekleme ve kadın doğum servisinde yatan 4514 hasta evreni, 215 hasta örnekleme, cerrahi bilimlerde yatan : 9506 hasta evreni, 426 hasta örnekleme, dahili bilimlerde yatan : 9134 hasta evreni, 432 hasta örnekleme oluşturmuştur. Kütahya Özel Anadolu Hastanesinde çalışan, 32 doktor evreni 23 doktor örnekleme ve 36 hemşire evreni 27 hemşire örnekleme, kadın doğum servisinde yatan: 1326 hasta evreni ve 63 hasta örnekleme, cerrahi bilimlerde yatan : 1444 hasta evreni, 69 hasta örnekleme dahili bilimlerde yatan: 1000 hasta evreni, 48 hasta örnekleme oluşturmuştur.

Araştırmamızın anket uygulaması sonucu, toplamda 2159 kişi;161 doktor, 351 hemşire, 297 jinekoloji ve obstetri grubu hastası, 557 cerrahi bilimler grubu hastası, 515 dahili bilimler grubu hastası ve 278 sağlıklı kişi grubuna ulaşılmıştır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, alınan dersler, meslek, mesleki çalışma süresi, ailesinde hasta olup olmama durumu ile ilgili bilgiler, kendini ait hissettiği kültür (kent- kırsal) gibi değişkenler yer almaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise mahremiyet kavramının çok bileşenliliği, beden mahremiyetinin uygulamada zedelenmemesi, beden mahremiyetinin değişebilirliği, beden mahremiyetinin ihmal edilmemesi, alt faktörleridir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırma öncesi yapılan kısıtlı literatür taramasında konu ile ilgili sınırlı sayıda ölçme aracına rastlanılmıştır. Ayrıca mahremiyet kavramının oluşumunda kültürel dinamiklerin etkisi nedeniyle, araştırmacı tarafından görüşme soruları ve araştırma anketi geliştirilmesi uygun görülmüştür. Araştırmada, katılımcıların

Sosyo- Demografik özelliklerini değerlendirebilmek için Sosyo- Demografik Anket Formu (EK- 1) ve “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği” (EK- 2) kullanılmıştır.

Araştırma formunun geliştirilme aşamaları aşağıda verilmiştir.

Aşama 1: Literatür taraması yapıldı.

Aşama 2: Taslak nicel araştırma formu oluşturuldu.

Aşama 3: Hazırlanan nicel araştırma formu taslağının anlam ve yapı yönünden değerlendirilmesi amacıyla uzman görüşleri alınması planlandı. Uzman görüşlerini sistematik değerlendirmek amacıyla “Uzman Değerlendirme Formu” oluşturuldu. Oluşturulan bu form ile uzman görüş ve değerlendirmeleri alındı.

Aşama 4: Önceki aşamalar doğrultusunda likert tipi anket formu oluşturuldu.

Aşama 5: Geliştirilen formların ön uygulamaları yapıldı.

Aşama 6: Ön uygulama sonucu sorunlu maddelerde değişiklik yapılarak “jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti nicel araştırma anketi” oluşturuldu.

- Konu ile ilgili literatürleri okunduktan sonra oluşturulan ifadeler havuzundan 84 madde seçildi.
- 2011 Aralık ayından 2012 Haziran’a kadar; ölçek geliştirme ve ölçeğin analizi çalışmaları yürütüldü.
- Bu ifadelerin hangilerinin ölçekte kalacağını belirleyebilmek için, ölçek analizleriyle ilgili okunan literatür ışığında:
- “Development and Evaluation of a New Questionnaire for Rating of Cognitive Failures at Work” (3) ve

- “A Quantitative Approach To Content Validity” başlıklı çalışmalar doğrultusunda hesaplamalar yapıldı (92).
- Ölçeğin analizi için yukarıda isimleri verilen çalışmaların önerisi olan C. H. Lawshe Metodu kullanıldı.

Ölçek geliştirme çalışmalarında deneysel uygulamaların olanaklı olmadığı durumlarda kapsam geçerlik oranlarına başvurulur. Kapsam geçerlilik oranları (KGO), uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürmek için kullanılan bir yöntemdir. Ölçek kavramı özünde ölçme sonuçlarının matematiksel niteliklerini göstermekle birlikte davranış bilimlerinin birçok alanında, hedeflenen kişi(ler), sistem, konu ya da içerik açısından veri/bilgi toplamak amacıyla kullanılır. Tutum ölçekleri gibi ölçme araçları yanıtlayıcı merkezli ölçekler kapsamındadır. Ölçülmek istenilen özellik ile ölçek maddeleri arasındaki bağıntı, ölçme aracının geçerliğine ilişkindir. Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama (kapsam geçerliği) ya da maddenin ilgili yapıyı yorma (yapı geçerliği) gücünü belirlemek amacıyla önsel çalışmalara ihtiyaç vardır. Kapsam geçerlik oranları, Lawshe (1975) tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşım 6 aşamadan oluşmaktadır.

a) Alan uzmanlar" grubunun oluşturulması

b) Aday ölçek formlarının hazırlanması

c) Uzman görüşlerinin elde edilmesi

d) Maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi

e) Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi

f) Kapsam geçerlik oranları/indeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması (139). Bu çalışmada da aynı yöntem uygulanmıştır.

- Çalışmalarda belirtildiği gibi, ölçek maddelerini değerlendirmeleri için 10 uzman belirlendi.
- Uzmanlara hazırlanan uzman değerlendirme formu gönderildi ve cevapları geri alındı.
- Bu formda (A :Gerekli, B:Uygun Değil, C:Düzeltilme Yapılmalı olarak araştırmacı tarafından kodlanılan harfleri uzmanlar her bir madde için işaretledi.
- Literatürlerin açıkladığı formüllerle yapılan hesaplamalar sonucu önceden belirlenen 84 maddeden her biri için, Kapsam Geçerlilik Oranı hesaplandı;
- $KGO = \frac{\text{Gerekli Diyen Uzman Sayısı (NG)}}{\text{Uzman Sayısının Yarıısı (N/2)}} - 1$
- Literatürde 10 kişilik uzman grubu için hesapladıkları minimum Kapsam Geçerlilik Oranı olan: 0,62 ve üzeri değer alan maddeler ölçeğe dahil edilip, diğerleri ölçeğe dahil edilmedi.
- Bu hesaplamalar sonucu 37 maddelik bir ölçek oluştu.
- Daha sonra ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) yukarıdaki literatürlerde belirtilen formüle göre hesaplandı;
- $KGİ = \frac{\text{Toplam Anlamli KGO}}{\text{Geriye Kalan Anlamli KGO sayısı}}$
- Bu hesaplamalar sonucu ölçeğin, Kapsam Geçerlilik İndeksi elde edildi.
- Toplam Anlamli KGO= 31,4
- (-) değer alan madde sayısı= 47
- Geriye Kalan Anlamli KGO sayısı= 37
- $KGİ = \frac{\text{Toplam Anlamli KGO}}{\text{Geriye Kalan Anlamli KGO}} = \frac{31,4}{37} = 0,84$

Güvenilirlik analizi bir bireyin bir olaya karşı (bilgi) (tutum) ve (davranışları) ölçekte yer alan k sayıda soruya verdiği cevapların değerleri (puan, skor) toplanarak bulunuyorsa; bu ölçekte yer alan soruların birbirleri ile yakınlıklarının derecesini ortaya koymak için yapılır. Bu analizle; anket ile ölçülmek istenen “ortak değeri”, eşit olarak paylaşmayan değişkenlerin

belirlenmesi ve bu değişkenlerin “analiz dışı” bırakılarak, ölçeğin “iç tutarlılığı” arttırılması amaçlanır. Cronbach alfa (α) katsayısı (α yöntemi): alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. 0 ile 1 arasında değişim gösterir. Sorular arasında negatif korelasyon varsa alfa katsayısı da negatif çıkar. Bu durum güvenilirlik modelinin bozulmasına neden olur. Çünkü ölçeğin toplanabilirlik varsayımı bozulmuş ve ölçek toplanabilir ölçek olmaktan çıkmıştır. Ölçülmek istenen ortak değeri temsil etmeyen değişkenlerin tespitinde; alfa katsayısı (Cronbach alfa)’dan yararlanır. Bir ölçeğin alfa’sı 0,7’den büyük olmalıdır ki bu maddeler beraberce bir ölçek oluşturabilsin (45).

Bu araştırmada da ölçeğin 30 kişilik bir gruba ön uygulamaları yapıldıktan sonra SPSS 16.00 bilgisayar programına verileri girildi ve yapılan istatistik analizde ölçeğin Cronbach α değeri 0,848 olarak bulundu.

3.9. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada yüz yüze görüşme yöntemi uygulandı. Kriterleri karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara, görüşmeler öncesi yapılacak görüşmenin içeriği ve amacı anlatılarak ve katılımcıların soru sormalarına da olanak verilerek onamları alındı. Katılımcılara veri toplama araçları verilerek formları doldurmaları istendi. Okuma yazması olmayan hastalardan çalışma için hazırlanan onam formları kiőilerce okunduktan sonra, görüşmeyi kabul etmeleri veya anketi yanıtlamaları yeterli sayıldı. Araştırma kapsamında her bir anketin doldurulması için yeterli süre verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, konunun soyut bir kavram olmasıdır ki soyut kavramların verilmiş sorularla tam olarak ölçülebilmesinin her zaman zor olduğu unutulmamalıdır.

3.11. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmanın sosyo-demografik verilerinin analizinde; frekans analizi ve araştırma gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında chi-square testleri kullanılmıştır. Araştırmada yer alan gruplarının mahremiyet tanımlarının karşılaştırılmasında ve mahremiyet tanımlarının bazı sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilmesinde; frekans ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Araştırmada yer alan araştırma gruplarının Hasta Hakları Yönetmeliği ve bu yönetmeliğin içinde yer alan “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı” bölümünü bilme durumlarının bazı sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilmesinde; frekans ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin değerlendirilmesinde; kapsam geçerlilik, güvenilirlik ve faktör analizleri kullanılmıştır. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarındaki maddeler; ortalama ve standart sapma testleri ile değerlendirilmiştir. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları; ortalama ve standart sapma ve güvenilirlik analizi ile değerlendirilmiştir. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin her bir boyutu kendi içinde; ortalama ve standart sapma ve varyans analizleri ile değerlendirilmiştir. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarının sağlık hizmeti veren gruplarına göre dağılımı ve sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımları; ortalama, standart sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD analizleri ile değerlendirilmiştir. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin her bir boyutunun, maddelerine verdiği cevapların dağılımı; frekans analizi ile değerlendirilmiştir. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları araştırma gruplarındaki bireylerin cinsiyetlerine göre; Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları araştırma gruplarındaki bireylerin öğrenim, kültür düzeyleri ve medeni durumlarına göre; Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmiştir.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları araştırma gruplarındaki bireylerin yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

4.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde değerleri Tablo-4.1.1.'de görölmektedir.

Tablo-4.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		Doktorlar Grubu		Hemşire ve Ebeler Grubu	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş		median: 38,00 %25: 34,000 %75: 46,250		median: 32,00 %25: 25,000 %75:36,000	
		ortalama: 41,16 ±9,442		ortalama:31,47 ±7,303	
Cinsiyet	Kadın	83	% 51,6	316	%90,0
	Erkek	78	% 48,4	35	% 10,0
Medeni Durum	Bekar	45	% 28,0	105	%29,9
	Evli	116	%72,0	240	%68,4
	Dul	0	%0,0	6	%1,7
Öğrenim Düzeyi	Lise	0	%0,0	68	%19,4
	Üniversite	161	%100	283	%80,7
Gelir Düzeyi	Oldukça Yeterli	15	%9,3	17	%4,8
	Yeterli	64	%39,8	176	%50,1
	Orta	81	%50,3	125	%35,6
	Yetersiz	1	%0,6	31	%8,8
	Çok Yetersiz	0	%0,0	2	%0,6
Çalıştığı Kurum	DPÜ Evliya Çelebi Araş. Uyg. Hastanesi	123	%76,4	309	%88,1
	Özel Anadolu Hastanesi	38	%23,6	42	%12,0
Çalışma Süresi (yıl)		median: 8.00 %25: 2,000 %75: 17,250		median: 9.00 %25: 3,000 %75:15,000	
		ortalama: 10,63 ±9,452		ortalama:9,80 ±7,752	
Kültür	Kentli	67	%41,6	107	%30,5
	Kente yakın	67	%41,6	115	%32,8
	Ara Kültür	21	% 13,0	116	%33,0
	Kıra Yakın	6	%3,7	12	%3,4
	Kır	0	%0,0	1	%0,3
Toplam		161	%100	351	%100

Tablo-4.1.1. incelendiğinde, araştırmaya katılan doktorlar grubunun yaş ortalaması $41,16 \pm 9,442$ olarak bulunmuştur. Doktorlar grubunun 83'ü (%51,6) kadın, 116'sı (%72) evli, 81'i (%50,3) gelir düzeyi orta düzeyde ifade etmiştir. Doktorlar grubunun 123'ü (%76,4) Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Hastanesinde görev yapmaktadır, çalışma süreleri ortalama $10,63 \pm 9,452$ yıldır. Doktorlar grubunun 67'si (%41,6) kendilerini kent kültürü ile özdeşleştirmektedir.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebeler grubunun yaş ortalaması $31,47 \pm 7,303$ 'dür. Hemşire ve ebeler grubunun 316'sı (% 90,0) kadındır, 240'ı (%68,4) evli, 283'ü (%80,7) üniversite mezunudur. Hemşire ve ebeler grubunun 176'sı (%50,1) gelir düzeyinin yeterli olduğunu ifade etmiştir, 309'u (%88,1) Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Hastanesinde görev yapmaktadır, çalışma süreleri ortalama $9,80 \pm 7,752$ 'dir. Hemşire ve ebeler grubunun 116'sı (% 33,0) kendilerini ara kültür ile özdeşleştirmektedir.

Doktorlar grubu ile hemşire ve ebeler grubu arasında bireylerin yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Bu farklılık doktorlar grubunun yaş ortalamasının hemşire ve ebeler grubunun yaş ortalamasından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin cinsiyetleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu farklılık hemşire ve ebeler grubunun içindeki kadın sayısının doktorlar grubunun içindeki kadın sayısından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin medeni durumları, öğrenim düzeyleri, gelir düzeyleri, çalışma süreleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Gruplar arasında bireylerin kültür düzeyleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu farklılık hemşire ve ebeler grubunun

kendilerini ara kültürde hissedenlerin sayısının doktorlar grubunun kendilerini ara kültürde hissedenlerin sayısından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

4.1.2. Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin frekans ve yüzde değerlerinin sonuçları Tablo-4.1.2.'de görülmektedir.

Tablo-4.1.2. Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		Jinekoloji ve Obstetri Grubu Hastaları		Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları		Dahili Bilimler Grubu Hastaları		Sağlıklı Kişiler Grubu	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaş		median:30,000 %25: 26,000 %75:39,000		median:41,000 %25: 30,000 %75: 51,000		median:42,000 %25: 32,000 %75:52,000		median:28,000 %25: 22.000 %75:39,000	
		ortalama: 33,38±11,710		ortalama:41,69±13,960		ortalama:42,85±13,561		ortalama:31,70±12,124	
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
Cinsiyet	Kadın	297	%100	435	%78,1	390	%75,7	220	%79,1
	Erkek	0	%0	122	%21,9	125	%24,3	58	%20,9
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
Medeni Durum	Bekar	24	%8,1	93	%16,7	76	%14,8	120	%43,2
	Evli	265	%89,2	429	%77,0	401	%77,9	147	%52,9
	Dul	8	%2,7	35	%6,3	38	%7,4	11	%4,0
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
Öğrenim Düzeyi	Okur yazar	10	%3,4	51	%9,2	46	%8,9	8	%2,9
	İlkokul	121	%40,7	258	%46,3	216	%41,9	58	%20,9
	Orta okul	46	%15,5	63	%11,3	65	%12,6	30	%10,8
	Lise	89	%30	127	%22,8	119	%23,1	119	%42,8
	Üniversite	31	%10,4	58	%10,4	69	%13,4	63	%22,7
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
Gelir Düzeyi	Oldukça Yeterli	9	%3	16	%2,9	24	%4,7	21	%7,6
	Yeterli	124	%41,8	212	%38,1	201	%39,0	116	%41,7
	Orta	124	%41,8	290	%52,1	244	%47,4	116	%41,7
	Yetersiz	34	%11,4	35	%6,3	43	%8,3	19	%6,8
	Çok yetersiz	6	%2	4	%0,7	3	%0,6	6	%2,2
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
Mesleği	Ev Hanımı	233	%78,5	335	%60,1	291	%56,5	105	%37,8
	Kamu Çalışanı	27	%9,0	72	%12,9	107	%20,7	56	%20,1
	Özel Sektör Çalışanı	29	%9,7	111	%19,9	89	%17,2	45	%16,1
	Öğrenci	8	%2,7	39	%7	28	%5,4	72	%25,9
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100
*Çalıştığı Kurum	Kamu kurumu	27	%48,2	72	%39,3	107	%54,5	56	%55,4
	Özel Sektör	29	%51,8	111	%60,7	89	%45,5	45	%44,6
Toplam		56	%100	183	%100	196	%100	101	%100
Çalışma Süresi (yıl)		median:0,000 %25: 0,000 %75:0,000		median:0,000 %25: 0,000 %75:2,000		median:0,000 %25: 0,000 %75:4,000		median:0,000 %25: 0,000 %75:4,000	
		ortalama: 1,98±5,880		ortalama:4,19±9,482		ortalama:4,84±9,566		ortalama:3,66±7,034	
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100

Tablo-4.1.2. (Devamı) Sağlık hizmeti alan hasta gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Kültür	Kentli	93	%31,3	143	%25,7	135	%26,2	55	%19,8
	Kente yakın	58	%19,5	141	%25,3	126	%24,5	108	%38,8
	Ara Kültür	110	%37	155	%27,8	155	%30,1	92	%33,1
	Kıra Yakın	16	%5,4	79	%14,2	59	%11,5	14	%5
	Kır	20	%6,7	39	%7,0	40	%7,8	9	%3,2
Toplam		297	%100	557	%100	515	%100	278	%100

*Çalıştıkları kurumların sayısı ve yüzdeleri, toplam katılımcılar arasındaki çalışanların sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo-4.1.2 incelendiğinde, Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaş ortalamaları $33,38 \pm 11,71$ yıldır. Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 265'i (%89,2) evli, 121'i (%40,7) ilkokul mezunu ve 124'ü de (%41,8) gelir düzeylerinin yeterli olduğunu belirtmiştir. 233'ü (%78,5) ev hanımı, 29'u (%51,8) özel sektör çalışanı, çalışma süreleri ortalama $1,98 \pm 5,88$ yıl olup, 110'u (%37,0) kendilerini ne kır ne de kent; ara kültürde hissetmektedirler.

Cerrahi bilimler grubu hastalarının yaş ortalamaları $41,69 \pm 13,96$ yıldır. Cerrahi bilimler grubu hastalarının 435'i (%78,1) kadın, 429'u (%77,0) evli, 258'i (%46,3) ilkokul mezunu olup, 290'ı (%52,1) gelir düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Cerrahi bilimler grubu hastalarının 335'i (%60,1) ev hanımı, 111'i (%60,1) özel sektör çalışanı olup, çalışma süreleri ortalama $4,19 \pm 9,48$ yıl olup, bu grup katılımcıların 155'i (%27,8) kendilerini ara kültürde hissetmektedirler.

Dahili bilimler grubu hastalarının yaş ortalamaları $42,85 \pm 13,56$ yıldır. Dahili bilimler grubu hastalarının 390'ı (%75,7) kadın, 401'i (%77,9) evli, 216'sı (%41,9) ilkokul mezunu olup, 244'ü (%47,4) gelir düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Dahili bilimler grubu hastalarının 291'i (%56,5) ev hanımı,

107'si (% 54,5) kamu kurumu çalışanı, çalışma süreleri ortalama $4,84 \pm 9,56$ yıl olup, % 30,1'i kendilerini ara kültürde hissetmektedirler.

Sağlıklı kişiler grubunun yaş ortalamaları $31,70 \pm 12,12$ yıldır. Sağlıklı kişiler grubunun 220'si (%79,1) kadın, 147'si (%52,9) evli, 119'u (% 42,8) lise mezunu, 116'sı (%41,7) gelir düzeylerinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı kişiler grubunun 105'i (%37,8) ev hanımı, 56'sı (%55,4) kamu kurumunda çalışmakta olup, çalışma süreleri ortalama $3,66 \pm 7,03$ yıldır. Bu grup katılımcıların %38,8'i kendilerini kente yakın kültürde hissetmektedirler.

Gruplar arasında bireylerin yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlıklı kişiler grubu ile cerrahi bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) ve sağlıklı kişiler grubu ile dahili bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) arasında, ayrıca jinekoloji obstetri grubu hastaları ile cerrahi bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile dahili bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubunun yaş ortalamalarının cerrahi bilimler grubu ve dahili bilimler grubu hastalarının yaş ortalamalarına göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin cinsiyetleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubu ($p < 0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile cerrahi bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile dahili bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının tamamının kadın olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin medeni durumlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlıklı kişiler grubu ile jinekoloji obstetri grubu hastaları ($p < 0,05$), cerrahi bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$), dahili bilimler grubu hastaları ($p < 0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu

belirlenmiştir. Bu farklılık sağlıklı kişiler grubunda bekarların sayısının diğer gruplardaki bekarların sayısından daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin öğrenim düzeyleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlıklı kişiler grubu ile jinekoloji obstetri grubu hastaları ($p<0,05$), cerrahi bilimler grubu hastaları ($p=0,000$) ile dahili bilimler grubu hastaları ($p<0,05$), arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık sağlıklı kişiler grubunda lise mezunlarının diğer grupların lise mezunlarından fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca Jinekoloji obstetri hastaları ile cerrahi bilimler hastaları ($p<0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık jinekoloji obstetri grubu hastalarının lise mezunlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının lise mezunlarından fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin gelir düzeyleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Gruplar arasında bireylerin çalışma süreleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile cerrahi bilimler grubu hastaları ($p<0,05$) ve dahili bilimler grubu hastaları ($p<0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının çalışma sürelerinin cerrahi bilimler grubu hastaları ve dahili bilimler grubu hastalarının çalışma sürelerine göre daha az olmasından kaynaklanmaktadır.

Gruplar arasında bireylerin kültürleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Araştırmanın Sosyo-Demografik Anket Formunda Yer Alan Bazı Sorulara Araştırma Gruplarının Verdiği Cevapların Değerlendirilmesi

4.2.1. Sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin dağılımı

Sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarının dağılımı değerlendirilmiş olup, doktorlar grubunun 160'ı (%99,4), hemşire ve ebeler grubunun 342'si (%97,4), "Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?" sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Gruplar arasında mahremiyet tanımları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bulgulara göre, doktorlar grubu ile hemşire ve ebeler grubunun mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır.

4.2.2. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

Doktorlar grubunda kadınların 83'ü (%51,6) erkeklerin 77'si (%47,8), Hemşire ve ebeler grubunda kadınların 310'u (%88,3) ve erkeklerin 32'si (%9,1), "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında cinsiyetleri açısından soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık hizmeti verenler cinsiyet fark etmeksizin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramı içinde düşünmektedirler.

4.2.3. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre dağılımı, yüzde ve p değerleri Tablo-4.2.3'de görülmektedir.

Tablo-4.2.3. Sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı

	Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?												
	Doktorlar Grubu						Hemşire ve ebeler Grubu						p
	Bekar		Evli		Dul		Bekar		Evli		Dul		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bedenin Gizliliği	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	7	%2,0	2	%0,6	
Bilgilerin Gizliliği	0	%0,0	1	%0,6	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
Beden ve Bilgi Gizliliği	45	%28,0	115	%71,4	0	%0,0	105	%29,9	233	%66,4	4	%1,1	

Doktorlar grubundan bekarların 45'i (%28,0) evlilerin 115'i (%71,4), Hemşire ve ebeler grubundan bekarların 105'i (%29,9) evlilerin 233'ü (%66,4) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir.

Sağlık hizmeti verenlerin tamamında medeni durumları açısından ilgili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin "Beden ve bilgi gizliliğidir" cevaplarının bekar ve dullara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmeti verenlerin medeni durumları da göz önüne alınarak değerlendirildiğinde yarıdan fazlasının ve özellikle evlilerin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

4.2.4. Sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı

28-37 yaş arası doktorlar grubundan 69'u (%42,9) ve hemşire ve ebeler grubundan 152'si (%43,3) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında yaşları açısından ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık hizmeti verenlerin tüm yaş gruplarında bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

4.2.5. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımı

"Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" sorusuna verilen cevapların sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı değerlendirilmiş olup, doktorlar grubundan 160'ı (%99,4), hemşire ve ebeler grubundan üniversite mezunlarının 273'ü (%77, 8) "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin öğrenim düzeyleri açısından ilişkili soruya verilen yanıtlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2.6. Sağlık hizmeti alan grupların mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin dağılımı

Sağlık hizmeti alan gruplarının mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin dağılımı değerlendirilmiş olup, jinekoloji obstetri grubu hastalarının 225'i (%75,8), diğer hastalar grubunun 813'ü (%75,9) ve sağlıklı kişiler grubunun 227'si (%81,7) "Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?" sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubunun arasında ($p>0,05$) "Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?" sorusuna verilen cevaplar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bulgulara göre, sağlık hizmeti alanların

mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır.

4.2.7. Sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından 225'i (%75,8), diğer hastalar grubundan kadınların 620'si (%57,8), erkeklerin 193'ü (%18) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının cinsiyetleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık hizmeti alanların cinsiyet fark etmeksizin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

4.2.8. Sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre dağılımı, yüzde ve p değerleri Tablo-4.2.8.'de görülmektedir.

Tablo-4.2.8. Sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı

Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?													
	Jinekoloji Obstetri Grubu Hastalar						Diğer Hastalar Grubu						p
	Bekar		Evli		Dul		Bekar		Evli		Dul		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bedenin Gizliliği	7	%2,4	60	%20,2	1	%0,3	19	%1,8	186	%17,4	24	%2,2	<0,05
Bilgilerin Gizliliği	1	%0,3	3	%1,0	0	%0,0	3	%0,3	27	%2,5	0	%0,0	
Beden ve Bilgi Gizliliği	16	%5,4	202	%68,0	7	%2,4	147	%13,7	617	%57,6	49	%4,6	

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından bekarların 16'sı (%5,4), evlilerin 202'si (%68), dulların 7'si (%2,4), sağlıklı kişilerden bekarların 106'sı (%38,1), evlilerin 116'sı (%41,7), dulların 5'i (%1,8) ve diğer hastalar grubundan bekarların 147'si (%13,7), evlilerin 617'si (%57,6), dulların 49'u (%4,6) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Evlilerin mahremiyet "Beden ve bilgi gizliliğidir" cevaplarının bekar ve dullara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmeti alanların medeni durumları da göz önüne alınarak değerlendirildiğinde yarımından fazlasının ve özellikle evlilerin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

4.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının yaşlarına göre dağılımı, yüzde ve p değerleri Tablo-4.2.9.'de görülmektedir.

Tablo-4.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin yaşlarına göre dağılımı

	Jinekoloji Obstetri Hastaları										Diğer Hastalar										P
	18 - 27 Yaş		28 - 37 Yaş		38 - 47 Yaş		48 - 57 Yaş		58 ve üzeri yaş		18 - 27 Yaş		28 - 37 Yaş		38 - 47 Yaş		48 - 57 Yaş		58 ve üzeri yaş		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Beden Gizliliği	31	%10,4	25	%8,4	6	%2,0	2	%0,7	4	%1,3	17	%1,6	47	%4,4	62	%5,8	56	%5,2	47	%4,4	<0,05
Bilgi Gizliliği	2	%0,7	1	%0,3	0	%0,0	1	%0,3	0	%0,0	3	%0,3	2	%0,2	3	%0,3	7	%0,7	15	%1,4	
Beden ve Bilgi Gizliliği	78	%26,3	74	%24,9	40	%13,5	23	%7,7	10	%3,4	160	%14,9	188	%17,5	203	%18,9	155	%14,5	107	%10,0	

18-27 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 78'i (%26,3), 38-47 yaş arası diğer hastalar grubunun 203'ü (%18,9) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının yaşları açısından ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 28-37 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun çoğunluğu "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak vermişlerdir.

4.2.10. Sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarına ilişkin bildirimlerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımı

“Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?” sorusuna verilen cevapların sağlık hizmeti alan gruptaki bireylerin öğrenim düzeylerine göre değerlendirilmesi Tablo-4.2.10’da görülmektedir.

Tablo-4.2.10. "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" sorusuna verilen cevapların sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı

Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?																					
	Jinekoloji Obstetri Grubu Hastalar										Diğer Hastalar Grubu										
	Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bedenin Gizliliği	5	%1,7	27	%9,1	14	%4,7	22	%7,4	0	%0,0	36	%3,4	123	%11,5	28	%2,6	28	%2,6	14	%1,3	<0,05
Bilgilerin Gizliliği	0	%0,0	1	%0,3	1	%0,3	1	%0,3	1	%0,3	1	%0,1	20	%1,9	2	%0,2	7	%0,7	0	%0,0	
Beden ve Bilgi Gizliliği	5	%1,7	93	%31,3	31	%10,4	66	%22,2	30	%10,1	60	%5,6	331	%30,9	98	%9,1	211	%19,7	113	%10,5	

*jinekoloji Obstetri Grubu hastalar kendi içinde %100 üzerinden, Diğer Hastalar Grubu ise kendi içinde ayrıca %100 üzerinden değerlendirilmiştir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından ilkokul mezunlarının 93'ü (%31,3) diğer hastalardan ilkokul mezunlarının 331'i (%30,9), "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalar ile diğer hastalar grubunun tamamının öğrenim düzeyleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Fark ilkokul mezunlarının lehinedir.

4.2.11. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumları, değerlendirilmiş olup, araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; doktorlar grubunun 46'sı (%28,6); Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında neler biliyorsunuz? sorusuna "Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okudum ama tam incelediğimi anladığımı söyleyemem" yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubunun 144'ü (%41,3) "Hasta Hakları Yönetmeliği'ni biliyorum, şöyle bir göz attım" cevabını işaretlemişlerdir. Gruplar arasında Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilme durumları yönünden ($p>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgulara göre, doktor grubu ile hemşire ve ebeler grubunun yarısına yakınının Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

4.2.12. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı

Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı Tablo-4.2.12'de görülmektedir.

Tablo-4.2.12. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı

Gruplar	Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" Bölümü Bilgisi						Toplam		P
	Okudum, tam inceledim		Okudum, tam incelemedim		Hiç dikkat etmedim		Sayı	Yüzde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Doktorlar Grubu	16	%12,1	54	%40,9	62	%47	132	%100	<0,05
Hemşire ve Ebeler Grubu	92	%32,4	153	%53,9	39	%13,7	284	%100	

Araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; doktorlar grubunun 62'si (%47,0); Hasta Hakları Yönetmeliği'nin hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna “hayır hiç dikkat etmedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubunun 153'ü (%53,9) “okudum ama tam incelediğimi söyleyemem” cevabını işaretlemişlerdir.

Gruplar arasında "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü okuma durumları” yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Fark doktorlar lehinedir.

Bulgulara göre, sağlık hizmeti verenlerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

4.2.13. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden dağılımı

“Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna

verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden dağılım, yüzde ve “p” değerleri Tablo-4.2.13’de görülmektedir.

Tablo-4.2.13. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı

	Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?								
	Doktor				Hemşire				P
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tam Biliyorum	4	%3,0	12	%9,1	81	%28,5	11	%3,9	<0,05
Tam İncelemedim	30	%22,7	24	%18,2	138	%48,6	15	%5,3	
Hiç İncelemedim	33	%25,0	29	%22,0	37	%13,0	2	%0,7	

Doktorlar grubundan kadınların 33’ü (%25,0) erkeklerin 29’u (%22,0) “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “Hiç incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan kadınların 138’i (%48,6) ve erkeklerin 15’i (%5,3) “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir.

Sağlık hizmeti verenlerin tamamında cinsiyetleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık hizmeti verenlerden daha çok kadınların “Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü” bilmedikleri anlaşılmıştır.

4.2.14. Hasta hakları yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin medeni durumlarına göre dağılımı

Doktorlar grubundan bekarların 24’ü (%18,2) Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı

Gösterilmesi” İle İlgili Bölümü Okudunuz Mu?” Sorusuna “hiç incelemedim” yanıtını verirken, evlilerin 43’ü (%32,6) “tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan bekarların 43’ü (%32,6), evlilerin 109’u (%38,4) “tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2.15. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin yaşlarına göre dağılımı

28-37 yaş arası doktorlar grubunun 33’ü (%25,0) “Hasta Hakları Yönetmeliği” nin “Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “hiç incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubunun 67’si (%23,6) “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2.16. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı

Doktorlar grubundan üniversite mezunlarının 62’si (%47,0) Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” İle İlgili Bölümü Okudunuz Mu?” Sorusuna “hiç incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan lise mezunlarının 25’i (%8,8) ve üniversite mezunlarının 128’i (45,1) “tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerinin tamamının öğrenim düzeyleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.2.17. Sağlık hizmeti alan grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının dağılımı

Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında neler biliyorsunuz? sorusuna araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan jinekoloji obstetri grubu hastalarının 148'i (%50,0), diğer hastalar grubunun 443'si (%41,6) ve sağlıklı kişiler grubunun 97'si (%35,1) "hasta hakları yönetmeliği olduğunu biliyorum ama hiç okumadım, hakkında pek bir şey bilmiyorum" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubu arasında ($p>0,05$) hasta hakları yönetmeliğini bilme durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgulara göre, hasta gruplarının hasta hakları yönetmeliğini bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

4.2.18. Sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarına göre dağılımı

Sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının dağılımı değerlendirilmiş, araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; jinekoloji obstetri grubu hastaların 32'si (%44,4), diğer hastalar grubunun 163'ü (%57,7) ve sağlıklı kişiler grubunun 62'si (%61,4) Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü "okudum ama tam incelediğimi söyleyemem" cevabını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubu arasında ($p>0,05$) Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bulgulara göre, sağlık hizmeti alanların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

4.2.19. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların cinsiyetlerine göre dağılımı

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından kadınların 32'si (%44,4), diğer hastalar grubundan kadınların 123'ü (%43,6), erkeklerin 40'ı (%14,2) "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna "tam incelemedim" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının cinsiyetleri arasında ($p>0,05$) ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.2.20. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumlarına göre dağılımı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumlarının dağılımı, yüzde ve "p" değerleri Tablo-4.2.20'de görülmektedir.

Tablo-4.2.20. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumlarına göre dağılımı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?													
	Jinekoloji Obstetri Hastaları						Diğer Hastalar						P
	Bekar		Evlü		Dul		Bekar		Evlü		Dul		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tam Biliyorum	1	%1,4	22	%30,6	0	%0,0	20	%7,1	30	%10,6	4	%1,4	<0,05
Tam İncelemedim	6	%8,3	26	%36,1	0	%0,0	39	%13,8	122	%43,3	2	%0,7	
Hiç İncelemedim	0	%0,0	17	%23,6	0	%0,0	11	%3,9	50	%17,7	4	%1,4	

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından bekarların 6'sı (%8,3), evlilerin 26'sı (%36,1), diğer hastalar grubundan bekarların 39'u (%13,8), evlilerin 122'si (%43,3), “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okuma yönünden duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

Sağlık hizmeti alanların medeni durumları göz önüne alınarak soruya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde tamamının ve özellikle evlilerin hasta hakları yönetmeliğinin mahremiyet bölümünü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

4.2.21. Hasta hakları yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşlarına göre dağılımı

"Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşlarına göre dağılım, yüzde ve "p" değerleri Tablo-4.2.21'de görölmektedir.

Tablo-4.2.21. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşlarına göre dağılımı"

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" İle İlgili Bölümü Okudunuz Mu?																					
	Jinekoloji Obstetri Hastaları										Diğer Hastalar										P
	18 - 27 Yaş		28 - 37 Yaş		38 - 47 Yaş		48 - 57 Yaş		58 ve üzeri yaş		18 - 27 Yaş		28 - 37 Yaş		38 - 47 Yaş		48 - 57 Yaş		58 ve üzeri yaş		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tam Biliyorum	12	%16,7	7	%9,7	1	%1,4	2	%2,8	1	%1,4	23	%8,2	5	%1,8	4	%1,4	12	%4,3	10	%3,5	<0,05
Tam İncelemedim	17	%23,6	9	%12,5	6	%8,3	0	%0,0	0	%0,0	34	%12,1	64	%22,7	29	%10,3	30	%10,6	6	%2,1	
Hiç İncelemedim	2	%2,8	3	%4,2	7	%9,7	4	%5,6	1	%1,4	15	%5,3	8	%2,8	22	%7,8	8	%2,8	12	%4,3	

18-27 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 17'si (%23,6), sağlıklı kişiler grubunun 40'ı (%39,6) ve 38-47 yaş arası diğer hastaların 64'ü (%22,7) "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna "Tam incelemedim" yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). 28-37 yaş arası Jinekoloji ve obstetri hastaları ile diğer hastaların çoğunluğu "Tam incelemedim" yanıtını diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak vermişlerdir.

4.2.22. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeylerine göre dağılımı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeylerine göre dağılım, yüzde ve "p" değerleri Tablo-4.2.22.'de görülmektedir.

Tablo-4.2.22 Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeylerine göre dağılımı”

Hasta hakları yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?																					
	Jinekoloji Obstetri Grubu Hastalar										Diğer Hastalar Grubu										P
	Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Okur yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tam Biliyorum	0	%0,0	11	%15,3	3	%4,2	8	%11,1	1	1%,4	1	%0,4	17	%6,0	3	%1,1	23	%8,2	10	%3,5	<0,05
Tam İncelemedim	1	%1,4	3	%4,2	5	%6,9	16	%22,2	7	%9,7	9	%3,2	27	%9,6	26	%9,2	59	%20,9	42	%14,9	
Hiç İncelemedim	0	%0,0	13	%18,1	0	%0,0	4	%5,6	0	%0,0	3	%1,1	27	%9,6	4	%1,4	22	%7,8	9	%3,2	

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalardan lise mezunlarının 16'sı (%22,2), diğer hastalar grubundan lise mezunlarının 59'u (%20,9) "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna "tam incelemedim" yanıtını vermişlerdir.

Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının öğrenim düzeyleri arasında ($p<0,05$) ilişkili soruya verilen cevaplar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise mezunlarının "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü"nü okuma konusunda diğer mezunlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

4.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti veren ve alanların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti konusundaki etik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla seksen dört sorudan oluşan bir madde havuzu hazırlanmış, ancak yapılan değerlendirme sonucu; bu sorulardan otuz yedisinin, on kişilik uzman değerlendirmeleri, kapsam geçerlilik, güvenilirlik ve faktör analizleri sonucu, "Genel Mahremiyet", "Haklar ve Mahremiyet", "Etik ve Mahremiyet" ve "Klinik Mahremiyet" olmak üzere 4 boyutta toplanarak ve "Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti" olarak adlandırılarak değerlendirilmesine karar verilmiştir. Boyutlardaki ifadelerin tamamı olumlu olup, her bir maddeye verilen cevaplar 1-5 arasında puanlanarak toplanmış ve daha sonra her bir madde için ortalama değerler hesaplanmıştır. Ölçeğin boyutlarında yer alan ifadeler için bulunan değerler Tablo-4.3.1. 'de gösterilmektedir.

4.3.1. Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları

Tablo-4.3.1.'de ; Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ölçeğinin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları görölmektedir.

Tablo-4.3.1. “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları”

Ölçek Maddeleri	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	En Düşük	En Yüksek
1. Mahremiyet farklı yönleri olan bir kavramdır	2159	4,1302	,89702	1	5
2. Geleneklere duyulan saygı nedeniyle mahremiyet önemsendir	2159	4,0051	1,00806	1	5
3. Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir	2159	3,8296	1,09538	1	5
4. Mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir	2159	4,1376	,93539	1	5
5. Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir	2159	3,8115	1,16766	1	5
6. Mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm	2159	4,1848	,86409	1	5
7. Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir	2159	4,2080	,79957	1	5
8. Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler	2159	4,2469	,80066	1	5
9. Mahremiyet toplumsal hayattan etkilenir	2159	4,1640	,88389	1	5
10. Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez	2159	4,3631	,84950	1	5
11. Mahremiyet hukuki boyutu olan bir haktır	2159	4,2603	,85721	1	5
12. Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir	2159	4,4678	,67441	1	5
13. Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir	2159	4,3918	1,33751	1	5
14. Kişiyi gözetlemek onun mahremiyetini tehdit eder	2159	4,3617	,79049	1	5
15. Tüm toplumlarda mahremiyeti koruma algısı vardır	2159	4,01853	,946497	1	5
16. Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır	2159	4,3252	1,68867	1	5

17. Mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz	2159	4,3543	,73819	1	5
18. Mahremiyet konusunda kabul görecek etik değerler geliştirmek gerekir	2159	4,3298	,70125	1	5
19. Mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar	2159	4,3275	,71573	1	5
20. Hastanede hasta taşınırken mahremiyeti ihlal edilmemelidir	2159	4,5526	,59570	1	5
21. Hastane idaresi mahremiyet hakkını korumaya yönelik tedbirleri almalıdır	2159	4,5966	1,62202	1	5
22. Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir	2159	4,4423	,79984	1	5
23. Hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir	2159	4,5197	,65467	1	5
24. Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır	2159	4,5966	,59408	1	5
25. Sağlık personeli hasta ilişkisi mahremiyet açısından güvene dayalıdır	2159	4,4428	,70240	1	5
26. Tedavi ve bakım hiçbir zaman mahremiyetin zedelenebilmesi için gerekçe olamaz	2159	4,3145	,87374	1	5
27. Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler	2159	4,4646	,68312	1	5
28. Doğumhanede mahremiyeti sağlamada perde paravan kullanılmalıdır	2159	4,3492	,82889	1	5
29. Kadınlar doğum esnasında kimlerin yanında olacağını bilmelidir	2159	4,4933	,63408	1	5
30. Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır	2159	4,5651	,57626	1	5

31. Bakım verilen hastanın farklı cinsiyetten olması çalışanı rahatsız etmemelidir	2159	4,1922	,95720	1	5
32. Anneler için hastanelerde mahremiyeti korunacak şekilde emzirme ortamları oluşturulmalıdır	2159	4,5757	,57977	1	5
33. Hasta mahremiyetinin korunması çalışanların kişisel hassasiyetine bırakılmayacak kadar önemlidir	2159	4,4882	,65980	1	5
34. Jinekolojik muayene ve doğumda bedenin hiçbir bölümü gereksiz yere açılmamalıdır	2159	4,5660	,61354	1	5
35. Jinekolojik muayenede hastanın bedenin örtülmesi muayene bölgesine odaklanmayı sağlar	2159	4,4020	,74291	1	5
36. Jinekolojik muayene/doğum sırasında hastanın mahremiyeti zedelenmemelidir	2159	4,5604	,59728	1	5
37. Sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yükümlüdür	2159	4,5303	,61332	1	5

Ölçeğin boyutlarının geneli için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alfa değeri 0,840 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin genelinde madde 21: “Hastane idaresi mahremiyet hakkını korumaya yönelik tedbirleri almalıdır” ve madde 24:“Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır” 4,5966 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip oldukları görülmektedir. madde 5: “Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir” in ise 3,8115 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır.

4.3.2. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının değerlendirilmesi

Ölçek boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo-4.3.2.'de görülmektedir.

Tablo-4.3.2. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmaları

	Sayı	Puan Aralığı	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach's Alpha Değeri
Genel Mahremiyet Boyutu	2159	1-5	1,44	5	4,07	0,641	0,850
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	2159	1-5	1,80	5	4,36	0,594	0,710
Etik ve Mahremiyet Boyutu	2159	1-5	1,80	5	4,27	0,650	0,625
Klinik Mahremiyet Boyutu	2159	1-5	1,59	5	4,47	0,464	0,922

Ölçeğin maddelerine ilişkin, “Klinik Mahremiyet Boyutu”nun 4,47 puan ortalaması ile en yüksek değere sahip olduğu, “Genel Mahremiyet Boyutu”nun 4,07 puan ortalaması ile en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. “Haklar ve Mahremiyet Boyutu” puan ortalaması 4,36, “Etik ve Mahremiyet Boyutu” puan ortalaması 4,27 olarak saptanmıştır. Standart sapma 0,650 ve 0,464 arasında değişmektedir.

Katılımcıların klinik mahremiyet boyutuna çok önem verdikleri anlaşılmaktadır. Katılımcıların genel mahremiyet, haklar ve mahremiyet, etik ve mahremiyet ve klinik mahremiyet konularında, duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarının cronbach's alpha değerleri sırasıyla; Genel Mahremiyet Boyutu 0,850, Haklar ve

Mahremiyet Boyutu 0,710, Etik ve Mahremiyet Boyutu 0,625 ve Klinik Mahremiyet Boyutu 0,922 olarak hesaplanmıştır.

4.3.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelerin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo-4.3.3'de gösterilmektedir.

Tablo-4.3.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Genel Mahremiyet Boyutu	Sayı	Ortalama	Standard Sapma	Varyans
1.Mahremiyet farklı yönleri olan bir kavramdır	2159	4,13	,90	,80
2.Geleneklere duyulan saygı nedeniyle mahremiyet önemsendir	2159	4,01	1,01	1,02
3.Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir	2159	3,83	1,10	1,20
4.Mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir	2159	4,14	,94	,87
5.Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir	2159	3,81	1,17	1,36
6.Mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm	2159	4,18	,86	,75
7.Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir	2159	4,21	,80	,64
8.Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler	2159	4,25	,80	,64
9.Mahremiyet toplumsal hayattan etkilenir	2159	4,16	,88	,78

Ölçeğin, “Genel Mahremiyet Boyutu”, madde havuzundaki bir, iki, üç, dört, beş, altı, yedi, sekiz ve dokuzuncu ifadelerden oluşmaktadır. Toplam dokuz maddeden oluşan bu boyutun **Cronbach’s Alpha değeri 0,85** olarak tespit edilmiştir.

4.3.4. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelerin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo-4.3.4.'de gösterilmektedir.

Tablo-4.3.4. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Haklar ve Mahremiyet Boyutu	Sayı	Ortalama	Standard Sapma	Varyans
10.Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez	2159	4,36	,85	,72
11.Mahremiyet hukuki boyutu olan bir haktır	2159	4,26	,86	,73
12.Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir	2159	4,47	,67	,45
13.Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir	2159	4,39	1,34	1,79
14.Kişiyi gözetlemek onun mahremiyetini tehdit eder	2159	4,36	,79	,62

Ölçeğin, “Haklar ve Mahremiyet Boyutu”, madde havuzundaki on, on bir, on iki, on üç ve on dördüncü ifadelerden oluşmaktadır. Toplam beş maddeden oluşan bu boyutun **Cronbach’s Alpha değeri 0,710** olarak tespit edilmiştir.

4.3.5. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik ve Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelerin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo-4.3.5.'de gösterilmektedir.

Tablo-4.3.5. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik Ve Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Etik ve Mahremiyet Boyutu	Sayı	Ortalama	Standard Sapma	Varyans
15.Tüm toplumlarda mahremiyeti koruma algısı vardır	2159	4,02	,946	,896
16.Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır	2159	4,33	1,69	2,85
17.Mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz	2159	4,35	,74	,54
18.Mahremiyet konusunda kabul görececek etik değerler geliştirmek gerekir	2159	4,33	,70	,49
19.Mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar	2159	4,33	,72	,51

Ölçeğin, “Etik ve Mahremiyet Boyutu”, madde havuzundaki on beş, on altı, on yedi, on sekiz ve on dokuzuncu ifadelerden oluşmaktadır. Toplam beş maddeden oluşan bu boyutun **Cronbach's Alpha değeri 0,625** olarak tespit edilmiştir.

4.3.6. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelerin puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo-4.3.6.'da gösterilmektedir.

Tablo-4.3.6. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nun değerlendirilmesi

Klinik Mahremiyet Boyutu	Sayı	Ortalama	Standard Sapma	Varyans
20.Hastanede hasta taşınırken mahremiyeti ihlal edilmemelidir	2159	4,55	,60	,35
22.Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir	2159	4,44	,80	,64
23.Hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir	2159	4,52	,65	,43
24.Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır	2159	4,60	,59	,35
25.Sağlık personeli hasta ilişkisi mahremiyet açısından güvene dayalıdır	2159	4,44	,70	,49
26.Tedavi ve bakım hiçbir zaman mahremiyetin zedelenebilmesi için gerekçe olamaz	2159	4,31	,87	,76
27.Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler	2159	4,46	,68	,47
28.Doğumhanede mahremiyeti sağlamada perde paravan kullanılmalıdır	2159	4,35	,83	,69
29.Kadınlar doğum esnasında kimlerin yanında olacağını bilmelidir	2159	4,49	,63	,40
30.Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır	2159	4,57	,58	,33
31.Bakım verilen hastanın farklı cinsiyetten olması çalışanı rahatsız etmemelidir	2159	4,19	,96	,92
32.Anneler için hastanelerde mahremiyeti korunacak şekilde emzirme ortamları oluşturulmalıdır	2159	4,58	,58	,34
33.Hasta mahremiyetinin korunması çalışanların kişisel hassasiyetine bırakılmayacak kadar önemlidir	2159	4,49	,66	,44
34.Jinekolojik muayene ve doğumda bedenin hiçbir bölümü gereksiz yere açılmamalıdır	2159	4,57	,61	,38
35.Jinekolojik muayenede hastanın bedenin örtülmesi muayene bölgesine odaklanmayı sağlar	2159	4,40	,74	,55
36.Jinekolojik muayene/doğum sırasında hastanın mahremiyeti zedelenmemelidir	2159	4,56	,60	,36
37.Sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yükümlüdür	2159	4,53	,61	,38

Ölçeğin, “Klinik Mahremiyet Boyutu”, madde havuzundaki yirmi, yirmi iki, yirmi üç, yirmi dört, yirmi beş, yirmi altı, yirmi yedi, yirmi sekiz, yirmi dokuz, otuz, otuz bir, otuz iki, otuz üç, otuz dört, otuz beş, otuz altı ve otuz yedinci ifadelerden oluşmaktadır. Toplam on yedi maddeden oluşan bu boyutun **Cronbach’s Alpha değeri 0,922** olarak tespit edilmiştir.

4.3.7. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre Ortalama, Standart Sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD Analizleri ile Değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı Tablo-4.3.7.’de görülmektedir.

Tablo-4.3.7. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre Ortalama, Standart Sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD Analizleri ile Değerlendirilmesi

	N	Genel Mahremiyet Boyutu				Haklar ve Mahremiyet Boyutu				Etik ve Mahremiyet Boyutu				Klinik Mahremiyet Boyutu			
		Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p
Doktorlar Grubu	161	4,3340± 0,61495	2,33	5	<0,05	4,5304±0,62580	2,6	5	>0,05	4,4634±0,56631	3	5	>0,05	4,5605±0,52884	2,76	5	<0,05
Hemşire ve Ebeler Grubu	351	3,9785±0,61150	2,22	5		4,3949±0,54645	1,8	5		4,2912±0,97927	2,4	5		4,4327±0,48389	2,18	5	

Tablo -4.3.7 incelendiğinde, ölçeğin haklar ve mahremiyet boyutu ($p > 0,05$), etik ve mahremiyet boyutu ($p > 0,05$) puan ortalamaları yönünden sağlık hizmeti veren doktorlar grubu ve hemşire ve ebeler grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ancak ölçeğin genel mahremiyet boyutu ($p < 0,05$), klinik mahremiyet boyutu ($p < 0,05$) puan ortalamaları yönünden sağlık hizmeti veren doktorlar grubu ve hemşire ve ebeler grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin genel mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, doktorlar grubunun hemşire ve ebeler grubuna göre daha yüksek puan aldıkları ($4,3340 \pm 0,61495$) görülmüştür.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin haklar ve mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, doktorlar grubunun puan ortalamasının ($4,5304 \pm 0,62580$) olduğu belirlenmiştir.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin etik ve mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, doktorlar grubunun puan ortalamalarının ($4,4634 \pm 0,56631$) olduğu saptanmıştır.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin klinik mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; doktorlar grubunun hemşire ve ebeler grubuna göre daha yüksek puan aldıkları ($4,5605 \pm 0,52884$) belirlenmiştir.

Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımı

değerlendirildiğinde doktorların diğer boyutlara göre klinik mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları görülmüştür.

4.3.8. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre; Ortalama, Standart Sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD Analizleri ile Değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımı Tablo-4.3.8.'de görülmektedir.

Tablo-4.3.8. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre; Ortalama, Standart Sapma, ANOVA ve Post Hoc Test; Tukey HSD Analizleri ile Değerlendirilmesi

	N	Genel Mahremiyet Boyutu				Haklar ve Mahremiyet Boyutu				Etik ve Mahremiyet Boyutu				Klinik Mahremiyet Boyutu			
		Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p	Ortalama± Standart Sapma	Min	Max	p
Jinekoloji ve Obstetri Grubu Hastaları	297	4,0075±0,73142	1,89	5	<0,05	4,3266±0,61215	2,6	5	>0,05	4,2471±0,61088	2,2	5	>0,05	4,5116±0,48116	2,65	5	>0,05
Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları	557	4,1510±0,65762	1,44	5		4,3282±0,64072	2,2	5		4,2560±0,56226	2,2	5		4,4983±0,44684	1,59	5	
Dahili Bilimler Grubu Hastaları	515	4,0772±0,60162	1,44	5		4,3670±0,55209	1,8	5		4,2520±0,56604	1,8	5		4,4658±0,44677	1,88	5	
Sağlıklı Kişiler Grubu	278	3,9992±0,57777	2,33	5		4,3367±0,58454	2,2	5		4,2259±0,49770	2,8	5		4,4014±0,43575	3,18	5	
Toplam	2159	4,0797±0,64180	1,44	5		4,3642±0,59499	1,8	5		4,2711±0,65067	1,8	5		4,4739±0,46444	1,59	5	

Tablo-4.3.8. incelendiğinde, haklar ve mahremiyet boyutu ($p>0,05$), etik ve mahremiyet boyutu ($p>0,05$), klinik mahremiyet boyutu ($p>0,05$) puan ortalamaları yönünden araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ancak genel mahremiyet boyutu ($p<0,05$) puan ortalamaları yönünden araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin genel mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi bilimler grubu hastalarının en yüksek puan aldıkları ($4,1510\pm 0,65762$), sağlıklı kişiler grubunun en düşük puan aldığı ($3,9992\pm 0,57777$) saptanmıştır. Cerrahi bilimler grubu hastaları ile jinekoloji obstetri grubu hastaları ($p<0,05$), cerrahi bilimler grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubu hastaları ($p<0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın nedeninin ise; cerrahi bilimler grubu hastalarının ölçeğin genel mahremiyet boyutuna ilişkin diğer gruplara göre yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin haklar ve mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, dahili bilimler grubu hastalarının en yüksek puan aldıkları ($4,3670\pm 0,55209$), jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının en düşük puan aldıkları ($4,3266\pm 0,61215$) saptanmıştır.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin etik ve mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının araştırma gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, cerrahi bilimler grubu hastalarının en yüksek puan aldıkları ($4,2560\pm 0,56226$), sağlıklı kişiler grubunun en düşük puan aldıkları ($4,2259\pm 0,49770$) belirlenmiştir.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin klinik mahremiyet boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının araştırma gruplarına göre

dağılımı incelendiğinde; jinekoloji obstetri grubu hastalarının en yüksek puan aldıkları ($4,5116 \pm 0,48116$), sağlıklı kişiler grubunun en düşük puan aldıkları ($4,4014 \pm 0,43575$) belirlenmiştir.

4.3.9. Tüm katılımcıların Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ölçeğinin genel mahremiyet boyutu maddelerine verdiği cevapların sonuçları Tablo-4.3.9.'da görülmektedir.

Tablo-4.3.9. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı

Genel Mahremiyet Boyutu	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1.Mahremiyet farklı yönleri olan bir kavramdır	40	1,9	101	4,7	203	9,4	1009	46,7	806	37,3	2159	100
2.Geleneklere duyulan saygı nedeniyle mahremiyet önemsendir	50	2,3	209	9,7	164	7,6	993	46	743	34,4	2159	100
3.Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir	68	3,1	250	11,6	352	16,3	801	37,1	688	31,9	2159	100
4.Mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir	44	2	141	6,5	129	6	1005	46,5	840	38,9	2159	100
5.Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir	73	3,4	343	15,9	246	11,4	753	34,9	744	34,5	2159	100
6.Mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm	28	1,3	97	4,5	184	8,5	989	45,8	861	39,9	2159	100
7.Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir	13	0,6	79	3,7	197	9,1	1027	47,6	843	39	2159	100
8.Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler	15	0,7	73	3,4	182	8,4	983	45,5	906	42	2159	100
9.Mahremiyet toplumsal hayattan etkilenir	28	1,3	107	5	206	9,5	960	44,5	858	39,7	2159	100

Tablo-4.3.9. incelendiğinde, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nda, sırasıyla tüm katılımcıların 1027'si (%47,6) yedinci madde olan “Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir” ifadesine “katılıyorum” yanıtını vermeleriyle bu konuda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. “Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler” ifadesine tüm katılımcıların 906'sı (%42,0) “tamamen katılıyorum” yanıtını vermeleri, bu konuda farkındalıklarının olduğunu göstermektedir. Ayrıca tüm katılımcıların 352'sinin (%16,5) “Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir” ifadesine “kararsızım” yanıtını vermeleri, mahremiyet kavramını tam netleştiremediklerini düşündürmektedir.

Bulgulara göre, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'ndaki dokuz maddeye de katılımcıların çoğunluğunun katılıyor ve tamamen katılıyor olması bu konuda duyarlılıklarını göstermektedir.

4.310. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi

Tüm Katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu Maddelerine Verdiği Cevapların frekans ve yüzde değerlerinin sonuçları Tablo-4.3.10'da görülmektedir.

Tablo-4.3.10. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı

Haklar ve Mahremiyet Boyutu	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Tamamen Katlıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
10.Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez	36	1,7	61	2,8	130	6	788	36,5	1144	53,0	2159	100
11.Mahremiyet hukuki boyutu olan bir haktır	22	1	74	3,4	231	10,7	825	38,2	1007	46,6	2159	100
12.Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir	12	0,6	19	0,9	93	4,3	858	39,7	1177	54,5	2159	100
13.Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir	12	0,6	41	1,9	152	7	889	41,2	1065	49,3	2159	100
14.Kişiyi gözetlemek onun mahremiyetini tehdit eder	16	0,7	61	2,8	146	6,8	839	38,9	1097	50,8	2159	100

Tablo-4.3.10. incelendiğinde, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, tüm katılımcıların 1177'si (%54,5) on ikinci madde olan "Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir" ifadesine "tamamen katılıyorum" yanıtını vermeleriyle bu konuda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Yine bu boyutta tüm katılımcıların tamamına yakını "Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez" ifadesine katıldıkları belirtmişlerdir. Bu bulgu, tüm katılımcıların, hem mahremiyete verdikleri önemi hem de mahremiyetin ölüm durumunda da sürdürülmesi gerektiğinde hemfikir olduklarını göstermektedir. Aynı boyutta yer alan "Mahremiyet insan haklarıyla ilgilidir" ifadesine tüm katılımcıların tamamına yakınının katıldıklarını belirtmeleri, bu konuda duyarlı olduklarını göstermektedir.

Bulgulara göre, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda yer alan maddelerin her birine, tüm katılımcıların tamamına yakınının katılıyorum ve tamamen katılıyorum şeklinde belirtmeleri, bu boyuttaki tüm ifadelerle karşı duyarlı olduklarını göstermektedir.

4.3.11. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ölçeğinin etik ve mahremiyet alt boyutu maddelerine verdiği cevapların sonuçları Tablo-4.3.11'de görülmektedir.

Tablo-4.3.11. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı

Etik ve Mahremiyet Boyutu	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
15.Tüm toplumlarda mahremiyeti koruma algısı vardır	25	1,2	144	6,7	365	16,9	857	39,7	768	35,6	2159	100
16.Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır	6	3	31	1,4	161	7,5	1117	51,7	844	39	2159	100
17.Mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz	14	0,6	41	1,9	134	6,2	947	43,9	1023	47,4	2159	100
18.Mahremiyet konusunda kabul görececek etik değerler geliştirmek gerekir	9	0,4	23	1,1	169	7,8	1004	46,5	954	44,2	2159	100
19.Mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar	12	0,6	36	1,7	135	6,3	1026	47,5	950	44	2159	100

Tablo-4.3.11. incelendiğinde, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda, tüm katılımcıların sırasıyla, tamamına yakını on altıncı madde olan “Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır” ifadesine, “mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz” ifadesine, “mahremiyet konusunda kabul görececek etik değerler geliştirmek gerekir” ifadesine ve “mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar” ifadesine katıldıklarını ve tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir. Bulgulara göre tüm katılımcıların mahremiyetin etik boyutu konusunda duyarlı oldukları ve mahremiyeti bir değer olarak gördükleri anlaşılmıştır.

4.3.12. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların sonuçları Tablo-4.3.12'de görülmektedir.

Tablo-4.3.12. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların dağılımı

Klinik Mahremiyet Boyutu	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
20.Hastanede hasta taşınırken mahremiyeti ihlal edilmemelidir	7	0,3	12	0,6	38	1,8	826	38,3	1276	59,1
22.Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir	30	1,4	52	2,4	88	4,1	752	34,8	1237	57,3
23.Hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir	11	0,5	26	1,2	49	2,3	817	37,8	1256	58,2
24.Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır	7	0,3	14	0,6	37	1,7	727	33,7	1374	63,6
25.Sağlık personeli hasta ilişkisi mahremiyet açısından güvene dayalıdır	11	0,5	35	1,6	95	4,4	864	40	1154	53,5
26.Tedavi ve bakım hiçbir zaman mahremiyetin zedelenebilmesi için gerekçe olamaz	33	1,5	72	3,3	177	8,2	778	36	1099	50,9
27.Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler	7	0,3	30	1,4	103	4,8	832	38,5	1187	55
28.Doğumhanede mahremiyeti sağlamada perde paravan kullanılmalıdır	21	1	79	3,7	133	6,2	818	37,9	1108	51,3
29.Kadınlar doğum esnasında kimlerin yanında olacağını bilmelidir	5	0,2	20	0,9	74	3,4	866	40,1	1194	55,3
30.Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır	3	0,1	6	0,3	57	2,6	795	36,8	1298	60,1
31.Bakım verilen hastanın farklı cinsiyetten olması çalışanı rahatsız etmemelidir	42	1,9	116	5,4	221	10,2	786	36,4	994	46
32.Anneler için hastanelerde mahremiyeti korunacak şekilde emzirme ortamları oluşturulmalıdır	5	0,2	9	0,4	42	1,9	785	36,4	1318	61
33.Hasta mahremiyetinin korunması çalışanların kişisel hassasiyetine bırakılmayacak kadar önemlidir	5	0,2	25	1,2	95	4,4	820	38	1214	56,2
34.Jinekolojik muayene ve doğumda bedenin hiçbir bölümü gereksiz yere açılmamalıdır	7	0,3	9	0,4	72	3,3	738	34,2	1333	61,7
35.Jinekolojik muayenede hastanın bedenin örtülmesi muayene bölgesine odaklanmayı sağlar	12	0,6	41	1,9	141	6,5	838	38,8	1127	52,2
36.Jinekolojik muayene/doğum sırasında hastanın mahremiyeti zedelenmemelidir	9	0,4	5	0,2	50	2,3	798	37	1297	60,1
37.Sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yükümlüdür	5	0,2	18	0,8	53	2,5	834	38,6	1249	57,9

Tablo-4.3.12. incelendiğinde, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nda, sırasıyla, tüm katılımcıların tamamına yakınının “Hastanede hasta taşınırken mahremiyeti ihmal edilmemelidir”, “Hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir” “Hasta

mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır”, “Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler”, “Kadınlar doğum esnasında kimlerin yanlarında olacağını bilmelidir” ve “Sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yükümlüdür” ifadelerine katılıyorum ve tamamen katılıyorum yanıtını vermeleri, bu konularda duyarlı olduklarını göstermektedir.

Bulgulara göre, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nda yer alan maddelere katılımcıların verdikleri cevaplar incelendiğinde, maddelerin her birinde cevapların yoğunluğunun katılıyorum ve tamamen katılıyorum sütunlarında görülmesi, tüm katılımcıların klinik mahremiyet konusunda oldukça duyarlı olduklarını göstermektedir.

4.3.13. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları doktorlar grubunun cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.14. Jinekoloji ve obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun Mann-Whitney U testi ile cinsiyetlerine göre değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları hemşire ve ebeler grubunun cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo-4.3.15.'de görülmektedir.

Tablo-4.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları					
Boyutlar	Cinsiyet	%25	Median	%75	p
Genel Mahremiyet Boyutu	kadın	3,6667	4,1111	4,8889	>0,05
	erkek	3,6667	4,0000	4,5556	
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	kadın	4,0000	4,4000	5,0000	>0,05
	erkek	3,8000	4,0000	5,0000	
Etik ve Mahremiyet Boyutu	kadın	4,0000	4,2000	4,8000	>0,05
	erkek	3,8000	4,0000	4,8000	
Klinik Mahremiyet Boyutu	kadın	4,1176	4,5294	4,9412	*<0,05
	erkek	4,0000	4,4118	4,9412	

*Klinik mahremiyet boyutunda cerrahi bilimler grubu hastalarının kadın ve erkek katılımcıları arasındaki farkı göstermektedir.

Tablo-4.3.15. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$), cerrahi bilimler grubu hastalarının kadın ve erkek katılımcıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Anlamlı farklılık; kadınların erkeklere göre yüksek puana sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kadınlar klinik mahremiyet konusunda erkelerden daha duyarlıdır.

4.3.16. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.17. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubu cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları sağlıklı kişiler grubu cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.18. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında, lise ve üniversite mezunu hemşire ve ebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo-4.3.19'da görülmektedir.

Tablo-4.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetri Grubu Hastaları						
Boyutlar	Öğrenim Düzeyleri	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,5556	4,9000	5,0000	0,033	*[4-3] ≤0,05
	2.ilkokul	3,4444	4,2000	4,6000		
	3.ortaokul	3,6667	4,2000	4,5000		
	4.lise	3,4444	4,0000	4,4000		
	5.üniversite	3,5556	4,0000	4,4000		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,8000	4,1000	5,0000	0,275	
	2.ilkokul	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.ortaokul	3,8000	4,2000	5,0000		
	4.lise	4,0000	4,2000	4,9000		
	5.üniversite	4,0000	4,6000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,8000	4,0000	5,0000	0,003	*[5-2] <0,05
	2.ilkokul	3,8000	3,9000	4,0000		
	3.ortaokul	4,0000	4,0000	4,4000		
	4.lise	4,0000	4,1000	4,5000		
	5.üniversite	3,8000	4,2000	5,0000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0588	4,0000	4,6000	0,015	*[4-2] <0,05
	2.ilkokul	4,1765	4,4000	5,0000		
	3.ortaokul	4,2353	4,0000	4,4000		
	4.lise	4,0000	4,0000	4,4000		
	5.üniversite	4,0294	4,2000	4,6000		

*Farklılık tespit edilen öğrenim düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.19. incelendiğinde, ölçeğin Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$) boyutunda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak ölçeğin Genel Mahremiyet ($p<0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$) Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$) jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel Mahremiyet Boyutu'nda, lise ile ortaokul mezunları arasında ($p\leq 0,05$)

istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Genel mahremiyet konusunda ortaokul mezunlarının daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; üniversite ile ilkokul mezunları arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunlarının etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; lise ile ilkokul mezunları arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. İlkokul mezunlarının klinik mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.20'de görülmektedir.

Tablo-4.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları						
Boyutlar	Öğrenim Düzeyleri	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,9444	4,5556	5,0000	<0,05	*[4-1] <0,05 *[3-1] <0,05 *[5-1] <0,05
	2.ilkokul	3,6667	4,1111	5,0000		
	3.ortaokul	3,6111	4,0000	4,5556		
	4.lise	3,7778	4,0000	4,4444		
	5.üniversite	3,7778	4,0000	4,4444		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0000	4,6000	5,0000	>0,05	
	2.ilkokul	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.ortaokul	3,8000	4,2000	4,8000		
	4.lise	4,0000	4,4000	4,8000		
	5.üniversite	4,0000	4,6000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0000	4,4000	5,0000	<0,05	*[4-2] <0,05 *[4-1] <0,05
	2.ilkokul	3,8000	4,2000	5,0000		
	3.ortaokul	3,8000	4,2000	4,8000		
	4.lise	3,8000	4,0000	4,6000		
	5.üniversite	3,8000	4,0000	4,6000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0000	4,4706	5,0000	<0,05	*[2-3] <0,05 *[2-4] <0,05
	2.ilkokul	4,1765	4,6765	5,0000		
	3.ortaokul	4,0000	4,4118	4,9118		
	4.lise	4,1176	4,4706	4,8235		
	5.üniversite	4,0000	4,5294	4,9412		

*Farklılık tespit edilen öğrenim düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.20. incelendiğinde, ölçeğin Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$) boyutunda cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Genel Mahremiyet ($p<0,05$) Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$) Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$) cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel

Mahremiyet Boyutu'nda, okur yazar ile lise mezunları arasında ($p<0,05$) ve okuryazar ile ortaokul mezunları arasında ($p<0,05$) ve okuryazar ile üniversite mezunları arasında ($p<0,05$) istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Genel mahremiyet konusunda okuryazarların daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; lise ile ilkokul mezunları arasında ($p<0,05$) ve lise ile okuryazarlar arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Lise mezunlarının etik ve mahremiyet konusunda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; ilkokul ile ortaokul mezunları arasında ($p<0,05$) ve ilkokulla lise mezunları arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Lise ve ortaokul mezunlarının klinik mahremiyet konusunda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo-4.3.21'de görülmektedir.

Tablo-4.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Dahili Bilimler Grubu Hastaları					
	Öğrenim Düzeyleri	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,6667	4,0000	4,4444	>0,05	
	2.ilkokul	3,6667	4,0556	4,7778		
	3.ortaokul	3,5556	4,0000	4,3333		
	4.lise	3,6667	4,0000	4,3333		
	5.üniversite	3,7778	3,8889	4,3333		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0000	4,1000	5,0000	>0,05	
	2.ilkokul	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.ortaokul	4,0000	4,2000	5,0000		
	4.lise	4,0000	4,2000	4,9000		
	5.üniversite	4,0000	4,6000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	3,8000	4,0000	4,6000	<0,05	*[3-2] <0,05
	2.ilkokul	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.ortaokul	3,8000	4,0000	4,4000		
	4.lise	3,8000	4,0000	4,4000		
	5.üniversite	4,0000	4,2000	4,6000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,0000	4,3824	4,8824	≤0,05	*[3-2] ≤0,032 *[4-2] ≤0,013
	2.ilkokul	4,1176	4,5882	5,0000		
	3.ortaokul	4,0588	4,3529	4,7647		
	4.lise	4,1176	4,4706	4,7647		
	5.üniversite	4,1765	4,4706	4,8824		

*Farklılık tespit edilen öğrenim düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.21. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$) ve Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$) Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p\leq 0,05$) dahili bilimler hastalarının öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel

açıdan anlamlı farklılığı; lise ile ilkokul mezunları arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Lise mezunlarının etik ve mahremiyet konusunda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı; ilkokul ile ortaokul mezunları arasında ($p<0,05$) ve ilkokulla lise mezunları arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Lise ve ortaokul mezunlarının klinik mahremiyet konusunda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.22'de görülmektedir.

Tablo-4.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile

Boyutlar	Sağlıklı Kişiler Grubu					p	p
	Öğrenim Düzeyleri	%25	Median	%75			
Genel Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,1111	5,0000	5,0000	>0,05		
	2.ilkokul	3,6667	4,0000	4,3333			
	3.ortaokul	3,4444	3,8333	4,1111			
	4.lise	3,5556	4,0000	4,3333			
	5.üniversite	3,6667	4,0000	4,3333			
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,1000	4,8000	5,0000	<0,05	*[2-4] <0,05 *[4-5] <0,05	
	2.ilkokul	4,0000	4,5000	5,0000			
	3.ortaokul	4,0000	4,2000	4,8000			

değerlendirilmesi

	4.lise	4,0000	4,2000	4,8000		
	5.üniversite	4,0000	4,6000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,4000	4,9000	5,0000	<0,05	*[4-5] ≤0,05
	2.ilkokul	4,0000	4,2000	4,6000		
	3.ortaokul	3,8000	4,0000	4,4000		
	4.lise	4,0000	4,0000	4,5000		
	5.üniversite	4,0000	4,2000	4,4000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.okur yazar	4,4706	4,9706	5,0000	<0,05	*[4-5] ≤0,05
	2.ilkokul	4,1176	4,3529	4,8235		
	3.ortaokul	4,0000	4,3529	4,7059		
	4.lise	4,0000	4,2353	4,6471		
	5.üniversite	4,1471	4,5294	4,8235		

*Farklılık tespit edilen öğrenim düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.22. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$) boyutunda sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Haklar ve Mahremiyet ($p<0,05$) Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$) Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$) sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, ilkokul ile lise mezunları arasında ($p<0,05$) ve lise ile üniversite mezunları arasında ($p<0,05$) istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Lise mezunlarının haklar ve mahremiyet konusunda duyarsız oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; lise mezunları ile üniversite mezunları arasında ($p\leq 0,05$) olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunlarının etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; ; lise mezunları ile üniversite mezunları arasında ($p\leq 0,05$) olduğu belirlenmiştir. Üniversite mezunlarının klinik mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.23. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti leği boyutları doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında; kır, kıra yakın, ara kültür, kente yakın ve kentli, kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti leği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti leği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo-4.3.24'de görülmektedir.

Tablo-4.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Hemşire ve Ebeler Grubu					
	Kültürü	%25	Median	%75	p	
Genel Mahremiyet Boyutu	1.kıra yakın	3,4444	4,0000	4,3300	>0,05	
	2.ara kültür	3,4444	3,83	4,1100		
	3.kente yakın	3,6667	4,0000	4,3333		
	4.kentli	3,6111	4,0000	4,3333		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.kıra yakın	3,8000	4,0000	4,5000	<0,05	*[1-4] <0,05
	2.ara kültür	4,0000	4,2000	4,6000		
	3.kente yakın	4,0000	4,2000	4,4000		
	4.kentli	4,0000	4,9000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.kıra yakın	4,0000	4,0000	4,5000	<0,05	*[1-4] <0,05
	2.ara kültür	4,0000	4,2000	4,6000		
	3.kente yakın	4,0000	4,2000	5,0000		
	4.kentli	4,0000	4,9000	5,0000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.kıra yakın	3,7647	4,2353	4,6471	<0,05	*[1-4] <0,05
	2.ara kültür	3,9706	4,3529	4,7059		
	3.kente yakın	4,0000	4,3529	4,8235		
	4.kentli	4,1471	4,5294	4,8235		

*Farklılık tespit edilen kültür düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.24. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeyleri arasında ($p>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeyleri arasında ($p<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır ($p<0,05$)

Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeyleri arasında ($p<0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır ($p<0,05$).

Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$) hemşire ve ebelerin kültür düzeyleri arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır ($p<0,05$).

4.3.25. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında kır, kıra yakın, ara kültür, kente yakın ve kentli, kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.26. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında kır, kıra yakın, ara kültür, kente yakın ve kentli, kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.27. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.27’de görülmektedir.

Tablo-4.3.27. Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre kruskal-wallis testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Dahili Bilimler Grubu Hastaları					p	p
	Kültürü	%25	Median	%75			
Genel Mahremiyet Boyutu	1.kır	3,7778	4,5556	5,0000	<0,05	*[3-5] <0,05 *[1-3] <0,05 *[2-5] <0,05 *[4-5] <0,05	
	2.kıra yakın	3,6667	4,1111	5,0000			
	3.ara kültür	3,5556	3,7000	4,3000			
	4.kente yakın	3,6667	3,9000	4,4000			
	5.kentli	3,7778	4,0000	4,4444			
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.kır	4,0000	4,1000	5,0000	<0,05	*[3-4] <0,05 *[3-5] <0,05	
	2.kıra yakın	4,0000	4,1000	5,0000			
	3.ara kültür	3,8000	4,0000	4,4000			
	4.kente yakın	4,0000	4,3000	4,5000			
	5.kentli	4,2000	4,5000	5,0000			
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.kır	4,0000	4,1000	4,4000	<0,05	*[3-5] <0,05 *[3-1] <0,05 *[2-5] <0,05	
	2.kıra yakın	3,8000	4,0000	4,9000			
	3.ara kültür	3,8000	3,9000	4,3000			
	4.kente yakın	3,8000	4,1000	5,0000			
	5.kentli	4,0000	4,5000	5,0000			
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.kır	4,0882	4,5000	5,0000	<0,05	*[3-4] <0,05 *[3-1] <0,05 *[3-5] <0,05 *[2-5] <0,05	
	2.kıra yakın	4,0000	4,1000	5,0000			
	3.ara kültür	3,5000	3,7000	5,0000			
	4.kente yakın	3,8100	3,9000	5,0000			
	5.kentli	3,9000	4,0000	5,0000			

*Farklılık tespit edilen kültür düzeyleri köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.27. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p<0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p<0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$), Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$), dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel Mahremiyet Boyutu'nda, kentliler ile ara kültürdekiler arasında ($p<0,05$), ara kültürdekiler ile kır ($p<0,05$), kentliler ile kıra yakın olanlar ($p<0,05$), kentliler ile kente yakın olanlar ($p<0,05$), arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Genel mahremiyet konusunda ara kültürdekilerin daha duyarsız oldukları anlaşılmıştır. Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda ara kültürdekiler ile kente yakın olanların ($p<0,05$) ve ara kültürdekilerle kentlilerin ($p<0,05$) arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmuştur. Haklar ve mahremiyet konusunda ara kültürdekilerin daha duyarsız oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; ara kültürdekilerle kentlilerin arasında ($p<0,05$), ara kültürdekilerle kırılıkların arasında ($p<0,05$), kentliler ile kıra yakın olanlar arasında ($p<0,05$), olduğu belirlenmiştir. Kentlilerin etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın; ara kültürdekilerle kente yakın olanların arasında ($p<0,05$), ara kültürdekilerle kırılıkların arasında ($p<0,05$), ara kültürdekilerle kentlilerin arasında ($p<0,05$), kentliler ile kıra yakın olanların arasında ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Klinik mahremiyet konusunda kentlilerin daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.28. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında kır, kıra yakın,

ara kültür, kente yakın ve kentli, kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Doktorların yaşlarına göre boyutlardan aldıkları puanlar karşılaştırılmış, doktorlar grubunun yaşları arttıkça boyutlardan aldıkları puanların nasıl değiştiği değerlendirilmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.29'da görülmektedir.

Tablo-4.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho testi ile

	Ortalama ve Standart Sapması	%25	Median	%75	Genel Mahremiyet Boyutu p	Haklar ve Mahremiyet Boyutu p	Etik ve Mahremiyet Boyutu p	Klinik Mahremiyet Boyutu p
Doktorlar Grubu	41,16 ±9,442	34,000	38,00	46,250	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları doktorlar grubunun yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiştir. Genel Mahremiyet (p<0,05; R katsayısı : 0,217), Haklar ve Mahremiyet (p<0,05; R katsayısı: 0,213), Etik ve Mahremiyet (p<0,05; R katsayısı: 0,156) ve Klinik Mahremiyet (p<0,05; R katsayısı: 0,206) boyutlarında doktorların yaşları yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Doktorlar grubunun yaşları arttıkça genel mahremiyet, haklar ve mahremiyet, etik ve mahremiyet ve klinik mahremiyet konularında daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

4.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarından hemşire ve ebeler grubunun aldığı puanlar yaşlarına göre değerlendirilmiş olup, yaşları arttıkça boyutlardan aldıkları puanların nasıl değiştiğine ilişkin sonuçlar Tablo-4.3.30'da görülmektedir.

Tablo-4.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho

	Ortalama ve Standart Sapması	%25	Median	%75	Genel Mahremiyet Boyutu p	Haklar ve Mahremiyet Boyutu p	Etik ve Mahremiyet Boyutu p	Klinik Mahremiyet Boyutu p
Hemşire ve Ebeler Grubu	31,47 ±7,303	25,000	32,00	36,000	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05

testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarından hemşire ve ebeler grubunun aldığı puanların yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiştir.

Genel Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,042) Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubunun yaşları yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ancak Haklar ve Mahremiyet ($p<0,05$; R katsayısı: 0,118), Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$; R katsayısı: 0,213) ve Klinik Mahremiyet ($p<0,05$; R katsayısı: 0,170) boyutlarında hemşire ve ebeler grubunun yaşları yönünden anlamlı farklılık bulunmuştur. Hemşire ve ebeler grubunun yaşları arttıkça, haklar

ve mahremiyet, etik ve mahremiyet ve klinik mahremiyet konularında duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

4.3.31. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,108), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,061), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,065), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,079) boyutlarında jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre değerlendirilmiş olup, yaşlar arttıkça boyutlardan aldıkları puanların nasıl değiştiğine ilişkin sonuçlar Tablo-4.3.32'dedir.

Tablo-4.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho testi ile değerlendirilmesi

	Ortalama ve Standart Sapması	%25	Median	%75	Genel Mahremiyet Boyutu p	Haklar ve Mahremiyet Boyutu p	Etik ve Mahremiyet Boyutu p	Klinik Mahremiyet Boyutu p
Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları	41,69±13,960	30,000	41,000	51,000	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre Korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiştir.

Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,028) ve Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,073) boyutlarında cerrahi bilimler hastalarının yaşları yönünden anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ancak Genel Mahremiyet ($p<0,05$; R katsayısı: 0,109) ve Klinik Mahremiyet ($p<0,05$; R katsayısı: 0,097) boyutlarında cerrahi bilimler hastalarının yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşları arttıkça genel mahremiyet ve klinik mahremiyet konularında duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

4.3.33. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları dahili bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,043), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,062), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$; R

katsayısı: 0,016), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,026), boyutlarında dahili bilimler grubu hastalarının yaşları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.34. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre korelasyonunun Spearman's rho Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre Korelasyonu Spearman's rho Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,061), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı:0,038), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı: 0,035), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$; R katsayısı:0,087), boyutlarında sağlıklı kişiler grubunun yaşları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.35. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları doktorlar grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında bekar, evli ve dul katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.36. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo-4.3.36.'dadır.

Tablo-4.3.36. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Hemşire ve Ebeler Grubu					
	Medeni Durum	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,5556	3,8889	4,2222	>0,05	
	2.evli	3,5556	4,0000	4,5556		
	3.dul	3,2222	3,5556	4,6667		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0000	4,2000	4,6000	<0,05	*[1.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,6000	5,0000		
	3.dul	3,0000	4,0000	5,0000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,8000	4,0000	4,2000	<0,05	*[1.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,2000	5,0000		
	3.dul	3,2000	4,3000	5,0000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0000	4,1765	4,7059	<0,05	*[1.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,6176	4,9412		
	3.dul	4,0588	4,3235	5,0000		

*Farklılık tespit edilen medeni durumlar köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.36. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), boyutunda hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Haklar ve Mahremiyet ($p<0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$), Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$), hemşire ve ebeler grubunun bekar, evli ve dul katılımcıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı farklılığın; bekarlarla evliler arasında ($p<0,05$), olduğu belirlenmiş olup, evlilerin haklar ve mahremiyet konusunda daha

duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı farklılığın; bekarlarla evliler ($p<0,05$), arasında olduğu belirlenmiştir. Evlilerin etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı farklılığın; evliler ile bekarlar ($p<0,05$) arasında olduğu belirlenmiştir. Evlilerin klinik mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.37. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre kruskal-wallis testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.37.'de görülmektedir.

Tablo-4.3.37. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Jinekoloji ve Obstetri Grubu Hastaları					
	Medeni Durum	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,5556	3,6667	4,1667	>0,05	
	2.evli	3,5556	4,0000	4,6667		
	3.dul	3,7222	4,0000	4,1667		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,8000	4,0000	4,3000	<0,05	*[1.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.dul	3,7000	3,9000	4,3000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,8000	4,0000	4,2000	<0,05	*[1.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,2000	5,0000		
	3.dul	3,8000	4,0000	4,5000		
Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0000	4,2647	4,7059	>0,05	

2.evli	4,0588	4,7059	5,0000
3.dul	4,0000	4,4412	4,9412

*Farklılık tespit edilen medeni durumlar köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.37. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Haklar ve Mahremiyet ($p<0,05$) Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$) jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının bekar, evli ve dul katılımcıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı fark bekarlarla evliler arasında ($p<0,05$) olup, evlilerin haklar ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı farklılığın; bekarlar evliler ($p<0,05$) arasında olduğu belirlenmiştir. Evlilerin etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.38. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, sonuçlar Tablo4.3.38'de görülmektedir.

Tablo-4.3.38. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmesi

Boyutlar	Cerrahi Bilimler Grubu Hastaları					
	Medeni Durum	%25	Median	%75	p	p
Genel Mahremiyet Boyutu	1.bekar	3,6667	4,0000	4,5556	>0,05	
	2.evli	3,6667	4,1111	5,0000		
	3.dul	3,6667	4,0000	5,0000		
Haklar ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0000	4,4000	4,8000	>0,05	
	2.evli	4,0000	4,4000	5,0000		
	3.dul	3,8000	4,2000	4,8000		
Etik ve Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0000	4,2000	4,6000	<0,05	*[3.-1.] <0,05 *[3.-2.] <0,05
	2.evli	4,0000	4,2000	5,0000		
	3.dul	3,6000	3,8000	4,4000		
Klinik Mahremiyet Boyutu	1.bekar	4,0588	4,4706	4,8824	<0,05	*[3.-2.] <0,05
	2.evli	4,1176	4,5882	4,9412		
	3.dul	4,0588	4,1176	4,7059		

*Farklılık tespit edilen medeni durumlar köşeli parantez içinde gösterilmiştir.

Tablo-4.3.38. incelendiğinde, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$) boyutlarında cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ancak Etik ve Mahremiyet ($p<0,05$), Klinik Mahremiyet Boyutu'nda ($p<0,05$) cerrahi bilimler grubu hastalarının bekar, evli ve dul katılımcıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda anlamlı farklılığın; dullarla bekarlar ($p<0,05$) ve dullarla evliler ($p<0,05$) arasında olduğu belirlenmiştir. Evli ve bekarların etik ve mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda

anlamli farklilik; dullarla evliler ($p<0,05$) arasında olduğu belirlenmiştir. Evlilerin klinik mahremiyet konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

4.3.39. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında bekar evli ve dul katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklilik bulunmamıştır.

4.3.40. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmesi

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş olup, ölçeğin Genel Mahremiyet ($p>0,05$), Haklar ve Mahremiyet ($p>0,05$), Etik ve Mahremiyet ($p>0,05$), Klinik Mahremiyet ($p>0,05$), boyutlarında bekar evli ve dul katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklilik bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde jinekoloji ve obstetri hizmetlerinde yaşanan modernleşme süreci; sistemin daha da karmaşıklaşmasına sebep olarak, teknolojik gelişmeler, klinik temelli ve iş merkezli hasta tedavi ve bakımına yönelme gibi sebeplerle, özellikle hasta haklarından beden mahremiyeti hakkı konusunda daha fazla sorunların yaşanmasına sebep olmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde en son yayınlanan yönetmeliklerde vurgulanmasına rağmen, gerek uygulamalarda gerek araştırmalarda; sağlık hizmeti verenler ve alanlar açısından mahremiyet kavramının algılanışı ve özellikle jinekoloji ve obstetri alanında uygulamadaki sorunlar tam olarak belirgin değildir.

Yaşam süreçleri boyunca kadınlar üreme özellikleri nedeniyle; daha çok sağlık hizmetine gereksinim duymaktadırlar (99). Ülkemizde kadınların üreme sağlığı sorunu yükünün erkeklere göre 3 misli olduğu (83), ancak kadınların utanma, mahremiyet endişesi gibi sebeplerle doktora gidemedikleri, kadın ve erkeklerin biyolojik farklılıklarına yönelik üreme sağlığına ilişkin sorunlar, toplumun gelenek, kültür ve değerlerinin etkisi ile kadınların sağlık haklarından yararlanamaması ve üreme problemleri için kolay kolay sağlık bakımından faydalanamaması gibi sorunları beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu durum kadınların mortalite ve morbidite oranlarını artırmaktadır (99).

Mahremiyet kavramı ile ilgili daha önce yapılmış yurtdışı çalışmalarda bu kavram ayrıntılı incelenmiş, sağlık alanındaki profesyonellerin mahremiyet hakkına yönelik uygulama ve görüşleri araştırılmıştır. Ancak bu çalışmalarda beden mahremiyeti kavramının yeterince ayrıntılı ele alınmadığı gözlemlenmiştir. Türkiye'deki araştırmalara bakıldığında ise hastaların mahremiyet hakkının ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiği çok az araştırma olduğu görülürken, beden mahremiyeti konulu araştırmaya rastlanmamıştır.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bilgilerine İlişkin Verilerin Tartışılması

5.1.1. Sağlık hizmeti verenlerin sosyo-demografik bilgilerine ilişkin verilerin tartışılması

Araştırmamızdaki doktorlar grubunun (n:161) yaş ortalaması $41,16 \pm 9,442$ olarak bulunmuştur. Hemşire ve ebeler grubunun (n:351) yaş ortalaması ise $31,47 \pm 7,303$ olarak bulunmuştur.

Chen ve arkadaşları, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, jinekologların yaş ortalamalarının (n:20) 43,5 olduğunu, hemşirelerin yaş ortalamasının (n:25) 36,1 olduğunu belirtmiştir (18). Akyüz ameliyat olan hastalarda hemşirelik bakım uygulamalarının hasta mahremiyetine ve kişisel gizliliğe etkileri konusunda hemşirelerin ve hastaların görüşlerini incelediği tezinde, hemşirelerin %59,6'sının 20-24 yaşları arasında, büyük çoğunluğunun 29 ve daha küçük yaşlarda olduğunu belirtmiştir (2). Bu bulgular çalışmamızla farklı değerlendirilmiştir. Ocaktan ve arkadaşlarının, sağlık personellerinin hasta hakları konusundaki görüşlerini inceledikleri araştırmalarında; araştırma grubunun yaş ortalamasının $33,10 \pm 5,01$ (min:24-max:50) olduğu ifade edilmiştir (103). Lonkhuijzen doğum sırasında video kullanımını tartıştığı araştırmasında, jinekologların (n:22) yaş ortalamalarının 46, ebelerin (n:12) 47, hemşirelerin (n:65) ise 41 olduğunu ifade etmiştir (96). İzgi huzurevinde yaşlı mahremiyetini incelediği tezinde, çalışanların yaş ortalamasının $39 \pm 11,14$ olduğunu belirtmiştir (82). Çalışmamız, bu araştırmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yer alan doktorlar grubunun 83'ü (%51,6) kadın, 78'i (%48,4) erkektir. Hemşire ve ebeler grubunun 316'sı (%90,0) kadın, 35'i (%10,0) erkektir.

Piper ve arkadaşları, kadınların jinekolog tercihlerinde, doktorların cinsiyetinin önemli olup olmadığını değerlendirdikleri çalışmalarında, doktorların (n:216) 172'sinin (%80,0) erkek, 44'ünün (%19,7) kadın olduklarını belirtmiştir (115). Moettus pelvik muayenede doktorların cinsiyetinin kadınların ağrı ve utanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, araştırmasına katılan doktorların (n:167) 94'ünün kadın, 73'ünün erkek olduğunu bildirmiştir (101). Chen ve arkadaşları, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, jinekologların (n:20) %85'inin erkek, %15'inin kadın, hemşirelerin %100'ünün kadın olduğunu belirtmiştir (18). Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmalarında; araştırma grubunun %82,8'i kadın, %27,2'si erkek olduğu belirtilmiştir (103). İzgi araştırmasında çalışanların %76,92'si kadın, %23,8'i erkek olduğunu belirtmiştir (82). Mc Naughton ve arkadaşlarının hasta mahremiyeti odaklı araştırmalarında gönüllü katılımcı hekimlerin %53,0'u kadındır (102). Araştırmaya katılan doktorların cinsiyeti açısından bulgularımız literatürle uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yer alan doktorlar grubunun 45'i (%28,0) bekar, 116'sı (%72,0) evlidir. Hemşire ve ebeler grubunun 105'i (%29,9) bekar, 240'ı (%68,4) evli, 6'sı (%1,7) duludur.

Akyüz'ün çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun bekar (%87,2) olduğu ifade edilmiş olup, bu sonuçlar araştırmamızla farklı değerlendirilmiştir (2). Bunun sebebi Akyüz'ün çalışmasına katılan hemşirelerin yaş ortalamasının bizim araştırmamızdaki hemşirelerin yaş ortalamasına göre daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. İzgi'nin araştırmasında, çalışanların %7,69'u bekar, %81,73'ü evli, %10,58'i duludur (82). Araştırmamız bu belirlemelerle uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yer alan hemşire ve ebeler grubunun 68'i (%19,4) lise mezunu, 283'ü (%80,7) üniversite mezunudur.

Chen ve arkadaşlarının, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, hemşirelerin %20'sinin üniversite mezunu olduklarını belirtmiştir (18). Akyüz'ün çalışmasında, hemşirelerin %80,9'unun lisans düzeyinde eğitim aldıklarını belirtmiştir (2). Araştırmamızdaki hemşire ve ebeler grubunun eğitim durumlarına ilişkin bildirimleri literatürle uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yer alan doktorlar grubundan 67 kişi (%41,6) kendini kentli, 67 kişi (%41,6) kendini kente yakın, 21 kişi (%13,0) ara kültürde, 6 kişi (%3,7) kıra yakın kültürde hissetmektedirler. Araştırmamızda yer alan hemşire ve ebeler grubundan 107 kişi (%30,5) kendini kentli, 115 kişi (%32,8) kendini kente yakın, 116 kişi (%33,0) ara kültürde, 12 kişi (%3,4) kıra yakın kültürde hissetmektedirler.

İzgi'nin çalışmasında, huzur evi çalışanlarının (doktor, hemşire, sağlık personeli, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, bakım ve temizlik elemanı, idari personel ve müdür) %39,42'si kendini ara kültürde hissettiği belirtilmiştir (82). Kültürel aidiyeti belirlemeye yönelik bulgularımız İzgi'nin araştırma bulgularıyla benzer değerlendirilmiştir.

5.1.2. Sağlık hizmeti alanların sosyo-demografik bilgilerine ilişkin verilerin tartışılması

Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaş ortalaması $33,38 \pm 11,710$, cerrahi bilimler grubu hastalarının yaş ortalaması $41,69 \pm 13,960$, dahili bilimler grubu hastalarının yaş ortalaması $42,85 \pm 13,561$, sağlıklı kişilerin yaş ortalaması $31,70 \pm 12,124$ 'dür.

Moettus pelvik muayenede doktorların cinsiyetinin kadınların ağrı ve utanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, kadınların yaş ortalamasının 25 olduğunu ifade etmiştir (101). Howarth kadınlarla ebe ve doktorların duyarlı

iletişim kurmalarının kadınlar üzerinde etkilerini inceledikleri çalışmalarında, katılımcı kadınların 24-38 yaş arasında olduğunu belirtmişlerdir (43). Lonkhuijzen doğum sırasında video kullanımını tartıştığı araştırmasında, çalışmasına katılan postpartum dönemdeki kadınların yaş ortalamasının 34, gebelerin 36 olduğunu belirtmiştir (96). Akyüz'ün mahremiyetle ilgili çalışmasına katılan cerrahi hastalarının %24,5'inin 36-51 yaş arasında olduğunu saptamıştır (2). Erbil ve arkadaşları araştırmalarına katılan kadınların 110'unun (%45,8) 26-35 yaşları arasında olduğunu belirtmiştir (29). Araştırmamıza katılan ve sağlık hizmeti alan hastaların yaş ortalamasına ilişkin bildirimleri adı geçen araştırmaların bulguları ile benzer değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda yer alan cerrahi bilimler grubu hastalarının 435'i (%78,1) kadın, 122'si (%21,9) erkektir. Dahili bilimler grubu hastalarının 390'ı (%75,7) kadın, 125'i (%24,3) erkektir. Sağlıklı kişiler grubunun 220'si (%79,1) kadın, 58'i (%20,9) erkektir.

Akyüz çalışmasında, cerrahi hastalarının %55,8'inin kadın, %44,2'sinin erkek olduğunu belirtmiştir (2). Araştırma bulgularımız bu araştırma ile uyumlu değildir. Farkın sebebi, çalışmamızın ölçeğinin jinekoloji ve obstetriyle ilgili olması nedeniyle daha çok kadın hastanın çalışmaya katılmayı kabul edişleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 24'ü (%8,1) bekar, 265'i (%89,2) evli, 8'i (%2,7) duludur. Cerrahi bilimler grubu hastalarının 93'ü (%16,7) bekar, 429'u (%77,0) evli, 35'i (%6,3) duludur. Dahili bilimler grubu hastalarının 76'sı (%14,8) bekar, 401'i (%77,9) evli, 38'i (%7,4) duludur. Sağlıklı kişiler grubunun 120'si (%43,2) bekar, 147'si (%52,9) evli, 11'i (%4,0) duludur.

Akyüz çalışmasında, cerrahi hastalarının %71,5'inin evli, %19,6'sının bekar, %8,8'inin boşanmış olduğunu saptamıştır (2). Erbil ve arkadaşlarının jinekolojik muayenelere ilişkin çalışmalarında katılımcıların %87,5'i evli, %12,5'i

bekardır (29). Piper ve arkadaşları, kadınların jinekologların cinsiyetine göre doktor tercihlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, katılımcı kadınların 195'inin (%67,9) evli, 71'inin (%24,7) bekar, 17'sinin (%5,7) boşanmış, 4'ünün (%1,7) dul olduğunu ifade etmiştir (115). Araştırma bulgularımızın jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına ilişkin bildirimleri ismi geçen çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 10'u (%3,4) okuryazar, 121'i (%40,7) ilkokul, 46'sı (%15,5) ortaokul, 89'u (%30,0) lise, 31'i (%10,4) üniversite mezunudur. Cerrahi bilimler grubu hastalarının 51'i (%9,2) okuryazar, 258'i(%46,3) ilkokul, 63'ü (%11,3) ortaokul, 127'si (%22,8) lise, 58'i (%10,4) üniversite mezunudur. Dahili bilimler grubu hastalarının 46'sı (%8,9) okuryazar, 216'sı (%41,9) ilkokul, 65'i (%12,6) ortaokul, 119'u (%23,1) lise, 69'u (%13,4) üniversite mezunudur. Sağlıklı kişiler grubunun 8'i (%2,9) okuryazar, 58'i (%20,9) ilkokul, 30'u (%10,8) ortaokul, 119'u (%42,8) lise, 63'ü (%22,7) üniversite mezunudur.

Akyüz'ün çalışmasında, cerrahi hastalarının 50,9'unun okuryazar ve ilköğretim, %25,5'inin lise, %23,6'sının üniversite mezunu olduklarını belirtmiştir (2). Araştırma bulgularımız bu çalışma ile uyumlu değerlendirilmiştir. Erbil ve arkadaşlarının jinekolojik muayenelere ilişkin çalışmalarında gönüllü katılımcıların 94'ü (%39,2) si ilkokul, 48'i (%20,0) ortaokul, 66'sı (%27,5) lise, 32'si (%13,3) üniversite mezunudur (29). Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının ilkokul ve üniversite mezunu olmaya ilişkin bildirimleri Erbil ve arkadaşlarının sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Piper ve arkadaşları, kadınların jinekologların cinsiyetine göre doktor tercihlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, katılımcı kadınların 121'inin (%42,3) üniversite, 114'ünün (%39,7) yüksekokul, 38'inin (%13,2) kolej, 14'ünün (%4,8) ilkokul mezunu olduklarını ifade etmiştir (115). Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının ilkokul ve üniversite mezunu

olmaya ilişkin bildirimleri Piper ve arkadaşlarının sonuçları ile farklı bulunmuştur.

Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 93'ü (%31,3) kendini kentli, 58'i (%19,5) kendini kente yakın, 110'u (%37,0) kendini ara kültür, 16'sı (%5,4) kendini kıra yakın, 20'si (%6,7) kendini kırlı hissettiğini belirtmiştir. Cerrahi bilimler grubu hastalarının 143'ü (%25,7) kendini kentli, 141'i (%25,3) kendini kente yakın, 155'i (%27,8) kendini ara kültür, 79'u (%14,2) kendini kıra yakın, 39'u (%7,9) kendini kırlı hissettiğini belirtmiştir. Dahili bilimler grubu hastalarının 135'i (%26,2) kendini kentli, 126'sı (%24,5) kendini kente yakın, 155'i (%30,1) kendini ara kültür, 59'u (%11,5) kendini kıra yakın, 40'ı (%7,8) kendini kırlı hissettiğini belirtmiştir. Sağlıklı kişiler grubunun 55'i (%19,8) kendini kentli, 108'i (%38,8) kendini kente yakın, 92'si (%33,1) kendini ara kültür, 14'ü (%5,0) kendini kıra yakın, 9'u (%3,2) kendini kırlı hissettiğini belirtmişlerdir.

Erbil ve arkadaşları çalışmalarına katılan kadınların 132'sinin (%55,0) ilde yaşadıklarını belirtmiştir (29). Bayat ve arkadaşları "Türkiye'de kırdan kente göç ve sosyal ayrışma" isimli çalışmalarında, ülkemizde yüksek oranda kırdan kente göç veren illerin başlıcaları arasında, Ege Bölgesi'nde Kütahya ilinin geldiğini belirtmiştir. Bunun sonucunda, farklı kültürlerdeki insanların bir araya gelmesi ile kensel kültür ile köy kültürünün kaynaşmadığı ve sosyal sınıf ayrışmalarının ve ara kültürün ortaya çıktığı belirtilmiştir (44). Araştırmamızın hasta gruplarının ve sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine ilişkin bulguları bu çalışma ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Sosyo-Demografik Anket Formunda Yer Alan Bazı Sorulara Araştırma Gruplarının Verdiği Cevapların Tartışılması

5.2.1. Sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarının dağılımının tartışılması

Araştırmamızda sağlık hizmeti veren gruplarının mahremiyet tanımlarının dağılımı değerlendirilmiş olup, doktorlar grubunun 160'ı (%99,4), hemşire ve ebeler grubunun 342'si (%97,4), "Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?" sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Gruplar arasında mahremiyet tanımları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bulgulara göre, doktorlar grubu ile hemşire ve ebeler grubunun mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz araştırmasında, hemşirelerin mahremiyet tanımlama ifadelerinde, mahremiyeti, bireye ait özel yaşamın ve kişisel bilgilerin gizliliği, fiziksel ve sosyal gizlilik, hak ve sorumluluk ve kişisel kontrolün sürdürülmesi olarak tanımladıklarını belirtmiştir (2). Araştırma bulgularımız Akyüz'ün çalışması ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.2. Sağlık hizmeti veren gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının cinsiyetlerine göre tartışılması

Araştırmamızda doktorlar grubundan kadınların 83'ü (%51,6) erkeklerin 77'si (%47,8), Hemşire ve ebeler grubundan kadınların 310'u (%88,3) ve erkeklerin 32'si (%9,1), "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında cinsiyetleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık hizmeti verenlerin cinsiyet fark etmeksizin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

Literatürde, doktor ve hemşirelerin mahremiyet kavramı konusunda en doğruyu bilir gördükleri, hastalarının hem beden mahremiyetlerine hem de bilgi gizliliğine dikkat ettiklerini ifade ettikleri ancak uygulamada aksaklıkların

yaşandığı belirtilmektedir (82, 2). Araştırmamızın sağlık hizmeti verenlerin cinsiyet fark etmeksizin mahremiyeti alt bileşenleriyle düşünmelerine dair bulguları literatürle benzer değerlendirilmiştir.

5.2.3. Sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda doktorlar grubundan bekarların 45'i (%28,0) evlilerin 115'i (%71,4), Hemşire ve ebeler grubundan bekarların 105'i (%29,9) evlilerin 233'ü (%66,4) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin "Beden ve bilgi gizliliğidir" cevaplarının bekar ve dullara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlık hizmeti verenlerin medeni durumları da göz önüne alınarak değerlendirildiğinde yarıdan fazlasının ve özellikle evlilerin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

Literatürde, sağlık hizmeti verenlerin mahremiyeti çok bileşenli bir kavram olarak gördükleri ancak bu görüşlerin çalışanların medeni durumlarından etkilenmediği ifade edilmektedir (2, 82, 93). Çalışmamızın bulguları literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.2.4. Sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarının yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda 28-37 yaş arası doktorlar grubunun 69'u (%42,9) ve hemşire ve ebeler grubunun 152'si (%43,3) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık

hizmeti verenlerin tüm yaş gruplarında bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun genç yaş grubunda olduğunu ve mahremiyeti alt bileşenleriyle birlikte değerlendirdiklerini belirtmiştir (2). Çalışmamızın bulguları Akyüz'ün çalışması ile farklı değerlendirilmiştir.

5.2.5. Sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin mahremiyet tanımlarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda “Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?” sorusuna verilen cevapların sağlık hizmeti veren gruptaki bireylerin öğrenim düzeylerine göre değerlendirilmiş olup, doktorlar grubunun 160'ı (%99,4), hemşire ve ebeler grubunun üniversite mezunlarının 273'ü (%77,8) “Beden ve bilgi gizliliğidir” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin öğrenim düzeyleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde sağlık hizmeti sunanların eğitim düzeyi arttıkça, hastaların mahremiyetlerini her yönüyle korumalarına verdikleri önemin de arttığı bildirilmiştir (82).

5.2.6. Sağlık hizmeti alan grupların mahremiyet tanımlarının dağılımının tartışılması

Araştırmamızda sağlık hizmeti alan gruplarının mahremiyet tanımlarının dağılımı değerlendirilmiş olup, jinekoloji obstetri grubu hastalarının 225'i (%75,8), diğer hastalar grubunun 813'ü (%75,9) ve sağlıklı kişiler grubunun 227'si (%81,7) “Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?” sorusuna “Beden ve bilgi gizliliğidir” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) ve jinekoloji obstetri grubu hastaları ile sağlıklı

kişiler grubunun arasında ($p>0,05$) “Sizce bir insanın mahremiyeti nedir?” sorusuna verilen cevaplar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bulgulara göre, sağlık hizmeti alanların mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz araştırmasında, ameliyat olan hastaların mahremiyeti tanımlama ifadelerinde, mahremiyeti, bireye ait özel yaşamın ve kişisel bilgilerin gizliliği, fiziksel ve sosyal gizlilik, hak ve sorumluluk ve kişisel kontrolün sürdürülmesi olarak tanımladıklarını belirtmiştir (2). Araştırma bulgularımız Akyüz’ün çalışması ile uyumlu değerlendirilmiştir.

İzgi araştırmasında huzurevinde bakım altındaki sakinlerce, mahremiyetin, cinselliğin ötesine geçtiğini, aileyi oluşturan tüm dinamikleri kapsayacak bir örüntü oluşturmakta olduğunu, mahremiyeti “saklanması gereken şeylerin saklanması”, “mahremiyet her yerde var. Saklı, gizli demek” cümlelerinde olduğu gibi yaşama dair her şeyi gizli olması gereken durumlar olarak algılayan görüşler de bulunmakta olduğunu bildirmiştir (82). Türkiye’deki üniversitelerde öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, katılımcılardan 16’sı mahrem ve mahremiyet kavramlarından, “başkalarıyla paylaşmak istenilmeyen, kişiye ait özel alanı” anladıklarını ifade ederken; katılımcıların “kişisel olan ve başkasından sakınılması gereken şeyler” şeklinde yaptıkları tanıma “gizli olması gereken her şey” ifadesini de önemle eklemiştirler. Bu kavramları kutsal olanla ilişkilendiren 9 kişi ise, diğer soruları yanıtlarken daha çok dini değerleri göz önünde bulundurmuşlardır. Mahrem ve mahremiyet kavramlarını bir katılımcı cinsellikle ilişkilendirirken; diğer bir katılımcı ise sosyal kurallara göre toplumda konuşulmaması gereken konular ile söz mahremiyeti üzerinden bir tanımlama yapmıştır. Bunlara ilaveten iki öğrenci de bu kavramlarla ilgili çok genel tanımlar yapmışlardır. Öğrencilerin bazıları mahrem ve mahremiyet kavramını özel yaşamla, kimisi kutsal olanla, kimisi de çıplaklıkla ilişkilendirmektedir. Literatürde mahremiyet kavramının ilk inceleyen araştırmacıların kavramın özellikle fiziksel mahremiyet bölümüyle ilgilendikleri belirtilmektedir (93). Yapılan anketlere göre Batı toplumlarında mahremiyetin

içeriği, cinsellik, diğerine duyulan sevgi ve bağlantı, rüyalar veya hayaller gibi konuları da kapsamaktadır (74). Araştırmamızın bulguları bu çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.7. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının cinsiyetlerine göre tartışılması

Araştırmamızda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından kadınların 225'i (%75,8), diğer hastalar grubundan kadınların 620'si (%57,8), erkeklerin 193'ü (%18) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının cinsiyetleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık hizmeti alanların cinsiyet fark etmeksizin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların mahremiyet algılarının cinsiyetlerinden etkilenmediğini vurgulamıştır (2). Araştırmamızın hastaların cinsiyet fark etmeksizin mahremiyeti algılama durumlarının benzer olmasına dair bulguları Akyüz'ün çalışmasıyla benzer değerlendirilmiştir. İzgi'ye göre, mahremiyetin korunmasının aynı cinsler arasında daha az önemli olduğu (82), Yörükan, Pateman ve Çaha'ya göre, mahremiyetin kadınlıkla ve onun özel alanıyla değerlendirildiği, bu bakış açısında ataerkil toplum yapısının etkili olduğu ifade edilmektedir (82, 138). Araştırmamızın hastaların cinsiyet fark etmeksizin mahremiyeti algılama durumlarının benzer olmasına dair bulguları, literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.2.8. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından bekarların 16'sı (%5,4), evlilerin 202'si (%68), dulların 7'si (%2,4), sağlıklı kişilerden bekarların 106'sı (%38,1), evlilerin 116'sı (%41,7), dulların 5'i (%1,8) ve diğer hastalar grubundan bekarların 147'si (%13,7), evlilerin 617'si (%57,6), dulların 49'u (%4,6) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin "Beden ve bilgi gizliliğidir" cevaplarının bekar ve dullara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlık hizmeti alanların medeni durumları da göz önüne alınarak değerlendirildiğinde yarıdan fazlasının ve özellikle evlilerin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşündükleri anlaşılmıştır.

Yörükan "Bir ilişki düzenleme süreci olarak mahremiyet" isimli makalesinde, farklı toplumlar üzerinde mahremiyet algılarını belirlemek için yapılan çalışmalarda, toplumlarda evli olan bireylerin, bekar ve dullara göre mahremiyetlerini koruma davranışlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir (138). Araştırmamızın evli olan hastaların mahremiyeti beden ve bilgi gizliliği olarak düşünmelerine dair bulguları, Yörükan'ın ifadeleriyle benzer değerlendirilmiştir.

5.2.9. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda 18-27 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 78'i (%26,3), 38-47 yaş arası diğer hastalar grubunun 203'ü (%18,9) "Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?" Sorusuna "Beden ve bilgi gizliliğidir" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel

açından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). 28-37 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun çoğunluğu “Beden ve bilgi gizliliğidir” yanıtını diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak vermişlerdir.

Literatürde, yaş ilerledikçe, cinselliğin azalması ile fiziksel mahremiyet algısının azaldığına ancak bilgi mahremiyetinin arttığına dair bulguların yer aldığı görülmektedir (82). Araştırmamızın orta yaş grubu hastalarının, mahremiyeti alt bileşenleri ile algılamalarına dair bulgularımız literatürle benzer değerlendirilmiştir.

5.2.10. Sağlık hizmeti alan gruplardaki bireylerin mahremiyet tanımlarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından ilkökul mezunlarının 93’ü (%31,3) diğer hastalardan ilkökul mezunlarının 331’i (%30,9), “Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?” Sorusuna “Beden ve bilgi gizliliğidir” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının öğrenim düzeyleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Fark ilkökul mezunlarının lehinedir.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların çoğunluğunun mahremiyeti özel yaşamın gizliliği olarak tanımladıkları, bunun içine fiziksel boyut ve kişisel kontrolün sağlanması da girdiğini ifade etmiştir (2). Seviğ ve arkadaşları, toplumdaki bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık-hastalık ve sosyal konularındaki kavram algılarının düzeldiğini ifade etmişlerdir (120). Araştırmamıza katılan hastaların ilkökul mezunlarının mahremiyet kavramına ilişkin yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmaların değerlendirmeleri ile benzer bulunmuştur.

5.2.11. Sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının tartışılması

Araştırmamızda sağlık hizmeti veren grupların Hasta Hakları Yönetmeliğini okuma durumları, değerlendirilmiş olup, araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; doktorlar grubunun 46'sı (%28,6); Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında neler biliyorsunuz? sorusuna “Hasta Hakları Yönetmeliğini okudum ama tam incelediğimi anladığımı söyleyemem” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubunun 144'ü (%41,3) “Hasta Hakları Yönetmeliğini Biliyorum, şöyle bir göz attım” cevabını işaretlemişlerdir. Gruplar arasında hasta hakları yönetmeliğini bilme durumları yönünden ($p>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgulara göre, doktor grubu ile hemşire ve ebeler grubunun yarısına yakınının hasta hakları yönetmeliğini bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmalarında, sağlık personellerinden hasta hakları konusunda bilgisini yeterli bulanlar %63,5, sorun yaşayanlar %65,6, hastalarından, kendisi hakkında şikayet alanların oranı ise %40,8 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun, hasta hakları konusunda tutumları genellikle olumlu olarak değerlendirilmiştir. Ancak sağlık personelinin %36,5'u hasta hakları konusunda bilgisini yetersiz hissetmektedir. Hasta hakları konusunda bilgisini yeterli bulanlar %63,5'ünü oluşturmaktadır. Hasta ve hekimler açısından hasta hakları konusunda tutum genel olarak olumlu ise de, bazı haklar istenen düzeyde benimsenmemektedir (103). Araştırmamızın bulguları Ocaktan bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Akhisar yapılan başka bir çalışmada, çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda %24'ü hiç eğitim almadığını, %24'ü kendi çabasıyla bilgi edindiğini ifade ederken, %35,6'sı mesleki eğitimi sırasında aldığını belirtmiştir. Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmalarında, çalışma grubunun genel olarak hasta hakları konusuna karşı duyarlı oldukları ancak hasta hakları konusunda nitelikli

bir eğitim almadıkları görülmüştür (103). Akyüz araştırmasında hemşirelerin %34'ünün hasta hakları yönetmeliğini tam olarak okuduğunu, %6'sının ise hiç okumadığını, hastaların %35,3'ünün hasta hakları yönetmeliğinde haberdar olmadığını, %24,5'inin böyle bir yönetmelik olduğunu bildiğini fakat hiç okumadığını, %29,4'ünün ise tam olarak incelemeyi bildirmişdir (2). Teke ve arkadaşları çalışmalarında, hemşirelerin çoğunluğunun hasta hakları konusunda nitelikli bir eğitim almadıklarını bildirmişlerdir (127) Araştırma bulgularımız bu çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.12. Sağlık hizmeti veren gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının tartışılması

Araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; doktorlar grubunun 62'si (%47,0); Hasta Hakları Yönetmeliği'nin hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okudunuz mu? sorusuna “hayır hiç dikkat etmedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubunun 153'ü (%53,9) “okudum ama tam incelediğimi söyleyemem” cevabını işaretlemişlerdir. Gruplar arasında "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü okuma durumları” yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Fark doktorlar lehinedir. Bulgulara göre, sağlık hizmeti verenlerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

Ocaktan'ın çalışmasında, sağlık personeli katılımcılar tarafından hasta hakları deyince en az akla gelen haklardan birinin mahremiyetin korunması (%2,7) olduğu görülmüştür. Bu çalışmada hekimler tarafından en az benimsenen hasta hakları mahremiyetin korunmasıdır ve neden olarak da üniversite hastanelerinde eğitimin öncelikli olduğunu düşünmeleridir (103). Araştırmamızın sağlık hizmeti veren gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumlarının

değerlendirilişine dair bulguları, Ocaktan'ın çalışma sonuçları ile benzer değerlendirilmiştir.

Akyüz çalışmasında hemşirelerin sadece %48,9'unun hasta hakları yönetmeliğinin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü okuduğunu belirtmiştir (2). Araştırma bulgularımız bu çalışmanın bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Küçükoğlu ve arkadaşları çalışmalarında hemşirelik öğrencilerine sağlık çalışanlarının hasta haklarından en çok hangisine/hangilerine dikkat ettikleri sorulduğunda mahremiyete ve özel hayata saygı hakkının ilk üç sıra içinde yer aldığı bulunmuştur (90). Araştırmamızın sağlık hizmeti veren gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" Bölümünü okuma durumlarının değerlendirilişine dair bulguları, Küçükoğlu'nun çalışma sonuçları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.2.13. "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden tartışılması

Araştırmamızda doktorlar grubundan kadınların 33'ü (%25,0) erkeklerin 29'u (%22,0) "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna "Hiç incelemedim" yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan kadınların 138'i (%48,6) ve erkeklerin 15'i (%5,3) "Tam incelemedim" yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında cinsiyetleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık hizmeti verenlerden daha çok kadınların "Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü" bilmedikleri anlaşılmıştır.

Küçükoğlu ve arkadaşları çalışmalarında, araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin %94,8'inin kız olduğu bildirmişlerdir. Öğrencilerin hasta haklarını uygulama durumları incelendiğinde, %96,1'inin staj uygulamalarında hasta haklarına uygun bakım sağladıklarını belirttikleri saptanmıştır (90). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetleri yönünden incelenmesine dair bulguları, Küçükoğlu'nun bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.2.14. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin medeni durumları yönünden tartışılması

Araştırmamızda doktorlar grubundan bekarların 24'ü (%18,2) Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” İle İlgili Bölümü Okudunuz Mu?” Sorusuna “hiç incelmedim” yanıtını verirken, evlilerin 43'ü (%32,6) “tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan bekarların 43'ü (%32,6), evlilerin 109'u (%38,4) “tam incelmedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,715).

Akyüz çalışmasında, çalışmaya katılan hemşirelerin, % 87,2'sinin bekar, %12,8'inin evli olduğunu, hemşirelerin yaklaşık yarısının “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile ilgili bölümü okuduğunu belirtmiştir (2). Çalışmamızın bulguları Akyüz'ün çalışma bulguları ile benzer değerlendirilmiştir.

5.2.15. “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin yaşları yönünden tartışılması

Araştırmamızda 28-37 yaş arası; doktorlar grubunun 33’ü (%25,0) “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “hiç incelemedim” yanıtını verirken, hemşire ve ebeler grubunun 67’si (%23,6) “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Akyüz çalışmasında, hemşirelerin 19’unun (%40,4) “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile ilgili bölümü kısmen okuduğunu ve 5’inin (%10,7) hiç okumadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun genç olduğunu ifade etmiştir (2). Araştırmamızın bulguları Akyüz’ün bulguları ile benzer değerlendirilmiştir.

5.2.16. “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin Öğrenim Düzeyleri Yönünden tartışılması

Araştırmamızda doktorlar grubundan üniversite mezunlarının 62’si (%47,0) Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “Hiç incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Hemşire ve ebeler grubundan lise mezunlarının 25’i (%8,8) ve üniversite mezunlarının 128’i (%45,1) “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Sağlık hizmeti verenlerinin tamamının

öğrenim düzeyleri arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar açısından istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Akyüz çalışmasında, çalışmaya katılan 47 hemşireden, hasta hakları konusunda bir toplantıya katıldığını bildiren 10 hemşirenin; 2'sinin lise, 8'inin lisans mezunu olduğunu, bildirmiştir (2). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Hasta Haklarının Korunması ve Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti verenlerin öğrenim düzeyleri yönünden değerlendirilmesi” ne dair bulguları Akyüz'ün bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.17. Sağlık hizmeti alan grupların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının tartışılması

Araştırmamızda Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında neler biliyorsunuz? sorusuna araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan jinekoloji obstetri grubu hastalarının 148'i (%50,0), diğer hastalar grubunun 443'si (%41,6) “Hasta Hakları Yönetmeliği olduğunu biliyorum ama hiç okumadım, hakkında pek bir şey bilmiyorum” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) hasta hakları yönetmeliğini bilme durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgulara göre, hasta gruplarının hasta hakları yönetmeliğini bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

Öztürk ve arkadaşları, devlet hastanelerinde hastaların %4'ünün yazılı ve sözlü materyallerle hasta hakları konusunda bilgilendirildiğini, hastaların %13'ünün hastanedeki panoları okuyarak bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir (2). Araştırmamızın sağlık hizmeti alan grupların hasta hakları yönetmeliğini okumasına ilişkin bulguları Öztürk'ün çalışması ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.18. Sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünün okuma durumlarının tartışılması

Araştırmamızda sağlık hizmeti alan gruplarındaki bireylerin Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünün okuma durumlarının dağılımı değerlendirilmiş olup, araştırmaya katılan ve soruyu cevaplayan; jinekoloji obstetri grubu hastaların 32'si (%44,4), diğer hastalar grubunun 163'ü (%57,7) Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü "Okudum ama tam incelediğimi söyleyemem" cevabını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında ($p>0,05$) Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünün okuma durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bulgulara göre, sağlık hizmeti alanların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların sadece %10,8'inin Hasta Hakları Yönetmeliği'ni tam olarak okuyup, incelediğini belirtmiştir. Sur ve arkadaşları hastaların %34'ünün hasta haklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir (2). Araştırmamızın bulguları adı geçen çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.19. "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların cinsiyetleri yönünden tartışılması

Araştırmamızda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından kadınların 32'si (%44,4), diğer hastalar grubundan kadınların 123'ü (%43,6), erkeklerin 40'ı (%14,2) "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?" sorusuna "Tam incelemedim" yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer

hastalar grubunun tamamının cinsiyetleri arasında ($p>0,05$) ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Akyüz'ün çalışmasında ameliyat olan hastaların Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuma durumlarının cinsiyetle ilişkisine bakıldığında istatistiksel açıdan herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır (2). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların cinsiyetleri yönünden değerlendirilmesine dair bulguları, Akyüz'ün bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.2.20. “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumları yönünden tartışılması

Araştırmamızda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından bekarların 6'sı (%8,3), evlilerin 26'sı (%36,1), diğer hastalar grubundan bekarların 39'u (%13,8), evlilerin 122'si (%43,3), dulların 49'u (%4,6) “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının medeni durumları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Evlilerin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü okuma yönünden duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların hasta hakları yönetmeliğini okuma durumları ile hastaların medeni durumlarının ilişkisini incelemiş, istatistiksel açıdan bir fark bulmamıştır (2). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi”

ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların medeni durumları yönünden incelenmesine dair bulguları, Akyüz’ün bulguları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.2.21. “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşları yönünden tartışılması

Araştırmamızda 18-27 yaş arası Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının 17’si (%23,6), sağlıklı kişiler grubunun 40’ı (%39,6) ve 38-47 yaş arası diğer hastaların 64’ü (%22,7) “Hasta Hakları Yönetmeliği’ nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının yaşları arasında ilişkili soruya verilen yanıtlar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). 28-37 yaş arası Jinekoloji ve obstetri hastaları ile diğer hastaların çoğunluğu “Tam incelemedim” yanıtını diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olarak vermişlerdir.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okuma durumları ile hastaların yaşlarının ilişkisini incelemiş, istatistiksel açıdan bir fark bulmamıştır (2). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların yaşları yönünden incelenmesine dair bulgularımız Akyüz’ün çalışma bulguları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.2.22. “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeyleri yönünden tartışılması

Araştırmamızda, jinekoloji ve obstetri grubu hastalardan lise mezunlarının 16’sı (%22,2), diğer hastalar grubundan lise mezunlarının 59’u (%20,9) “Hasta Hakları Yönetmeliği’ Nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna “Tam incelemedim” yanıtını vermişlerdir. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamının öğrenim düzeyleri arasında ($p<0,05$) ilişkili soruya verilen cevaplar yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Lise mezunlarının “Hasta Hakları Yönetmeliği’ Nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü”nü okuma konusunda diğer mezunlara göre daha duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okumayan hastaların çoğunluğunun okuryazar ya da ilköğretim mezunu olduklarını bildirmiştir (2). Araştırmamızın “Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi” ile ilgili bölümü okudunuz mu?” sorusuna verilen yanıtların sağlık hizmeti alanların öğrenim düzeyleri yönünden değerlendirilmesi” ne dair bulguları, Akyüz’ün bulguları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Tartışılması

5.3.1. Jinekoloji Ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin boyutlarındaki maddelere verilen en düşük ve en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının tartışılması

Araştırmamızda, jinekoloji ve obstetride beden mahremiyetine yönelik etik tutum ve davranışları belirlemek için hazırlanan, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alfa Değeri 0,84 olarak tespit edilmiştir. Ölçekte bulunan 37 madde, “Genel Mahremiyet”, “Haklar ve Mahremiyet”, “ Etik ve Mahremiyet” ve “Klinik Mahremiyet” olmak üzere dört boyutta toplanarak değerlendirilmiştir. Boyutlardaki ifadelerin tamamı olumlu olup, her bir maddeye verilen cevaplar 1-5 arasında puanlanarak toplanmış ve daha sonra her bir madde için ortalama değerler hesaplanmıştır. Ölçeğin genelinde Madde 21: “Hastane idaresi mahremiyet hakkını korumaya yönelik tedbirleri almalıdır” ve madde 24:“Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır” 4,5966 puan ortalamasıyla en yüksek değere sahip oldukları görülmüştür. Madde 5:” Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir” in ise 3,8115 puan ortalamasıyla en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır.

İzgi çalışmasında, huzurevinde çalışan personelin hasta mahremiyetinin korunmasından yana olduklarını, mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiğine inandıklarını ifade etmiştir. Aynı çalışmada huzurevi çalışanlarının mahremiyetin değişebilirliğine zayıf derecede inanmakta oldukları ve kararsızlık düzeylerinin mevcut olduğunu belirtmiştir. Akyüz çalışmasında, mahremiyeti koruyucu hemşirelik uygulamaları ve davranışlarının gerçekleşme durumu konusunda, hemşirelik bakım uygulamalarında fiziksel mahremiyetin sağlanması ve korunmasından hastaların çoğunun memnun olduğunu belirtmiştir (82). Araştırmamızın bulguları adı geçen araştırmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

5.3.2. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarına verilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalamaları ve standart sapmalarının tartışılması

Araştırmamızda, ölçeğin maddelerine ilişkin, “Klinik Mahremiyet Boyutu”nun 4,47 puan ortalaması ile en yüksek değere sahip olduğu, “Genel

Mahremiyet Boyutu”nun 4,07 puan ortalaması ile en düşük değere sahip olduğu saptanmıştır. “Haklar ve Mahremiyet Boyutu” puan ortalaması 4,36, “Etik ve Mahremiyet Boyutu” puan ortalaması 4,27 olarak saptanmıştır. Standart sapma 0,650 ve 0,464 arasında değişmektedir.

Katılımcıların klinik mahremiyet alt boyutuna çok önem verdikleri anlaşılmaktadır. Katılımcıların genel mahremiyet, haklar ve mahremiyet, etik ve mahremiyet ve klinik mahremiyet konularında, duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarının cronbach's alpha değerleri sırasıyla; Genel Mahremiyet Alt Boyutu 0,850, Haklar ve Mahremiyet Alt Boyutu 0,710, Etik ve Mahremiyet Alt Boyutu 0,625 ve Klinik Mahremiyet Alt Boyutu 0,922'dir.

İzgi çalışmasında, etik açıdan yaşlı mahremiyeti ile ilgili geliştirdiği ölçekte, mahremiyetin çok bileşenliliği, mahremiyetin uygulamada zedelenmemesi gerektiği, mahremiyetin değişebilirliği ve mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiği şeklinde isimlendirdiği dört faktör ortaya koymuştur. Bulgularına göre, huzurevinde çalışan personelin mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiğine diğer tutum ögelerine göre daha fazla inanmakta olduklarını belirtmiştir. Çalışanların mahremiyeti çok bileşenli bir kavram olarak görmediklerini, mahremiyetin uygulamada zedelenmemesi gerektiği konusunda kararsız kaldıklarını ve mahremiyetin değişebilirliğine zayıf derecede inandıklarını belirtmiştir. Schopp ve arkadaşlarının çalışmasında huzurevinde kalanların mahremiyetlerinin zedelenmesinin en çok kişisel temizlik işlerinde olduğu belirtilmiştir (82). Akyüz çalışmasında, uygulamalarda mahremiyetin korunmasına ilişkin konularda hastaların ve hemşirelerin çoğunun olumlu görüş bildirdiğini ifade etmiştir (2).

Chen ve arkadaşları, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, jinekologların bir kısmının pelvik muayenede hastalara karşı duyarlı olmadıkları, mahremiyetlerine ve onların

anksiyetelerine dikkat etmede yetersiz olduklarını belirtmiştir (18). Leino-Kilpi'ye göre kadın doğum üniteleri kadınların aileleri ve yeni doğan çocukları ile birlikte yoğun ilişkiler yaşadığı hastane bölümleridir (94). Bu yüzden bu ünitelerde kadınların mahremiyetlerinin korunması daha da önemlidir. Yurtdışında yapılan kadın doğum ünitelerinde ve ebelik ve hemşirelik bakımını konu alan araştırmalarda mahremiyet konusunda marjinal bulgular ortaya çıktığı ve kadın merkezli bakımda bakım ortamının mahremiyet üzerinde etkili olduğunu vurgulamıştır. Barclay, Niemi, Emerson, Edwards'ın yaptıkları çeşitli araştırmalarda, jinekolojik muayenenin mahremiyetin sağlandığı bir odada, kadınların giyimsiz ancak mahremiyetleri korunur şekilde yapılması gerektiğini, hastaların başarılı bir genital muayene için hasta gerçeklerinin anlaşılması gerektiğini istediklerini vurgulamışlardır. Ayrıca hamilelik sırasında uygulanan girişimlerde ve kadınların bebeklerini emzirdiği süreçlerde de mahremiyetlerinin ihlali konusunda risk altında oldukları belirtilmiştir. Kruse yaptığı araştırmada fetal moniterizasyon sırasında da kadınlar için mahremiyetin önemli olduğunu vurgulamıştır. Leino- Kilpi yaptığı araştırmada; kadınların, emzirme, ilaç uygulamaları, kişisel hijyenlerinin sağlanması, yatakta bakım ve tuvalet kullanmaları süreçlerinde beş Avrupa ülkesini karşılaştırmış, Yunan, İspanyol anneleri Finlandiyalı, Alman ve İskoçyalı annelere göre, hemşireler tarafından mahremiyetlerinin sürdürülmesi konusunda daha düşük puan almışlardır. Yani mahremiyet gereksinimlerine daha az cevap verildiğini belirtmişlerdir (93). Araştırmamızın bulguları adı geçen araştırmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

5.3.3. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'nun tartışılması

İzgi çalışmasında, etik açıdan yaşlı mahremiyeti ile ilgili geliştirdiği ölçekte, mahremiyetin çok bileşenliliği faktöründe yer alan on iki maddeden oluşan ifadeler içindeki; “gizlilik mahremiyetin unsurlarındandır”, “geleneklere duyduğum saygı nedeniyle mahremiyetimi önemserim” ve mahremiyetin

değişebilirliği faktöründe yer alan altı maddeden oluşan ifadelerin içindeki, “mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm”, “benim mahremiyet olarak algıladıklarımla başkalarının mahremiyet olarak algıladıkları arasında fark vardır”, “mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir”, “mahremiyet kavramı toplumda zaman içinde değişebilir”, “mahremiyet birden çok unsuru olan bir kavramdır” maddeleri bizim ölçeğimizdeki genel mahremiyet boyutunda yer alan ifadelerle benzerlik göstermektedir. İzgi mahremiyetin çok bileşenliliği faktöründeki maddelerin yük değerlerini 0,665-0,361, bu faktörün öz değerini 5,054 ve mahremiyetin değişebilirliği faktöründeki maddelerin yük değerlerini 0,864-0,416, bu faktörün öz değerini 1,984 olarak saptamıştır (82). Araştırmamızın Genel Mahremiyet Boyutu’na ilişkin bulguları İzgi’nin bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Akyüz çalışmasında, mahremiyeti kültürden kültüre farklı algılama ve duyumsamaların etkili olduğu bir kavram olarak tanımlamış, mahremiyet konusunda farklı tanımlamalar yapıldığını belirtmiştir (2). Corbella da bireyin mahremiyete ilişkin algılamalarının, koruyucu davranışlarını ve gösterilen saygıya ilişkin değerlendirmelerini etkileyebileceğini, hastaların ve sağlık hizmeti sunanların sosyalizasyon süreçlerinin farklı olduğunu ve mahremiyete gösterilen saygıya ilişkin değerlendirmelerinde farklılık görülebileceğini belirtmiştir (2). Araştırmamızın Genel Mahremiyet Boyutu’na ilişkin bulguları adı geçen çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

5.3.4. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Haklar ve Mahremiyet Boyutu’nun tartışılması

İzgi’nin ölçeğinde yer alan “mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir ve “mahremiyet hukuken korunma altında olmalıdır” maddeleri ölçeğinde ortaya koyduğu dört faktörün (mahremiyetin çok bileşenliliği, mahremiyetin uygulamada zedelenmemesi, mahremiyetin değişebilirliği, mahremiyetin ihmal edilmemesi) dışında bırakılmıştır (82). Araştırmamızın haklar

ve mahremiyet boyutuna ilişkin bulguları İzgi'nin çalışmasıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.5. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik ve Mahremiyet Boyutu'nun tartışılması

İzgi çalışmasında etik açıdan yaşlı mahremiyeti ile ilgili geliştirdiği ölçekte, araştırmamızda geliştirdiğimiz Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda yer alan ifadelere benzer bir ifade bulunmamaktadır (82). Etik boyutunun değerlendirilmesine ilişkin bulgularımız adı geçen araştırmadan farklı bulunmuştur.

5.3.6. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nun tartışılması

İzgi çalışmasında, etik açıdan yaşlı mahremiyeti ile ilgili geliştirdiği ölçekte, özdeğeri 5,054 olarak saptanan, mahremiyetin değişebilirliği faktöründe yer alan; “kadınlarda mahremiyete erkeklerden daha fazla özen gösterilmelidir”, “kadınlar mahremiyete erkeklerden daha çok önem verirler” ile öz değeri; 3,988 olarak saptanan mahremiyetin uygulamalarda zedelenmemesi gerektiği faktöründe yer alan “yaşlının kişisel vücut temizliği yapılırken oda arkadaşı dışarı çıkarılmalıdır”, “aynı cinsiyetten huzurevi sakinlerinin toplu banyo yaptırılması mahremiyeti zedelemes” ve faktör dışı bırakılan; “yaşlının tedavisi sırasında mahremiyeti zedelenebilir”, “bakım verdiğim hastanın farklı cinsiyetten olması beni rahatsız etmez”, “bakım hizmetleri sırasında mahremiyetin ikincil duruma düşmesi beni rahatsız etmez”, “tedavi mahremiyetin zedelenebilmesi için hiçbir zaman gerekçe olamaz”, “bakım verirken yaşlının tek başına olmasına özen gösteririm” ifadeleri sağlık hizmeti sunumunda mahremiyetin korunması ile ilgili maddeler olarak yer almıştır (82). Araştırmamızın klinik mahremiyet boyutunda yer alan madde 2; “hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir”, madde 6; “tedavi ve

bakım hiçbir zaman mahremiyetin zedelenebilmesi için gerekçe olamaz”, madde 7; “kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler”, madde 11; “bakım verilen hastanın farklı cinsiyetten olması çalışanı rahatsız etmemelidir” ifadeleri İzgi’nin çalışmasındaki ifadelerle benzerlik göstermektedir.

5.3.7. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti veren araştırma gruplarına göre dağılımının tartişılması

Araştırmamızda leğin Klinik Mahremiyet Boyutu’ndan ve Genel Mahremiyet boyutundan; doktorlar grubunun hemşire ve ebeler grubuna göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür.

Bir çalışmada asistan doktorların %75,3’ünün, intörnlerin %61,4’ünün “mahremiyete saygı gösterme” konusunda olumlu yaklaşım gösterdikleri ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmış, hizmeti sunan/sunacak olan doktorların bazılarının konu hakkındaki duyarlılıklarının az olduğu, muayene sırasında hastaları bir materyal gibi gördükleri sonucuna varılmıştır (130). Teke ve Uçar araştırmalarında, hekimler tarafından en az benimsenen hasta hakkının hasta mahremiyetinin korunması olduğu belirtilmiştir (127). Literatürde hemşirelerin iş merkezli bakıma daha çok önem verdikleri, hastaların mahremiyet duygu ve düşünceleriyle çok ilgilenmedikleri belirtilmiştir (2, 35). Araştırma verilerimiz bu çalışmalarla benzer bulunmamıştır.

Bir çalışmada genel olarak hekimlerin tıbbi etik kurallara saygılı hareket ettiği ortaya çıkmıştır (82). Araştırmamızın bulguları bu çalışmanın bulguları ile bu nedenle benzer değerlendirilmiştir.

5.3.8. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin boyutlarına ait puan ortalamalarının sağlık hizmeti alan araştırma gruplarına göre dağılımının tartışılması

Araştırmamızda diğer boyutlar yönünden sağlık hizmeti alan araştırma grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmazken, genel mahremiyet boyutu ($p<0,05$) puan ortalamaları yönünden araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Genel Mahremiyet Boyutu'ndan cerrahi bilimler grubu hastalarının en yüksek puan aldıkları ($4,1510\pm0,65762$), sağlıklı kişiler grubunun en düşük puan aldığı ($3,9992\pm0,57777$) saptanmıştır. Cerrahi bilimler grubu hastaları ile jinekoloji obstetri grubu hastaları ($p<0,05$), cerrahi bilimler grubu hastaları ile sağlıklı kişiler grubu hastaları ($p<0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu, bu farklılığın nedeninin ise; cerrahi bilimler grubu hastalarının ölçeğin Genel Mahremiyet Boyutu'na ilişkin diğer gruplara göre yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu guruptaki hastaların yüksek duyarlılıklarının nedeni olarak, tedavi ve bakım hizmetlerine daha yoğun gereksinim duymalarından, bağımlılıklarının yüksek olmasından ve ameliyat nedeniyle daha fazla mahremiyet ihlaline ilişkin deneyim geçirmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Akyüz araştırmasında, cerrahi grubu hastalarının mahremiyet tanımlarını incelemiş, mahremiyet algılarının, fiziksel gizlilik, bilgi gizliliği, kişisel kontrolün sürdürülmesi, özel yaşamın gizliliği, psiko-sosyal gizlilik, hak ve sorumluluk öğelerini içerdiğini ve mahremiyet algılarının yüksek olduğunu belirtmiştir (2). Araştırmamızın cerrahi bilimler grubu hastalarının genel mahremiyete ilişkin yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Pekin deklarasyonu ve eylem platformuna göre, diğer sağlık problemleri ile üreme sağlığı hizmetleri uygulamalarının farklı olması hasta özellikleri ve beklentilerinin farklı oluşu ile ilişkilendirilmektedir. Araştırmamızın bulguları

deklerasyonun “Kadınlara yönelik sağlık bakımının kalitesi, yerel koşullara bağlı olarak genellikle pek çok açıdan farklılık gösterir. Çoğu kez kadınlara saygıyla davranılmadığı gibi ne gizlilik ve mahremiyet garantileri vardır ne de yararlanabilecekleri hizmet ve imkanlar konusunda tam bilgi alabilirler. Dahası bazı ülkelerde, kadının hayatına yönelik aşırı tıbbi ilgi vakaları yaygındır ve bunlar gereksiz cerrahi müdahalelere ve uygun olmayan tedavilere yol açmaktadır.” ve “Kadınların özel ihtiyaçlarına cevap verecek, kadınların yaş, sosyo ekonomik durum, kültür ve diğer unsurlardan kaynaklanan farklı ihtiyaçlarını ele alacak, sağlık-bakım hizmetleri sunmak gerekir” ifadeleriyle benzerlik göstermektedir (76).

İzgi çalışmasında, huzurevi sakinlerinin mahremiyeti farklı şekillerde tanımladıklarını, mahremiyete ilişkin; cinsel gizlilik, özel yaşamın gizliliği, mahremiyetin değişebilir olduğu, mahremiyetin dinden etkilendiğine ilişkin algılamalar bulmuştur. Schopp ve arkadaşlarının beş Avrupa ülkesinde yaptıkları araştırmada, yaşlıların mahremiyet algılarının ülkelere göre değiştiği, bağımlılık arttıkça mahremiyet algısının azaldığı belirtilmiştir (82). Araştırmamızın cerrahi bilimler grubu hastalarının genel mahremiyete ilişkin yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmaların bulguları ile farklılık göstermektedir.

5.3.9. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Genel Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması

Genel Mahremiyet Boyutu’ndaki “Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler”, “Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir” ifadeleri boyutta en yüksek puan değerine sahiptir. Bu puanlamadan, katılımcıların mahremiyet tutum ve davranışlarında toplumla ilişki faktörüne büyük önem verdikleri anlaşılmaktadır. Yine bu boyut puanlarına göre katılımcılar mahremiyetin korunmasında fiziki mekanın önemini vurgulamışlardır.

Çocuk Esirgeme Kurumlarının değerlendirilmesinde "Çok Aşamalı Çevresel Değerlendirme Ölçeği" olarak anılan bir ölçek ortaya konmuştur. Sonuçta, mimari çevrenin özelliklerinin bireylerin mahremiyet ortamlarının oluşturulmasında ne kadar önemli olduğu belirlenmiştir (53). Farklı toplumlar üzerinde yapılan çalışmalar özellikle hastalar için mahremiyetin çok önemli olduğunu ve ayrıca yaşanılan çevrenin farklı niteliklerinin mahremiyetin gelişimine ve korunmasına yardımcı veya engel durum oluşturduğunu göstermiştir (82). Araştırma bulgularımız bu çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir. Ülkemiz imzalamış olduğu insan haklarına dayalı tüm uluslararası anlaşmalarla kadın hakları, üreme hakkı yasal güvenceye alınmıştır.

Ayrıca araştırmamızda bu boyutta yer alan "Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir" ifadesine tüm katılımcıların 352'sinin (%16,5) "kararsızım" yanıtını vermeleri, mahremiyet kavramını tam netleştiremediklerini düşündürmektedir. İzgi çalışmasında huzurevi sakinlerince mahrem kelimesinden anlaşılanın "gizlilik", "aile mahremiyeti", "cinselliğin gizliliği" olarak algılandığını belirtmiştir. Mahremiyet özel yaşamın gizliliği şeklinde de yer almakta olup cinselliğin ötesine geçmektedir. Ancak bu cinselliğin ötesine geçiş cinsellikten bağımsız olmayıp kaynağını yine cinsellikten alan bir saklama olgusu ile başlayıp 'ben' olgusu ile bütünleşerek aileyi oluşturan tüm dinamikleri kapsayacak bir örüntü oluşturmaktadır. Mahremiyeti "saklanması gereken şeylerin saklanması", "mahremiyet her yerde var. Saklı, gizli demek" cümlelerinde olduğu gibi yaşama dair her şeyi gizli olması gereken durumlar olarak algılayan görüşler de bulunmaktadır. Burada bir nesnellik mevcuttur ve kişinin gizlemesi gerektiğini düşündüğü her şey onun için mahremdir. Bu durum mahremiyeti oluşturan "gizlenmesi gereken öge" kavramının nesnelleşmesi ile açıklanabilir şekilde ifade etmiştir (82). Akyüz çalışmasında hasta ve hemşirelerin çoğunluğunun mahremiyeti özel yaşamın gizliliği, hak ve sorumluluk ve kişisel kontrolün sürdürülmesi öğelerini içerdiğini belirtmiştir (2). Wolfe ve Laufer, 4 ile 19 yaş arasında bulunan çocuklar ile delikanlı kız ve erkeklere sorduğu sorular sonucunda, mahremiyetin 39 farklı anlamda kullanılmakta olduğunu tespit etmiştir. Katılımcıların her birinin verdiği farklı

cevapların, aynı, çakışan ve farklı tepkiler olarak bir gruptandırmaya tâbi tutulması, “haber haber/bilgiye ulaşmayı kontrol etme”, “yalnız olma”, “insanın (benin) hiç kimse tarafından rahatsız edilmemesi” ve “mekânlara nüfuz etmeyi kontrol etme” kategorileri altında toplanabileceğini ortaya koymuştur. Golan ve Justa, işyeri çevrelerinde çalışmakta olan orta seviyede yöneticilere benzer bir soru yönelterek mahremiyetten ne anladıklarını tespitte çalışmıştır. Onların cevapları da “kesintiye uğramadan çalışma”, “haber/bilgiye ulaşmayı kontrol etme”, “istenilen şeyi yapmakta serbest olma”, “mekâna nüfuz etmeyi kontrol etme” şeklinde olmuştur. Wolfe ve Golan’ın çalışmasında, 13-14 yaşları arasındaki psikiyatri hastalarının cevapları ise, yalnız olmayı işaret edecek şekilde “soyunma”, “tuvaleti-duşu kullanma” ve “haber/bilgiye nüfuz etmeyi kontrol etme” şeklinde olduğu görülmüştür (138). Yapılan anketlere göre Batı toplumlarında mahremiyetin içeriği, cinsellik, diğerine duyulan sevgi ve bağlantı, rüyalar veya hayaller gibi konuları kapsamaktadır. Bir başkasıyla bu tür konuları paylaşma, onunla mahrem, özel ilişki kurma anlamına gelmektedir (74). Burden’ in belirttiğine göre; ebelik ve hemşirelik alanında mahremiyet kavramının parametreleri yeterince ayırtıramamıştır. Barron araştırmasında, hemşirelerin perspektifinden mahremiyetin tanımlanması gerektiğini önermiştir. Yine bu araştırma sonucunda hastaların, hasta isteklerine, kişisel alanlarına ve kendilerine ait herşeye başkalarının ulaşımı konusunda kendilerine saygı gösterilmesini istemekte oldukları görülmüştür (16). Araştırma bulgularımız adı geçen çalışmalar ile mahremiyet kavramının netleştirilememesi açısından uyumlu bulunmuştur.

Araştırma bulgularımıza göre, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği’nin Genel Mahremiyet Boyutu’ndaki dokuz maddeye de katılımcıların çoğunluğunun katılıyor ve tamamen katılıyor olması bu konuda duyarlılıklarını göstermektedir. İzgi, Akyüz, Schopp, Lemondio-Kilpi ve Burden’in mahremiyete ilişkin çeşitli çalışmalarında da katılımcıların mahremiyet algılarının çeşitlilik gösterdiği ve bu konuda duyarlı oldukları belirtilmiştir (2, 16, 95, 82). Araştırmamızın Genel Mahremiyet Boyutu’na ilişkin bulguları bu çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda, “4. Mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir.” ve “6. Mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm.” ifadelerine tüm katılımcıların duyarlı oldukları görülmüştür. Mahremiyete verilen değer ve mahremiyetin kişilere olan etkisinin kültürlere göre değiştiği farklı şekillerde ifade edilmiştir (2, 13, 82). İzgi’nin araştırmasında, mahremiyetin bölgesel olarak değişmeyeceğine ilişkin, nadir görüşler bulunmaktadır (82). Araştırma bulgularımız mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik göstermesi bakımından literatürle benzer değerlendirilmiştir.

5.3.10. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Haklar ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması

Haklar ve Mahremiyet Boyutundaki maddelerden sırasıyla “Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir.”, “Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkının vermez” ve “Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir” ifadelerinin tüm katılımcıların katılıyor oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu tüm katılımcıların mahremiyetin bir hak olduğuna dair yüksek duyarlılıklarını ve mahremiyetin ölüm durumunda da sürdürülmesi gerektiğinde de hemfikir olduklarının göstermektedir. Ayrıca bu boyuttaki maddelere tüm katılımcıların katılıyor olmaları bu konuda duyarlı olduklarını göstermektedir.

İzgi araştırmasında, mahremiyetin özel yaşamın gizliliği şeklinde de yer almakta olduğunu, yaşama dair herşeyi gizli olması gereken durumlar olarak algılayan görüşler de bulunmakta olduğunu belirtmiştir (82). Akyüz çalışmasında hastaların %34,3’ünün ve hemşirelerin %40,4’ünün mahremiyeti hak ve sorumluluk olarak tanımladıklarını belirtmiştir (2). Araştırmamızın Haklar Ve Mahremiyet Boyutu’na ilişkin bulguları, bu çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Literatürde, ölüm olayının mahremiyetin bozulma hakkını vermeyeceği belirtilmiştir (8, 30, 23, 119). Araştırmamızın bu konuya ilişkin bulguları, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

5.3.11. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Etik ve Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması

Etik ve Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelerden sırasıyla "Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır.", "Mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz", "Mahremiyet konusunda kabul görececek etik değerler geliştirmek gerekir.", "Mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar." ifadelerinin yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir.

İzgi'ye göre, sağlık hizmetlerinde öteki ile kurulan ilişki nedeniyle mahremiyet önemle ele alınması gerekir. Bu sadece kişisel duyarlılıklara, iyi niyete bakılmadan, etik duyarlılığın geliştirilmesiyle olur. Bunun için etik eğitimi gereklidir sonucuna varmıştır. Spafford çalışmasında ve Salvaggio çalışmalarında kanun koymanın bireylerin mahremiyetlerini yeterince koruyamayacağını belirtmişlerdir. Bu durum etik değerler geliştirmenin ne kadar önemli olduğunu da göstermektedir (82). Akyüz de çalışmasında bireylerin mahremiyetlerini korumaya duyarlı bir yaklaşım geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (2). Araştırmalar hastaların büyük çoğunluğunun sağlık personelleriyle olan ilişkilerinden memnun olmadıklarını göstermektedir. Hemşirelerin ve doktorların çoğunun kullandığı bazı iletilerin hastayla iletişimi engellediği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çoğu hastayla ilişkileri geliştirecek yeni ve etkili yollardan haberdar değillerdir. Hastaların çoğunda, hastalıkları sırasında meydana gelen duygularla baş edecek güçleri ve deneyimleri yoktur. Çeşitli araştırmalarda, sağlık çalışanları ile etkili iletişim kuran hastaların, tedaviden memnun kaldıklarını, tedaviye uymaya daha istekli oldukları saptanmıştır (35). Araştırmamızın katılımcılarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'na verdiği cevaplara ilişkin bulguları yukarıdaki çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.12. Tüm katılımcıların Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Klinik Mahremiyet Boyutu maddelerine verdiği cevapların tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği'nin Klinik Mahremiyet Boyutu'nda, sırasıyla, tüm katılımcıların tamamına yakınının “ hastanede hasta taşınırken mahremiyeti ihmal edilmemelidir”, “hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir”, “hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır”, “kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler”, “kadınlar doğum esnasında kimlerin yanlarında olacağını bilmelidir” ve “sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yükümlüdür” ifadelerine katılıyorum ve tamamen katılıyorum yanıtını vermeleri, bu konularda duyarlı olduklarını göstermektedir.

Araştırmamızdaki tüm katılımcıların Klinik Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelere verdikleri, sadece “tamamen katılıyorum” cevaplarına ilişkin bulgular incelendiğinde sırasıyla, “Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır.”, “Anneler için hastanelerde mahremiyeti korunacak şekilde emzirme ortamları oluşturulmalıdır”, “Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır”, “Jinekolojik muayene ve doğumda bedenin hiçbir bölümü gereksiz yere açılmamalıdır” ifadelerine tüm katılımcıların çoğunluğunun yüksek sayıda “evet” yanıtını verdikleri görülmektedir.

Beş Avrupa ülkesinde doğum sonrası klinikte mahremiyetin değerlendirilmesine ilişkin yapılan bir araştırmada; kadınların, mahremiyetlerinin korunması konusunda sorunlar (Yunan ve İspanyol annelerinin, Finlandiya, Alman ve İskoçyalı annelere göre kadın doğum kliniklerinde mahremiyetlerinin sürdürülmesinin daha kötü durumda olduğu, Finlandiya annelerinin, bebek emzirmesi ve lavman gibi uygulamalar sırasındaki fiziksel mahremiyetlerinin sürdürülmesinden yüksek puan aldıkları, İskoçyalı annelerin başkalarının önünde giyinme, banyo yapma ve tuvalet ihtiyaçlarını karşılarken mahremiyetlerinin sürdürülmesinden memnun oldukları ancak Yunan annelerinin fiziksel

mahremiyet puanlarının düşük olduğu, fiziksel mahremiyetlerinin sürdürülmesinden çok memnun olmadıkları) yaşadıkları belirtilmiştir (94). Araştırmamızda tüm katılımcıların Klinik Mahremiyet Boyutu'na ilişkin yüksek duyarlılıkları bu çalışma ile uyumlu değerlendirilmiştir.

İzgi'nin araştırmasında mahremiyetin vücudun gözükmemesi ile eş anlamlı kabul edildiğine ilişkin görüşler de bulunmaktadır (82). Duerr, vücudun gözükmemesi temelli bir mahremiyet algısını kültürlerin en ayırt edici özelliklerinden biri olarak görmektedir (26). Araştırmamızda tüm katılımcıların Klinik Mahremiyet Boyutu'nda yer alan beden mahremiyetine ilişkin yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmaların değerlendirmeleri ile uyumlu bulunmuştur.

Moettus ve arkadaşları, pelvik muayenede doktorların cinsiyetinin kadınların ağrı ve utanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmalarında, kadın acil servisinde pelvik muayene olan kadınların, özellikle erkek doktorlara muayene olurken çok utanma hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir (101).

Araştırmamızda, "Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir" ve "Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır" ifadelerine katılımcıların duyarlı oldukları görülmüştür. Hastaneler, hastaların istedikleri zaman yalnız kalabilecekleri alanların gerekliliğini de dikkate alacak şekilde yapılandırılmalıdır. Erbil ve arkadaşları çalışmalarında; jinekolojik muayene esnasında kadınların %37,5'i doktordan başka kimseyi yanında istemezken, %37,1'i eşinin olmasını istemiştir (29). Fiddes araştırmasında ve Larsen araştırmasında; kadınların, jinekolojik muayene sırasında utanma hissini artırdığı için yanlarında doktordan başka kimsenin olmamasını istemişlerdir (32, 91). Araştırma bulgularımız bu çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

30.11.2012 tarihinde güncellenen mevcut ve yeni yapılacak sağlık tesislerinde uyulması gereken, asgari teknik standartlara göre, poliklinik odalarında ve kan alma gibi birden çok hasta yatağının mevcut bulunduğu mahallerde yatak çevresinde tavana alüminyum ray sistemi üzerine kornişler

monte edilecek ve perde ile yatakların mahremiyeti sağlanacaktır (49). Araştırma bulgularımız bu ifadeler ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Lonkhuijzen doğum sırasında video kullanımını tartıştığı araştırmasında, çalışmasına katılan jinekologların, ebe ve hemşirelerin ve kadınların klinikte video kullanımının hasta mahremiyetini zedelediğine dair görüşler belirttiklerini vurgulamıştır. Hasta izleminin etik ve yasal yönlerinin tartışılıp, bu konunun aydınlatılması gerektiğini önermiştir (96). Araştırma bulgularımız bu çalışmanın bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Piper ve arkadaşları, çalışmalarında, kadınların jinekologlarında profesyonellik ve nezaket istediklerini, doktorun cinsiyetinin çok da önemli olmadığını belirtmiştir (115). Howarth ve arkadaşları, kadınlarla ebe ve doktorların duyarlı iletişim kurmalarının kadınlar üzerinde etkilerini inceledikleri çalışmalarında, doktorlarla ebelerin kadınlarla duyarlı iletişim kurmalarını kadınların anksiyetesini azalttığını ve kadınların kendilerini doğum sırasında rahat hissettiklerini belirtmişlerdir (43). Araştırma bulgularımız bu çalışmanın bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

İzgi'nin çalışmasındaki bulgular da bu durumu destekler niteliktedir. Schopp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kurumsal bakım içinde kamusal alanda yaşayan kişilerin özel alan oluşturması sorun olarak algılanmakta ve özel alanların gizliliğinin korunmasının gerekliliği ortak düşünce olarak ifade edilmektedirler. Ancak özel alanın neresi olduğu konusunda bir ortaklaşma mevcut değildir ve özel alanın tanımlanması ve kullanımı kültürel çeşitliliğe göre değişim gösterir. Özel alanı oluşturan en güçlü yerler olarak bireylerin odaları, dolapları, bu konularla mahremiyet arasındaki ilişki sorgulanmaya çalışılmıştır. İzgi'nin çalışmasında da odalara izinsiz girilmesi konusu, örtünme ve cinsellikle bağlantılı olarak değerlendirilerek mahremiyet ile ilişkilendirilmiştir. Schopp ve arkadaşlarına göre, hastanelerde hastalar için kişisel alan genellikle odalarıdır ki, bu alan aynı zamanda sağlık çalışanının da çalışma alanıdır. Bu özel alan için yabancı olan sağlık çalışanı, kişinin kendi özel alanını kontrol etme olanağını

sağlamalı ve bu nedenle odaya girerken izin istemeli, uygulamalarını açıklamalıdır. İnam, özel yaşam kavramını evin ötesine taşımış ‘sınırlı sayıdaki kişi ile duvarların ardında yaşanan yaşam olarak’ tanımlamıştır (82). Türkiye’de yapılan bir araştırmada hastanede koğuştta kalan hastaların özel odada kalan hastalara oranla doktor hizmetleri, hemşire hizmetleri ve oda hizmetlerinden daha az tatmin oldukları saptanmıştır. Bunun nedeninin de doktor ve hemşirelerin özel odada kalan hastalarla daha iyi diyalog kurmaları ve daha iyi ilgilenmeleri ile açıklanmıştır (10). Güneş’in belirttiğine göre, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından, hastanelerin fiziksel koşullarının kadınların tek kişilik doğum odalarında doğum yapması anlayışına göre düzenleneceği belirtilmekte, doğumun her anne için özel olduğu, bu özel anı kiminle isterse onunla paylaşması gerektiği, kendi isteği dışında başkalarıyla bu anını paylaşmak zorunda kalmak istemediği düşüncesiyle hastanelerde hasta mahremiyetine saygı gösterilen mekanlar oluşturmaya başlanacağı söylenmektedir. Gebelerin yanında refakatçisinin de kalabileceği tek kişilik odada kalacakları, doğum ve sonrası bakımların burada yapılacağı, annelerin bebeğini bu odadan alıp evine gidebileceği öngörülmektedir. Doğumun bir kadının ömrü boyunca 2-3 defa yaşayacağı özel bir an olduğu, bir kadının sesini doktor ve ebe bile olsa herkesin duymasını istemeyeceği, ABD’de hastanın odasına kapıyı çalmadan girilmediği, annelerin mahremiyet haklarının olduğu ifade edilmektedir (72). Johnson ve Annas hastanelerde hastaların fiziksel çevrelerini kontrol etme olanaklarının sınırlı olduğunu, sık sık mahremiyet ihlalleri ile karşılaştıklarını ve hastanelerin hastalar için stres yaşadıkları yerler olduğunu belirtmişlerdir (93). Altman ve Vinsel ise kişisel alanlara zorla girmenin, kişisel incinmeye neden olacağını ve bireylerin toplumdaki geri çekilmesine neden olacağını ifade etmişlerdir (2). Hastanın içinde bulunduğu hastane ortamı, hasta odası düzeni, planı ve çevresindeki diğer insanlar hastanın alışık olduğu ev ortamından farklıdır ve kendi kontrolü ile oluşturulmuş bir çevre değildir. Hastanın kişisel alanına ve bedenine müdahaleler ve kişisel egemenlik alanına müdahaleler kişinin mahremiyetine müdahale etmek anlamına gelmektedir. Volicer and Wynne Bohannon hastalar ve hemşirelerle bu konuda bir araştırma yapmışlar ve her iki grubun da önemli stres kaynağı olarak, erken saatte başlayan rutinler, tuvalet banyo kullanımı ve

mahremiyete saygı ile ilgili sıkıntıları neden olarak ifade etmiş, bu durumu hastanenin fiziksel yapısı ile ilişkilendirmiştir. Bauer hastanın odasının kapısını çalarak içeri girmenin mahremiyete gösterilen saygı olarak görüldüğünü belirtmiştir (2, 93, 95). İstanbul Tabip Odası başvuruları arasında yapılan bir çalışmaya göre; hastaların “mahremiyet” konusunda en büyük yakınmalarını, sağlık kuruluşlarının fiziksel koşulları oluşturduğu görülmüştür. Bir çalışmada, günümüzde mahremiyet kavramı hastane mimarisi açısından dikkatle gözden geçirilmelidir. Yönetmeliklerde belirlenen hasta mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin kurallar olması gerekenlerdir. Hastane servislerinde yaşanan gerçeklerin yönetmeliklerle ne kadar uyduğu tartışılır. Gözlemlediğimiz pek çok hastanede hasta mahremiyeti çalışanların kişisel hassasiyetine bırakılmaktadır. Hastane yönetimlerinin bu konuda tedbir aldığı hastaneler azınlıktadır. Hastanelerin kadınların bulunduğu alanı olan servislerde bu konuda daha hassas davranılması ilerde oluşabilecek bazı sorunların önüne geçecektir sonucuna varılmıştır (55). Ginsborough ve Tate mahremiyetin hastanelerde daha plan aşamasında düşünülmesi gerektiğini ve hastane planlarının bu yönde oluşturulması gerektiğini önermişlerdir (2). Türkiye’de yapılan bir çalışmada psiko-drama yapılmış, ayrıca bir doğum odası oluşturulmuştur. Anne adayı doğum odasına alındığında yaptığı ilk şey odayı reddetmek olmuştur. Çünkü doğum masası kapıya bakmaktadır, bacakları açık olacağından ve kapıdan giren her kişi bu durumu görebileceğinden endişe etmiştir. Anne adayı bunu mahremiyetinin ihlali olarak algıladığı için kabul etmek istememiştir. Doğum koltuğunu köşeye bakacak şekilde çevirmiş, perdeleri örtmüş ve kendine mahrem bir alan oluşturmuştur. Bu şekilde kendini güvende hissetmiştir. Sadece ihtiyaç duyduğu kişileri odasına alıp, hayalindeki doğumunu psiko-drama şeklinde yapmıştır (48). Akyüz çalışmasında hastanede hasta mahremiyetini koruyan ortam dendiğinde hemşirelerin, oda kapısının kapalı olması, perde paravan kullanılması gibi uygun çevresel ortamın olması gerektiğini ve hastaya empatik, duyarlı, saygılı yaklaşımlarda bulunulması gerektiğini düşündüklerini, hastaların da bunlara ek olarak tek kişilik oda olması gerektiği görüşünde olduklarını belirtmiştir (2). Barron, araştırmasının konusunun; yaşlıların rehabilitasyonu sırasında kişisel alanların ihlalleri olduğunu belirtmiştir. Araştırmasının sonucunda hastaların hasta isteklerine, kişisel alanlarına ve

kendilerine ait her şeye başkalarının ulaşımı konusunda kendilerine saygı gösterilmesini istemekte oldukları görülmüştür. Burden bir araştırmada kısıtlı gözlemlerle hemşirelerin perde kullanımı, hastanın yatağında tuvalet gereksiniminin karşılanması, kapıların kapatılması, hasta odasına girmeden önce kapının tıklatılması ile ilgili davranışları sırasında mahremiyetin sürdürülmesinin önemli olduğunu belirtmiştir. Burden'e göre bu düşünce kadınların hamilelik, doğum, çocuk bakımı gibi süreçlerinde yalnız kalmayı istemeleri ile diğer insanlarla bu süreçleri paylaşıp, bakım desteği isteği arasındaki denge ile ilintilidir. Burden de kendi araştırmasında kadın doğum ünitelerinde kadınları gözlemlemiş ve sonuçta kadınların ortamlarında mahremiyeti sürdürmede, onların yalnız kalma istekleri ile iletişim kurma istekleri arasındaki dengeyi sağlamak gerektiği sonucuna varmıştır (16). Schwartz mahremiyetin kilitlenebilir bir odaya sahip olmakla sınırlı olamayacağını, gereksiz yapılan fiziksel temasların da hastanın mahremiyeti ihlal etmek olduğunu ifade etmiştir. Bir araştırmada, hemşirelerin hasta odasına kapıyı çalmadan izin almadan girmesinin hastalarda anksiyeteye neden olduğunu, kişisel egemenlik alanlarına müdahalelerin hastaların mahremiyetlerine tehdit olarak algıladıkları belirtilmiştir (2, 93, 95). Araştırmamızın Klinik Mahremiyet Boyutu'nda yer alan maddelerden fiziksel mekana ilişkin tüm katılımcıların yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

İnan araştırmasında, günümüzde mahremiyetin dönüşümünü en rahat gözlemleyebileceğimiz alanların başında cinsellik konusunun geldiğini belirtmektedir. Kurumsal anlamda tartışılması anlamsız ve kişiye özel bir mesele olarak görülen cinsellik yazara göre artık kamusal alanda rahatlıkla dile getirilmektedir (81). Sosyal alandaki bu problem hastanelere de yansımakta, hastaların mahremiyetlerinin sınırlarının daralmasına sebep olmakta, hasta mahremiyeti daha kolay zedelenebilmektedir. Araştırmamızın Klinik Mahremiyet Boyutu'na ilişkin bulguları İnan'ın değerlendirmeleri ile uyumlu bulunmuştur.

Parrot hastaların; muayene için doktorun yanında soyunmak zorunda kalmak, herhangi bir bakım için hemşirenin hastayı soyması ya da hastanın

bedeninde tedaviyle ilişkili olmayan bölgelerinin açılması gibi mahremiyetlerinin ihlal edildiğini düşünmeleri için risk faktörleri bulunduğunu belirlemiştir. Parrot, hastaların %34'ünün doktor muayene için görmeden önce giyimsiz durmayı, %48'i hemşirelerin invaziv girişimi öncesi giysisizliği, % 58'i medikal vizitler için vücudunun bir bölümünün giysisinin açılması durumunu mahremiyetlerinin ihlali olarak düşündüklerini saptamıştır (114). Araştırmamızın bulguları bu çalışmaların bulgularıyla uyumlu değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda “Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler.” ifadesine katılımcıların duyarlı oldukları belirlenmişti.

Mete araştırmasında, kadınların jinekolojik muayene sırasında, çekinme, korku, hekimin karşı cinsten olması, mahremiyetin sağlanamayacağı gibi endişelerle anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir (98). Hilden çalışmasında, muayene eden personel ile kadın arasında negatif bir emosyonel iletişimin olması kadının jinekolojik muayenede kendini rahatsız hissetmesine neden olduğunu belirtmiştir (42). Kılıç utanma nedeniyle kadınların jinekolojik muayeneden çekindiklerini ifade etmiştir (29). Larsen'in araştırmasında jinekolojik muayene sırasında bilgi verici iletişim, muayene sırasındaki pozisyon, mahremiyete verilen önem ve doktora güvenin kadının hissettiği temel duygularla ilişkili olduğunu ve jinekolojik muayene sırasında kadınların sinirli olduğunu belirtmiştir (29, 91, 42, 98). Reddy&Wasserman, jinekolojik muayenede hasta ile sağlık personeli arasında yaşanan olumsuz emosyonel ilişkinin kadınların rahatsızlık hissetmesinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir (116). Jinekolojik muayene sırasında, kadınlar psikolojik travma yaşamaktadır. Bu inceleme sırasında kadın kendisi için gizlilik taşıyan bir beden bölümünü, (bir hekim bile olsa) bir başka bireye göstermek durumunda kalmaktadır (111). Kadınların çoğu daha küçük bir kız olduğu dönemden başlayıp bütün yaşamı boyunca örtmesi, saklaması, gizlemesi, koruması gereken genital organlarının muayenesi sırasında hafif anksiyete ve utanma hissinden, muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişen reaksiyonlarla sonuçlanan travmatize etki yaşarlar. Literatürde kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri; kadının utanması, kadının bu konuyu mahrem

kabul ederek sağlık kurumuna başvurmaması olarak ifade edilmektedir. Erbil ve arkadaşları çalışmalarında, kadınların 161'inin (%67,1) jinekolojik muayenede, mahrem organlarının açıkta kalmasının kendilerine rahatsızlık verdiğini ve kadınların 150'sinin (%62,5) jinekolojik muayene sırasında utanma yaşadıklarını belirtmişlerdir (29). Kök ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurmama nedenleri arasında jinekolojik muayeneden çekinmenin yer alması, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemli bir noktadır (87). Bir araştırmada askeri sağlık kurumunda tedavi olan hastaların %13,4'ünün sağlık personelinin mahremiyete saygı göstermeleri konusundan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir (5). Bu araştırma ile, hizmeti alanların mahremiyetlerine saygı konusunda sıkıntılı durumlarının olduğu, muayene sırasında hastaların bir materyal gibi görüldüğü sonucuna varılmıştır (130). Araştırmamızın bulguları bu çalışmaların bulgularıyla uyumlu değerlendirilmiştir.

Jinekoloji, obstetri ve kadın sağlığı disiplinde etik sorunları çözümlenmeyi amaçlayan Dünyada 118 üye ülkenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneklerinden oluşan; International Federation of Gynecology and Obstetrics Societies (FIGO) komitesine göre, bireylerin sağlık hizmetlerini alması durumunda, mahremiyet haklarının tanımlanmış olduğu, hastaların mahremiyet hakkının temel medikal kodların önemli bir parçası olduğu, bunu sağlamak için, sağlık bakım servislerinin mahremiyeti sağlayacak biçimde iyileştirilmesi gerektiği, bunun için gerekli olan teknik ve teknolojik şartların hastanelerde sağlanması gerektiği, medikal bakım sırasında sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetini zedeleyebilecek risklerinin bulunduğu, bu konuda sağlık çalışanlarının duyarlı olması gerektiği, muayenede mahremiyeti sağlamak için hastaları utandıracak eylemlerden kaçınmaları, daima hasta yararına çalışmalarını gerektiği, kadın sağlığı disiplininin, cinsellik yönüyle özelliikli bir alan olduğu ve bu nedenle kadın haklarını ve mahremiyetlerini koruyacak nitelikte davranılması, özellikle adölesan kadınların haklarının korunmasına daha çok dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (24). Araştırmamızın tüm katılımcıların jinekoloji ve obstetride klinik mahremiyet boyutu'na ilişkin yüksek duyarlılıkları, FIGO

komitesinin duyarlılığa vurgu yapan saptama ve önerileriyle benzer değerlendirilmiştir.

Akyüz hemşirelere ve ameliyat olan hastalara yaptığı araştırmasında, hastaların çoğunun mahremiyetlerine gösterilen özeni çok iyi, hemşirelerin çoğunluğunun iyi düzeyde değerlendirdiklerini belirtmiştir (2). Kıdak ve Aksaraylı araştırmalarında, hastaların tedavileri süresince mahremiyete dikkat edilip edilmediğine ilişkin soruya hastaların büyük çoğunluğu 2007 yılındaki sonuçlarda 739'u (98,5), 2008 yılındaki sonuçlarda ise 726'sı (%96,8) dikkat ediliyor yanıtını vermiştir (86). Özbayır ve Demir "Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi" isimli araştırmalarında ameliyat olan hastaların sadece yaklaşık %3'ü ameliyathanede mahremiyetlerine dikkat edilmediğini ifade etmişlerdir (110). Araştırma bulgularımız bu çalışmaların bulguları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3.13. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, doktorlar grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları grupların cinsiyetlerine göre incelenmiş, doktorlar grubunun kadın ve erkek katılımcıları arasında, genel mahremiyet boyutu, haklar ve mahremiyet boyutu, etik ve mahremiyet boyu ve klinik mahremiyet boyutu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

O'Brien, Rose ve Chantler'e göre doktorların hasta mahremiyetini yarar sağlamak için istediklerini, tıbbi etik ilkelere uygun yaklaşımlarda buldukları ifade edilmektedir (82). Araştırma bulgularımıza göre doktorların cinsiyetleri fark etmeksizin mahremiyet konusunda duyarlı oluşları adı geçen çalışmalar ile benzer değerlendirilmiştir.

Chen ve arkadaşları, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, jinekologların (n:20) %85'inin kadın

olduğunu ve pelvik muayene sırasında hastalara karşı duyarlı olma, mahremiyetlerine dikkat etme ve anksiyetelerini anlama konusunda bir kısmının yetersiz olduğunu belirtmiştir (18). McNaughton çalışmasında, araştırmasına katılan jinekolog ve obstetrisyenlerin (n:110), %53 'ünün kadın, %47'sinin erkek olduğunu ve %62'sinin mahremiyet konusundaki yasaları bilmediklerini ifade ettiklerini belirtmiştir (102). Araştırmamızın bulguları bu çalışma ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3.14. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, hemşire ve ebeler grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları grupların cinsiyetlerine göre incelenmiş, hemşire ve ebeler grubunun kadın ve erkek katılımcıları arasında, genel mahremiyet boyutu, haklar ve mahremiyet boyutu, etik ve mahremiyet boyu ve klinik mahremiyet boyutu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Heikkinen genç kadın hemşirelerin asla bekar erkek hastalara sarılmadıklarını söylediklerini belirtmiştir (41). Yoğun bakımlarda dokunma ile ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelerin dokunmayı kullanmalarının cinsiyete göre değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Kadın hemşireler tarafından erkek hastalara çok az dokunulduğu belirlenmiştir (89). Bir çalışmada, hemşireler ve ebeler cinsiyet avantajı nedeniyle kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabildikleri belirtilmiştir (111). Araştırmamızın hemşirelerin cinsiyetine ilişkin bulguları adı geçen çalışmaların bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.15. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre tartışılması

Araştırmamızda ölçeğin diğer boyutlarında cerrahi bilimler grubu hastaları arasında cinsiyetleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken, Klinik Mahremiyet Boyutu'nda cerrahi bilimler grubu hastalarından kadınların erkeklere göre yüksek puana sahip oldukları, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ve kadınların erkeklere göre Klinik Mahremiyet Boyutu'ndaki maddelere daha duyarlı oldukları belirlenmiştir.

Moettus doktorların cinsiyetinin pelvik muayenede kadınların utanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, kadın doktor tarafından muayene olan kadınların, erkek doktor tarafından muayene olan kadınlara göre daha az utanma hissi yaşadıklarını, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir (101). Erbil ve arkadaşları çalışmalarında, kadın katılımcıların 80'inin (%33,3) doktorlarının kadın hekim olmasını istediklerini belirtmiştir (29). Araştırmamızın bulguları bu çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Piper ve arkadaşları, İsraili kadınların jinekologlarını seçimlerinde doktorun cinsiyetinin çok önemli olmadığını, doktorların profesyonelliklerinin ve eğitimin önemli olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir (115). Akyüz çalışmasında, cerrahi hastalarının cinsiyetleri ile mahremiyet algı ve davranışları arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (2). Araştırmamızın bulguları adı geçen çalışmaların bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

Heikkinen dokunmanın hastanın cinsiyeti ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir (41). Voundruska-Benkert araştırmalarında kadınların %37,0'ının kadın doktor tercih ettiğini, %10'unun erkek doktor tercih ettiğini belirtmiştir (133). Baber araştırmasında kadınların %64'ünün kadın doktor tercih ettiğini ifade etmiştir (11). Moettus da araştırmasında hastaların, erkek doktorların yaptığı jinekolojik muayenede kadın doktorların yaptığı muayeneye göre daha fazla utanma hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir (101). Erbil'in araştırmasında kadınların jinekolojik muayenede hastaların doktor tercihinin etki eden faktörler arasında, doktorun cinsiyetinin kadın olması isteğinin (%33,3) oranında olduğunu belirtmiştir (29). Larsen araştırmasında jinekolojik muayene sırasında doktorun

cinsiyetinin, kadının hissettiği temel duygularla ilişkili olduğunu belirtmiştir (29, 91, 42, 98). Özbayır ve Demir 'in araştırmasında ameliyat olan hastalara “hastanede kaldığınız süre içerisinde karşı cinsten birinin bakım ve tedavinizde yer alması mahremiyetiniz açısından sizi rahatsız etti mi?” sorusuna hastaların yaklaşık %10'u evet cevabını vermişlerdir (110, 74). Araştırmamızın bulguları adı geçen çalışmaların bulgularıyla uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.16. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları grupların cinsiyetlerine göre incelenmiş, dahili bilimler grubu hastalarının kadın ve erkek katılımcıları arasında, genel mahremiyet boyutu, haklar ve mahremiyet boyutu, etik ve mahremiyet boyu ve klinik mahremiyet boyutu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İzgi'nin araştırmasında, bakım altında olan, huzurevi sakinlerinin mahremiyetin korunmasının aynı cinsler arasında daha az önemli bir olgu olduğu saptanmış, bu durumun mahremiyetin cinsel kimlik temelinde algılanmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Cinsel kimlikten önce kişiyi insan varoluşu olarak ele almak ve mahremiyeti bu temelde değerlendirmek gerektiğini vurgulamıştır (82).

Barclay, Niemi ve Emerson çalışmasında ve Edwards araştırmasında, kadın hastaların bazılarının mahremiyet endişesi nedeniyle yanlarında kadın hemşire istediklerini vurgulamışlardır (93). Tezel, Balcı Akpınar ve arkadaşlarının “Hastalar Erkek Hemşireleri Kabul Edecekler mi?” başlıklı araştırmalarına göre; araştırmaya katılan hastaların %47,8'i hemşirenin cinsiyetinin önemli olmadığını vurgularken, %48,8'i hemşirenin kadın, %3,4'ü erkek olmasını tercih etmişlerdir. Hastaların çoğu erkek hemşireden bakım alırken, utanma-sıkılma ve iletişim kurmada güçlük yaşanabileceğini belirtmişlerdir (128). Amerika'da yaşayan Arapların sağlık algılarını araştırdıkları çalışmalarında, kadın hastalar “Ben bir kadını, erkek doktorla kendimi rahat hissetmiyorum, kadın olmadıkça muayene

olmuyorum, sağlık hizmetlerini kullanamıyorum” gibi ifadeler kullandıklarını belirtmişlerdir (120). Araştırmamızın dahili bilimler grubu hastalarının cinsiyetlerine ilişkin bulguları adı geçen araştırmaların bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.17.Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının, sağlıklı kişiler grubunun cinsiyetlerine göre tartışılması

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları grupların cinsiyetlerine göre incelenmiş, sağlıklı kişiler grubunun kadın ve erkek katılımcıları arasında, genel mahremiyet boyutu, haklar ve mahremiyet boyutu, etik ve mahremiyet boyu ve klinik mahremiyet boyutu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Oyur elik ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada kontrol için, mamografi çektirmesi gerektiğini bilen kadınların %20’si doktordan utandıkları için bu sağlık davranışını göstermedikleri belirlenmiş, kadınların %46,6’sı utandığı ve sağlık personelinin erkek olmasından dolayı çekindiği için smear aldırmadığı saptanmıştır. Elde edilen verilerin nedenleri arasında; kadınların olumsuz sağlık inancının ve Müslüman kadınlarda mahremiyet duygusunun ve algısının bulunduğunu belirtmişlerdir (107). Araştırmamızın sağlıklı kişiler grubunun cinsiyetlerine ilişkin bulguları adı geçen çalışma ile farklı değerlendirilmiştir.

İzgi çalışmasında, huzur evi çalışanlarından kadınlar ve erkekler arasında; (doktor, hemşire, müdür, idari personel, FTR, diyetisyen, fizyoterapist, temizlik ve bakım elemanı) mahremiyetin çok bileşenliliği, mahremiyetin uygulamada zedelenmemesi gerektiği, mahremiyetin değişebilirliği ve mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiği faktörlerinden aldıkları puanlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır (82). Araştırmamızın sağlıklı kişiler grubunun cinsiyetlere dair bulguları İzgi’nin bu bulgularıyla örtüşmektedir. Aynı

çalışmada İzgi, huzurevi sakinlerinin görüşlerini de değerlendirmiş, mahremiyetin korunmasının aynı cinsler arasında daha az önemli olduğuna dair görüşler bulunduğunu belirtmekle birlikte, mahremiyetin kadın erkek arasında farklı şekilde algılanmaması gerektiğine dair görüşlerin de bulunduğunu belirtmiştir. Ayrıca mahremiyetin daha çok kadınlıkla özdeşleştirildiğini, mahremiyetin cinsiyete göre değişebilirliğinde dinin etkili olduğunu ve feminist düşünürlere göre mahremiyetin çoğu zaman erkeğin kadını ezmesinde kullanılan bir araç olarak değerlendirildiğini ifade etmiştir (82). Araştırmamızın sağlıklı kişiler grubunun cinsiyetlerine dair bulguları İzgi'nin sonuçlarıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.18. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre incelenmiş olup, katılımcıların öğrenim düzeyleri arasında ölçeğin genel mahremiyet boyutu, haklar ve mahremiyet boyutu, etik ve mahremiyet boyu ve klinik mahremiyet boyutu yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Uysal, Eşer ve Kulwaski araştırmalarında, hemşirelerin, eğitim düzeylerine göre bilgilendirilmiş onam ve hasta gizliliği ile ilgili görüş ve uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.01$) (132). Akyüz çalışmasında, hemşirelerin öğrenim düzeylerinin mahremiyete ilişkin değerlendirmelerinde etkili olmadığını belirtmiştir (2). Araştırmamızın yukarıdaki bulguları adı geçen çalışmaların bulgularıyla uyumlu değerlendirilmiştir.

İzgi çalışmasında, huzur evi çalışanlarının (doktor, hemşire, bakım elemanı, müdür, idari personel, diyetisyen, fizyoterapist), öğrenim düzeyleri arasında, mahremiyetin çok bileşenliliği, mahremiyetin değişebilirliği ve mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiği faktörlerinden aldıkları puanlar

arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır (82). Araştırmamızın hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine ilişkin bulguları bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. İzgi, mahremiyetin uygulamada zedelenmemesi gerektiği faktöründen çalışanlardan yüksek okul mezunlarının en yüksek puan aldıklarını ve öğrenim düzeyleri aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır. Doktorların eğitimi ile anlayış, nezaket ve hazır bulunuşluluğunun arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Schopp ve arkadaşları (2003) yaşlılara yönelik çalışmalarında, mahremiyetin zedelenmesi ile çalışanın profesyonel bir eğitim alması arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça mahremiyetin korunmasına verilen önemin arttığını belirtmişlerdir (82). Araştırmamızın hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine ilişkin bulguları literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.3.19. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre aldığı puanlara bakıldığında, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda öğrenim düzeyleri yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken, Genel Mahremiyet Boyutu'nda ortaokul mezunlarının daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Jinekoloji ve obstetri hastalarından üniversite mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Jinekoloji ve obstetri hastalarından ilkökul mezunlarının Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Piper ve arkadaşlarının, kadınların jinekolog tercihlerinde doktorun cinsiyetinin önemli olup olmadığını değerlendirdikleri çalışmalarında, yüksek eğitilmiş kadınların doktorlarının akademik düzeylerinin iyi olması konusunda beklentilerinin yüksek olduğunu, düşük eğitilmiş kadınların, jinekologlarını nezaketli olması konusundaki beklentilerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (115). Oyr Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında, mamografi çekirmesi gereken

kadınların %20'sinin bu uygulamaya gitmedikleri, bunun nedenleri arasında ise; kadınların düşük sosyokültürel durumlarının ve kadınların düşük statüsünün bu davranışı yapmalarında etkili olduğunu belirtmişlerdir (107). Seviğ ve arkadaşları ve Mete ve arkadaşları, kadının eğitim durumunun sağlık hizmetlerine ulaşım ve yaralanmasında etkili olduğunu, eğitim düzeyi arttıkça doğru sağlık davranışlarının da arttığını ifade etmişlerdir (98, 120). Araştırmamızın Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarından üniversite mezunlarının yüksek duyarlılıkları adı geçen çalışmalar ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.20. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Genel Mahremiyet Boyutu'nda cerrahi bilimler hastalarından okuryazarların daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda cerrahi bilimler hastalarından lise mezunlarının duyarsız oldukları anlaşılmaktadır. Cerrahi bilimler hastalarından lise ve ortaokul mezunlarının Klinik Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların öğrenim düzeylerinin, mahremiyete ilişkin bilgi görüş ve değerlendirmelerinde etkili olmadığını saptamıştır (2). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre değerlendirilmesine ilişkin bulguları bu çalışma ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3.21. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, dahili bilimler grubu hastalarından lise mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır. Dahili bilimler

hastalarından lise ve ortaokul mezunlarının Klinik Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız oldukları anlaşılmaktadır.

Kişinin kendini bilmesi özerkliğini kullanma yeterliliği açısından önemlidir. Mahremiyet özerklikle ilişkilendirilen bir kavram olması nedeniyle özerkliğini kullanma yeterliliğinin bulunmaması mahremiyet algısını olumsuz etkiler. Bu koşullarda mahremiyet beklentisi azalabilir (82). Kendini bilme ile mahremiyet ilişkisi daha çok kronik hastalığı bulunan yaşlı kişilerde dahili bilimler kliniklerinde bakım almaları esnasında karşımıza çıkar.

Schopp ve arkadaşları, insanların bağımlı konuma geldiklerinde mahremiyetlerini korumakta daha fazla zafiyet yaşayabileceklerini belirtmişlerdir. Appleget'e göre kendini bilme durumunun azalması kişinin bir obje olarak değerlendirilmesine yol açabilir (82). Literatürde, bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe özerkliklerini dolayısıyla mahremiyetlerini koruma davranışlarının artacağı belirtilmektedir (76, 120). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre incelenişine dair bulguları, ismi geçen çalışmaların değerlendirmeleri ile benzerlik göstermektedir.

5.3.22. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun öğrenim düzeylerine göre tartışılması

Sağlıklı kişilerden lise mezunlarının Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız oldukları anlaşılmıştır. Sağlıklı kişilerden üniversite mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Sağlıklı kişilerden üniversite mezunlarının Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

Scheler ahlaksal kişi olabilmek için dört özelliğin mevcut olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu özellikler, normal olmak, ergin olmak, kendisi ve

bedeni üzerinde egemen olabilmek ve sorumluluk sahibi olabilmek. Mahremiyetin kişilik hakkı olarak değerlendirilmesi durumunda yukarıda belirtilen dört özelliği taşımayanların mahremiyetinin olamayacağı görüşü ortaya çıkmaktadır (82). Günümüzde üniversite eğitimi ile kişilerde yukarıda sayılan özellikler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının sağlıklı kişiler grubu hastalarının öğrenim düzeylerine göre değerlendirilmesine dair bulguları, Scheler'in tespitleriyle benzerlik göstermektedir.

5.3.23. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre değerlendirilmiş, kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Gordon, hekim hasta iletişimde doktorların iletişim tarzının, kişisel özelliklerinin hastalara yaklaşımlarını etkilediğini vurgulamıştır. Doktorların iletişim tarzı ve kişisel özelliklerinin de sosyo-kültürel durumlarından etkilendiğini ifade etmiştir (doktorların sosyo-kültürel durumları; kendini ait hissettiği kültür, medeni durumları, yaşları gibi) (35). Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun kültür düzeylerine göre incelenmesine dair bulguları Gordon'un değerlendirmeleriyle farklı bulunmuştur.

5.3.24. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubundan kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubundan kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır. Klinik Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubundan kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin mahremiyet kavramını değerlendirişlerinde etkili olmadığını ifade etmiştir (2). Araştırmamızda, ölçeğin boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre karşılaştırılmasına dair bulguları, Akyüz'ün çalışmasıyla farklı değerlendirilmiştir. Corbella, hemşirelerin sosyalizasyon süreçlerinin farklı olduğunu ve mahremiyet algılarının da buna göre değişebileceğini belirtmiştir (2). Araştırmamızda, ölçeğin boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun kültür düzeylerine göre karşılaştırılmasına dair bulguları, Corbella'nın değerlendirmeleriyle benzer bulunmuştur.

5.3.25. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre, katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çeşitli kaynaklarda, kadınların kültürlerinin, sağlık algılarını, sağlık davranışlarını, jinekolojik muayeneye gitme durumlarını, sağlık hizmetine ulaşım ve yararlanmalarını etkilediği belirtilmiştir (29, 83, 98, 120) Araştırmamızın, jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre incelenmesine dair bulgular literatürden farklı değerlendirilmiştir.

5.3.26. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeyleri yönünden katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Akyüz, çalışmasında ameliyat olan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin mahremiyet algılarında etkili olmadığını belirtmiştir (2). Araştırmamızın, jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları cerrahi bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine karşılaştırılmasına dair bulgular Akyüz'ün çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

5.3.27. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet Boyutu ve Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda dahili bilimler grubu hastalarından ara kültürdekilerin daha duyarsız oldukları anlaşılmıştır. Dahili bilimler grubu hastalarından kentlilerin Etik ve Mahremiyet Boyutu ile Klinik Mahremiyet Boyutu'nda dahili bilimler grubu hastalarından kentlilerin daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

İzgi çalışmasındaki huzurevi sakinlerine göre, mahremiyetin bölgesel ve kültürel olarak değişebildiğine dair görüşlerinin bulunduğu ifade edilmiştir (82). Corbella, hastaların sosyalizasyon süreçlerinin farklı olduğunu ve mahremiyete gösterilen saygıya ilişkin değerlendirmelerinin de buna göre değişebileceğini belirtmiştir (2). Seviğ, sağlık hizmetlerinde, sağlık profesyonellerinin iletişimlerini hastanın kültürel değerlerine göre düzenlemesi gerektiğini belirtmiştir (120). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının kültür düzeylerine dönük bulguları, İzgi, Seviğ ve Corbella'nın çalışmaları ile benzerlik göstermektedir.

5.3.28. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre tartışılması

Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerine göre katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Literatürde, mahremiyet kavramının toplumlardaki bireylerin kültürüne göre değişen, farklı algı ve duyumsamaların etkili olduğu bir kavram olduğu ifade edilmiştir (2, 29, 140). Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun kültür düzeylerinin değerlendirilmesine dair bulgular, literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.3.29. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, doktorlar grubundaki katılımcıların yaşları arttıkça Genel Mahremiyet Boyutu'nda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Chen ve arkadaşları, pelvik muayene sırasında jinekologların davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, jinekologların yaş ortalamasının (n:20) 43,5 olduğunu ve pelvik muayene sırasında bir kısmının hastaların mahremiyetine, anksiyetesine ve hastalara karşı bu konuda duyarlı olmaya dikkat etmediklerini, pratisyenlerin prosedüre dikkat etmenin yanında hastalara karşı duyarlı bir yaklaşım sergilemeleri gerektiğini vurgulamıştır (18). Lonkhuijzen, araştırmasına katılan jinekologların yaş ortalamasının 46 olduğunu ve klinikte video kullanımı konusunda mahremiyet sorunlarının yaşanabileceğini belirttiklerini, bu nedenle etik açıdan duyarlı olmak gerektiğini ifade etmiştir (96). İzgi'nin çalışmasında, çalışanların (doktor, hemşire, bakım elemanı, müdür, idari

personel, diyetisyen, fizyoterapist) mahremiyetin çok bileşenli bir kavram olduğuna ve değişebilirliğine ilişkin tutumlarının, yaşlarından etkilenmediğini ancak 40-48 yaş arası çalışanların mahremiyetin ihmal edilmemesi gerektiğine diğer yaş gruplarına göre daha fazla inandıklarını belirtmiştir (82). Çalışmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının doktorlar grubunun yaşlarına göre incelenmesine dair bulguları adı geçen çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, hemşire ve ebeler grubundaki katılımcıların, Genel Mahremiyet Boyutu'nda yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmazken, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda yaşları arttıkça daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Lonkhuijzen, araştırmasına katılan ebelerin yaş ortalamasının 47, hemşirelerin 41 olduğunu, klinikte video kullanırlarken hasta mahremiyetini zedelediklerine dönük düşüncelerinin bulunduğunu, video kullanımı sırasında hasta mahremiyetine dikkat etmek gerektiğini belirtmiştir (96). Yoğun bakımlarda dokunma ile ilgili yapılan çalışmalarda, hemşirelerin dokunmayı kullanmalarının yaşa göre değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (89). Araştırmamızın bulguları yukarıdaki çalışmaların bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Akyüz çalışmasında, hemşirelerin yaşlarının mahremiyet algılarında etkili olmadığını belirtmiştir (2). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun yaşlarına göre incelenmesine dair bulguları, Akyüz'ün bulgularından farklı değerlendirilmiştir.

5.3.31. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının, Genel Mahremiyet Boyutu'nda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda yaşları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Moettus ve arkadaşları, pelvik muayenede doktorların cinsiyetinin kadınların ağrı ve utanmasına etkisini değerlendirdiği çalışmalarında, çalışmalarına katılan kadınların yaş ortalamasının 25 olduğunu ve pelvik muayene sırasında erkek doktorlara muayene olurken utanma hissini daha çok yaşadıklarını belirtmişlerdir (101). Howarth ve arkadaşları, doğumda doktor ve ebelerin iletişiminin anneler üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında, çalışmalarına katılan kadınların 24-38 yaş arasında olduklarını ve kadınlarla, doktor ve ebelerin duyarlı ve açıklayıcı iletişim kurmalarının kadınları rahatlattığını ve doğumlarında anksiyete yaşama durumlarının azaldığını belirtmiştir (43). Lonkhuijzen, araştırmasına katılan kadınların yaş ortalamasının; postpartum dönemdekilerin 34, hamilelerin 36 olduğunu, kadınların video ile izlenilmeleri sırasında mahremiyet kaybı yaşadıklarını belirtmiştir (96). Çalışmalarda, hastanın yaşının genç olmasının, kadının jinekolojik muayenede kendini rahatsız hissetmesine neden olduğu belirtilmiştir (29, 42, 91, 98). Bu bulgular çalışmamızın bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.32. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması

Çalışmamızda, cerrahi bilimler hastalarının yaşları arttıkça Genel Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz çalışmasında ameliyat olan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin mahremiyete ilişkin bilgi, görüş ve değerlendirmelerinde etkili olmadığı sonucuna varmıştır (2). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre incelenişine ait bulguları Akyüz'ün bulgularıyla farklı değerlendirilmiştir.

Piper ve arkadaşları, çalışmalarında, yaşlı kadınların genç kadınlara göre jinekologlarının, hastane görevleri konularındaki beklentilerinin yüksek olduğunu vurgulamıştır (115).

Seviğ ve arkadaşları, sağlık hizmetlerinde her yaş grubuna göre iletişim yöntemimizi farklı farklı ayarlamamız gerektiğini vurgulamışlardır (120). Araştırmamızın Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre incelenişine ait bulguları Seviğ'in ifadeleriyle uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.33. Jinekoloji ve obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet Boyutu'nda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda dahili bilimler grubu hastalarının yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

İzgi çalışmasında, huzur evi sakinlerinin görüşlerini değerlendirmiş, mahremiyetin yaşlıların olgunlaşması nedeniyle daha da korunduğuna dair, yaşlıların cinselliğinin azalmasından kaynaklı mahremiyeti gerektirecek durumun olmaması, yaşlıda yetkinliğin azalması nedeniyle mahremiyetin korunamadığı ve diğer görüşlerden farklı olarak yaşlılarda mahremiyetin daha da arttığına dair görüşlerin bulunduğunu belirtmiştir (82). Araştırmamızda yer alan dahili bilimler

grubu hastalarının yaşlarıyla boyutlardan aldıkları puanların karşılaştırılmasına dair bulgular İzgi'nin çalışmasıyla farklı değerlendirilmiştir.

5.3.34. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet Boyutu'nda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda sağlıklı kişiler grubunun yaşları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Weiss, kişinin eylemlerinin ilk, temel ve başlangıç kaynağı olarak gördüğü mahremiyetin yaşamın sonlanmasına kadar bireyle birlikte olduğunu ifade etmiştir (82). Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun yaşlarına göre değerlendirilişine dair bulguları Weiss'in ifadesiyle uyumlu değerlendirilmiştir.

5.3.35. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının doktorlar grubunun medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet, Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda doktorlar grubunun medeni durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

O'Brien ve Chantler'e göre, hekimlerin mahremiyeti, sağlık hizmetleri sunumunda hastanın tedaviye erişimini daha iyi sağlamak uğraşına ait bir eylemde yarar anlamında gördüklerini belirtmişlerdir (82). Araştırmamızın doktorlar grubunun mahremiyete ilişkin değerlendirmelerinin medeni durumlarından etkilenmemesine yönelik bulguları, literatürle benzer değerlendirilmiştir.

5.3.36. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre tartışılması

Hemşire ve ebeler grubu katılımcılarından evlilerin Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Heikkinen dokunmanın hastanın bekar olup olmaması ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Örnek olarak, genç kadın hemşirelerin bekar erkek hastalara sarılmadıklarını söylediklerini belirtmiştir. Bu konunun tıp etiği açısından aydınlatılması gerektiğini vurgulamıştır (41). Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının hemşire ve ebeler grubunun medeni durumlarına göre değerlendirilmesine dair bulgular, Heikkinen'in bulguları ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3.37. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması

Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutları, jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumlarına göre değerlendirilmiş olup, Genel Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının medeni durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır. Ancak, jinekoloji ve obstetri hastalarından evlilerin Haklar ve Mahremiyet ve Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Piper ve arkadaşları, çalışmalarında, evli kadınların, jinekologlarının akademik düzeyleri ve sertifikalarının olması konularındaki beklentilerinin diğer kadınlara göre yüksek olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızın bulguları bu çalışma ile farklı değerlendirilmiştir (115).

Literatürde kadınların cinselliklerinin toplumumuzda tabu niteliğinde olduğu, daha küçük yaştan itibaren aileleri tarafından, daha sonra eşleri tarafından baskı altında tutuldukları, cinsel sorunlar yaşadıklarında doktora gitmekten çekindikleri, jinekolojik muayene sırasında sıkılma, korku ve kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (29, 37, 38, 98, 124, 138). Araştırmamızın, jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının Klinik Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda duyarlı oluşları literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.3.38. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, cerrahi bilimler hastalarının evli ve bekarların Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve evlilerin Klinik Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Akyüz, ameliyat olan hastaların medeni durumlarının mahremiyet algılarında etkili olmadığını belirtmiştir (2). Araştırmamızın, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının cerrahi bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre incelenmesine dair bulguları, Akyüz'ün çalışması ile farklı değerlendirilmiştir.

5.3.39. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet Boyutu'nda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda, Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmalarda, yaşlıların bağımsızlıklarının azalması ile mahremiyete duyulan saygının azalması arasında ilişki bulunmuştur (82, 93). Araştırmamızda da uzun süre tedavi altında bağımlı durumda bulunan, dahili bilimler grubu hastalarının medeni durumlarının mahremiyet algılarının etkilememesi literatürle farklı değerlendirilmiştir.

5.3.40. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre tartışılması

Araştırmamızda, Genel Mahremiyet, Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutu'nda sağlıklı kişiler grubunun medeni durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Literatürde, mahremiyetin toplumda sağlıklı bireyler tarafından algılanışında, kadınlıkla özdeşleştirildiği, özel alan ile kamusal alan arasında ayrışmanın, ataerkil kültür temeli üzerinde gelişen erkeğin kadını baskılaması ile oluştuğu, mahremiyetin erkeğin kadını baskılamasında bir araç olarak kullanıldığı ifade edilmektedir (82). Araştırmamızın, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutlarının sağlıklı kişiler grubunun medeni durumlarına göre değerlendirilmesine ilişkin bulguları literatürle farklı bulunmuştur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Otuz yedi maddeden ve “Genel Mahremiyet”, “Haklar ve Mahremiyet”, “Etik ve Mahremiyet” ve “Klinik Mahremiyet” boyutlarından oluşan “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti” isimli ölçek geliştirildikten sonra; Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kütahya Özel Anadolu Hastanesinde hizmet veren; doktorlar grubu, hemşire ve ebeler grubu ile hizmet alan; jinekoloji ve obstetri grubu hastaları, dahili bilimler grubu hastaları, cerrahi bilimler grubu hastaları ve sağlıklı kişiler grubundan oluşan 2159 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Araştırmamıza katılan doktorlar grubunun yaş ortalaması hemşire ve ebeler grubunun yaş ortalamasından yüksek bulunmuştur.
2. Araştırmamızda yer alan doktorlar grubunun 83’ü (%51,6) kadın, 78’i (%48,4) erkektir. Hemşire ve ebeler grubunun 316’sı (%90,0) kadın, 35’i (%10,0) erkektir.
3. Araştırmamızda yer alan doktorlar grubunun %72,0’si evlidir, hemşire ve ebeler grubunun %68,4’ü evlidir.
4. Araştırmamızda yer alan hemşire ve ebeler grubunun %80,7’si üniversite mezunudur.
5. Araştırmamızda yer alan doktorlar grubunun yaklaşık %83,2’si kendini kentli/ kente yakın kültürde, hemşire ve ebeler grubunun yaklaşık % 63,3’ü kendini kentli/ kente yakın kültürde hissetmektedirler.

6. Araştırmamızda yer alan jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının yaş ortalaması $33,38 \pm 11,710$ sağlıklı kişiler grubunun yaş ortalamasından daha büyük hesaplanmıştır.

Sonuçlar (devam ediyor)

7. Araştırmamızda yer alan cerrahi bilimler, dahili bilimler ve sağlıklı kişiler gruplarının yaklaşık $3/4$ 'ü kadındır.
8. Araştırmamızda yer alan hasta ve sağlıklı kişiler gruplarının çoğunluğunun evli olduğu belirlenmiştir.
9. Araştırmamızda yer alan hasta kişiler gruplarının yarıya yakını ilkokul mezunudur.
10. Araştırmamızda yer alan hasta ve sağlıklı kişiler grubundaki bireylerin yaklaşık %30,0'u kendini ara kültürde hissettiğini açıklamıştır.
11. Doktorlar ve hemşire/ebeler gruplarının, mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır.
12. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında cinsiyetleri, yaşları ve öğrenim düzeyleri arasında mahremiyet tanımları açısından bir fark bulunmamıştır. Evlilerin mahremiyete ilişkin "Beden ve bilgi gizliliğidir" cevaplarının bekar ve dullara göre daha fazla olduğu görülmüştür.
13. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ve diğer hastalar grubunun; mahremiyet kavramını alt bileşenleriyle birlikte düşünmekte oldukları anlaşılmıştır. Sağlık hizmeti alan gruplar arasında mahremiyet tanımları yönünden farklılık bulunmamıştır.
14. Sağlık hizmeti alanlar cinsiyet fark etmeksizin bilgi gizliliğini genel mahremiyet kavramının içinde düşünmüşlerdir.

15. İlkokul mezunu hastaların mahremiyetin, beden ve bilgi gizliliğini kapsamaması konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

Sonuçlar (devam ediyor)

16. Sağlık hizmeti alanlardan evliler, bekar ve dullara göre mahremiyeti daha çok beden ve bilgi gizliliği olarak tanımlamışlardır.

17. 40 yaşa kadar olan hastalar mahremiyeti beden ve bilgi gizliliği olarak ele almışlardır.

18. Doktor grubu ile hemşire ve ebeler grubunun yarısına yakınının Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

19. Sağlık hizmeti verenlerin "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümü"nü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

20. Sağlık hizmeti verenlerden daha çok kadınların "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü" bilmedikleri belirlenmiştir.

21. Sağlık hizmeti verenlerin tamamında medeni durumları, yaşları ve öğrenim düzeyleri açısından "Hasta Hakları Yönetmeliği'nin mahremiyete saygı gösterilmesi bölümünü okuma durumları" bakımından farklılık bulunmamıştır.

22. Hasta gruplarının Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

23. Jinekoloji obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubu arasında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi" bölümünü okuma durumları arasında farklılık bulunmamıştır. Sağlık hizmeti alanların Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "mahremiyete saygı gösterilmesi bölümü"nü bilme konusunda yetersiz oldukları anlaşılmıştır.

24. Jinekoloji ve obstetri grubu hastaları ile diğer hastalar grubunun tamamında evlilerin, bekar ve dullara göre “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin hasta haklarının

Sonuçlar (devam ediyor)

korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü” okuma yönünden duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

25. Lise mezunu hastaların “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgili bölümü” okuma konusunda diğer okul mezunlarına göre daha duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

26. Araştırmamızda ölçeğin Klinik Mahremiyet ve Genel Mahremiyet boyutlarından; doktorlar grubunun hemşire ve ebeler grubuna göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Yani doktorlar grubunun hemşire ve ebeler grubuna göre klinik mahremiyet ve genel mahremiyet konularında daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

27. Katılımcılar mahremiyetin korunmasında fiziki mekanın önemini vurgulamışlardır.

28. Araştırmamızda, mahremiyete verilen değerin ve mahremiyetin kişilere olan etkisinin kültürlere göre değiştiği sonucuna varılmıştır.

29. Haklar ve Mahremiyet Boyutundaki maddelerden sırasıyla “Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir.”, “Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkının vermez” ve “Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir.” ifadelerinin tüm katılımcıların katılıyor oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu tüm katılımcıların mahremiyetin bir hak olduğuna dair yüksek duyarlılıklarını ve mahremiyetin ölüm durumunda da sürdürülmesi gerektiğinde de hemfikir olduklarını göstermektedir.

30. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları grupların cinsiyetlerine göre incelenmiş, doktorlar grubunun kadın ve erkek katılımcıları arasında, Genel Mahremiyet, Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutları açısından bir fark bulunmamıştır.

Sonuçlar (devam ediyor)

31. Araştırmamızda ölçeğin Klinik Mahremiyet Boyutu'nda cerrahi bilimler grubu hastalarından kadınların erkeklere göre daha duyarlı oldukları belirlenmiştir.

32. Araştırmamızda dahili bilimler ve sağlıklı kişiler gruplarındaki bireylerin cinsiyetleri arasında, ölçeğin Genel Mahremiyet, Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutları yönünden bir fark bulunmamıştır.

33. Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları hemşire ve ebeler grubunun öğrenim düzeylerine göre incelenmiş, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

34. Jinekoloji ve obstetri hastalarından üniversite mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

35. Genel Mahremiyet Boyutu'nda cerrahi bilimler hastalarından okuyazarların daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

36. Araştırmamızda, dahili bilimler grubu hastalarından lise mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda duyarsız oldukları anlaşılmıştır.

37. Sağlıklı kişiler grubundan üniversite mezunlarının Etik ve Mahremiyet Boyutu'nda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

38. Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları açısından doktorlar grubunda kültür düzeylerine göre bir farklılık bulunmamıştır.

39. Araştırmamızda, Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda hemşire ve ebeler grubundan kentlilerin kıra yakın olanlara göre daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

40. Araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeği Boyutları jinekoloji ve obstetri grubu hastalarının kültür düzeylerine göre değerlendirilmiş bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuçlar (devam ediyor)

41. Araştırmamızda, Genel Mahremiyet Boyutu'nda dahili bilimler hastalarından ara kültürdekilerin daha duyarsız oldukları belirlenmiştir. Dahili bilimler grubu hastalarından kentlilerin Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutlarında daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

42. Araştırmamızda, doktorlar grubundaki katılımcıların yaşları arttıkça mahremiyet konusundaki duyarlılıklarının artmakta olduğu belirlenmiştir.

43. Araştırmamızda, hemşire ve ebeler grubundaki katılımcıların, Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutlarında yaşları arttıkça daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

44. Çalışmamızda, cerrahi bilimler hastalarının yaşları arttıkça Genel Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutlarında daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

45. Hemşire ve ebeler grubu katılımcılarından evlilerin Haklar ve Mahremiyet, Etik ve Mahremiyet ve Klinik Mahremiyet Boyutlarında daha duyarlı oldukları anlaşılmıştır.

46. Etik açıdan, sağlık hizmeti verenlerin, klinik bakımda mahremiyete dikkat edilmesi ve mahremiyetin bir hak olduğu konularında oldukça bilinçli ve duyarlı olduklarını ve bu yükümlülüğü tutum ve davranış olarak benimsediklerini görülmüştür.

47. Etik açıdan özerklik ilkesi bakımından, araştırmamızda, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti Ölçeğinin Haklar ve Mahremiyet Boyutu'nda yer alan; "Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir." ifadelerine katılımcıların yüksek puan vermiş olmaları bu konuda duyarlı olduklarını göstermektedir.
48. Ölçeğimizde faktör analizi sonucu dışta kalan madde:21; "Hastane idaresi mahremiyet hakkını korumaya yönelik tedbirleri almalıdır" ifadesine katılımcıların duyarlı oldukları görülmüştür.

6.2.Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre; hizmet alan ve verenlerin haklarının da kapsayacak içerikte;

1. Sağlık hizmeti sunanlar için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları düzenlenmeli ve sürekliliği sağlanmalıdır.
2. Sağlık hizmeti sunanların hasta hakları ve mahremiyeti konusundaki etik duyarlılıklarının artırılması yönünde eğitim, rol model olma gibi uygulamaların yapılması, eleştirel bir bakış açısı ile gereksinimlerin sağlanabilmesi yönünde eğitimler çeşitlendirilmelidir.
3. Toplum genelinde çocukların eğitiminden başlayarak, farklı eğitim kurumlarında mahremiyet ve mahremiyet hakkı konusunda etik değerler eğitimlerinin yapılması gereklidir.
4. Hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirilmesi, bu bilgilendirme sürecinin çeşitli olanaklarla zenginleştirilmesi gereklidir.
5. Kültürel farklılıkların etkisi üç noktada karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki kültürel içerik, ikincisi hastalıkların algılanması, üçüncüsü de kişinin kendini kontrol edebilmesidir. Yaşanan farklılıklar kişinin kendisini kontrol edebilmesi ya da bu konuda tercihlerde bulunmasını gündeme getirmektedir. Mahremiyetin korunması konusu da bu açıdan çok boyutlu ele alınmayı gerekli kılmaktadır.

6. Mahremiyet kavramının kùltürden kùltüre, zamandan zamana, toplumdan topluma değişebilirliği göz önüne alınarak, hastaların beklenti, gereksinim ve isteklerine uygun, mahremiyet hakkını gözeten sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi desteklenmelidir.
7. Hastanelerde jinekoloji ve obstetri hizmetlerinde hastalar için özel alanların oluşturulması için çok boyutlu önlemler alınmalıdır.
8. Mahremiyet algılama ve değerlendirmelerinin jinekoloji ve obstetri hizmetleri dışında farklı sağlık hizmeti alanlarında da karşılaştırmalarının yapılması, hasta hakları açısından önem arz edecektir.
9. Sağlık kurumlarının yönetim anlayışının hastaların beden mahremiyeti haklarını gözetmesi gerekmektedir.
10. Bu çalışmanın örneklemini, doktorlar, hemşireler, jinekoloji obstetri hastaları, cerrahi bilimler hastaları ve dahili bilimler hastaları oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinde görev yapan diğer çalışanlar üzerinde ve aile sağlığı ünitelerinde de bu konunun incelenmesi, mahremiyet kavramı ve beden mahremiyeti hakkının ayrıntılandırılması önemli olacaktır.
11. Hastanelerde jinekoloji ve obstetri hizmetlerinde hastaların beden mahremiyetini koruyacak önlemlerin alınması, fiziksel koşulların iyileştirilmesi unutulmamalıdır.
12. İnsan onuruna saygı bizi, hakları ve onuru ihmal edilmemesi gereken kişiler üzerinde düşünmeye zorlamaktadır. Gerçekleştirilecek uygulamalarda insan onurunun önemle ele alınması bir zorunluluk halini almıştır.
13. Hasta mahremiyeti konusunda yönetmeliklerin revize edilmesi, hukuksal düzenlemelerin yapılması, hastaneler bazında prosedürlerin düzenlenmesi kaçınılmazdır.

14. Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin “Kütahya rneklemi” ni yansıması nedeniyle, konunun tüm Türkiye genelinde incelenebilmesi için farklı bölgelerde uygulanması, sonuçların kültürel farklılıkları ortaya koyabilmesi bakımından önemli olacaktır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Ahmad A., and Alasad J., 2004, Predictors of patients experiences of nursing care in medical-surgical ward, *International Journal of Nursing Practice*, 10, 235-241 p.
2. Akyüz, E.B., 2008, Ameliyat olan hastalarda hemşirelik bakım uygulamalarının mahremiyete/ kişisel gizliliğe etkileri konusunda hastaların ve hemşirelerin görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 123 s.
3. Allahyari, T., Rangı, N.H., Khosravi, Y., Zayerı, F., 2011, Development and evaluation of a new questionnaire for rating of cognitive failures at work, *International Journal of Occupational Hygiene*, 3, 1, 6-11 p.
4. Armağan, S., 2004, İslam hukukunda temel hak ve hürriyetler, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Ankara, 264 s.
5. Ataç, A., Azal, Ö., Uçar M., Açikel C.H., Göçgeldi E., 2003, TSK sağlık kurumlarından yararlanan personelin hasta hakları ve sağlık personeli-hasta ilişkisi konusundaki memnuniyetlerinin internet üzerinden araştırılması”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 45, 309-315 s.
6. Aydın S. ve Demir M., 2011, Hastane hizmetleri kalite standartları rehberi, Pozitif Matbaa Limited Şirketi, Ankara, 175 s.
7. Aydın, E ve Ersoy, N., 1995, Tıp etiği ilkeleri, *Tıbbi Etik Dergisi*, 3, 48-52 s.
8. Aydın, E., 2001, Tıp etiğine giriş, Pegem Yayıncılık, Ankara, 288 s.
9. Aydın, N., 2008, Hasta haklarının hukuki boyutu ve korunma yolları, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22, 1-5 s.
10. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp S., Gürgan T., Önderoğlu L.S., Yaralı H., Yüce K., 2008, Temel kadın hastalıkları, Güneş Kitabevi, Ankara, Cilt II, 1774 s.
11. Baber, J.A, Davies, S.C, Dayan, L.S., 2007, An extra pair of eyes: do patients want a chaperone when having an anogenital examination?, *Sex Health*, 4, 2, 89-93 p.
12. Back., E. And Wickblad K., 1997, Privacy in hospital, *Journal of Advance Nursing*, 27, 940-945 p.
13. Beauchamp and Childress., 2001, Principles of biomedical ethics, 5th edition, Oxford University Press, 454

p.

14. Bendason, N., 1995, Kadın hakları, (Çev.:Tekeli, Ş.), İletişim Yayınları, 160 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

15. Bowman, D., 2005, Guidelines on gynaecological examinations: ethico-legal perspectives and challenges, *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15, 348–352 p.

16. Burden, B., 1998, Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a means of achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information or support, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 15-23 p.

17. Capurro, R., 2005, Privacy an intercultural perspective, *Ethics and Information Technology*, 7, 37-47 p.

18. Chen, S-L., Jane, S-W., Yu Y.M, Hsieh Y.S., 2009, Discrepancy bet ween physicians' perceptions and practices during pelvic exam inationsin Taiwan, *Patient Education and Counseling*, 74, 124–129 p.

19. Çarkoğlu, A. ve Toprak B., 2006, Değişen Türkiye'de din, toplum ve siyaset, Tesev Yayınları, İstanbul, 100 s.

20. Çelebi, B., 2007, Anadolu'da Hitit sosyal yaşamında kadının yeri ve önemi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, Ankara, 246 s.

21. Çıvgın, A., 2009, Aslında kimdir kadın?, *Kaygı Dergisi*, 12, 101-107 s.

22. Dedeoğlu, G., 2004, Gözetleme mahremiyet ve insan onuru, *Türk Tabipler Birliği Dergisi*, 2-6 s.

23. Demirhan E.A., Öncel Ö., Aksoy Ş., 2003, Çağdaş tıp etiği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 604 s.

24. Dölen, İ., 2002, Obstetrik ve jinekolojide etik konular FİGO komitesi raporu üreme ve kadın sağlığında etik görüşler çalışması, *International Journal of Gynecology& Obstetrics*, 77, 171- 175 s.

25. Duerr, H.P., 1999, Çıplaklık ve utanç, uygarlaşma sürecinin miti I, Dost Kitabevi, Ankara, 416 s.

26. Duerr, H. P., 2004, Mahremiyet, uygarlaşma sürecinin miti II, Dost Kitabevi, Ankara, 504 s.

27. Ege, E., ve Pasinlioğlu, T., 2000, Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğinde etik,

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 1, 44-50 s.

28. Elçioğlu, Ö., Kırmılioğlu, N., Balcı, Y., Akşit, M.A., 2007, Aydınlatılmış onam ve tıbbi fotoğraflar, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 15, 94-100 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

29. Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam Y., Ergül N., 2008, Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınlarının anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 5, 1, 1-13 s.
30. Erdemir, D.A., Oğuz, Y., Elçioğlu, Ö., Doğan, H., 2001, Klinik etik, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 500 s.
31. Esener, T., 1998, Hukuk başlangıcı dersleri, Alkım yayınevi, İstanbul, 227 s.
32. Fiddes, P., Scott, A., Fletcher, J., Glasier, A., 2003, Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers, Contraception, 67, 4, 313-317 p.
33. Gezer, A., ve Uludağ S., 2007, Çocuklarda jinekolojik sorunlar, Altay Türk Pediatri Arşivi, 2, 1-5 s.
34. Giddens, A., 2008, Sosyoloji, (Çev.: Özel H., Sönmez A., Mercan Z., Yılmaz İ., Rızvanoğlu E., Sarı M.A., Güzel Ş.P., Özcan M.), Kırmızı Yayınları, İstanbul, 673 s.
35. Gordon, T. and Edwards W.S., 1997, Doktor hasta işbirliği, (Çev.: Aksay E.), Sistem Yayıncılık, İstanbul, 295 s.
36. Göktürk E., Şahin A., Odacıoğlu Y., 2002, İstanbul'daki bazı devlet hastanelerinde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi", 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 373 s.
37. Göle, N., 2000, Melez desenler, Metis Yayınları, İstanbul, 175 s.
38. Göle, N., 2010, Modern mahrem, Metis Yayınları, İstanbul, 189 s.
39. Görkey, Ş., 2013, Sır saklamanın tarihsel ve felsefi temelleri, sağlıkta sır saklama ve veri paylaşımı, Türk Dış Hekimleri Birliği Eğitim Dizisi, Ankara, 90 s.
40. Güvenç, B., 2011, İnsan ve kültür, Boyut Yayınları, İstanbul, 121-147 s.

41. Heikkinen, A., Wickström, G., Leino-Kilpi, H., 2006, Understanding privacy in occupational health services, *Nursing Ethics*, 13, 5, 515-530 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

42. Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Ross, J., Wijma, B., Schei, B., 2003, Womens experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82, 11, 1030-1036 p.
43. Howarth, A.M., Swain, N.R., Treharne GJ., 2012, First-time mothers' perspectives on relationships with and between midwives and doctors: Insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand, *Midwifery*, 28, 489-494 p.
44. http://.abs.mehmetakif.edu.tr/upload/0867_490_dosya.pptx, (2014-07-02).
45. http://www.akademikdestek.net/kutuphane/analiz/.../guvenirlik_analizi.doc, (2012-23-07).
46. <http://akademikperspektif.com/2013/11/14/liberalizm-temel-ilkeleri-ve-dusunurleri/>, (2013-11-14).
47. http://www.anayasa.gov.tr/files/bireysel_basvuru/AIHS_tr.pdf, (2012-14-03).
48. <http://www.anneoluncaanladim.com/yazarlar/36/hakan-coker/1034/dogumda-mahremiyet-ve-guven>, (2011-15-02).
49. <http://belge.saglikyatirimlari.gov.tr/MimariStandartlar.pdf>, (2014-07-02).
50. <http://www.diyenet.gov.tr/>, (2012-02-01).
51. <http://ebe.nedir.com/#ixzz2sRC0Elzn>, (2014-07-02).
52. <http://eski.istabip.org.tr/icerik/feminist-biyoteknik-ve-ureme-sagligi/>, (2011-08-12).
53. <http://www.evkultur.com/evler/aciklamalar/cocukmekan/cocukmekan.htm>, (2011-15-02).
54. <http://haksay.org/files/yahya06.doc>, (2011-15-02).

55. <http://www.hastaninhaklari.com/aci-serviste-hasta-mahremiyeti.html>, (2010-31-12).

56. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/>, (2012-06-08).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

57. <http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/1427/file/zulkufkara.pdf>, (2011-02-09).

58. <http://www.ihop.org.tr/dosya/sozlesme/medeni.doc>, (2013-15-02).

59. <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hastamahremiyeti/>, (2010-31-12).

60. <http://www.isref.org/index.php?pid=43&page=view&id=1104>, (2011-21-01).

61. <http://www.istanbulbarosu.org.tr/images/haberler/20120714SONUCBILDIRGE SI.pdf>, (2014-07-02).

62. http://www.istanbulkulturenvanteri.gov.tr/halk-kulturu/detay/envanter_id/14, (2012-14-03).

63. http://www.izmirtabip.org.tr/userfiles/dava_d.pdf, (2013-01-04).

64. <http://www.magrib.org/modern-dunyada-mahremiyet-bir-modernite-elestirisi/>, (2011-02-09).

65. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/aysegul-demirhan-erdemir/tr-etikette-mahremiyet-ilkesinin-onemi-uzerine-72-25-2714.html>, (2011-21-01).

66. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.11969&mevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Özel&20sağlık%20kuruluşları>, (2013-01-04).

67. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>, (2013-01-04).

68. <http://pedagogjidernegi.com/wp-content/uploads/2013/02/cocukta-mahremiyet-egitimi.pdf>, (2013-25-02).

69. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130711-8.htm>, (2013-01-04).

70. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12531/ayakta-teshis-ve-tedavi-ypılan-özel->

saglik-kuruluslari-.html, (2013-01-04).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

71. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71504/h/saglik-istatistikleri-2008.pdf>, (2011-05-12).
72. http://www.sagliktagudem.com/haber/bakanlik_gebenin_hakkini_koruyacak_.htm, (2011-14-02).
73. <http://www.selcuksomer.com/genelbilgiler.asp?id=84>, (2011-05-08).
74. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/mahremiyet.htm>, (2010-31-12).
75. <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/53-73.pdf>, (2013-01-04).
76. <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>, (2014-07-02).
77. <http://tdkterim.gov.tr/bts>, (2013-01-04).
78. http://turkoloji.cu.edu.tr/HALKBILIM/ruhi_ersoy_ebelik.pdf, (2012-14-03).
79. Hughes, M., 2004, Privacy in aged care, *Australasian Journal on Aging*, 23, 110-114 p.
80. İlkiz, P., 2007, Mahremiyetin paylaşılmasında görüntü ve iktidar meseleleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim Bilimleri Anabilim Dalı İletişim Bilimleri Bilim Dalı, İstanbul, 490 s.
81. İnan, M., 2008, Mahremiyet, kişiye ait özel alan tartışmaları, *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18, 203-209 s.
82. İzgi, C., 2009, Etik açıdan yaşlı mahremiyeti: huzurevi örneğinde hizmet alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara, 311 s.
83. Kahraman, S.D., 2010, Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3, 1, 30-35 s.
84. Kart, B., Erdem etiği normatif midir?, 2006, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 101-108 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

85. Kayhan, H., 2011, Selçuklular devrinde tıp bilimi ve hekimler hakkında notlar, *History Studies International Journal of History*, 3, 1, 155-163 p.
86. Kıdak, L., Aksaraylı, M., 2008, Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10, 3, 87-122 s.
87. Kök, G., Şenel, N., Akyüz, A., 2006, GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 132-136 s.
88. Köse, H., 2011, *Medya mahrem*, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 416 s.
89. Kutlu, L., Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim, *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 1, 1-7 s.
90. Küçüköğlü, S., Arıkan, D., Cürcani, M., 2010, Hemşirelik öğrencilerinin gözüyle kliniklerde hasta haklarının kullanımı, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 18, 2, 80-87 s.
91. Larsen, M., Oldeide, C.C., Malterud, K., 1997, Not bad after all women's experiences of pelvic examinations, *Family Practice*, 14, 148-152 p.
92. Lawshe, C.H., 1975, A quantitative approach to content validity, *Personnel Psychology*, 28, 563-575 p.
93. Leino-Kilpi, H., Valimaki, M., Dassen, T., Gasullc, M., Lemonidoud, C., Scotte, A., Arndt, M., 2001, Privacy: a review of literature, *International Journal of Studies*, 38, 663-671 p.
94. Leino-Kilpi, H., Valimaki, M., Dassen, T., Gasullc, M., Lemonidoud, C., Scotte, A., Arndt, M., 2002, Maintaining privacy on post-natal wards: A study in five European Countries, *Journal of Advanced Nursing*, 37, 2, 145-154 p.
95. Lemonidou, C., 2003, A comparison of surgical patients and nurses perceptions of patients autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions, *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 73-83 p.
96. Lonkhuijzen, L.V., Groenewout, M., Schreuder, A, Zeeman, G.G, Scherpbier, A, Aukes, L.C, van den Berg P.P., 2011, Perceptions of women, nurses, midwives and doctors about the use of video during birth to improve quality of care: focus group discussions, *The Authors BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 10, 1262-1267 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

97. Lyons, A.S. and Petrucelli, R.J., 1997, *Medicine: an illustrated history*. Abradde Pres., Harry N. Abrams Publishers, 616 p.
98. Mete, S., 1998, Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımlarının etkisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 2, 1-8 s.
99. Mıhçıokur, S. ve Aykut, N.B., 2010, Sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet temelli yaklaşımlar, *Başkent Üniversitesi, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) Dergisi*, 1, 1 s.
100. Mill, J.S., 2008, *Özgürlük üzerine*, (Çev.: Türk, T.), Oda Yayınları, İstanbul, 160 s.
101. Moettus, A., Sklar, D., Tandberg, D., 1999, The effect of physician gender on women's perceived pain and embarrassment during pelvic examination, *American Journal of Emergency Medicine*, 17, 7, 635-637 p.
102. Naughton, Mc., Mitchell, E., Hernandez, E.G., Padilla, K., Blandon, M.M., 2006, Patient privacy and conflicting legal and ethical obligations in el salvador: reporting of unlawful abortions, health policy and ethics, *American Journal of Public Health*, , 96, 11, 1927-1923 p.
103. Ocaktan, E., Yıldız, A., Özdemir, O., 2004, Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57, 3, 129-137 s.
104. O'dowd, M. J. and Philipp, E. E., 2000, *The history of obstetrics and gynaecology*, The Parthenon Publishing Group, 710 p.
105. Oğuz, Y.N., Tepe, H., Örnek, B.N., Kırımsoy, K.D., 2005, *Biyoetik terimleri sözlüğü*, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 322 s.
106. Okay, T., 2005, Kateterizasyon laboratuvarında neleri yapmayalım?, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 5, 130-132 s.
107. Oyur, Ç.G., Malak, A., Öztürk, Z., Yılmaz, D., 2009, Menapoz sonrası dönemdeki kadınların kendi kendine meme muayenesini uygulama, mamografi çekirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi, *Anatol J Clin Investig*, 3, 3, 159-163 s.
108. Ögel, B., 2000, *Türklerde ev kültürü ve Türklerde giyecek ve süslenme*, Türk kültür tarihine giriş, T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara, 90 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 109.Özbyay, C., Terzioğlu, A., Yasin, Y., 2011, Neoliberalizm ve mahremiyet, Metis Yayınları, İstanbul, 288 s.
- 110.Özbyayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ., Dramalı, A., 2003, Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6, 1, 14-23 s.
- 111.Özbek, H., 2006, Pelvik muayeneye gelen kadınların yaşadıkları anksiyete düzeyine destekleyici ebelik yaklaşımının etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 230 s.
- 112.Pamuk, O. ve Öndoğan, Z., 2008, Cerrahi personelin ameliyat önlükleri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma, Tekstil ve Konfeksiyon Dergisi, 2, 142-148 s.
- 113.Paola, F.A., Walker, R., Nixon, L.L., 2010, Medical ethics and humanities, Jones and Bartlett Publishers, Kanada, 454 p.
- 114.Parrot, R., Burgoon, J.K., Burgoon, M, LePoire, B.A., 1989, Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality, Social Science and Medicine, 29, 12, 1381-1385 p.
- 115.Piper, I., Shvarts, S., Lurie, S., 2008, Women's preferences for their gynecologist or obstetrician, Patient Education and Counseling, 72, 109-114 p.
- 116.Reddy, DM and Wasserman, S.A., 1997, Patient anxiety during gynecologic examinations: behavioral indicators, The Journal of Reproductive Medicine, 42, 10, 631-636 p.
- 117.Sancar, A., 2009, Osmanlı kadını efsane ve gerçek, Kaynak Yayınları, İstanbul, 191 s.
- 118.Seçim, H., 1991, Hastane yönetim ve organizasyonu, İşletme Fakültesi Yayını, Küre Ajans, İstanbul, 169 s.
- 119.Sert, G., 2007, Tıp etiği ve tıp hukuku açısından sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı kavramı, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi, İstanbul, 243 s.
- 120.Seviğ, Ü. ve Tanrıverdi, G., 2012, Kültürlerarası hemşirelik, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 529 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

121. Street, F.A., Love, A., 2004, Dimension of privacy in palliative care: views of health professionals, *Social Science & Medicine*, 60, 1795-180 p.
122. Suhonen, R., Valimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Kaljonen, A., Arndt, M., Leino-Kilpi, H., 2003, Patients autonomy in surgical care: a comparison of nurses perceptions in five European countries, *International Council of Nurses*, 50, 2, 85-94 p.
123. Tabak, N. and Ozon, M., The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral control on maintaining patients' privacy in a hospital setting, *Nursing Ethics*, 11, 4, 365-378 p.
124. Tabak, R.S., 1999, Sağlık iletişimi, Literatür Yayınları, İstanbul, 128 s.
125. Tamgaç, M.S., 1997, Küçük konut ve mahremiyet, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 254 s.
126. Tavany, H.T., 2007, Philosophical theories of privacy: implications for an adequate online privacy policy, *Journal Compilation*, 38, 1, 1-22 p.
127. Teke, A., Uçar, M., Demir C., Çelen Ö., Karaalp T., 2007, Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 4, 259-266 s.
128. Tezel, A., Balcı, Akpınar, R., Yurttaş, A., Çelebioğlu, A., 2008, Hastalar erkek hemşireleri kabul edecekler mi?, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 16, 1, 13-18 s.
129. Tillich, P., 2000, Din felsefesi, (Çev.: Özcan, Z.), Alfa Basım Yayım, İstanbul, 362 s.
130. Tobbaş, M., Özlü, T., Çan G., Bostan S., 2005, Hekimler hasta haklarını ne kadar biliyorlar? Bir tıp fakültesindeki asistan ve intörn hekimlerin bilgi düzeyleri, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 13, 81-85 s.
131. Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z., 2013, Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10, 2, 38-44 s.
132. Uysal, N., Eşer, İ., Khorshid, L., 2010, Hemşirelerin bilgilendirilmiş onamla ilgili görüş ve uygulamaları, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*; 18, 2, 88-95 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 133.Voundruska-Benkert, K. and Steiner, R.A, Buddeberg, C., Haller, U., 1995, Gynecologic examination: perceptions, fears and expectations of polyclinic patients, Gynakol Geburtshilflche Rundsch, 35, 1, 20-25 p.
- 134.Walsh, K. and Kowanko I., , 2002, Nurses and patients perceptions of dignity, International Journal of Nursing Practice, 8, 143-151 p.
- 135.Woogara, J., 2001, Human rights and patient privacy in UK hospitals, Nursing Ethics, 8, 3, 234-246 p.
- 136.Yazıcı, A., 2008, Kantçı ve feminist etik kuramlarda bireysel özerklik tartışması, Kaygı Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi, 11, 77-90 s.
- 137.Yılmaz, A., 2012, Sosyal medya kullanımında güncel tartışmalar: üniversite öğrencileri örneğinde mahremiyet-kamusal alan ilişkisi, Global Media Journal, 5, 246-264 s.
- 138.Yörükan, T., 2008, Bir ilişki düzenleme süreci olarak: mahremiyet, TİSK Akademi, II, 129-180 s.
- 139.Yurdugül, H., 2005, Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildirileri Kitabı, Denizli, 20 s.
- 140.Yüksel, M., Mahremiyet hakkı ve sosyal tarihsel gelişimi, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 58, 1, 182-213 s.
- 141.Yüksel, M., Mahremiyet hakkına ve bireysel özgürlüklere felsefi yaklaşımlar, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 64, 1, 276-298 s.

EKLER DİZİNİ

EK -1. Soru Formu

SOSYO DEMOGRAFİK ANKET FORMU

1. Doğum Tarihiniz:
2. Cinsiyetiniz
1.Kadın 2. Erkek
3. Medeni Durumunuz:
1.Bekar 2. Evli 3. Dul
4. Öğrenim Düzeyiniz:
1. Okuryazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise 5. Yüksekokul- Üniversite
5. Çalışma yaşamı ile ilgili bilgiler:
Mesleği:
Çalıştığı kurum:
Çalışma süresi:
6. Kendinizi kent kültürü ile kırsal kültürü arasında aşağıdaki skalada nerede değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5
Kırsal Kent
7. Ekonomik durumunuzu, gelir düzeyinizi siz nasıl değerlendirirsiniz?
1.Oldukça yeterli
2.Yeterli
3.Orta
4.Yetersiz
5.Çok yetersiz
8. Sizce, bir insanın mahremiyeti ne demektir?
1. Bedenin gizliliği
2. Bilgilerinin gizliliği
3. Hem bedenin hem de bilgilerin gizliliği
4. Diğer (Belirtiniz)
9. Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında neler biliyorsunuz, açıklayabilir misiniz?
1. Hiç duymadım / Böyle bir yönetmelik olduğunu bilmiyorum.

2. Hasta Hakları Yönetmeliği olduğunu biliyorum ama hiç okumadım, hakkında pek bir şey bilmiyorum.
3. Okudum ama tam incelediğimi, anladığımı söyleyemem
4. Hasta Hakları Yönetmeliğini biliyorum ve şöyle bir göz attım
5. Hasta Hakları Yönetmeliğini okudum ve tam olarak inceledim

Not: 9. sorunun 3, 4, 5. şıklarını işaretleyenler 10. soruyu yanıtlayacaktır. 9. soruya 1 ve 2. şıklardan birini yanıtlayanlar 10. soruyu cevaplamayacaklardır.

10. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "hasta haklarının korunması ve mahremiyete saygı gösterilmesi" ile ilgili bölümü okudunuz mu?
 1. Evet, okudum ve tam olarak inceledim
 2. Okudum ama tam incelediğimi söyleyemem
 3. Hayır, hiç dikkatimi çekmedi / hiç dikkat etmedim

EK -2.

ARAŞTIRMA AMACININ AÇIKLANMASI

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti: Kütahya Örneği” konulu bir araştırma yürütülmektedir. Bu araştırma çerçevesinde siz katılımcının görüş ve düşüncelerine başvurulması uygun görülmüştür.

Bizimle paylaşacağınız görüşler, yalnızca bu araştırma amacıyla kullanılacak, başka bir kişi ya da makama verilmeyecektir. Belirteceğiniz her görüş bu çalışmanın başarısı ve jinekoloji ve obstetri alanında verilen hizmetin niteliğini arttırmaya yönelik öneriler geliştirmek için önemlidir. Araştırmanın başarısı açısından her türlü görüş ve önerinizi açık ve net olarak bizimle paylaşmanız büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu’na başvurulmuş ve gerekli izinler alınmıştır.

Beden mahremiyeti kavramına ilişkin algılarınızı belirlemek için aşağıdaki her bir ifadeye ne derece katılıp katılmadığınızı ankette yer alan ifadeleri kullanarak belirtiniz. Her ifade için yalnız bir işaretleme yapılacaktır. Cevapsız ifade bırakılmaması gerekmektedir.

İşbirliğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Nuriye Değirmen

No	Soru Kökü	esinlikle Katılmıyorum	atılmıyorum	ararsızım	atılıyorum	amamen Katılıyorum
1	Mahremiyet farklı yönleri olan bir kavramdır					
2	Geleneklere duyulan saygı nedeniyle mahremiyet önemsenir					
3	Gizlilik ile mahremiyet aynı anlamda değildir					
4	Mahremiyet kavramı kişiden kişiye değişir					
5	Mahremiyet toplumda zaman içinde değişir					

6	Mahremiyet kavramının farklı kültürlerde değişkenlik gösterdiğini düşünürüm					
7	Fiziki mekanın farklı özellikleri kullanılarak mahremiyet korunabilir					
8	Mahremiyet toplumsal hayatı etkiler					
9	Mahremiyet toplumsal hayattan etkilenir					
10	Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez					
11	Mahremiyet hukuki boyutu olan bir haktır					
12	Mahremiyet özel yaşama saygının bir gereğidir					
13	Mahremiyet insan hakları ile ilgilidir					
14	Kişiyi gözetlemek onun mahremiyetini tehdit eder					
15	Tüm toplumlarda mahremiyeti koruma algısı vardır					
16	Mahremiyet algımızı etkileyen değerlerimiz vardır					
17	Mahremiyeti korumak sadece yasal düzenlemelerle olmaz					
18	Mahremiyet konusunda kabul görececek etik değerler geliştirmek gerekir					
19	Mahremiyeti korumak kişiler arası ilişkilerde dengeyi sağlar					
20	Hastanede hasta taşırken mahremiyeti ihlal edilmemelidir					
21	Hastane idaresi mahremiyet hakkını korumaya yönelik tedbirleri almalıdır					
22	Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgi olmayan kişilerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmaması gerekir					
23	Hastane personeli hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir					
24	Hasta mahremiyetine önem göstermek hasta memnuniyetini artırır					
25	Sağlık personeli hasta ilişkisi mahremiyet açısından güvene dayalıdır					
26	Tedavi ve bakım hiçbir zaman mahremiyetin zedelenebilmesi için gerekçe olamaz					

27	Kadın sağlığında mahremiyetin korunmaması kadınların psikolojisini etkiler					
28	Doğumhanede mahremiyeti sağlamada perde paravan kullanılmalıdır					
29	Kadınlar doğum esnasında kimlerin yanında olacağını bilmelidir					
30	Doğumhanelerin planları mahremiyeti sağlayacak şekilde olmalıdır					
31	Bakım verilen hastanın farklı cinsiyetten olması çalışanı rahatsız etmemelidir					
32	Anneler için hastanelerde mahremiyeti korunacak şekilde emzirme ortamları oluşturulmalıdır					
33	Hasta mahremiyetinin korunması çalışanların kişisel hassasiyetine bırakılmayacak kadar önemlidir					
34	Jinekolojik muayene ve doğumda bedenin hiçbir bۆlümü gereksiz yere açılmamalıdır					
35	Jinekolojik muayenede hastanın bedenin ۆrtölmesi muayene bۆlgesine odaklanmayı sağlar					
36	Jinekolojik muayene/doğum sırasında hastanın mahremiyeti zedelenmemelidir					
37	Sağlık personeli hasta mahremiyetini korumakla yۆkumlüdür					

EK -3.



T.C.
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı: 2012/07
Konu: Etik Kurul Kararı

15 Kasım 2012

Sayın, Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan "*Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti: Kütahya örneği*" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof.Dr.Selma METİNTAŞ
Etik Kurul Başkanı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU**

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti: Kütahya örneği			
	VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof Dr Ömür ELÇİOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Tarihi ve Etik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Ölçek Geliştirme Çalışmaları, Çözümsel nitelikte araştırma			
	ARAŞTIRMANIN TURU	Etkililik, Klinik Araştırma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU/PLANI	09 10 2012	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09 10 2012	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	1- Sosyo Demografik Anket Formu 2- Araştırma Ölçeği 3- Özgeçmiş Formları 4- Literatür Örnekleri		
Karar No: 07	Tarih: 06.11.2012			
Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde sunulan görüşler doğrultusunda çalışmanın olumlu bulunduğu toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir				

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Selma METİNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Selma METİNTAŞ	Halk Sağlığı	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>S. J. [Signature]</i>
Prof. Dr. Mahmut KEBAPÇI	Radyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Arş. Gör. Nilüfer DEMİRSOY	Tıp Tarihi ve Etik	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ	Tıbbi Farmakoloji	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP	Fizyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hikmet BAŞMAK	Göz Hastalıkları	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Cengiz ÇETİN	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. S. Sinan ÖZALP	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Özkan ALATAŞ	İbbsi Biyokimya	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

Prof. Dr. Varol ŞAHINTURK	Histoloji-Embriyoloji	Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Meral GÜRBUZ	Hukuk	Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Alaattin ÇOBAN	Halkla İlişkiler, Protokol Müdürü	Sarar Şirketler Grubu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Ramazan ÖZER	Makine Yüksek Mühendisi	Eskişehir İl Özel İdaresi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

GÖRÜŞ FORMU

“Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti: Kütahya örneği” başlıklı proje ile ilgili etik kurulumuzun görüşü aşağıdadır.

- 1- “Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti: Kütahya Örneği” isimli makalede bir Sağlık alanında hizmet sunan ve hizmet alanlarda beden mahremiyetinin algılanışı saptanmaya çalışılmıştır
- 2- Tezin amaçlarından biri kullanılacak ölçeğin geliştirilmesidir. Bunun için yeterince detaylı çalışma yapıldığı başvuru dosyasından anlaşılmaktadır. Ancak geliştirilen ölçekte sadece 8 soruda jinekoloji ile ilgili maddeye rastlanmaktadır. Ölçek geliştirme aşamalarından birisi farklı araştırmacıların aynı gruba ölçeği uygulaması ve sonuçlarını karşılaştırmasıdır. Bu aşamaya rastlanmamıştır.
- 3- Araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak bildirilen “mahremiyetin çok bileşenli” nasıl belirlenecek, bir faktör analizi yapıp ölçek alt boyutları belirlenmiş midir? Gereç ve yöntem bölümünde açıklanması uygun olur.
- 4- Çalışmada kurulan hipotezler ‘farklıdır’ varsayımıyla gitmektedir. Oysa çalışma Null hipotezi (farksızlık hipotezi) ile başlatılmalıdır.
- 5- Gereç ve yöntem bölümünde çok detaylı bir şekilde çalışma evreni tanımlanmış, ancak örneklem seçim yöntemi hakkında bilgiye rastlanmamıştır. Örneklem seçimi özellikle hasta grubunda ve toplumdan sağlıklı bireyleri temsil edecek grupta yapılacağından nasıl bir örneklem metodu izleneceğinin bildirilmesi uygun olacaktır. Hasta grubunda erkekler olmayacağından dolayı, toplumsal sağlıklı birey grubunda da seçim Kütahya nüfusu üzerinden değil de kadın nüfus üzerinden alınsa daha uygun olmaz mı?
- 6- Çalışma gebeler üzerinde de yapılacağından Kadın-Doğum Anabilim Dalı’ndan akınan uzman görüşü ile görüş ve öneriler doğrultusunda çalışmanın yapılması uygundur.

EK-4.

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.İSM 4 43.04.00- 622.99-168 -12155
Konu : Sağlık Alanında Yapılacak Araştırma

07/09/2012

NURİYE DEĞİRMEN
(ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ)

İlimiz Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden hizmet alan hastalara yönelik "Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti" konulu anket uygulama talebiniz incelenmiş olup; anket çalışmanız esnasında işyeri çalışma ortamının/düzeninin bozulmaması ve araştırma sonucunun bir suretinin İl Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmesi şartıyla uygun görüldüğünü belirten Valilik Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir

Gereğini rica ederim.

Dr. Erkan GAYGISIZ
İl Sağlık Müdürü

T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.ISM.4.43.04.00- 622.99-166 ¹²¹¹⁸
Konu : Sağlık Alanında Yapılacak Araştırma İzinleri

06/09/2012

VALİLİK MAKAMINA
KÜTAHYA

İlgi: 24.05.2007 tarih ve B100ISH0130004-011082 sayılı Bakanlık yazısı

İlimiz Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden hizmet alan hastalara yönelik anket yapma talebinde bulunan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğrencisi Nuriye DEĞİRMEN'in yapacağı anket çalışmasına ilişkin bilgileri aşağıda yer almaktadır. Araştırma talebi için, Bakanlığımızın ilgede kayıtlı yazısı gereği; iş yeri çalışma ortamının bozulmaması ve yapılan araştırma sonucunun bir suretinin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesi şartıyla gerekli iznin verilmesini;
Uygun görüşle arz ederim.

Dr. Erkan GAYGISIZ
İl Sağlık Müdürü V

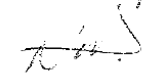
OLUR

06/09/2012


Mustafa İNGENÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK-5.

Uz. Dr. Dr. Mustafa Kemal Uzun
Kütahya
Fevriyeniz Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
yatan hastalara yönelik olarak CC hastaya doğum
teknik kapsamında "Shiley" ve "Castrol" marka
Neremeyele Kütahya Şişesi" markalı arzet ürünleri
kullanılarak Eylül - Aralık 2012 tarihleri arasında
uygulayabilmem hususunda deneyimi bilgilerinizi arz
ederim

17.09.2012
Eğilim İsmiye Definer


Adres Dumlupınar Üniversitesi
Sağlık Fak. / Kütahya
Cep: 0535 4776240

17.09.2012
- Başkime
- Uyandır.


ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Nuriye Değirmen
Doğum tarihi ve yeri : 15-01-1979 Kütahya
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli, Ayşe Sena adında bir kız çocuğu annesidir.
İletişim Adresi: : Yıldırım Beyazıt Mh. İkbal Sk. Yıldırım Beyazıt
Apt. No: 3, Kütahya

Eğitim Durumu

İlköğretim : Bölcek Köyü İlkokulu, 1989
Lise : Kütahya İ. H. Lisesi, 1995
Üniversite : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2001
Yabancı Dil : İngilizce

Mesleki Deneyim

2001-2004 Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Arş.
Grv.
2004-2006 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik
A.B.D. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Arş. Grv.
2006-2008 Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Arş.
Grv.
2008-... Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Öğr.
Grv.
2009-2011 Sağlık Yüksekokulu Müdür Yardımcısı.

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Yayınlar

Değirmen N., “Genetik Mühendisliği Yararlı mı? Zararlı mı?” Dumlupınar Üniversitesi Sağlık ve Rehabilitasyon Dergisi, cilt:1, sayı:1, Haziran, 2002.

Değirmen N., Ozerdoğan N., Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayranci U., “ Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women” Applied Nursing Research , published online 16 January 2009. PII: S0897-1897(08)00081-5, doi:10.1016/j.apnr.2008.08.001.

Kılıçoğlu A, Çalık E., Kurt İ, Karadağ F, Çelik N, Yeter K, Değirmen N, Öztürk S, Ülkün N. ”Üniversite öğrencilerinde kendilerinin bildirdikleri dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, sayı:10, 2009, syf:88-93.

Değirmen N., Özerdoğan N., “Ameliyat sonrası ağrıda el ve ayak masajı”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cil:17, sayı: 2, Haziran, 2009, syf:133-136.

Demirsoy N., Kırımlıoğlu N., Değirmen N., Holizm Kavramının Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 2011.

Değirmen N., Özerdoğan N., “Sezeryan sonrası ağrı yönetiminde el ayak masajı uygulama tekniği”, Poster Bildiri, Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Ankara, syf:337, 19-22.04.2007.

Değirmen N., Özerdoğan N.,“Sezeryan doğumda ağrı kontrolünde el ve ayak masajının etkinliğinin belirlenmesi”, Sözel Bildiri Sunumu, Uluslararası Üreme

Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Ankara, syf:277, 19-22.04.2007.

Değirmen N., Yeter K., Çalık E., “Cerrahi kliniklerindeki sağlık personelinin bilgisayar kullanım durumlarının belirlenmesi”, Sözel Bildiri Sunumu, Akademik Bilişim 2007 Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Kütahya, syf:37, 31.01.2006-02.02.2007.

Çalık E., Yeter K., Değirmen N., “Cerrahi kliniklerindeki hasta datalarının oluşturulmasında ekip üyelerinin bilgisayar kullanımına ilişkin multidisipliner tutumlarının incelenmesi”, Akademik Bilişim 2007 Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Kütahya, syf:34, 31.01.2006-02.02.2007.

Yeter K., Çalık E., Değirmen N., “Cerrahide sağlık personellerinin “Hastaya bütüncül yaklaşımında” bilgisayar kullanımı ile ilgili tutumları”, Akademik Bilişim 2007 Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Kütahya, syf:36, 31.01.2006-02.02.2007.

Değirmen N., Özerdoğan N., “Plastik Cerrahide Bir Hemşirelik Girişimi: Masaj” Sözel Bildiri Sunumu, Ulusal Plastik Cerrahi Kongresi, Eskişehir, 2007.

Yaylak F., Algın C., Değirmen N., Özbek O., Keskin N., “Mamografi sırasında ortaya çıkan ağrı ve rahatsızlığın değerlendirilmesi”, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Bildiri Özetleri Kitapçığı, Ankara, syf:174, 05-09.09.2007.

Değirmen N., Şahin N., Savcı A., Güçlü S., Yiğen E., “Akademik ve idari personelde bel ve boyun ağrılarının yaşam kalitesine etkisi”, Meslek Hastalıkları Kongresi, tam metin poster bildiri, Bursa, 2008.

Savcı A., Yeter K., Değirmen N., Güçlü S, Yürekdel Şahin N., Hemşirelerde bel ve boyun ağrılarının değerlendirilmesi, Meslek Hastalıkları Kongresi, tam metin poster bildiri, Bursa 2008.

Güçlü S., Şahin N., Yiğen E., Değirmen N., Çelik N., “Kuaförlerde Bel ve Boyun Ağrılarının Değerlendirilmesi”, Sözel Bildiri Sunumu, XII. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu, Eskişehir, 2008.

Değirmen N., “Kütahya Halk Tıbbında Kullanılan Kızılıcak Çorbası”, Poster Bildiri, V. Uluslararası İslam Tıp Tarihi Kongresi, 26 - 27 Ekim 2010, İstanbul Üniversitesi Beyazıt Kampüsü, Rektörlük Binası.

Değirmen N., “Organ Naklinde Canlı Vericilerde Beden İmgesi”,
Sözel Bildiri Sunumu Uluslararası İslam Tıp Tarihi Kongresi,
İstanbul Üniversitesi Beyazıt Kampüsü, Kütüphane Binası

Değirmen N., Taş L., Türk A., "Solunum Öksürük Egzersizlerinde Broşür Verme ile Uygulamalı Eğitim Yöntemlerinin Karşılaştırılması" Sözel Bildiri Sunumu, 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-30 Nisan 2011, Gaziantep.

Değirmen N., “Anatomy And Woman According To Leonardo Vıncı”, ISHM Meeting Barcelona-2011.

Değirmen N., “Kütahya Yöresinde Halk Tıbbında Kullanılan Bir Bitki: Ayvadenesi” Poster Bildiri, VII. Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Günleri, 11–14 Mayıs 2011, Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampusu Prof Dr Uğur Oral Kültür Merkezi, Mersin.

Değirmen N., “One Bath As Health Source From Anatolian Seljuk Period To The Present”, Oral Session, 43 th Congress of the İnternational Society fort the History of Medicine, Padua Abano-Terme, 12-16 September, 2012.

Değirmen N., “One Bath, One Myth”, 43 th Congress of the İnternational Society fort the History of Medicine, Padua Abano-Terme, 12-16 September, 2012.

Değirmen N., “Tıp Yazmalarının Koruyucusu ve Faydalı Bir Drog: Kebikeç Bitkisi”, Sözel Bildiri Sunumu, VIII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Gaziantep 22-25 Mayıs 2013.

Bilimsel Etkinlikler

Burslar

Ödüller

Projeler

: Kadın ve Kız Çocuklarının Statüsünü
Geliştirme Projesi, Kütahya Valiliği, 2010.

Sözlü Konferans ve Seminerler :

Değirmen N., “Dumlupınar Üniversitesi İlk Yardım Kursu”, “Bilinç Kaybı ve Komalarda İlk Yardım, Eğitim Sunumu, Kütahya, 2002.

Değirmen N., “Kanamalarda İlk Yardım”, “Hasta Hemşire İlişkisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler”, 100 Yt. Hv. Hst. Bşbtp. liği'nin “Hemşirelik Hizmet İçi Eğitim Programı” Eğitim Sunumu, 03-06-2004.

Nuriye Değirmen, “Postoperatif ağrı kontrolünde el ve ayak masajının etkinliği”, Konferans Sunumu, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Prof. Dr. Necla Özdemir Konferans Salonu, 11.05.2007, st:10.

Değirmen N. “Sağlık Personelinde Kişilerarası İlişkiler ve İletişim Becerileri”, Hizmet İçi Eğitim Sunumu, Kütahya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Toplantı Salonu, 4- 12- 2009, saat:14.

Değirmen N., Dumlupınar Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hizmet İçi Hemşire Eğitim Programı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ruh Sağlığı Hemşireliği, Eylül-Aralık 2010.

Değirmen N.,, “Hasta ve Çalışan Güvenliği”, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hizmet İçi Eğitim Sunumu, Toplantı Salonu, 02 Kasım 2011, st:14.00.

Değirmen N., Dumlupınar Üniversitesi, Sürekli Eğitim Merkezi, Aile Danışmanlığı Kursu, Aile Sağlığı Dersi, 20 st., 2013.

Katılan Kurslar ve Eğitim Programları :

Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Öğretmenliği Sertifikası, 1999

Hemşirelik Süreci Uygulaması konulu Kurs Programı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 2005.

Ulusal Aile Çalıştayı, Ege Bölgesi Toplantısı, Bornova Termal Hotel, İzmir, 2010.