



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÖNETİM BİLİMLERİ BİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ İŞGÖREN DAVRANIŞLARININ
MESLEK ETİĞİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ
MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

HAZIRLAYAN
GÜLFER BÜYÜKTAŞ GAYIR

DANIŞMAN
Prof. Dr. Aydın USTA

MALATYA
Mart, 2019

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,
MALATYA

Enstitümüz Doktora Öğrencisi Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR tarafından Prof. Dr. Aydın USTA danışmanlığında hazırlanan "SAĞLIK KURUMLARINDAKİ İŞGÖREN DAVRANIŞLARININ MESLEK ETİĞİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yönetim Bilimleri Bilim Dalında **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Muharrem GÜNEŞ İmzası: 

Üye: Prof. Dr. S. Mustafa ÖNEN İmzası: 

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Osman AÖR İmzası: 

Üye: Prof. Dr. Aydın USTA İmzası: 

Üye: Doc. Dr. Fazlîni Aydın İmzası: 

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğrenim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....15...../.....03...../2019

Prof. Dr.

Enstitü Müdürü

ONUR SÖZÜ

Doktora Tezi olarak sunduğum ‘‘Sağlık Kurumlarındaki İşgören Davranışlarının Meslek Etiği Açısından İncelenmesi: Diyarbakır İli Merkez Kamu Hastaneleri Örneği’’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR

ÖNSÖZ

Öğrencilik ve meslek yaşamımda daima ilgi duyduğum yönetim alanındaki bu çalışmayı gerçekleştirmek bana büyük bir mutluluk vermiştir. 18 yıldan beri sağlık kurumlarının hem klinik boyutunda hem de yönetsel boyutunda severek görev yaptım. Meslek hayatım içerisinde sağlık mesleğinin ne kadar önemli olduğunu, insanların yaşamına çok kısa mesafeden dokunduğunu yaşayarak gördüm ve anladım. Bu bağlamda sağlık meslek profesyonellerinin meslek etiği ve ahlakı ilkelerine uymasının ne kadar hayati önem arz ettiğini her boyutuyla kavradım. Gerek yönetim kademesinde gerekse mesleğin diğer uygulama alanlarında etik değerlere bağlılığın önemine dikkat çekmek için bu çalışmayı severek ve içselleştirerek Diyarbakır'ın dört büyük hastanesinde ampirik çalışmayla uyguladım. Bu çalışmayla sağlık kurumlarındaki işgören davranışları meslek etiği açısından incelenmiş, mevcut davranışlar, eksikler ve olması gerekenler üzerinde detaylı durularak başta sağlık çalışanları olmak üzere bu konuyla ilgilenenlere ve topluma yeni bir bakış açısı sunulmaya çalışılmıştır.

Araştırma süresi boyunca bana yol gösteren, katkıları ile yeni bakış açılarını görmemi sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Aydın USTA'ya, değerli katkıları ile tezin son haline gelmesinde eleştirilerinden faydalandığım Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Bölümünün kıymetli hocalarına, öğretim elemanlarına ve jüri üyelerine teşekkür ederim. Tezimi hazırlarken, okula gidip gelirken, anketi uygularken bana yardımcı olan ve kolaylık sağlayan hastanedeki meslektaşlarıma, her zaman yanımda olan üniversite dışındaki hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Ayrıca kendilerine harcayacağım değerli zamanı kullandığım, büyük bir özveri ile beni destekleyen aileme, eşime minnet ve şükran duygularımı sunuyor ve bu çalışmamı oğluma, Renas'ıma ithaf ediyorum.

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR

Malatya, Mart, 2019

SAĞLIK KURUMLARINDAKİ İŞGÖREN DAVRANIŞLARININ
MESLEK ETİĞİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ
MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

DOKTORA TEZİ

GÜLFER BÜYÜKTAŞ GAYIR

İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu
Yönetimi Anabilim Dalı, Yönetim Bilimleri Bilim Dalı

Malatya, Mart 2019

Danışman: Prof. Dr. Aydın USTA

ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER

ÖZET

Özellikle son yüzyıl içerisinde ekonomik, bilimsel, sosyal, teknolojik vb. alanda yaşanan gelişmeler etik alanında çok sayıda sorunu beraberinde getirmiştir. Etik değerlere sahip olmak “en ucuz risk yönetim stratejisi” olarak görüldüğü için etik kavramına atfedilen önem de eskiye nazaran daha fazla artmıştır. Bu sebeplerden son yıllarda yazında etik konusunda çok sayıda çalışma üretilmiş, mevzuat düzenlemelerinde hızlı ve kapsamlı iyileştirmeler ve güncellemeler yapılmış ve etik kurulların oluşturulmasına daha fazla önem verilmiştir.

Etik kavramının önemi hiçbir sektör için yadsınmamakla birlikte sağlık sektörünün en önemli unsurlarından birisi olan hastaneler için daha özgün bir değer taşımaktadır. Sağlık sektörünün en önemli unsurlarından birisi olan ve çalışmanın da alanını oluşturan hastaneler Dünya Sağlık Örgütüncü, “müşahede, teşhis, tedavi ve iyileştirme üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. Hastaneler

diğer işletmeler gibi belli girdileri olan bu girdileri bir süreçten geçirip neticede çıktı ortaya koyan sistemlerdir. Herhangi bir sanayi ya da hizmet kuruluşundaki yanlış kararlar ve uygulamalar en fazla üretim kaybı ya da parasal zarar ile sonuçlanırken; hastane yönetimindeki yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme, toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Diğer sektörlerden farklı olarak hastanelerin kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir. Bu nedenle etik konusunun hastaneler için taşıdığı önem diğer işletmeler ve kurumlar için taşıdığı önemden farklıdır.

Kuramsal bilgi stokundaki bu gerçekten hareketle “Diyarbakır İli Merkez Kamu Hastanelerindeki İşgören Davranışlarının Meslek Etiği Açısından İncelenmesi ve İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Meslek Etiği Algıları Arasında İstatistiksel Açından Anlamlı Bir Fark Bulunup-Bulunmadığının” test edilmesi amacıyla bu çalışma hazırlanmıştır. Çalışmanın temel sorunsalı; “Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerindeki işgören davranışlarının meslek etiği açısından incelenmesi ve işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı konusunun farklı açılardan ele alınmasıdır”. Çalışmanın temel hipotezi de; “Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algısı arasında ilişki bulunmaktadır” yargısıdır.

Çalışma yedi başlıktan oluşmaktadır. Giriş ile başlayan çalışmada sırasıyla araştırmanın sorunsalı, araştırmanın konusu ile ilgili bilgi durumu, araştırmanın metodolojisi, bulguları ve analizi ile sonuç ve genel değerlendirmeden oluşmaktadır.

Araştırmanın konusu ile ilgili bilgi durumunda etik ve ahlak kavramları, etik davranışın toplumsal etmenleri, etik kod, standart, ilke ve kuralların etikle ilişkisi, etik disiplininin tarihsel gelişimi ve felsefi yaklaşımlar, temel etik yaklaşımlar ve etik teoriler, meslek etiği ile sağlık hizmetlerinde meslek etiği kavramı ve etik ilkeler irdelenmiştir.

Araştırmada veri toplama amacıyla nicel yaklaşım çerçevesinde anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmında katılımcıların demografik niteliklerine ilişkin 14 soru yer almaktadır. İkinci kısımda ise 5’li Likert Ölçeği’ne göre hazırlanmış 24 sorudan oluşan meslek etiği ile ilgili ölçek yer almaktadır. Anket, Diyarbakır merkezde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Diyarbakır Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanelerinden toplam 280 sağlık çalışanı tarafından doldurulmuştur. Anket çalışması yöntemiyle toplanan veriler çalışmanın amacına uygun istatistiksel tekniklerle (ANOVA, t-testi) teste tabi tutulmuştur. Hipotez testi sonucunda 22 alt hipotez kabul edilirken, 34 alt hipotez ise reddedilmiştir.

Çalışma sonucunda araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin gerek etik ilkelere ilişkin genel ortalama, gerek faktör grupları bazındaki ortalama, gerekse madde başlıkları ile ilgili ortalama açısından ulaşılan bulgular, araştırma alanındaki hastanelerde etik ilkeler açısından çok da olumlu bir sonuç ortaya koyamamaktadır. Buna ilaveten, etik alt yapı unsurları açısından sıkıntılar olduğu, çalışanların sağlık meslek etiği ve ilkeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu nedenle davranışlarına yansıtamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Etik, Meslek Etiği ve İlkeleri, Tıp Etiği ve İlkeleri

INVESTIGATION OF LABOR BEHAVIOR OF HEALTH
INSTITUTIONS IN PROFESSIONAL ETHICS: EXAMPLE OF
CENTRAL PUBLIC HOSPITALS IN DIYARBAKIR

Doctoral Thesis

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR

Department Of Political Science and Public Administration, Department of
Management Sciences, Institute of Social Sciences, İnönü University

Malatya, March 2019

Supervisor: Professor Doctor Aydın USTA

ABSTRACT AND KEYWORDS

ABSTRACT

Especially during the last century, advances in the fields of economics, science, and technology resulted in many problems regarding ethics. As possessing ethical values/principles are considered as “the most affordable risk management strategy”, the importance deemed to the concept of ethics has relatively increased. Therefore, recently, there has been a considerable increase in research on ethics. Moreover, quick and broad improvements and updates in rules and regulations have been made concerning ethics. In addition to that ethics committees have been formed.

The concept of ethics, although not unimportant for any sector, is especially important for hospitals, which is the most important element of the health sector. Hospitals, the most important elements of the health sector and the focus of the present study are defined by the World Health Organization as “institutions that deliver medical observation, diagnosis, treatment, and related health services in which patients receive short or long-term treatment”. Like many other institutions, hospitals are organized as systems that have certain input and that produce output. While wrong decisions or applications in other industrial or service institutions may result in loss of production or loss of finances, wrong decisions in hospital management usually result in a decrease in the quality of human life and a decline in the general health levels of the society. Unlike

other sectors, bad management of hospitals result in loss of lives. Therefore the importance that the concept of ethics carries is different for hospitals compared to other institutions.

Informed by the relevant literature, this study was designed to investigate the behavior of personnel in a sample of central public hospitals in Diyarbakır from a professional ethics perspective and to test if there is a statistically significant difference between the demographic profile of the personnel and their perceptions of professional ethics. The main problematic of the study; "Investigation of Employee Behaviors in the Central Public Hospitals in Diyarbakır Province in terms of Professional Ethics and Demographic Attributes of Employees and Their Perceptions of Business Ethics". The main hypothesis of the study is, "There is a relationship between the demographic characteristics of the participant personnel and their perceptions of professional ethics."

The thesis is composed of seven sections. The introduction is followed by the rationale for the study, the literature review, the methodology, findings, analysis, results and conclusion with general evaluation.

In the literature review, the concept of ethics, the social effects of ethical behavior, the relationship of ethical codes, standards, principles and rules with ethics, the historical overview and philosophical approaches of the ethic discipline, main approaches to and theories of ethics, professional ethics, professional ethics in health services and ethical principles were presented.

In the research, a survey method was used in the frame of quantitative approach for data collection. In the first part of the questionnaire, there are 14 questions about the demographic characteristics of the participants. In the second part, there is a scale related to professional ethics consisting of 24 questions prepared according to 5-point Likert Scale. The questionnaire was completed by a total of 280 health care workers from Diyarbakır Obstetrics, Gynecology and Children's Hospital, University Of Health Sciences, Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Diyarbakır Selahattin Eyyubi State Hospital and Diyarbakır Children's Hospital. The data collected by the survey study method were tested by statistical techniques appropriate for the purpose of the study (ANOVA, t-test). As a result of hypothesis testing, 22 sub-hypotheses were accepted and 34 sub-hypotheses were rejected. At the end of the study,

the mean values of both the health professionals in the research and the average in terms of both the factor groups and in terms of the item headings in terms of the ethical principles did not show a very positive result in terms of the ethical infrastructure elements. It is concluded that the employees do not have sufficient knowledge about health professional ethics and principles and therefore cannot reflect on their behaviors.

Keywords: Ethics, Professional Ethics and Principles, Medical Ethics and Principles.



İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	I
ONUR SÖZÜ.....	II
ÖNSÖZ.....	III
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	IV
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	VII
İÇİNDEKİLER.....	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XXIV

**SAĞLIK KURUMLARINDAKİ İŞGÖREN DAVRANIŞLARININ MESLEK
ETİĞİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: DİYARBAKIR İLİ MERKEZ KAMU
HASTANELERİ ÖRNEĞİ**

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3.Araştırmanın Sunuş Sırası	3
2. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI	4
2.1. Araştırmanın Sorunu	4
2.2. Araştırmanın Soruları.....	4
2.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2.4. Araştırmanın Amacı.....	5
3.ARAŞTIRMANIN KONUSU İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU	6
3.1. Etik ve Ahlakla İlgili Kavramlar	6
3.1.1. Etik ve Ahlak Kavramı	10
3.1.2. Jean Piaget'in Ahlaki Gelişim Kuramı	12
3.1.3. Lawrence Kohlberg'in Ahlaki Gelişim Kuramı.....	12
3.1.4. Sağlık Çalışanları ve Ahlaki Gelişim	14
3.1.4.1. Yaş.....	15
3.1.4.2. Cinsiyet.....	15
3.1.4.3. Eğitim	15
3.1.4.4. Ekonomik durum.....	16
3.1.5. Etik Düşünceye Dayalı Davranışın Toplumsal Etmenleri	17
3.1.5.1. Kültür.....	17

3.1.5.2. Değerler	18
3.1.5.3. Normlar.....	19
3.1.6. Etik Kod, Standart, İlke ve Kuralların Etikle İlişkisi	20
3.1.6.1. İlke.....	21
3.1.6.2. Kural.....	22
3.1.6.3. Standart.....	22
3.1.7. Etik Disiplininin Tarihsel Gelişimi ve Felsefi Yaklaşımlar	22
3.1.7.1. İlkçağ Etik Felsefesi	23
3.1.7.2. Ortaçağ ve Modern Dönem Etik Felsefesi	24
3.2. Temel Etik Yaklaşımlar ve Etik Teoriler	27
3.2.1. Etik Yaklaşımlar	27
3.2.1.1. Meta Etik	27
3.2.1.2. Normatif Etik	28
3.2.1.3. Betimleyici Etik	28
3.2.2. Etik Teoriler	28
3.2.2.1. Teleolojik Etik (Amaçlanan Sonuç Etiği)	28
3.2.2.2. Kural Etiği (Deontolojik Etik)	30
3.2.2.3. Erdem Etiği.....	31
3.2.2.4. Toplumsal Sözleşme Etiği	32
3.2.2.5. Kişisel Etik.....	33
3.2.3. Etik Sistemlerine Yöneltilen Eleştiriler	35
3.3. Etik Disiplininin Diğer Sosyal Bilimlerle İlişkisi	37
3.3.1. Etik ve Hukuk.....	37
3.3.2. Etik ve Din	38
3.3.3. Etik ve Kamu Yönetimi	42

3.3.4. Etik Liderlik	47
3.4. Meslek ve Meslek Etiği Kavramı	48
3.4.1. Meslek Etiğinin Tarihsel Gelişimi.....	51
3.4.2. Meslek Etiğinin Temel İlkeleri	55
3.4.2.1. Adalet	55
3.4.2.2. Dürüstlük	56
3.4.2.3. Sorumluluk	57
3.4.2.4. Saygı ve Hoşgörü.....	57
3.4.2.5. Demokrasi.....	57
3.4.2.6. Hukuka Uygunluk	58
3.4.2.7. Mesleki Yeterlilik	58
3.4.3. Meslek Etiğinin Aktörleri	58
3.4.3.1. Çalışanlar	58
3.4.3.3. İşverenler	59
3.4.3.4. Müşteriler.....	59
3.4.3.5. Toplum	60
3.4.3.6. Yatırımcılar	60
3.4.3.7. Devlet ve Kurumları.....	60
3.4.4. Mesleki Yozlaşma	61
3.4.5. Mesleki Birlikler.....	62
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Meslek Etiği Kavramı ve Etik İlkeler.....	64
3.5.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış	64
3.5.1.1. Sağlık Sistemi	64
3.5.1.2. Hastalık ve Sağlığın Tanımı	65
3.5.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Fonksiyonları	66

3.5.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	67
3.5.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	68
3.5.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	70
3.5.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	70
3.5.1.5.3. Rehabilite (İyileştirici) Edici Sağlık Hizmetleri.....	71
3.5.1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	72
3.5.1.6. Hastaneler ve Fonksiyonları	72
3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Etik.....	73
3.5.2.1. Tıp Etiğinin Tarihçesi, Gündelik Yaşamdaki Yeri ve Önemi	78
3.5.2.2. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri	83
3.5.2.2.1. Zarar Vermeme ve Yararlılık İlkesi.....	85
3.5.2.2.2. Özerklik /Bireye Saygı / Aydınlatılmış Onam İlkesi.....	87
3.5.2.2.3. Adalet ve Eşitlik İlkesi	90
3.5.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Etik Sorunlar ve Çözüm Yolları.....	92
3.5.2.4. Dünya Tıp Birliği ve Hazırladığı Etik Kodlar	95
3.5.2.5. Sağlık Alanındaki Etik Kurullar ve Görevleri	99
4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	102
4.1. Evren ve Örneklem	102
4.2. Veri Toplama Yöntemi.....	103
4.3. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi	103
5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE ANALİZİ	105
5.1. Demografik Niteliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	105
5.1.1. Katılımcıların Yaşı	105
5.1.2. Katılımcıların Cinsiyeti.....	105
5.1.3. Katılımcıların Medeni Durumu	106

5.1.4. Katılımcıların Eğitim Durumu	106
5.1.5. Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumu	107
5.1.6. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu	107
5.1.7. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdem Durumu	108
5.1.8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı	108
5.1.9. Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılımı	109
5.1.10. Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılımı	109
5.1.11. Katılımcıların Birimlere Göre Dağılımı	110
5.1.12. Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılımı	111
5.1.13. Katılımcıların Nöbet Durumlarına Göre Dağılımı	111
5.1.14. Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılımı	112
5.2. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği Sonuçları	112
5.2.1. Katılımcıların Yaşı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	113
5.2.2. Katılımcıların Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	115
5.2.3. Katılımcıların Medeni Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	116
5.2.4. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	116
5.2.5. Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	117
5.2.6. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	117
5.2.7. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	118

5.2.8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılım İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	118
5.2.9. Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılım İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	119
5.2.10. Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	119
5.2.11. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	120
5.2.12. Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	120
5.2.13. Katılımcıların Nöbet Durumlarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	121
5.2.14. Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği	121
5.3. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Etik İlkeler Boyutuna İlişkin Alt Hipotezlerin Sonuçları.....	121
5.3.1. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Adalet Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları	121
5.3.2. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları.....	128
5.3.3. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları	135
5.3.4. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Mahremiyete Saygı / Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları.....	141
5.4. Çapraz Tablo Analizleri	148
5.4.1. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Yaşı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları.....	148

5.4.2.Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları.....	150
5.4.4. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Nöbet Tutma Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları .	153
5.4.8. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Hizmet Sınıfı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları.....	162
5.4.9. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin İstihdam Şekli İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları.....	164
5.4.10. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Kurumdaki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları .	166
5.4.11. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birimdeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları	168
5.4.12. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleklerindeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları	171
5.4.13.A araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları .	174
5.4.14. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Buldukları Birimdeki Çalışma Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları	179
5.5. Meslek Etiğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	181
5.5.1.“Sağlık Çalışanı İnsan Hayatının, Korunması Gereken En Yüce Değer Olduğunun ve Bu Değerden Hiçbir Koşulda Vazgeçilemeyeceğinin Bilinci İle Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	182
5.5.2.“Sağlık Çalışanı Bireylerin İlgisizlik, Deneyimsizlik ya da İhmal Nedeniyle Zarar Görmesini Önleyecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	183

5.5.3.“Sağlık Çalışanı, Uygulamalarının Hizmet Verdiği Bireyler İçin Oluşturabileceği Risklerin Farkında Olup, Bu Risklerin En Aza İndirecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	184
5.5.6.“Sağlık Çalışanı, Hizmet Verdiği Bireylere, Gereksinimleri Doğrultusunda, Güvenli Sağlık Bakımını Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı ...	187
5.5.7.“Sağlık Çalışanı, Hizmet Alanlara Karşı Kötü Muameleye Katılmamakta ve Onaylamamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	188
5.5.8.“Sağlık Çalışanı, İşgörenlerin Özerkliğe Saygının İnsan Haklarının Temel Dayanağı Olduğunun Bilincinde Olarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	189
5.5.9.“Sağlık Çalışanı, Bireylerin İnanç, Değer ve Gereksinimlerini Göz Önünde Bulundurarak Hizmet Sunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	190
5.5.10.“Sağlık Çalışanı, Hizmet Verdiği Bireyleri Doğru, Yeterli ve Açık Bir Biçimde Bilgilendirmektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	191
5.5.11.“Sağlık Çalışanı, Hastanın Bilgilendirilmesini İsteddiği Kişileri Belirlemesine Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	191
5.5.12.“Sağlık Çalışanı, Hastanın Özgür Karar Verme ve Seçme Hakkına Saygı Göstermekte ve Gerekliğinde Onu Savunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	192
5.5.13.“Sağlık Çalışanı, Hastanın Bakımı, Tıbbi Uygulamaları ve Tedaviyi Reddetme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	193
5.5.14.“Sağlık Çalışanı, Hastaların Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	194
5.5.15.“Sağlık Çalışanı, Gerekliğinde Hastanın Yasal Temsilcisinin Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	195

5.5.16.“Sağlık Çalışanı, Acil Durumlarda Hastanın Yaşamını Korumak Üzere Gerekli Tıbbi Uygulamaları Rıza Almaksızın Uygulamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	196
5.5.17.“Sağlık Çalışanı, Hastalar Arasında Ayrım Gözetmeksizin Hizmet Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	197
5.5.18.“Sağlık Çalışanı, Mesleki Değerleri İle Çatışabilecek Çıkar İlişkinine Girmemektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	198
5.5.19.“Sağlık Çalışanı, Kaynakların Adil Dağılımını Sağlayarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	200
5.5.20.“Sağlık Çalışanı, Hasta Mahremiyetinin Korunmasını Sağlamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	201
5.6. Hipotezlerin Kabulü ve Reddi	202
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	208
6.1. Bilgi Stokuna İlişkin Sonuçlar, Yorumlar ve Tartışmalar.....	208
6.2. Araştırma Bulgularına İlişkin Sonuçlar, Öneriler, Yorumlar ve Tartışmalar.....	209
6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara İlişkin Öneriler	216
6.4. Araştırma Sonuçlarının Başka Çalışmalarla Karşılaştırılması	217
7. GENEL DEĞERLENDİRME.....	229
KAYNAKÇA	231
EK : Alan Araştırmasında Kullanılan Anket Formu	257

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Etik Sistemlerine Yöneltilen Eleştiriler	36
Tablo 2: Sağlık Hizmetini Bütüncül Sunan Kurumlar	69
Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Pozisyonları İtibariyle Dağılımları	102
Tablo 4: Cronbach Alfa Katsayısı Değerlendirmesi	104
Tablo 5: Meslek Etiği İle İlgili Ölçeğin Katsayısı	104
Tablo 6: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılım	105
Tablo 7: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılım.....	105
Tablo 8: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılım.....	106
Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	106
Tablo 10: Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumlarına Göre Dağılım	107
Tablo 11: Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Durumlarına Göre Dağılım ..	107
Tablo 12: Katılımcıların Halen Çalıştıkları Birimdeki Durumlarına Göre Dağılım	108
Tablo 13: Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılım.....	108
Tablo 14: Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılım	109
Tablo 15: Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım.....	109
Tablo 16: Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılım.....	110
Tablo 17: Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılım	111
Tablo 18: Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre Dağılım	111
Tablo 19: Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılım.....	112
Tablo 20: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği Sonuçları	113
Tablo 21: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Adalet Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları	123
Tablo 22: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları.....	130
Tablo 23: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Zarar Vermeme İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları	136
Tablo 24: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki.....	143
Tablo 25: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Yaşı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları	149

Tablo 26: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları	151
Tablo 27: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Medeni Durumu İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	152
Tablo 28: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Nöbet Tutmaları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	154
Tablo 29: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	155
Tablo 30: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Eğitim Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	158
Tablo 31: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Kurum İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	160
Tablo 32: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Hizmet Sınıfı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	162
Tablo 33: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin İstihdam Şekli İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları ...	164
Tablo 34: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Kurumdaki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları.....	166
Tablo 35: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birimdeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları.....	169
Tablo 36: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleklerindeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları.....	172
Tablo 37: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları.....	175
Tablo 38: Araştırma Kapsamındaki İşörenlerin Buldukları Birimdeki Çalışma Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları.....	179

Tablo 39: “Sağlık Çalışanı İnsan Hayatının, Korunması Gereken En Yüce Değer Olduğunun ve Bu Değerden Hiçbir Koşulda Vazgeçilemeyeceğinin Bilinci İle Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	182
Tablo 40: “Sağlık Çalışanı Bireylerin İlgisizlik, Deneyimsizlik ya da İhmal Nedeniyle Zarar Görmesini Önleyecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	183
Tablo 41: “Sağlık Çalışanı Uygulamalarının Hizmet Verdiği Bireyler İçin Oluşturabileceği Risklerin Farkında Olup, Bu Risklerin En Az İndirecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	184
Tablo 42: “Sağlık Çalışanı Bireylerin Uygulamalar ve/veya Araştırmalar Nedeniyle Zarar Görmelerini Önlemeye Yönelik Girişimlerde Bulunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	185
Tablo 43: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireylerin Güvenliği İçin Gerekli Önlemlerin Alınmasına Yönelik Girişimlere Katılır ve Uygular” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	186
Tablo 44: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireylere, Gereksinimleri Doğrultusunda, Güvenli Sağlık Bakımını Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı ...	187
Tablo 45: “Sağlık Çalışanı Hizmet Alanlara Karşı Kötü Muameleye Katılmamakta ve Onaylamamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	188
Tablo 46: “Sağlık Çalışanı İşGörenlerin Özerkliğe Saygının İnsan Haklarının Temel Dayanağı Olduğunun Bilincinde Olarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin cevapların Dağılımı	189
Tablo 47: “Sağlık Çalışanı Bireylerin İnanç ve Değerlerini Göz Önünde Bulundurarak Hizmet Sunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	190
Tablo 48: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireyleri Doğru, Yeterli ve Açık Bir Biçimde Bilgilendirmektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	191
Tablo 49: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bilgilendirilmesini İstedığı Kişileri Belirlenmesine Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	191
Tablo 50: “Sağlık Çalışanı Hastanın Özgür Karar Verme ve Seçme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	192

Tablo 51: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bakımı, Tıbbi Uygulamaları ve Tedaviyi Reddetme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	193
Tablo 52: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	194
Tablo 53: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	195
Tablo 54: “Sağlık Çalışanı Acil Durumlarda Hastanın Yaşamını Korumak Üzere Gerekli Tıbbi Uygulamaları Rıza Almaksızın Uygulamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	196
Tablo 55: “Sağlık Çalışanı Hastalar Arasında Ayrım Gözetmeksizin Hizmet Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	197
Tablo 56: “Sağlık Çalışanı Mesleki Değerleri ile Çatışabilecek Çıkar İlişkinine Girmemektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	198
Tablo 57: “Sağlık Çalışanı Kaynakların Adil Dağılımını Sağlayarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	200
Tablo 58: “Sağlık Çalışanı Hasta Mahremiyetinin Korunmasını Sağlamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı	201
Tablo 59: Hipotezlerin Kabulünün Özet Tablosu	202
Tablo 60: Reddedilen Hipotezlerin Özet Tablosu.....	204

KISALTMALAR LİSTESİ

AERC: American Ethics Research Center

ANA: American Nurses Association

ANAOVA: Analysis Of Variance

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

HCA: The Healthcare Company

ICN: Code of Ethics for Nurses

ITO: International Transparency Organisation

NHS : National Health Service

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

SD: Standard Deviation

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS: Statistical Package for Social Sciennces

TDK: Türk Dil Kurumu

TEDMER: Türkiye Etik Değerlendirme Merkezi

UKCC: British Council of Nurses Central Council

UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

UNICEF: United Nations Internation Children's Emergency Fund

WHO: World Health Organization

1.GİRİŞ

Globalleşen dünya her geçen gün insan yaşamının neredeyse tamamının etkileneceği yeni gelişmelerle, yaşam tarzlarıyla, yepyeni ürünlerle karşılaşmaktadır. Kitle iletişim teknolojilerinin çok hızlı gelişimi ve yaygınlığı da dünyanın büyük bir köy olmasına sebebiyet vermektedir. İnternet sayesinde de yeni kavramlar, yaşam tarzları dünyanın bir ucundan ötekine neredeyse hiç bir sorgulama yapılmadan ulaşmaktadır. İşte tüm bu hızlı değişimler toplum yapısını da etkilemekte, yeterli alt yapılar oluşmadan yaşamımıza girip, farklılaşmalara neden olan dinamik yapı beraberinde etik sorunları da doğurmakta ve bu nedenle ahlak, etik, değerler gibi kavramlar da daha çok gündemimizi meşgul etmektedir.

Sosyal bilimcilerin neredeyse iki bin beş yüz senedir üzerinde durdukları, tartıştıkları ve tanımlamaya çalıştıkları etik konusu, insanlık tarihi kadar eskidir. Etik kavramı, ahlak kavramıyla aynı manada kullanılmasına rağmen aslında her ikisinin de birbirinden farklı kavramlar olduğu sonradan anlaşılmıştır. Etik tanımı yapılırken ahlak üzerinde durulur, çünkü etiğin araştırma alanı ahlaktır. Etik, ahlak yasalarının sistematize ve standardize edilmiş halidir. Aristoteles, Kant gibi bazı filozoflar ahlakın felsefi düzlemde incelenmesini etik olarak nitelendirmektedir.

Etik, ahlak ve değerlerin makro düzeyde insanlık için önemli kavramlar olduğu bilinmektedir. Özellikle sağlık, çevre, işletme, hukuk, medya, yönetim, siyaset gibi birçok sektörde son dönemlerde meslek etiği ve ahlakından fazlaca bahsedilmektedir. Bu çalışmada ise, insan sağlığını korumayı, geliştirmeyi ve hastalık halinde iyileştirmeyi hedef edinen sağlık profesyonellerinin görevi esnasında olmazsa olmazı sağlık meslek etiği ve ilkeleri ele alınmıştır. Bu ilkeler insanın biricikliği yani her bireyin kendi içinde değerli olduğu olgusundan yola çıkmaktadır ve birçok uluslararası sözleşmede de insan yaşamının önemi, yaşam hakkının korunması gibi en temel değerler de ilke olarak benimsenmiştir. Bu bağlamda sağlık çalışanları gerek aldıkları profesyonel eğitiminin gerekse de insani, ahlaki ve evrensel etik ilkeler gereği mesleklerini irca ederken bu prensipler çerçevesinde hareket etmeleri mesleki ve yasal bir zorunluluktur. Çünkü sağlık uygulamalarının öznesi insandır, özellikle kırılganlığı, hassasiyeti yüksek olan hasta insandır.

Hatayı kaldırmayan, affetmeyen sağlık sisteminde sağlık işgörenlerinin etik ilkeleri içselleştirerek uygulaması ayrıca önem arz etmektedir. Etik sorunlarla uygun şekilde baş edilemeyen sistemlerde iç huzur, etkililik, verimlilik gibi kalite unsurlarından da söz etmek zorlaşacaktır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar yaşanan etik sorunların çalışanın verimliliğini, çalışma azmini, örgütsel bağlılığını azalttığını ve dolayısıyla da kurumsal performansın düşürdüğünü göstermektedir. Bu bağlamda sağlığın da bir hizmet sektörü olduğu göz önüne alındığında, etik ilkeleri rehber edinerek hareket etmek rekabet unsuru olarak da hiç şüphesiz önceliklidir.

Sağlık sisteminin başat unsuru olan sağlık çalışanları diğer sektör çalışanlarında olmayan özel bir donanımına sahip olmak durumundadır. Söz konusu bu donanım hem teknik yeterlilik hem de ahlaki ve etik ilkelere dayanmaktadır. Bunlar; zarar vermeme / yararlılık, özerklik, bireye saygı, aydınlatılmış onam, mahremiyete saygı, adalet ve eşitlik ilkeleridir. Literatüre bakıldığında bu konuda az sayıda bilimsel çalışma yapıldığı görülmektedir. Oysa karşılaşılan etik sorunların, etik ikilemlerin çalışanların meslek hayatını etkilediği ve zaman zaman ciddi sorunlara yol açtığı da görülmektedir. Etik sorunlarla karşılaşıldığında sağlık çalışanın ne yapacağını bilmemesi, yeterli hukuki ve etik düzenlemelerin olmaması çalışanın bireysel sorumluluk almasına neden olmakta ve bu durum çalışanda mesleki yabancılaşmaya, tükenmişliğe sebebiyet vermektedir. Bu durumda standart davranış kalıplarının olmayışı toplumun gözünde sağlık mesleğinin itibarında aşınmaya sebep olmakta ve istenmeyen davranışlara da zemin oluşturmaktadır.

Bu nedenle sağlık çalışanlarında olması gereken etik değerlerin, ilkelerin, kodların ve davranış standartlarının neler olduğunun bilinmesi, etik sorunlarla, ikilemlerle karşılaşıldığında nasıl davranılacağı kestirilmesi, önemlilik ve önceliğine göre çözüm önerilerinin geliştirilmesi büyük öneme haizdir.

1.1. Araştırmanın Konusu

Araştırmanın konusu, Diyarbakır il merkezindeki dört büyük kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının davranışlarının meslek etiği açısından incelenmesidir. Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için etik ve ahlakla ilgili yaklaşımlar, teoriler incelenip bilgiler sunulmuştur. Ayrıca meslek etiği, ahlakı ile sağlık meslek etiği ve ahlakıyla ilgili temel ilkeler üzerinde detaylı olarak durulmuştur.

1.2. Araştırmanın Önemi

İnsan yaşamını korumak, hastalanma, sakatlanma vb. durumlarda gerekli önlemleri ve tedaviyi yapmak sağlık organizasyonlarının en temel işlevidir. Bu işlevi yerine getirecek olanlar da sağlık kurumlarında çalışan işgörenler yani sağlık çalışanlarıdır. Bu kadar önemli bir görevi ifa edenlerin gerek mesleki donanımları gerekse de ahlaki ve etik değerleri çok önemlidir. Her birey kendi içinde biricik öneme sahiptir. Birçok uluslararası sözleşmede de insan yaşamının önemi, yaşam hakkının korunması gibi en temel değerler de ilke olarak benimsenmiştir. Sağlık çalışanları da gerek aldıkları profesyonel eğitimin gereği gerekse de insani, ahlaki ve evrensel etik ilkeler gereği mesleklerini irca ederken bu prensipler çerçevesinde hareket etmeleri bir zorunluluktur.

Etik düşünceyi benimseyen sağlık çalışanı, çalışmalarında daha etkili, verimli olabilecektir. Ahlaki değerleri yüksek olan sağlık çalışanı gerek hizmet sunduğu bireylerle gerekse de meslektaşlarıyla iyi iletişim halinde olur. Etik ve ahlaki düşünceye sahip çalışanların iç huzuru da olacağından daha pozitif çalışma ortamı yaratarak iş tatmini oranları da artar. Sağlık hizmet sunucuları ve alıcıları arasında etik ilkelere ve ahlaki değerlere bağlılıktan kaynaklı doğru bir iletişimle yanlış anlamaların ve de iletişim kazalarının da önüne geçilerek, istenmeyen davranışların sergilenmesi önlenerek daha güvenli ve saygı dolu bir çalışma ortamı oluşturulabilir. Sağlık çalışanlarının sağlık meslek etiğinin adalet, özerkliğine saygı, aydınlatılmış onam, zarar vermeme ve sır saklama/ mahremiyete saygı ilkelerine bağlı olmaları hem mesleğin gerekliliği hem de deontolojik olarak yasal bir zorunluluktur. Mesleğin etiğine, ahlakına ve ilkelerine bağlı kalınmadığı takdirde hizmet alanlarla sunanlar arasında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle bu konunun araştırılması, incelenmesi ve irdelenmesi gerekmekte olup, yapılacak olan bu araştırma ile başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun değişik kesimlerine derinlemesine farklı bir görüş açısı kazandırılacaktır. Dolayısıyla söz konusu bu problemin çözümüne katkı sağlanmış olacaktır.

1.3. Araştırmanın Sunuş Sırası

Bu çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın “giriş” başlıklı birinci bölümünde araştırmanın konusu ve önemi hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmanın

sorunsalı olan ikinci bölümde; araştırmanın amacı, problemi, soruları ve hipotezleri yer almaktadır. Araştırmanın üçüncü bölümünü oluşturan literatür çalışmasında ise; araştırmanın konusunu oluşturan etik ile ilgili kavram tanımları ve teoriler kapsamlı bir şekilde ele alınarak literatür taraması şeklinde sunulmuştur. Dördüncü bölüm olan metodoloji kısmını ise; verilerin elde edilme stratejisini, araştırmanın tasarımını (evreni, örnekleme, veri toplama prosedürleri), değişkenlerin ölçümlerini (araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının davranışlarının meslek etiği açısından incelenmesi ve işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunup-bulunmadığının test edilmesi), güvenilirlik, geçerlilik ve veri analiz tekniklerini içermektedir. Araştırma bulguları ve analizi başlıklı beşinci bölümde ön veriler, betimleyici istatistikler, güvenilirlik ve geçerlilik sonuçları, bulgular irdelenirken; altıncı bölümde tartışma, hipotezlerin kabul ve reddi, uygulamalar, sınırlılıklar ve gelecek çalışmalar için öneriler, yedinci ve son bölümünde ise genel değerlendirme bulunmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın sorununa, sorularına, hipotezlerine ve amacına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Sorunu

Araştırmanın sorunu; “Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerindeki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı” konusundaki bilgi eksikliğini gidermektir.

2.2. Araştırmanın Soruları

- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin adalet ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?
- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin özerkliğe saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?
- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin zarar vermeme ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?

- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin mahremiyete saygı/ gizlilik ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmakta mıdır?

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın sorularına bağlı olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiş ve test edilmiştir:

Araştırmanın ana hipotezi: “Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algısı arasında ilişki bulunmaktadır” şeklindedir. Alt hipotezler ise aşağıda sıralanmıştır:

H1: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile adalet ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

H2: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

H3: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile zarar vermeme/yararlılık ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

H4: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

2.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, “Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerindeki işgören davranışlarının meslek etiği açısından incelenmesi ve işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunup bulunmadığının” test edilmesidir. Bu bağlamda araştırmanın alt amaçları da şunlardır:

- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik niteliklerinin belirlenmesi,
- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin meslek etiği algılarının saptanması,
- Araştırma kapsamındakilerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin adalet ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasındaki ilişkinin test edilmesi,

- Araştırma kapsamındakiilerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin özerkliğe saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasındaki ilişkinin test edilmesi,
- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin zarar vermeme/yararlılık ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasındaki ilişkinin test edilmesi,
- Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin mahremiyete saygı/sır sakama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasındaki ilişkinin test edilmesidir.

3. ARAŞTIRMANIN KONUSU İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU

Çalışmanın bu bölümde araştırmanın alan yazınında konuyla ilgili kavram tanımları ve teorileri detaylı olarak ele alınmaktadır.

3.1. Etik ve Ahlakla İlgili Kavramlar

Etik kavramı, ahlak kavramıyla aynı manada kullanılmasına rağmen, aslında her ikisinin de birbirinden farklı kavramlar olduğu sonradan kavranmıştır. Etik tanımı yapılırken ahlak üzerinde durulur çünkü etiğin araştırma alanı ahlaktır. Etik, ahlak yasalarının sistematize ve standardize edilmiş halidir. Ahlakın felsefi düzlemde incelenmesini etik olarak nitelendirir bazı filozoflar. Etiğin ne demek olduğu netleştirilmek isteniyorsa, daha en başından ahlakın ne olduğu konusunda net bir fikre sahip olunması gerekir. Yoksa oldukça muğlak bir terim olan "etik" terimi, başka muğlak olan bir terime "ahlak ve felsefi inceleme" göndermede bulunarak açıklanmaya çalışılır (Feldman, 2016; 11). Burada etiğin birkaç tanımına yer verildikten sonra ilerleyen bölümlerde etik ve ahlak ilişkisi üzerinde detaylı durulmuştur.

Etik, geçmişe ve bugüne dair doğru ve yanlışların anlatımı olarak Lamberton ve Minor (1995:409) tarafından tanımlanmış, Çalışlar (1983:135) ise etiği, insanların töresel, yasal ve ahlaksal ilişkilerini, davranış biçimlerini açıklayan felsefenin bir dalı olarak ifade etmiştir. Yunanca "ethos" yani alışkanlık sözcüğünden gelen, etimolojik köken olarak da Latince'den türeyen "moral" kelimesiyle aynı anlamda kullanılan etiği Göksu ve Bilgiç (2002: 85-86), iyi ve ideal olanı, mutlak doğru olup olmadığını ve mevcutsa buna nasıl ulaşılacağını araştıran, gündelik yaşamda da çoğu zaman ahlak

sözcüğüyle karıştırılan, soyut kavramları ve bunların tanımlanmasını konu edinen, kapsamlı bir kavram olarak tanımlamışlardır. Türkçe literatüre de son yıllarda girmiş olan etik kavramı, eski Yunan döneminde felsefenin mantık, epistemoloji gibi temel alanlarından biri olup insan davranışlarını, ahlak ve normlara uygun davranmanın yükümlülüğünü bilimsel tarzda araştıran ve sistematik ahlak değerlerini konu edinen felsefenin bir dalı olarak tanımlanmaktadır (Gök vd., 2012: 3). Nihai amaç olan mutluluğa ulaşmak için günlük hayattaki eylemlerin etik olması gerektiğini Guth ve Marsh (2012: 161) dile getirmiştir. Etiğin hayatın tamamen bir yalanı olduğu savını öne süren Nietzsche ise etiği “hiççilik” (nihilizm) olarak tanımlamıştır (La ética de Nietzsche, 2013:1’den aktaran Büyük, 2013: 17). Tamamen İnsan davranışlarını konu edinen etik, kişinin davranışlarını ve eylemlerini ahlaki anlamda sorgularken iyinin kötünün ne olduğunu açıklayabilmek için uğraş veren, ahlak değerlerini içeren bir disiplindir. Ya da kısaca etik, bir davranışın o davranış koduna uygunluğunun araştırmasıdır da denebilir (Özdemir, 2013: 120). İnsanın neleri yapması ya da yapmaması gerektiğini, olması gereken değerleri açıklamayı hedefleyen etik kavramı şu temel değerler üzerinde durur; erdemler, ilkeler, ödevler ve toplumun çıkarları. Erdem, örnek insanda bulunması gereken güzel, doğru özelliklerdir. İlke, davranışları biçimlendiren ve sınırlayan doğrulardır. Ödev, bir bireyin pozisyonundan beklenen iş, işlem veya davranışlarıdır. Toplumun çıkarı, bir toplumda yaşayan bireylerin lehine olan davranışlar tümüdür (Özdemir, 2008:182). Kant'a göre bir zihniyet felsefesi olan etik, eylemin amacının iyiliğini göz önünde bulundurur (Kant, 2007: 91-93). Ahlaki değerler ışığında doğru davranışı inceleyen ve Yunanca "ethos" kelimesinden gelen etik, karakter anlamını da taşır ve insanın evrendeki tüm canlı ve cansız varlıklarla olan ilişkilerinde iyi ya da doğru veya kötü ya da yanlış olarak adlandırılan değer yargılarını konu edindir. Kısacası etiğe, insan ve toplum için doğru olanın, ideal olanın araştırılmasıdır da denebilir (Yüksel, 2005: 49). En iyiye ulaşma arzusunun etiğe atfedilen değerlerin nihai amacı olduğu söylenebilir.

Etik tartışmaların ana konusu, ahlaki bakımdan insan eylemlerini neyin değerli veya değersiz kıldığıdır. Davranışı ahlaki anlamda değerli kılan, iyiyi ortaya koyması ve yaratmasıdır. Peki, iyi nedir? Etik kuramlar iyiyi farklı şekillerde tasvir etmektedir. Birbirinden farklı etik teorilere göre iyi; hazdır, mutluluktur, ödevi yerine getirmektir, doğruluktur, sevgidir (Akarsu, 1998: 2). Russel'ın (1993:158'den akt. İnalkul, 2013)

tanımına göre ise ; “tıksınılan şey kötüyken, istek duyulan şey iyidir”. Ancak istekler konusunda toplumda görüş birliği mevcut olmadığından, genellikle istekler birbirleriyle çelişir”. Tam da bu noktadan hareketle etik, bu çelişen isteklerin ya da istenen iyiler konusunda bireylerin çatışmalarını çözümlenecek ilkelerin belirlenmesi sürecindeki tartışmalar üzerine odaklanır (Aydın, 2016: 5). Toplumdan topluma farklılık gösteren ahlaki değerler, etik ilkelerin belirlenmesiyle ortak davranış kalıplarının bulunmasına yardım eder.

Birçok felsefecinin ve bazı kaynakların etik ve ahlak kavramlarını bazen aynı bazen de birbirinin yerine kullandığı görülmektedir. Oysa ikisi de farklı kavramlardır. Farkını etik tanımını yapan Solomon şöyle anlatmıştır; “ahlakın insanın değerleri ve davranışlarını tanımladığını; etiğin ise, bu alandaki bilimsel çalışmalarla ilişkili olduğunu söylemektedir” (Shaw, 1991: 5). Usta’ya (2012: 1) göre ise ahlak ve etik; ”töre ve ahlakın bilimi olarak da kabul edilen etik, sıfat olarak kullanıldığında ahlak ve ilkelerini nitelendirirken, isim olarak kullanıldığında ise ahlak ve temelleri üzerinde çalışan felsefenin bir bölümü olarak değerlendirilir”; diyerek ikisinin tanımına açıklık getirmiştir.

Selsam (1995: 7), insan dışında hiç bir varlığın ahlaksal yargılara varamayacağını, bu nedenle sergilediği davranışı ve yolunu haklı çıkarmak için sürekli bir çaba içerisinde olduğu düşüncesini savunur. Aksi takdirde insanoğlu yaşayamaz. Bir davranışı doğru ya da haklı diye adlandırırken aksine haksız ya da yanlış der. Yani sürekli ahlaksal yargılara varır. İşte etik bilimi de tam burada devreye girer yani, insanların gelenek haline getirdiklerini sadece basitçe izlemekle kalmaz. Aynı zamanda davranışa akılcı sebepler bulmaya çalışır. Kendi davranışına akılcı neden arayan bireye de etiysen denir. Etik disiplini, ahlak kurallarının mantıklı olup olmadığını akıl süzgecinden geçirerek bir sonuca ulaşır. Etik, iyi olan nedir? Sorusu yerine bir şeyin iyi olduğu yargısına nasıl varıldığını söyler. Ahlak felsefesi olarak düşünülen etik, ahlaki olay, olgu ve tutumların durumunu çözümler.

Russell’e göre etik; “bir toplumun ortak isteklerinin kişiye benimsetilmesi sürecidir (Savran, 2007: 8). Etik iyi davranış yargısına varmaya çalışırken kişiyi düşünmeye sevk eder. Dolayısıyla kişiyi düşünme yoluyla eğiterek davranış değişikliği kazandırır. Usta’nın (2012: 2) da söylediği gibi; “etiğin amacı akılcı mutluluğu aramak,

mutlu yaşama sanatını yaratmaktır. Etik dünyayı yaşanabilir kılmak için eylem ve işlemler üzerinde düşünmektedir. Etik, mükemmel bir toplumun var olması için çaba içerisindedir". Bu düşüncelerden hareketle, kişinin düşünerek yani yaradılış amacını yerine getirerek ancak doğru olanı bulabileceği söylenebilir.

Ahlakla etik arasında kapsam bakımından, teori ve pratik bakımından bir farklılık vardır. Etiğin günlük yaşam pratiğine yansımaları olan ahlak, bir kurallar silsilesidir. İnsan toplulukları arasındaki tutum ve inançları yönlendiren değerler sistemidir. İnsanların gündelik yaşamının bile somut belirleyicisi olarak ahlak ilgilendirir; etik ise daha kuramsal ve soyut bir bakış açısı sunar (İnal, 1996: 43). Etiği bir topluluğun ortak isteklerini bireylere benimsetme girişimi olarak değerlendiren Russell, etiğin sadece bireysel isteklere değil evrensel isteklere ilkesel açıdan önem verilmesi gerektiğini de savunur (Russell, 1993: 159). Etik değerler tek tek tüm bireyler, dolayısıyla bütün dünya için geçerlidir. Kallaus ve Keeling'e (1992:193) göre, bireyler ahlaki yargılar ve değer sistemleri bakımından birbirinden farklıdır. Kişilerin dini inanışları, bireysel felsefeleri ve de güdeleri onların ahlaki yargılarını etkiler. Bir toplumun içindeki farklı inanışlar, kültürler, etnikler, cinsel tercihler gibi bireysel farklılıkların olması farklı ahlaki anlayışları da beraberinde getirir. Daha evrensel ve genel geçerliliğe sahip olan etikte ise "istenilir iyi" kavramı vardır (İnal, 1996: 43). Etiğin ilkeleri evrensel özellik taşıdığından daha standardizedir ve toplumdan topluma değişiklik göstermez.

Etik, konusu, tarihsel gelişim açısından, türlerine ve felsefi yaklaşımlara göre, etik ile ahlak-kültür-din-hukuk arasındaki ilişkiler bağlamında, ekollere, mesleklere, yönetim ilkelerine vb. göre detaylı bir şekilde bu çalışmada incelendiğinden ve etiğin çok sayıdaki tanımına yer verildiğinden çalışmanın başında sunulan etik kavramı açıklamalarının ve tanımlamalarının çalışmanın bu safhasında yeterli olacağı düşünülmektedir.

Etiğin inceleme alanı ahlaktır. Etik ahlak felsefesi olduğundan öncelikle "ahlak" nedir? Ahlak kavramının tanımı neye göre yapılmaktadır? gibi soruların cevabının bulunacağı ahlak, ahlakın gelişim evreleri, değerler ve norm kavramlarına çalışmanın bu aşamasında yer verilmiştir.

3.1.1. Etik ve Ahlak Kavramı

Feldman (2016: 11-16) ahlak ve etiğin tanımını yapmadan önce, konunun daha iyi anlaşılabilmesini sağlamak için bazı önemli ve temel sorular sorup; bunlara cevap bulmaya çalışarak konuya açıklık getirmek istemiştir. Ahlak nedir? Sorusuyla karşılaşıldığında insan önce bir duraksayabilir. Ahlak bir fikir midir? Yoksa bir kurum mudur? Belki de bir kurallar dizisidir. Bazılarına göre bir davranış şekli ya da bir tür histir. Böyle bakıldığında bunların tümü elbette ki ahlak değildir. Soru böylesine dolaylı ve somut sorulduğunda, soruya somut bir cevap bulmak da güçleşir. Feldman'a göre daha yararlı bir cevap alabilmek için sorunu daha somut ele alınması gerekir. "Ahlak" kelimesi bir isimdir. "Ahlaki" sıfatıyla yakından ilişkilidir. Bu sıfatı ahlaki yargı, ahlaki davranış, ahlaki tercih, ahlaki ilke gibi tabirlerde sık sık kullanılır. Ahlaki sıfatı incelenerek "ahlak" isminin anlamına biraz daha ışık tutabilir ve daha somut bir sonuca ulaşabilir. Dolayısıyla ahlak nedir? Yerine ahlaki yargı nedir? Sorusu sorularak daha çok başa çıkılabilir bir soruya kavuşulmuş olur. Bu soru "ahlaki" sıfatının anlaşılmasına yardımcı olabilir ve bu sayede önce "ahlakın" daha sonra da "etiğin" anlamına biraz ışık tutulabilir (Feldman, 2016: 16-18). Ahlaki yargılarla diğer yargılar arasında bariz sezgisel farklılık olduğu görülmektedir. Örneğin birisi "kürtaj yanlıştır" diyorsa ahlaki bir yargıda bulunuyordur. Ama "Diyarbakır Türkiye'nin güneydoğusundadır " diyorsa ahlaki olmayan, sıradan bir yargıda bulunduğu bilinir. Dolayısıyla aradaki yargı farkı açıktır. Peki, genel olarak bu ayrımın temeli nedir? Bu yargıların ahlaki olduğunun anlaşılmasını sağlayan nedir? Ahlaki yargılarda olup, diğerlerinde olmayan nedir? Bu sorulara verilecek en basit cevap; ahlaki yargıları ifade etmek için kullanılan cümlelerin özelliğidir. Ahlaki bir yargıda bulunulmak istendiğinde “doğru –yanlış” “iyi- kötü”, “şer” “–meli, malı –mak” zorunda gibi kelimelerden yararlanılır. Bu listedeki tüm kelimeler “değer terimleri ya da değer bildiren terimler” olarak adlandırılabilir. Değer terimi kavramından yararlanılarak ahlaki yargılara ilişkin bir önermede bulunulabilir. Bu önerme, her ahlaki yargının bir değer terimi kullanmak zorunda olduğu fikrine dayanır. Önerme: Bir cümle ancak ve ancak bir değer terimi içerdiği takdirde bir ahlaki yargı ifade eder. Buna göre (Feldman, 2016: 18);

- Kürtaj her zaman yanlıştır.
- Herkes kardeşini, komşusunu sevmelidir.

- Belli koşullar altında intihar doğrudur.
- Bebeklere eziyet etmek kötüdür.

Bu cümlelerin hepsi bir ahlaki yargı içerdiğini herkes kabul edecektir, ancak hepsinin doğru bir ahlaki yargıyı ifade ettiğine herkes katılmayacaktır. İşte bu noktada ahlaki değer yargılarının göreceliği kendini hissettirmektedir. Ahlak ilkeleri soyut ilkeler olup, adalet ve eşitlikle çelişmeyen, toplumu oluşturan bireylerin konsensüsüyle sağlanır. Bireyler arasındaki ahlaki değerlendirmeler fark göstermekle birlikte herkesin hemfikir olabileceği adalet ilkelerine dayalı ortak değerler de vardır.

Etimolojik açıdan bakıldığında ahlak, Arapça “hulk”, Latince “mos” ve Yunanca “ethos” kelimelerine dayanmakta ve kökenini Latince olan “morale” den almaktadır. Türkçe anlam olarak da insanın doğru ve yanlış, olumlu ve olumsuz, iyi-kötü davranışları olarak tanımlanmaktadır. İngilizcede ise ahlak kelimesinin karşılığı olarak “ethics ve morality” kullanılmaktadır. Bu kelimelerin ortak özelliklerine bakıldığında gelenek, görenek, huy ve alışkanlık anlamlarına geldikleri görülmektedir (Aktan, 1999: 10). Bu açıdan bakıldığında etimolojik köken itibarıyla her ne kadar etik ve ahlak arasında anlam farkı yokmuş gibi görünse de kullanım alanları bakımından farklı şeyleri nitelemek için kullanıldığı görülmektedir. Örneğin “ahlaklı bir eylem” dendiğinde, içinde bulunulan toplumun değer yargılarına uygun bir davranıştan söz edilebileceği gibi, o eylemin toplumsal normları yücelten bir davranışı kastedilmiş olabilir. Bu nedenle “ahlak” sözcüğü farklı yerlerde, farklı şeyleri nitelemede kullanıldığından, ahlakı “etik” kelimesinden ayırmak gerekmektedir (Tepe, 1998: 12). Bu açıdan bakıldığında Lamberton ve Minor’e (1995: 409) göre etik; geçmiş ve bugüne ilişkin doğru ve yanlış ölçülerinin anlatımıdır. Yani doğru ve yanlışların belli ölçütlere göre belirlenmesi olup, kişiye, mekâna ve zamana göre değişmemesidir. Ahlak, toplumsal yapıdaki iyi ve doğru kabul edilen davranışlar bütünüdür (Duyan, Purutçuoğlu, v.d., 2016: 110) . Bireyler toplumun ahlaki normlarına uymakla yükümlüdür. Ancak hangi davranışın iyi veya kötü olduğu toplumdan topluma, kişiden kişiye ve hatta zamana göre değişebilmektedir.

Ahlak olgusu gerek toplumlarda ve gerekse bireylerde zamanla oluştuğundan kendine ait çeşitli gelişim evrelerinden meydana gelmektedir. Ahlak gelişimi ile ilgili öne sürülüp geliştirilen kuramlardan en bilinenleri Piaget ve Kohlberg’e ait olanlarıdır.

3.1.2. Jean Piaget'in Ahlaki Gelişim Kuramı

Çeşitli yaş gruplarındaki çocuklarla çalışan Piaget (1896-1980), ahlaki gelişim dönemlerini “Dışa Bağımlı ve Özerk Dönem” olarak tanımlamış ve çocukların herhangi bir durumla karşılaştıklarında sergiledikleri ahlaki davranışları araştırmıştır (Duyan, Purutçuoğlu, v.d., 2016: 110). Bu dönemler kısaca aşağıda verilmiştir.

Dışa Bağımlı Ahlaki Dönem: Bu dönemde sorumluluklar, ahlaki kurallar, yasalar bulunmakta ve bunlar sorgulanmadan kabullenilmektedir. Başkalarının kurallarına uyulmaktadır.

Özerk Dönem: Bu gelişim döneminde ise; bir öncekine nazaran kurallar sorgulanmakta, standartlar mutlak olarak görülmemekte ve hatta bazı durumlarda birçok neden için standartlar bozulabilmektedir (Kocabıyık, Kulaksızoğlu, 2014). Ahlak gelişimini, özerklik evresinin devamı olarak nitelendiren Piaget, özerklik gelişiminin ancak kişinin bilişsel gelişimindeki değişimlerle biçimlenebileceğini belirtmiştir (Güngör, 2008).

3.1.3. Lawrence Kohlberg'in Ahlaki Gelişim Kuramı

Jean Piaget'in bilişsel gelişim alanında ortaya koyduğu çalışmaların devamı olarak nitelendiren Lawrence Kohlberg'in kendi adıyla anılan ahlaki gelişim kuramını, Piaget'in bilişsel gelişim aşamaları üstüne inşa etmiş ve bu alana çok büyük katkı sağlamıştır. Bu anlamda kümülatif bir özelliğe sahiptir. Piaget gibi Kohlberg de evrensel düzeyde tüm kültürel sınırları aşan, doğal olan ve bilişsel temele dayanan ahlaki gelişim evreleri üzerinde yoğunlaşmıştır (Çam, vd., 2012). Kohlberg'in teorisi üç ayrı düzey ve altı evreden oluşup, her bir düzey diğer ikisi ile bağlantılıdır ve bu aşamalar ergenlik ve yetişkinliği de kapsamaktadır (Gültekin, 2011). Bu teoriye göre gelişim evrelerinden bir dönem yaşanmadan bir üst düzeye geçilememektedir. Yaşın ahlaki gelişim için kesin bir gösterge olmadığını ve bilişsel gelişimle desteklenmesi gerektiği görüşünü bu teori savunmaktadır. Ahlaki gelişim, herhangi bir dönemde sonlanabilmekte, bireyin ahlaki yargısı baskın olarak bir evrede yoğunlaşmaktadır. Ancak aynı kişi her zaman aynı şeye aynı tepkiyi veremeyebilmektedir. Kohlberg, insanların üç düzeyde altı ahlaki yargı dönemi geçirdiklerini belirtmiştir. Bu düzeyler (Duyan, Purutçuoğlu, v.d., 2016: 88):

- **Gelenek Öncesi Düzey (4-9 Yaş)**

Ceza ve İtaat Eğilimi (4-5 Yaş)

Araçsal İlişkiler Eğilimi (6-9 Yaş)

- **Geleneksel Düzey (10-18 Yaş)**

Kişilerarası Uyum (iyi çocuk) Eğilimi (10-15 Yaş)

Kanun ve Düzen Eğilimi (15-18 Yaş)

- **Gelenek Sonrası Düzey (18-20 Yaş)**

Sosyal Sözleşme Eğilimi (18-20 Yaş)

Evrensel Ahlak İlkeleri Eğilimi (20 Yaş ve sonrası)

Kohlberg'e göre henüz kimse Evrensel Ahlak İlkeleri Eğilimi olan 6. evreye ulaşamamıştır.

Rest ve arkadaşları (2000) tarafından ortaya konan yeni Kohlbergçi yaklaşım ile Kohlberg'in ahlaki yargıyı düzeylere ve basamaklara ayırma düşüncesi eleştirilmiştir. Bu teoriye göre; Kohlberg'in teorisi başlangıç noktası olarak alınmakta, ahlaki yargı biliş kavramıyla değerlendirilmektedir. Fakat ahlaki yargıyı açıklamak için basamaklardan ziyade şema kavramını kullanmaktadır. Buna göre şemalar, kişilerin ahlaki karar vermeleri gereken durumlarla karşılaştıklarında, din ya da kültürel ideoloji gibi zihinsel yapıların ahlaki yapılarla etkileşim içinde olmasına izin vermektedir (Kocabıyık, Kulaksızoğlu, 2014). Kohlberg'in ahlak teorisine dayanan çalışmalar, batı kültürlerinin daha üst ahlaki seviyeye ulaştığına dair kanıtlar ortaya koyarken, Kuyel ve Glover'ın (2010) Türkiye ve Amerika'da yaptığı karşılaştırmalı bir çalışmada ise, Türk üniversite öğrencilerinin ABD'li öğrencilere göre daha üst ahlaki gelişim evrelerine uygun yanıtlar verdiğini ortaya koymuştur (Glover, Kuyel, 2010: 107). ABD ve Hindistan karşılaştırmalı örneğinde de benzer bulgulara ulaşılmıştır (Miller, 2006; 375-398).

Piaget ve Kohlberg'in dışında John Dewey ve Carol Gilligan'ın da ahlaki gelişim kuramı üzerine görüşleri olmuş ve bu alana katkı sağlamışlardır. John Dewey'e göre çocuğun aktif bir şekilde akıl yürütmesi şartı ile ahlak eğitiminin ve gelişiminin başarıya ulaşabileceği belirtmiştir (Duyan, Purutçuoğlu, v.d., 2016: 90). John Dewey ve Carol Gilligan ahlak gelişimini, gelişimin psikolojik kökenlerinin kavranması ile gerçekleşebileceğini ve davranışı daha iyi bir duruma getiren her olumlu fikrin "ahlaki fikir" içine gireceğini ve zamanla şekillenen karakterin bir yönü haline gelen "ahlaki

fikirlerin" ahlaki yargının temel unsurunu oluşturduğu görüşünü savunurlar. Ahlaki yargının gelişim dönemleri bu düşünürlere göre, ahlak ve gelenek öncesi dönem, geleneksel dönem ve özerk dönem olmak üzere üçe ayrılır (Ahmetoğlu, 2009). Carol Gilligan ise; ahlaki gelişimi, Kohlberg'in ahlak gelişimi teorisini şefkat ve sevgi gibi kavramlar boyutunda ele alıp çalışmıştır. Buna göre kadınların ahlaki gelişiminin, Kohlberg'in üçüncü aşamasından sonra erkeklerden daha düşük düzeyde bulunduğunu ve bunun nedeninin, kadınların toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak eğitilmelerinden kaynaklandığını vurgulamıştır. Bu rollere uygun davranan kadınlar onay görme, toplumun beklentisini yerine getirme çabası içine girdiklerinden içinde buldukları gerçek ahlaki aşamayı yansıtamayabilirler (Ahmetoğlu, 2009). Bu yargıya göre, kadın yeterince özgür olmadığından sahip olduğu düşünceleri perdeleme eğilimindedir de denebilir.

Ahlaki gelişimle ilgili sonraki dönemlerde yapılan çalışmalara bakıldığında, düşüncelerin duygulara çevrilmiş olduğu görülmektedir. Hoffman ahlak duygusunun rolüne odaklanan bir kuram öne sürmüştür ve ahlaki davranışa neden olarak ana kaynağın "ahlaki duygular" olduğunu söylemiştir. Buna göre ahlaki duyguları davranışa dönüştürecek motivasyonu sağladığı görüşü benimsenmiştir (Duyan, Purutçuoğlu, 2016: 88). Özellikle ergenlik döneminde bu ahlaki davranışlar kazandırıldığından bu dönemdeki bireylere ahlaki ve etik değerler eğitimi verilmesi, onların daha sağlıklı ve ahlaklı bireyler olarak topluma kazandırılmasına katkı sağlayacaktır.

3.1.4. Sağlık Çalışanları ve Ahlaki Gelişim

Gerek toplumsal gerekse bireysel ihtiyaçların karşılanmasında, verimliliğin artırılmasında, hedefleri gerçekleştirirken en az hata payıyla yürütülebilmesinde sağlık profesyonellerinin ahlaki gelişmişlik düzeyi çok önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sisteminde hizmeti sunanın ve alanın insan olması, sağlık çalışanının hastanın sorumluluğunu bireysel olarak alıyor olması, ahlaki gelişimin ne denli önemli ve acil bir öge olduğunu gözler önüne sermektedir (Tanrıverdi, 2011: 239-259). Alan yazında ahlaki gelişim basamaklarını etkileyen önemli değişkenler olduğu görülmektedir. Bu önemli ögelerin başında yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik durum gelmektedir (Stephens, 2009, Rest, vd., 2000: 381-395). Bu değişkenlere izleyen alt başlıklar altında değerlendirilmektedir.

3.1.4.1. Yaş

Düşünsel ve ahlak gelişiminin tamamlanması ya da belli bir gelişim sergilemesi için yaş önemli bir unsurdur. Yaşın ahlaki gelişim için önemli bir etken olduğu Thoma ve Bebeau tarafından yapılan geniş kapsamlı araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır (Bebeau, 2002: 271-295). 2005 yılında İngiltere’de sağlık eğitimi alan 7864 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada yaş, cinsiyet, kültür ve eğitim düzeylerinin ahlaki gelişim üzerindeki etkileri incelenmiş ve sonuçta diğerlerine göre daha ileri yaşta olanların daha yüksek ahlaki düşünce düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Bore, v.d., 2005: 266-275). Bu çalışmalar ışığında, yaşın ahlaki yargının oluşumu üzerinde önemli bir değişken olduğu sonucuna varılabilir.

3.1.4.2. Cinsiyet

Üzerinde ahlaki gelişmişlik düzeyiyle ilgili çokça araştırma yapılmış diğer bir değişken de cinsiyettir. Bazı çalışmalarda cinsiyet unsurunun ahlaki yargısal gelişmişlik düzeyini etkilemediği görülürken, bazılarının da ise etkili bir unsur olduğu görülmüştür. Mesela 2009’daki Stephens’in yaptığı çalışmada farklı cinsiyetler arasında bir farka rastlanmazken, diğer araştırmalarda ise kadınların ahlaki gelişmişlik düzeyinin erkeklere göre daha ileri bir seviyede olduğu görülmüştür (Gibbs, Basinger, v.d., 2007: 443-500). Kohlberg’in ahlak teorisini şöyle yorumlayan Gump ve Baker; “ahlaki ölçümlerde kadınlara nazaran erkeklerin daha yüksek puan aldığı, adalet olgusunun erkeklerde kişilerarası ilişkilerden çok, gelişimsel olarak artan bir eğilimde olduğunu” belirtmektedir. Gump ve Baker’ın bu tespitini Gilligan ise şöyle yorumlamıştır; “kadınların tereddütlü durumlarda ikilem yaşadığında daha çok ilişkileri, erkeklerin ise adaleti ön planla tuttuğunu” belirterek açıklamıştır (Türer, Çoban, 2014: 3). Bu yorumlar doğrultusunda kadınların daha duygusal, erkeklerin ise daha mantıklı kararlar verdiği sonucuna ulaşılabilir.

3.1.4.3. Eğitim

Eğitim, bireylerin olayları detaylı bir şekilde değerlendirmesine imkân sağlar. Bununla beraber mevcut sorunları çözmeye klasik yollara alternatif çözüm yolları olduğunu düşündürebilir. Bireyler bu farklı yollarla kendi düşünce yapılarının, değerlerinin ötesinde düşüncelerin, değerlerin var olabileceğini düşünsel anlamda kavrayarak farklı bakış açıları geliştirebilirler. Eğitim seviyesinin yüksekliğiyle ahlaki

muhakemenin de arttığı görüşünün ağır bastığı literatür araştırmaları incelendiğinde görülür (Rest, vd., 2000: 381-326, Rest, vd., 1999: 291-324). Eğitimin çıktısı olan davranış değişikliğinin (sağlık meslek elemanlarına özgü davranış kalıpları) toplumun alacağı sağlık hizmetlerinin niteliğiyle de ilişkisi olduğu bilinmektedir. Tüm sağlık meslek elemanlarının eğitim planlaması yapılırken branşlarına uygun etik değerler eğitiminin düzenlenmesi gerekmekte ve eğitimin amacına ulaşp ulaşmadığının da değerlendirilmesi ayrıca önem taşımaktadır.

Ancak ne yazık ki sağlık meslek etiği eğitimlerinin en iyi düzeyde olduğu düşünülen eğitim kurumlarında bile istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Herkes için sağlık sloganıyla hareket eden Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık meslek etiği eğitimlerinin güçlendirilmesini, değişen sağlık ihtiyaçları doğrultusunda eğitim müfredatlarının revize edilmesini önermektedir (Simpson, v.d., 2002: 89-98). Kısa süreli bir kurs programı neticesinde kursa katılan sağlık çalışanlarının kazanımlarına, ilk test ve son test arasındaki farkın büyüklüğüne “Sağlık Çalışanlarında Etik” adlı makalesinde Erdemir yer vermiştir (Erdemir, 2001: 309-316). Etik eğitimi sonucu hemşirelerin kendilerini hastalarına karşı daha hassas, duyarlı ve sorumlu hissettikleri bunun sonucunda ise daha mutlu ve verimli oldukları sonucuna Ersoy yazdığı “Hemşirelik ve Etik” adlı makalesinde ulaşmıştır (Ersoy, 1998: 83–87). Ülkemizde sağlık profesyonellerinin aldığı etik eğitimi irdelendiğinde, verilen eğitimlerin yeterli olmadığı müfredattaki ders saatine, konu sıralamasında sonda yer almasına, sadece son sınıfta verilmesine bakılarak görülmektedir. Ayrıca dersi verenlerle alanların yani öğretmen ve öğrencilerin etik ve ahlak konusunun hassasiyetini yeterince kavrayamadığı görülmektedir. Bu da etik değerler eğitimin önündeki en büyük engellerden biridir. Aristo’nun Erdem Etiğine göre; “kişinin etik değerleri öncelikle kendi yaşamında özümsemesi gerekmektedir” görüşü bu sonucu desteklemektedir.

3.1.4.4. Ekonomik durum

Farklı sistemlerde de görülebildiği gibi ahlak ve ekonominin birbirini etkileyen sistem olduğunu söylemek mümkündür. Ekonomik durum, ahlaki normların gelişmesini etkileyen bir alandır. Üretim-tüketim ilişkisi, iş birliği, iş bölümü gibi ekonomik faaliyete dayalı ilişkilerde kişilere farklı ahlaki amaç ve prensipler arasında seçim fırsatı tanıyarak, daha kalıcı ve işlevselliği yüksek ahlaki değer yargılarının oluşmasına temel

oluşturur (Özen, 2011: 63-87). Kişilerin daha çok tercih ettiği ahlaki ve etik değerler toplumda yerleşerek artar, diğerleri ise eriyip yok olur (Demir, 2008: 228). Şiddet, intihar, hırsızlık gibi istenmeyen davranışlar ekonomik yetersizlik sonucu oluştuğunda gayri ahlaki durumlara mahal verir. Kohlberg'in ünlü araştırmasının konusunu oluşturan Heinz'in eşinin ölümcül hastalığının çaresi olan ilaç çalma hikâyesinde; ilacı çalmalı mı yoksa çalmamalı mı? Onu gece yarısı eczaneden hızla kaçarken gören polis memuru arkadaşı gerekli mercilere ihbar etmeli mi yoksa etmemeli mi? Sorularının cevabını ararken; sorularının cevabının doğru-yanlışlığından çok arkasındaki niyetle ilgilenmiştir (Bacanlı, 1999: 60). İşte sağlık çalışanları da ikilemde kaldığında, onların ahlaki gelişim düzeyleri kararlarına yön vermekte ve davranışlarının arka planını sorgulamasına fırsat vermektedir.

Sağlık çalışanları arasında yapılan araştırmalarda özellikle hekim dışı çalışanların ücretlerini yetersiz buldukları görülmüştür. Bu çalışmalara örnek olarak şunlar verilebilir: Hemşirelerin yarısının maaşlarını yetersiz bulduğu (Gök, 2007: 58-66), sağlık memurlarının %29'nun maaşlarını yetersiz, %60'ının ise kısmen yeterli bulduğu (Taycan, 2006: 100-108), doktor dışındaki sağlık çalışanlarının seçimlerinden dolayı memnun olmadıkları, memnuniyetsizliklerinin başının ise ekonomik nedenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Duygulu, Korkmaz, 2008: 9-20). Hemşirelerin %65'inin maaşının düşük olduğunun saptandığı "Hemşirelerin Meslekleriyle İlgili Sıklıkla Yaşadıkları Sorunlar ve Önem Düzeyleri" adlı Harmancı'nın makalesinde görülmüştür (Harmancı, 2013: 44-46). Yapılan bu çalışmaların sonuçlarına bakarak, ekonomik olarak kişilerin özellikle sağlık çalışanlarının tatmin edilmesinin gerekliliğinin önemi görülmektedir.

3.1.5. Etik Düşünceye Dayalı Davranışın Toplumsal Etmenleri

Toplumunu oluşturan bireylerin sahip olduğu değerler, inanç sistemleri, normları ve kültürü davranışlarının etik standartlara uygunluğunun belirleyicileridir. Etik konusunun daha iyi kavranması için bu kavramlara aşağıda detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

3.1.5.1. Kültür

Kültürün birçok tanımı yapılmış olup burada bir kaçına yer verilmektedir. Görmez'e (2009) göre kültür;" insanın kalıtım yoluyla getirmediği ya da doğada hazır

bulmadığı kendisinin doğaya katmış olduğu, olumlu-olumsuz; maddi-manevi her şeyin genel adıdır ve insanların birbirleriyle ve doğanın diğer öğeleriyle ilişkilerini düzenler. Etik davranış, daima kültürle iç içedir”. Tezcan’a göre kültür (1993: 13); “toplumun tüm yaşayış biçimidir ve toplumun duygu, düşünce ve hareketlerinden oluşan tüm kalıplar kültürü meydana getirir”. Genel bir tanıma yer verilmek istenirse Kongar’a göre kültür (1982: 16) ; insanoğlunun yarattıklarının tümüdür”. Bireylerin birçok yönünü dolaylı ve doğrudan etkileyen kültür, özellikle kişinin algılama şekli, düşüncesi ve davranışlarını öncelikli olarak etkiler (Görmez, vd., 2009: 4). Edward Tylor, kültürü “Primitive Culture” adlı kitabında; “insanoğlunun sahip olduğu ahlak, sanat, bilgi ve diğer değerleri ihtiva eden karmaşık bir bütün olarak tarif etmiştir”. Bir Fransız düşünürüne göre ise kültür; “her şey unutulduğu zaman belleklerde ne kalıyorsa, ona verilen isimdir” (Keleş, 2010: 14). Bu tanımla kültürün geçmişteki yaşantıların, tecrübelerin, kazanımların bir sunumu, göstergesi olduğu ve de hafızada yer edinenlerden kalanlar olduğu görülmektedir.

Teknolojideki baş döndüren hızlı değişim mesafeleri kısaltmıştır. Dolayısıyla bölgeler arasındaki etkileşim artmış ve kültürleri de etkilemiştir. Hayatın ta kendisini oluşturan her bir alanın kendine has kültürleri oluşmuştur. Bunlara örnek olarak, spor, sanat, ideoloji, tüketim kültürü v.b. verilebilir (Tamer, Çelik: 2009.) Bu kadar yakınlaşmış, iç içe geçmiş kültürler kuşkusuz etik değerleri de etkileyecektir.

İnsanın yaşam değerlerinin hepsini içine alan kültür, yaşamın kendisidir. Özellikle ulaşım ve iletişim alanında yaşanan gelişmeler bölgeler arasındaki kültürleri de değiştirmiştir. Artık belli bir spor kültürü, sanat kültürü, ideoloji kültürü, tüketim kültürü vb. ortaya çıkmıştır (Tamer, Çelik: 2009). Böylesine iç içe girmiş kültürel değerlerin etik değerleri etkilememesi imkânsızdır.

3.1.5.2. Değerler

Değer kavramını detaylandırmadan önce sözlük anlamlarına bakmakta yarar vardır. Latince “valere” kökünden türeyen güçlü ve kıymetli olmak anlamına gelen değer kavramının TDK’ya (1999) göre; “bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin değdiği karşılık, kıymet ve kişinin isteyen, gereksinim duyan bir varlık olarak nesne ile bağlantısında beliren şey” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal Çalışma Sözlüğü ise değeri; “kişilerin önemli saydıkları, benimsedikleri ve ulaşmaya

çaladıkları, toplumsal olarak benimsenen somut olmayan kurallar” olarak tanımlamıştır (Tomanbay, 1999: 57). Değerler, bireyin yaşama bakış açısını belirleyen; bireysel olarak kıymet verilen ya da kıymetli olarak algılanan görüş, tutum ve inançlardır (Tuncay, v.d., 2016: 53). En basit ve yalın anlamıyla değer; üstün tutulan, önemli görülen ve korumaya layık bulunan şeydir (Thompson, 2005: 109). Felsefi temelleri antik çağa dayanan değer kavramının sosyal bilimler alanında ilgi konusu oluşu yaklaşık yüzyıllık bir süreci kapsamakta olup psikoloji, sosyoloji, ekonomi v.b. birçok alan için geçerli tanımları da mevcuttur. Ekonomik açıdan ele alındığında bir şeyin fiyatıdır. Bireyin önem verdiği ve onun için yoğun anlam ifade edenler ise bireysel olarak değer atfedilenlerdir. Değerlerin en genel kabul görmüşü kuşkusuz evrensel olanlardır. İnsanın insan olmasından kaynaklanan bu değerler; insanların yaratılışına dayanan ve doğuştan sahip olduğu hak ve özgürlüklere ilişkindir. Toplumsal ve kültürel sınırlamaların kapsamı dışındadır. Diğer taraftan değerler, toplumsal belirlenmiş ve kabul edilmiş biçimlerine göre de farklılık gösterebilen bakış açılarıdır. Değerler, bireylerin ve toplumların davranış biçimlerini belirleyen; toplum içinde bu davranışların kabul edilebilirliğini, toplumsal uyumu ve ortak amaç duygusunu kolaylaştıran inanç, tutum ve görüşleri de kapsamaktadır (Aydın, 2016: 13).

Dinamik bir yapıya sahip olan değerler birbirleriyle sürekli iletişim halindedir ve bu yapı değer sistemini meydana getirir. Sistemin girdisini yaşantılar meydana getirirken, çıktısı yani ürünü de değer yargılarından oluşur (Başaran, 1992: 242-243). Bir şeye değer atfedilmesi diğerleri arasından kişi için önemli olanın seçilmesidir ki bu seçim etik ikilemlerde kişiye rehberlik eder. Bir durum karşısında etik unsurların nasıl belirleyeceği tutumlardan ve değerlerden etkilenir.

3.1.5.3. Normlar

Toplumsal normlar, üyeleri için hangi davranışlara izin verildiğini ve hangilerinin yasaklandığını belirleyen kurallardır ve kuralları ihlal edenler yaptırımla karşılaşır. Zaten yaşamın büyük bir kısmı kişinin fark etmeden uyduğu normlar tarafından yönetilmektedir (Caroll, 1990). Normlar genellikle değerlerin yansıması olduğundan kolektiftir. Bazı normlar hukuk kurallarıyla somutlaştığından yaptırımı daha ağırdır (Fulcher, Scott, 2011: 14). Bazıları ise toplum tarafından hoş

karşılanmadığından ayıplama tarzı nispeten daha hafif bir yaptırım söz konusudur. Normların genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Mc Kenna, 1994: 300):

- Grubu meydana getirenlerin çoğu tarafından kabul gördüğünden kolektiftir.
- Yaşamın büyük bir alanına hâkimdir.
- Bireysellik yerine ortak yaşam alanındaki davranış kalıpları üzerinde durur.
- Grubu oluşturan her bir üyenin normları kabulleniş düzeyleri farklı olabilir. Normlardan sapmalara karşı grup üyelerinin hoşgörü düzeyi farklılık gösterebilir.
- Normlar hızlı değişmezler, yavaş bir değişim seyri izlerler.
- Grubu oluşturan bireylerin statüleri, normlara uyum derecesini etkiler.
- Belirli normlara uymamanın veya uymamanın standardize edilmiş ceza ve ödül sistemi bulunur.

Toplum içinde gelişen normların bazı temel amaçları vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir (Mc Kenna, 1994:300):

- Normlar grubun yaşamasına yardım ettiği için, üyelerin anomik (sapkın) davranışlarını reddederek, grubun devamlılığını sağlar,
- Normlar kişilere rehberlik ederek sıkıntılı durumlara düşmelerini engeller,
- Normlar toplumu oluşturan bireylerden beklenen davranışları sadeleştirerek, öngörülebilir hale getirir ve bu da grubun işleyişini kolaylaştırır.

3.1.6. Etik Kod, Standart, Ülke ve Kuralların Etikle İlişkisi

Etik kavramı nasıl ki değerlerle, kültürle ve ahlakla ilgili ise standartlar, ilkeler, kodlar ve kurullarla da ilişkilidir. Etiğin yaşamdaki yerini alabilmesi için bu kavramlara ihtiyaç vardır. Etik kodlar, belli bir toplumun veya ülke içinde yaşayan insanların nasıl davranmaları gerektiğini gösteren yazılı kurullardır. Etik kodların algılanışı ile ilgili

Mark Schwartz bir çalışmasında, çalışanların etik kodları farklı şekillerde anlamlandırıp yorumladığını göstermiştir. Çalışanlar tarafından bu etik kodlara ilişkin sekiz ayrı mecaz saptanmış ve bu bağlamda etik kodların çalışan davranışını sekiz farklı şekilde etkilediği saptanmıştır. Bunlar (Carroll, Buchholtz, 2008: 332):

- Çalışanlardan ne gibi davranışlar sergilemeleri gerektiğini bir *kural kitabı* gibi açıklar.
- Çalışanların belli davranışlarının uygunluğunu test etmek için *yol gösterici bir levha* olarak rehberlik eder.
- Kurum tarafından belli davranışların kabul edilebilir olup olmadığına karar vermesi için, öngörülebilir olmasına imkân sağlar yani *ayna görevi* görür.
- Etik kodlar, bir davranışı sergilemeden önce dikkatle düşünülmesine ve eylemin sonuçlarını bir *büyüteç* görevi görerek daha derinlemesine inilmesine fırsat verir.
- Etik dışı davranışlarla çalışanlar karşılaştıklarında bunlarla mücadele etmek için etik kodlar *kalkan* görevi görür.
- Etik kodlar, proaktif önlemler olarak ve olaylar daha cereyan etmeden bir *duman dedektörü* işlevi görerek önceden haberdar olmayı sağlar.
- Etik kodlar, etik olmayan davranışlara tanık olduklarında yetkililerle temasa geçme konusunda onları motive ederek adeta *yangın alarmı* işlevi görmesine olanak sağlar.
- Etik kodlar, çalışanları belli normlar çerçevesinde davranmaya zorlayarak sopa görevi görür.

3.1.6.1. İlke

İlkeler, davranışlara yön veren temel düşüncelerdir ve değerlerin harekete geçmesini sağlayan ve onları yönlendiren anlamlardır. Rokeach'a göre ilkeler; "özel davranış kalıplarıdır. Bu kalıplar Kişisel ya da toplumsal tercihlerin varlığını belirleyen muhalif ya da zıt inançlara dayanır. Etik amaçların gerçekleştirilmesi için kullanılan taktiklerdir" (Aydın, 2016: 20). Soyut ve belirsiz bir ilke olan adalet, üzerinde tartışması su götürmez, hemen herkesin benimsediği bir gerekliliktir. Ancak ilkelerin davranışa dönüşebilmesi için daha somut hedeflere yani kurallara ihtiyacı vardır.

3.1.6.2. Kural

İlkelere uygun eylem yolları olan kurallar, kişiden kişiye değişim göstermez, toplum içinde kanunlarla belirlenir ve kesin sınırları normlarla çizilerek yazılı hale getirilirler. Bu şekliyle kurallar davranışa rehberlik yapar ve kural koyucular tarafından bir düzenleme, tanımlama ya da tercihlerden oluşur (Aydın, 2016: 20). Bireyin kendisi ve dış dünya hakkında yorum yapmasına olanak sağlayan kurallar aynı zamanda bir rehber görevi de görür.

3.1.6.3. Standart

Yaşamın daha kolay ve anlaşılmasına imkân tanımak için, bir işin veya hizmetin daha etkili, güvenilir ve de verimli olmasını sağlayan ölçütler, standartlardır. Standartlar, tüm tarafların (alıcı, satıcı, hizmet, ürün vb.) deneyim ve uzmanlıklarının bir araya getirilmesiyle oluşur (Aydın, 2016: 20). Standartlar genellikle evrensel niteliklere sahiptir ve hizmet süreçlerinde aksi durumda cezai müeyyide ile sonuçlanabilecek yasal zorunluluktur. Özellikle de meslek etiğinde standardize edilmiş davranış kalıplarının bilinmesi ve uygulanması, etik davranışların sağlanması açısından çok önem arz etmektedir.

3.1.7. Etik Disiplininin Tarihsel Gelişimi ve Felsefi Yaklaşımlar

Etiğin tarihsel kökenine inildiğinde her ne kadar sofistlerin etik hakkında olumsuz değerlendirmelerde bulunduğu görülse de sistematik ve rasyonel tespitlerin Sokrates'le başladığı söylenebilir. Sofistlere göre doğadaki her şeyin insan için olduğu görüşü hâkimdir ve bu fikri sübjektif bakış açısı ile savunmuşlardır. Her şeyin insan için olduğu görüşünden ise kastedilen, insan doğasına ve ortak insani değerlere atfedilmeyiştir. “Her şeyin bireysel insana göre” ilkesinin altında “ben bir şeye iyi diyorsam iyi, kötü diyorsam kötüdür” olarak anlamlandırılacak sübjektif bir düşünce sistemi yatmaktadır. Bu şekliyle ahlak ve etik teorilerinin tarihin etik objektivizmini savunan Sokrates ile başlama teorisi doğrudur (Türkeri, 2011: 13-14).

Sosyal bilimciler, filozoflar yaşadıkları dönemin özelliklerini yansıtan ve kendi düşünsel temellerine göre etik ve ahlakı farklı tanımlamış, etik ile ahlak konusunu farklı yorumlamışlardır. Şöyle ki; Kyrene okulu temsilcileri (Kireneli Aristippos tarafından kurulmuş olan bir Sokratesçi okul) Kinizmin reddiyeci ve katı ahlaki tutumlarına karşı, daha neşeli ve rahat bir hayat felsefesinin daha doğru olduğunun savunucuları

olmuşlardır (felsefe. gen, 2018). Platon, Sokrates'in felsefesini yazılı hale getirip sıkı bir savunucusu olmuş, etiğin kendi başına tamamen bağımsız bir disiplin olduğunu ilk kez Aritoteles ortaya atan ilk düşünür olma özelliğini kazanmıştır. Ortaçağ düşünürlerinden İbn-i Sina ahlak felsefesini daha tasavvufi olarak değerlendirmiş, Şeyh Bedrettin ahlaki görüşe metafizik boyut kazandırmış, doğal yaşandığında ancak mutlu olunabileceği görüşünü Montaigne savunmuş, Descartes ise mutlu olabilmenin sırrının erdemli yaşam şeklinden geçtiği fikrini savunmuştur (Dedeoğlu, 2004: 122-127). Etik felsefeleri kendi dönemlerinin ürünüdür ve büyük oranda buldukları çağa hitap ederler (Stroll, Long, v.d., 2008: 45). Coğrafi sınırların anlamını yitirdiği, baş döndüren teknolojik gelişmeler paralelinde ekonomik, kültürel, sosyal ve eğitime dair de hiçbir sınırın olmadığı 21 yy.da etik konusu haliyle daha önemli hale gelmiştir (Sivaswaroop,, 2009:146). Etiğe dair felsefeler büyük ölçüde kendi çağının özelliklerini yansıttığı için, dönemlere ayırarak incelemek ahlak felsefesinin daha iyi anlaşılmasına yardım eder.

3.1.7.1. İlkçağ Etik Felsefesi

Felsefenin tanımını yapmak kolay olmamakla birlikte, tek felsefe olarak değil de "felsefeler" olarak tanımlamanın daha doğru olduğu görüşünde felsefeciler hemfikirdir. Kendinden sonrakilere rehberlik eden İlkçağ Yunan Felsefesiyle konuya başlanması gerekir (Hadot, 2011: 11-12). Bir konuyu iyi anlayabilmek, o konunun tarihsel kökenlerini incelemekle ancak mümkündür. Çünkü bir düşüncenin tarihini bilmeyen, anlamayan kendini de anlamaz ve araştırdığı alana da hâkim olamaz (Heidegger, 2003: 27). Felsefenin alt disiplini olan etiği iyi anlayabilmek, hakkında fikir sahibi olmak ve de yorumlayabilmek için başlangıca yani, Antik Yunan Filozoflarının bu konudaki çalışmalarına eğilmek gerekir.

Halkın sınıflara ayrıldığı, zengin, toprağı bol olan soyluların kralın yetkilerini bile sınırlayabildiği eski Yunan tarihini MÖ 1000-700 yıllarına denk gelmektedir. Köleler ve yabancılar yaşam için gerekli her türlü işi ve üretimi yaparken; zenginler, toprak sahipleri sadece ve sadece işleri yönetmişler, çalışanları aşağılayarak buyruklar vermişlerdir. Bu da beraberinde sayısız haksız uygulamaları beraberinde getirdiğinden, ezilen köylüler, köleler, yerleşik yabancılar hak arama mücadelesi vermeye başlamıştır. Daha çok imtiyazlı sınıf olan zenginlerin işlerine gelen kanun ve kuralların olduğu, devletin her şey demek olduğu bu dönemde ahlak kuralları ve etik değerler de bu çerçevede şekillenmiştir. Antik Yunanda iyi vatandaş olmak eşittir doğru ve erdemli

insan olmaktı (Kutluğhan, 2008: 38-46). Bu çağda toplumsal sınıfların olmasının doğru olduğu görüşü hâkimdi. Dolayısıyla sınıfların olduğu ortamda herkesin yerini ve haddini bilmesi şarttı. Toplumun (devletin) çıkarlarına uygun davranan birey ahlaken de erdemli olacağından kişinin bu yönde davranması gerekliydi. Çünkü “bireyin mutluluğu, toplumun mutluluğu ve huzurundan geçmektedir” felsefesi hâkimdi (Ocak, 2011: 81-86). İlkçağ etik düşüncesinin eudaimonist karakterli olduğu söylenebilir. Eudaimonism “insanın davranışlarının ve beklentisinin temel amacı mutluluktur” önermesini savunur. Bu dönem filozoflarından bazıları ruhun dinginliğinin, sakinliğinin insanın mutlu olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Eudaimonismın devamı olarak düşünülen hedonist (hazcılık) görüşün de antik çağ etik felsefesinde yer aldığı görülmüştür. Çünkü her ikisinin de ortak amacı “insanın mutluluğudur” (Elmalı, 2007: 11). Bu görüşlere göre, insanın mutluluğu nihai hedef olduğundan bu dönemdeki ahlak felsefesinin daha çok hazza yönelik şekillendiği söylenebilir.

3.1.7.2. Ortaçağ ve Modern Dönem Etik Felsefesi

Dini değerler üzerine kurulu olan ortaçağ etik felsefesi, mezhepsel çatışmaların olduğu ortaçağın batı dünyası, ahlakın tamamen dini değerlerle özdeşleştiği bir dönem olarak anılır. Ortaçağda etik anlayışın yerleşmesinin gecikmesine Hıristiyanlığın getirdiği ahlak anlayışı neden olmuştur. Ahlak ve etiğin Hıristiyanlıktan ayrı düşünülmesi, sorgulanması, felsefik araştırmaların özgürce yapılabilmesi ne yazık ki bu dönemde mümkün olmamıştır. Hür düşünce ortamına kavuşabilmek, değerleri, inançları sorgulayabilmek, bilimsel araştırmalar yapabilmek için ne yazık ki milyonlarca insanın ölümüne neden olan vahşet dolu savaşlardan sonra mümkün olabilmiştir. Ancak ödenen bu büyük bedellerden sonra etik, teolojik bağlardan zincirlerini kopararak ayrı bir disiplin olarak düşünölmeye ve de araştırılarak yazılmaya başlanmıştır (Akarsu, 1982: 118-119). Dinsel düşüncelerden tamamen arındırılmış olarak ahlak felsefesini konu edinen çalışmalar ilk kez Francis Bacon tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaları Hobbes, Locke, Hume, Bentham, Mill, Descartes, Kant, W. James, Moore gibi filozoflar takip etmiş ve ortaçağın Hıristiyanlık anlayışından ayrılarak modern anlamda etik konusuna derinlemesine katkı sağlamışlardır (Akarsu, 1982: 120-160). Ortaçağ etik anlayışı erdemli olmayı, aileye, topluma sadakati, askeri anlamda başarılı ve cesur olmayı, dinine bağlı olmak gibi değerleri içine alır. Erdemli, ahlaklı olmayı dindarlıkla bağdaştıran ortaçağ etik felsefesinde merhamet ve hoşgörü vardır. Ayrıca etik dışı

görülen davranışın cezalandırılması yerine affetmek vardır (Elmalı, 2006: 395). Bu dönemin etik düşüncesi için hoş görü etrafında yoğunlaşmıştır denebilir.

Antikçağın filozofları Hedonizm, Eudoinizm ve Stoacılık gibi genelde bireyselliğin ön planda yer aldığı öğretileri savunurken, ortaçağ filozofları daha çok toplum adına en büyük faydanın sağlanabileceği “yararcılık” düşüncesi etrafında birleşmişlerdir. Tek kişinin mutluluğunun toplumsal yarar çerçevesinde gerçekleştirilebileceği fikrine dayanan Yararcılık Kuramı 20. yy İngilteresinde Pragmatizm ve Operasyonizm gibi akımların da dayanağını oluşturmuştur (Özlem, 2010: 70-72). Antik İyonya (Yunan)’da doğduğu düşünülen ve en eski doktrinlerinden biri olarak kabul edilen Yararcılık Teorisi, insanın nasıl acıdan, elemden ve kederden kaçınabileceğini, içsel huzura ve mutluluğa ulaşabileceğini konu edinmiştir (İnankul, 2013: 19). Bu teoriye göre bir davranışın sonuçları ne kadar az acıya ve ne kadar fazla hazzla, mutluluğa sebep oluyorsa işte o davranış doğrudur. Aksi ise ahlaki değildir ve yanlıştır. Erekeçi etik teorilerin özünü, ahlaki anlamda nelerin kabul edilebilir veya edilemez olduğuna dair standardize edilmiş temel kriterler vardır. Buna göre bir davranış sonuç olarak ve de toplamda bizlere daha fazla yarar sağlıyor ise -ahlaki olmayan bir yöntem de olabilir- bu tarz doğrudur. Kötüye kıyasla üretilen iyiliğin oranı çok önemlidir (Frankena, 2007: 36). Yani çok fazla birey için faydalıysa iyi ve doğrudur. Ödevci etik teoriler ise bu görüşe katılmaz ve kesinlikle reddeder. Bu görüşte sonuç değil, amaç önemlidir. Verilen sözlere sıkı sıkıya bağlı kalınması gerektiğini savunan ödevcilere göre dürüstlük, doğruluk, iyi niyet ve erdemli olmak gibi değerler çok önemlidir (Frankena, 2007: 37-42). Bu bağlamda söz konusu etik değerleri yaşamına geçirmiş bireylerin yapacakları işler de doğru düzgün olacaktır.

Immanuel Kant tarafından geliştirilen ve meslek etiğinin dayandığı ödev etiği teorisine göre; insanoğlunun belli ödevleri ve sorumlulukları vardır. Söz konusu bu sorumlulukları yerine getirmek için sonuç değil amaç önemlidir. Yani sonuca odaklanmadan doğru davranış ne ise belli kurallar çerçevesinde onu yerine getirmektir önemli olan. Akıl sahibi ahlaklı kişi iyi niyetle ve doğru olan davranışı yapmakla mükelleftir (Kavi, Koçak, 2011: 8-9). Bu teorinin özünü amaçlar ve ödevler yani sorumluluklar oluşturduğundan, niyete çok büyük anlamlar atfedilmiştir.

Çağdaş etik felsefesinde teleolojik ve deontolojik etik teorileri ön plana çıkmaktadır. Her iki etik felsefesinde de karakter üzerinde durulmamış olması erdem etiğinin gerekliliğini hissettirmiş ve bu yönde yapılması gereken çalışmalar gündemleşmiştir. Erdem etiğinin temel felsefesini, iyi karakterli ve erdemli olmak oluşturur. “Eğer kişi erdem sahibi ise aynı zamanda ahlaklıdır” görüşünü savunur (Kavi, Koçak, 2011: 10-11). Erdem etiği (Virtue Ethics), her iki etik teoride de geçmektedir ancak merkeze oturmamıştır. Çekirdek düşünce olarak ilk kez Aristoteles tarafından detaylı olarak incelenmiş olup; ahlak felsefesini yorumlarken değişik karakterdeki insanların davranışlarının yerini ortaya koymayı sorun edinmiştir. Bu teorinin temel sorusu “ne yapmalı değil, nasıl yaşamalı?” oluşturur. Bu soruların cevabı da bu teoriye göre “erdemli olmalıyım ve de erdemli yaşamalıyım” olmaktadır (Bayoğlu, 2010: 2). Yani, kişinin özü, ruhu erdemli olmalı ki yaşam pratiğine de yansıtılsın. Bu doktrine göre, karakter bir takım ilkelerle kurullarla açıklanamaz, önemli olan kişinin karakteridir. Erdem Etiğinin savunucusu Aristoteles’e göre “erdem sahibi olmak, çok ve az arasında, ifrat ve tefrit (iki aşırı uç) arasında bir orta bulmaya çalışmaktır” (Bayoğlu, 2010: 3). Yani aşırı uçlardan her zaman için kaçınmak gerekir. Erdemli olmak gerek düşünsel gerekse davranışsal boyutta aşırılığa kaçmadan ortada olmayı gerektirir. Ortayı yakalayamayan kişi bu teoriye göre erdemsiz dolayısıyla da ahlak sahibi olmamakla nitelendirilir.

Modern felsefenin ilk düşünürlerinden kabul edilen Descartes’e göre erdem, “bedenin sürüklenişine karşı, ruhun dayanmasıdır” (Dedeoğlu, 2004: 148). Geçmişe sünger çekip her şeye yeniden başlamak, olaylara farklı açılardan bakmak görüşü de Descartes’i diğerlerinden farklı kılmıştır (Cottingham, 1992: 2). “Bilge olmak, kişiyi ahlaklı kılar” görüşünü savunan Descartes’e göre bilgi ve felsefe kişilerde doğru ahlakın yerleşmesinde en önemli iki etkendir (Özden, 1999: 129-130). Yani bilgili olmak ve ahlaklı olmak neredeyse birbirinin koşulu gibi görünmektedir. Descartes’in bu yaklaşımı Sokrates’in bilginin erdem olduğu, bilgeliğin kişiyi mutluluğa kavuşturacağı görüşünü akıllara getirmektedir.

Dini konulara ilgi duyan ve Pragmatizmin yaratıcısı olarak bilinen psikolog William James, çalışmalarında detaylı olarak doğruluk ve faydacılık üzerine yoğunlaşmıştır. James’e göre; “ahlaki doğrular ancak yapılarak öğrenilir ve ona göre ahlak; tecrübe ile edinilen, davranışla dışa vurulan bir olgudur (Türer, 2005: 25-92)”.

Aristoteles'in erdem etiğinde olduğu gibi doğru ve ahlaki davranışlar yapılarak, günlük yaşama geçirilerek öğrenilebilir. Sürekli yapılan, rutin davranışlar haline getirilebilir ve böylece davranış değişikliği sağlanabilir.

Kendi dışındaki diğer etik disiplinleri kabul etmeyen George Edward Moore'a göre, ahlak felsefesiyle uğraşan filozoflar bireylerden gerçekleştiremeyecekleri davranışları istemekteler. İdeal olanla uygulanabilen şeyler farklıdır ve kişilerden uygulanabilir istemlerde bulunmak gerektiğini Moore benimsemiştir (Elmalı, 2007: 56-60). Bencilliğe karşı olan, kendini "mantıksal atomcu" olarak tanımlayan 20.yy'ın önemli filozoflarından biri olan Bertrand Russell'a göre ahlak, sürekli gelişen ahlaktır. Yani ahlak dinamiktir, sürekli gelişir ve kendini yeniler. Russell, ahlak kurallarının kişiden kişiye, toplumdan topluma değiştiğini iddia etmiş ve hiç kimsenin belli bir ahlak müeyyidesi tarafından cezalandırılmayacağı fikrini savunmuştur (Elmalı, 2005: 33-40). Russell, bu düşünceleri sebebiyle dönemin filozofları tarafından ahlaksız olmakla itham edilmiş, işinden olmuş ve hatta bazen tutuklanarak özgürlüğünden alıkonulmuştur (Elmalı, 2005: 191-192). Bu düşünsel bağlamda, ahlaki yargıların kişisel olduğunu savunan Russell için, Ahlak Felsefesine farklı yorum getirmiştir de denebilir.

3.2. Temel Etik Yaklaşımlar ve Etik Teoriler

Bu bölümde temel etik yaklaşımlar ve teoriler üzerinde durulmuş ve bu yöndeki tanımlamalara yer verilmiştir.

3.2.1. Etik Yaklaşımlar

Bir arada yaşamının ve ilişkilerin belirli kriterler çerçevesinde planlamanın sonucu olarak ortaya çıkan bir kavram olan etik, iyi karakter ve doğru davranışla ilgilidir. Kişinin nasıl davranması ve yaşaması gerektiği etik kurallar tarafından belirlenir ve bu kurallar ikili ilişkileri de düzenler. Etik açıdan önemli olan doğru zamanda doğru hareketi yapmak ve sonuçlar arasından doğru olanı seçip uygulamaktır. Koşullar açısından doğrunun ne olduğunu bilmek, yapılacak eylemin hareket noktasını oluşturur. Doğrunun sınırları ise genellikle toplumsal kurumlar tarafından çizilmektedir. Ahlak felsefesi olan etik, üç farklı düşünme şeklini ele alır (Şeker, Bulduklu, 2017: 187). Bunlar:

3.2.1.1. Meta Etik

Ahlakın doğası hakkında eleştirel düşünmeyi ifade eden meta etik, Purtilo ve Cassel'e (1981:6) göre ahlaki yargılamanın altında yatan gerekçeleri araştırır. Ahlaki

yargının kökenini irdeler, yani bu ilkelerin nereden geldiğini ve ne anlam ifade ettiğini araştırıp ahlaki bilginin nasıl bir bilgi olduğunu, temelini, yapısını ve doğasını derinlemesine araştırır. Belirli bir davranışın neden doğru olduğunu, doğru olmasını etkileyen unsurları ayrıntılı inceleyerek temellendirilmeye çalışılır (Tepe, 2000: 20). Kuçuradi'ye (2009) göre ise, etiğin günümüzde ulaştığı son nokta meta etik yani norm önermelerini temellendirmeye çalışan etikdir.

3.2.1.2. Normatif Etik

İkilemlerin çözüme kavuşturulup kavuşturulamayacağı ya da bu ikilemlerin çözülmesi için hangi kodlara ya da kurallara bağlı kalınacağı hakkındaki yaklaşımı ifade eder. Pratiğe yönelik bir etik alanı olan normatif etik, değerlendirilmeler yapılarak ilkelerin belirlenmesi sağlanır (Kınay, 2005: 12). İlkeler, normlar ve ahlaki kurallar normatif etiğin uğraşı alanını oluşturur. Kısaca, belli davranış standartları ve kuralları belirler ve ona uyulmasını sağlar.

3.2.1.3. Betimleyici Etik

Bireylerin değerleriyle olan ilişkisinin ahlaki sorunlarıyla başa çıkma konusundaki işlevini ele alır. Betimleyici etiğin amacı, kural koymak ya da norm bildirmek olmayıp, davranışı sadece gözlemleyerek bilimsel ve/veya betimsel yolla tanımlamaktır (Duyan, Purutçuoğlu, 2016: 188). Betimleyici etik için sadece gözlemlemekle yetinir de denebilir.

3.2.2. Etik Teoriler

Etik sistemler bilim adamlarının bakış açılarına göre farklı başlıklar altında incelenmekte olup; bu çalışmada beş tür etik teorisi yani amaçlanan sonuç etiği (teleolojik etik), kural etiği (deontolojik etik), erdem etiği, toplumsal sözleşme etiği ve kişisel etik açıklanmaktadır.

3.2.2.1. Teleolojik Etik (Amaçlanan Sonuç Etiği)

Genellikle faydacılık olarak bilinen Teleolojik Etik, John Stuart Mill (1806-1873) tarafından geliştirilmiştir. Bu teori sorunları pratik bir şekilde çözüme kavuşturmayı gerektirip, sonuca odaklanır. Mill'in faydacılığı haz arama ve acıdan kaçma üzerine temellendirilmiştir. Bu ilkeler (Hitt, 1990: 100):

- Kuralların kaynağı beklenen sonuçlara dayanır ve bu kurallar hizmet ettikleri bireyler için konulur. Örneğin karayolunda hız sınırının 80 km oluşunun nedeni

her yıl meydana gelen trafik kazalarını ve can kayıplarını azaltmaktır. Ancak bir davranışın olası sonuçlarına odaklanılarak doğru ve yanlışlığına karar verilebilir.

- Doğruluk ve mutluluk bu teoriye göre doğru orantılıdır. Yani, davranışın doğruluğu arttıkça mutluluk da ona göre artar veya azalır. Mutluluğu arttırmak eğer nihai bir hedef olarak seçilmişse, kişilere davranışlarını en istedikleriyle istemedikleri arasında uygun bir yerde eylemlerini yerleştirme olanağı verir.
- Davranışlar değerlendirilirken mutluluğu arttırma eğer bir hedef olarak seçilirse, kişilere hiç istenmeyenle çok istenen arasında acının hiçbir şekilde olmayışı ve hazzın var oluşu mutluluk olarak tanımlanabilir. Kişilere haz veren şeylerin miktarı arttıkça daha çok mutlu olurlar. İnsanların mutluluğu sadece onlara haz veren şeylerin deneyimleriyle ancak olanaklıdır.
- İnsanların amacı yalnızca mutlu olmak ise, amaçlarına ulaşmak için yeterli bir gerekçedir. Fıtratı gereği insanoğlu acıdan kaçmaya, hazzı aramaya meyillidir. Bütün insanlar sonul mutluluğa yani mutlulukta doruk noktaya ulaşmaya çalışacaklardır, mutluluğu aradıkları sürece!
- İnsan eyleminin biricik amacı olan mutluluğun ölçütü, onun ahlaki oluşunda gizlidir ve açık bir ölçüte ihtiyacı vardır. Bir davranışın etik olup olmadığının yargılanmasına bu ölçüt netlik kazandırır.
- Bireyin davranışının doğruluğunun belirleyicisidir mutluluk ancak, sadece kişinin mutluluğunu temel almaz. Tüm tarafların mutluluğudur önemli olan ve bu yönüyle bencillikten ayrılır, hümanist bir yaklaşım sergiler.
- Eylemin faydalılık oranı arttıkça, mutluluğu arttırdığı gibi mutsuzluğu önleyebilir.
- Eğer bir davranışın toplam faydası diğer davranışlara oranla daha fazlaysa, o zaman o davranış için doğrudur ve dolayısıyla etikdir, denebilir. Bu ilkede, kararlar verilirken daha sayısal düşünülür.
- Birbirine tezat etik sorumluluklar arasından seçim yaparken, faydacılık etiği genel bir hakemlik rolü oynar. Genel hakemlik rolü hem tarafsızlık hem de dürüstlük sağlayacağından bireylerin objektif davranmasını sağlar. Buradaki amaç, daha fazla faydanın hesaplanarak, doğru ve uygun kararların verilmesine olanak vermesidir.

3.2.2.2. Kural Etiği (Deontolojik Etik)

Latince "deon" kökünden gelen ve Yunancada "görev" manasına gelen deontolojik etik, kurallara bağlılığı temel alan ahlakı tanımlamaktadır. Davranışların bireylerin içsel yapılarından kaynaklı ahlaki etkileri vardır ve bu tür davranışlarla ilişkili sonuçlarına bakılmaksızın kişinin yapması gereken ahlaki yükümlülükleriyle uyumalıdır (Downs, Swienton, 2012: 3). Immanuel Kant (1724-1804) tarafından geliştirilen ve daha sonra felsefeci Königsberg tarafından gözden geçirilen deontolojik etik, deontolojik kurallar, kesinlik, mutlaklık ve zorunluluk üzerine kuruludur. Buna göre bir davranış önceden belirlenmiş kurallar çerçevesinde yapılmalıdır, görev temellidir ve belli bir davranışın sonucundan ziyade bireyi bu davranışa sevk eden niyet önemlidir. Davranışların kesin doğru veya yanlış diye ikiye ayrılması felsefesine dayanır. Bu anlayışın temsilcisi olan Kant'a göre bireye saygı ve onun insan olması sebebiyle öncelenmesi temel prensiptir.

Kant'ın Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi adlı kitabında yer aldığı gibi; "insan ve genel olarak her akıl sahibi varlık, şu veya bu istem için rastgele kullanılacak sırf bir araç olarak değil, kendisi amaç olarak vardır ve gerek kendine gerekse başka akıl sahibi varlıklara yönelen bütün eylemleri amaç olarak görülmelidir" (Kant, 2002: 96). Kant, bu cümlesiyle kişinin kendi eylem ve davranışlarının özünü belirleyen ahlaki ilkenin nerede temellendiği sorusuna cevap vermeye çalışmaktadır. Cevap ise Kant'a göre çok basittir: "Akıl. Yani, insanın eylem ve davranışları kendi iradesinin ürünüdür ve irade dışsal olarak belirlenemez! İrade kişinin dışından belirlenmediği gibi, oranın istek ve taleplerine de boyun eğmez, onu dikkate almaz" (Atayman, 2005: 130). Çünkü Kant'a göre irade, aklın bir ürünüdür. Kant, her akıllı varlığı kendi başına bir amaç olarak belirleyip, eylem ve davranışlarının temelini akıllı yerleştirmiştir. Bu tespitle Kant, kendi başına amaç olmaları bakımından tüm akıllı varlıkların eşit onura sahip olduğunu ve her akla dayalı davranışın saygıya layık görülmesi gerektiğini anlatmaya çalışmıştır (Wood, 2009: 165). Meslek etiklerinin dayanağını oluşturan Deontolojik Etik, dayanağını tam da buradan almaktadır. Yani, kendi başına amaç olan her akıl sahibi insan eşit onura sahiptir, kendi başına amaç olan her akıl sahibi insanın akla dayalı davranışı saygıya layıktır. Meslekler yerine getirilirken özellikle sağlık meslek profesyonellerinin bu etik düşünce ile hareket etmesi gerekliliği hâsıl olmaktadır. İnsana saygının oluşması için Kant aklın, iradenin, emirlerin ve özgürlüğün önemini

vurgulamıştır. Buna göre, kendimiz için istediğimiz bir şey herkes için genelleştirilebilir ve evrenselleştirilebilir bir durumsa ve kendimiz için istemediğimizin başkasına da yapılmasını kabul etmiyorsak, bu davranışın doğru olduğu kanaatine varılabilir.

3.2.2.3. Erdem Etiği

Çağdaş etik felsefesinde teleolojik ve deontolojik etik teorileri ön plana çıkmaktadır. Her iki etik felsefesinde de karakter üzerinde durulmamış olması erdem etiğinin gerekliliğini hissettirmiş ve bu yönde yapılması gereken çalışmalar öncelenmiştir. Erdem Etiğinin temel felsefesini, iyi karakterli ve erdemli olmak oluşturur. “Eğer kişi erdem sahibi ise aynı zamanda ahlaklıdır” görüşünü savunur (Kavi, Koçak, 2011: 10-11). Erdem Etiği (Virtue Ethics), her iki etik teoride de geçmektedir ancak merkeze oturmamıştır. Çekirdek düşünce olarak ilk kez Aristoteles tarafından detaylı olarak incelenmiş olup; ahlak felsefesini yorumlarken değişik karakterdeki insanların davranışlarının yerini ortaya koymayı sorun edinmiştir. Bu teorinin temel sorusunu “ne yapmalı değil, nasıl yaşamalı?” oluşturur. Bu soruların cevabını da bu teoriye göre “erdemli olmalıyım ve de erdemli yaşamalıyım” olmaktadır (Bayoğlu, 2010: 2). Yani, kişinin özü, ruhu erdemli olmalı ki yaşam pratiğine de yansıtılsın. Bu doktrine göre, karakter bir takım ilkelerle kurallarla açıklanamaz, önemli olan kişinin karakteridir. “Aristoteles’e göre erdem sahibi olmak, iki aşırı uç arasında bir orta bulmaya çalışmaktır” (Bayoğlu, 2010: 3). Yani aşırı uçlardan her zaman için kaçınmak gerekir. Erdemli olmak gerek düşünsel gerekse davranışsal boyutta aşırılığa kaçmadan ortada olmayı gerektirir. Ortayı yakalayamayan kişi bu teoriye göre erdemsiz dolayısıyla da ahlak sahibi olmamakla nitelendirilir.

Modern felsefenin ilk düşünürlerinden kabul edilen Descartes’e göre erdem, “bedenin sürüklenişine karşı ruhun dayanmasıdır” (Dedeoğlu, 2004: 148). Geçmişe sünger çekip her şeye yeniden başlamak, olaylara farklı açılardan bakmak görüşü de Descartes’i diğerlerinden farklı kılmıştır (Cottingham, 1992: 2). “Bilge olmak, kişiyi ahlaklı kılar” görüşünü savunan Descartes’e göre, bilgi ve felsefe kişilerde doğru ahlakın yerleşmesinde en önemli iki etkidir (Özden, 1999: 129-130). Yani bilgili olmak ve ahlaklı olmak neredeyse birbirinin koşulu gibi görünmektedir. Descartes’in bu yaklaşımı Sokrates’in bilginin erdem olduğu, bilgeliğin kişiyi mutluluğa kavuşturacağı görüşünü akıllara getirmektedir.

Erdem Etiđi, kişiye dışarıdan dikte edilen ahlak kurallarına uymaktan ziyade kişinin tamamen içinden gelen, ahlaki davranışın kaynağının bireyin kişiliğinden kaynaklandığı görüşünü savunur. Kiřinin davranışları da bu içsel karakteri sonucu şekillenir. Bařta Aristoteles olmak üzere bu teorinin diğer savunucuları insan nasıl bir kişiliğe sahip olduğu ya da nasıl biri olmayı arzuladığı, kişinin davranışlarının ötesinde yaşamdaki istekleri, amaçları, sevdikleri ve sevmediklerinin bireyin ahlak dűnyasında daha kapsamlı ve bütüncül bir konsept oluşturduğunu iddia etmektedirler (Downs, Sweinton, 2012: 3). Bu bağlamda bireyin her şeyden önce ahlak sahibi bir insan olması gerekmektedir. Meslek etiği açısından bakıldığında ise, kiři önce erdem sahibi iyi bir insan olmalı daha sonra bu erdem mesleğinde vücut bulmalıdır. Yani önce iyi bir insan sonra iyi bir hemşire, doktor, öğretmen vs. olunabilir bu felsefik görüşe göre.

3.2.2.4. Toplumsal Sözleşme Etiği

Jean Jack Rausseau'nun öncülüğünü yaptığı toplumsal sözleşme etiği, bir davranışın ahlaki olarak doğruluğu toplum tarafından belirlenen normlar ve gelenekler doğrultusunda belirlenir. Rausseau'ya göre bu teorinin en belirgin noktası otorite ve özgürlük arasındaki dengenin oluşmasıdır. Toplum oluşturan bireyler toplumsal sözleşmeyle belirledikleri hukuk kurallarına uymakla yükümlüdürler. Bu hukuk kuralları, insanların özgürce ve eřit koşullar altında yaptığı ilkelere dayanır. Hukuk, toplumu meydana getiren kurumlar da olmak üzere tüm toplumsal ilişkileri düzenleyip, uyulması zorunlu olan ve aksi takdirde normatif yaptırımları olan (hapis, para cezası, meslekten men gibi) kurallar bütünüdür (Öztük, Başpınar, akıroğlu, 2011: 35-36; Aydın, 2010: 31). Bu etik teorinin en güçlü yanı, demokratik devlet oluşumuna felsefi bir zemin oluşturmasıdır. Bu teoriye yapılan eleştirileri ise; toplumun büyük kesimlerini etkileyecek kararların alındığı politik organların nasıl seçileceği, kamu yararının ne anlama geldiği, daha farklı dűřünenlerin sonunun ne olacağı, Nazi Almanyasında Hitler'in dűřüncelerinin toplum tarafından ahlaki kabul edilebilirliği, toplumun genel dűřüncesinin her şeyin ölçütü olup olamayacağı gibi dűřünceler oluşturur.

Jean Jack Rausseau'nun etik dűřüncesinin temel prensipleri řunlardır (Hitt, 1990:115):

- Toplum meydana getiren tüm bireyler, gücü temsil eden otoritenin isteği doğrultusunda hareket etmelidir.

- Toplumun tüm üyeleri, o toplumun ayrılmaz bir parçasını oluşturur.
- Toplumun kollektif bir parçası olabilmek adına, bireylerin belli miktarda özgürlüklerinden vazgeçmeleri gereklidir.
- Kişilerin özgürlükleri ancak toplumun koruması ve desteği sayesinde mümkündür.

Bu teoriye göre, karşılıklı etkileşim söz konusudur. Yani bireyler topluma, toplum da bireylere katkı sunmaktadır. Tüm düzenlemeler hem bireyi hem de toplumu bağlar ve bu bağlayıcılık sözleşmeden yararlanmaları temeline dayanır.

3.2.2.5. Kişisel Etik

Kişisel etiğin kaynağının "vicdan" olduğunu ve vicdanı bireyin içinden gelen ses olarak tanımlayan Martin Buber, bu teorinin en önemli temsilcilerinden biridir (Aydın, 2010: 34). Vicdan kavramı, bilim insanlarınca farklı şekillerde tanımlanmış olup; Bertrand'a (2001) göre; vicdan, iyiyi kötüden ayırmanın özel bir yetenek olduğu; Çilingir'e (2003) göre; vicdan, herkesin öyle ya da böyle iyi ve kötü hakkında bir bilince sahip olduğu, iyiye yönelmeye, kötüden ise kaçmaya yatkın olduğu ve bu kendiliğinden sahip olunan iyi bilgisi olarak tanımlanmaktadır, Akarsu (1998) ise vicdanı, törel bir bilinç olarak adlandırmakta ve iyi ile kötü, doğru ile yanlış duygusunun ne olduğunu, bu duyguyu içten bildiğini; insan kendi davranışlarının ahlaki olarak değerli, doğru veya yanlış olup olmadığı konusundaki öznel bilinci olarak tanımlamaktadır. Vicdan, bu bağlamda kişinin kendisi için kullandığı aklıdır ve başkasının değil, sadece ve sadece kendisinin ne yapması gerektiğine dair yargıda bulunmasıdır. Kişiyi öngörebildiği yanlışlardan, tehlikelerden korumak için iç sesine kulak vermesini ve ona itaat etmesini vicdan sağlar (Çilingir, 2003: 15). Martin Buber'ın etik teorisi şu on ilkeye dayanmaktadır (Aydın, 2010: 35-38):

- Gerçeğin yeri yalnızca insanın varlığındadır, bilgisinde değildir. Doğru ve gerçek bilginin kaynağı zekâda değil, kişinin iç dünyasında yatmaktadır.
- Bireyin hedeflerine ulaşmak için sergileyeceği davranışlarındaki doğru-yanlış ayırt ederek doğru karar vermesini sağlayacağı içinden gelen ses "vicdan" dır. Öyle ki bu ses, kişinin etik davranması için bir pusula görevi görür.

- Diğer etik sistemlerinden farklı olarak kişisel etik, kişinin kendine dönmesini ve en üst etik standartları oluşturmasını sağlar. Bunu da vicdanı sayesinde elde eder.
- Kişi, hangi standartları koruyacağına vicdanı doğrultusunda karar verebilmeli ve karşılaştığı tüm durumlarda kendisi ile yüzleşebilmelidir. Tüm durumlara tam ve kendisi olarak tepki verebilmelidir.
- Hangi amaca ulaşmak isteniyorsa belli bir yol belirlenir ve seçilen amaç doğrultusunda o yolda ilerlenir. Buber, Machvelli'nin "amaca ulaşmada her yol mubahtır" yaklaşımını reddeder ve bizi amaca ulaştıracak yol tartışılmalıysa, amacın da ortadan kalkacağını savunur. Buber, amaç ve bizi amaca ulaştıracak aracın da tamamen etik olması gerektiğini savunur.
- Hayatın belli bir formülasyonu yoktur, kişi her an her şeye maruz kalabilir. Bu anlamda Buber Kant'ın Kural Etiğine de karşı çıkarak tüm insanlık için evrensel ahlak yasalarının olamayacağını, yaşamda belirli bir kuralın düzenleyemeyeceği birçok durum olabileceğini savunur.
- Kişinin bir grubun etkin bir üyesi olması, bireyin haklı tarafı tutmasına engel teşkil etmemelidir: Buber burada, Rouesou'nun Toplumsal sözleşme etiğinin kişinin ikincil konumda olmasını ve kamu yararına birincil öneme haiz olmasını eleştirir. Kişisel etik teorisinde kişi kendi bireyselliğini, özgünlüğünü koruyarak toplumun ayrılmaz bir parçası konumundadır. Toplum ile kişi arasında doğru-yanlış ayrılığı varsa, birey bunu sorgulamak ve gerekli duruşu sergilemekle mükelleftir. Eğer toplumsal vicdan kişiyi yanlış yönlendiriyorsa, birey buna uymak zorunda değildir.
- Buber, "otantik ve kendilik" mertebesine ulaşan bireyi merkeze alır. Kişi özgürleştikçe dış desteğe fazla ihtiyaç duymaz, çünkü bu düzeydeki kişi artık kendi etik standartlarını oluşturmuştur.
- Buber'a göre kişiler kendilerine özgü "biricik" değerle dünyaya gelmiştir ve her birey bir başkasının yaptığını tekrarlamak zorunda değildir, bireyin amacı, kendini gerçekleştirmektir. Herkes bu özgünlüğe

kavuşmak için gerekli olanaklara sahiptir. Bunun yolu da kişinin yaradılışındaki sahip olduğu biricikliğini korumaktan geçmektedir.

- Bireylerin yaşam evrelerine göre inançları da değişir. Çocukluk ve gençlikten sonra yetişkinlik döneminde kişi değerlerinin, buna paralel olarak da inançlarının değiştiğini farkına varır.

3.2.3. Etik Sistemlerine Yöneltilen Eleştiriler

Yukarıda temel ilkeleri açıklanan etik sistemlerine çeşitli eleştiriler getirilmiştir. Aşağıdaki tablo 1' de açıklanan etik teorilerinin güçlü yanları ile temel eleştiriler özetlenmiştir. Yukarıda incelenen etik teorilere bakıldığında, karşılaşılabilecek her durum için tek bir etik sistemin yeterli olmadığı ve sorunların üstesinden gelemeyeceği görülmektedir. Fakat karşılaşılabilecek durumlara uygun düşen etik sistemlerden biri veya birkaçının sorunun çözümüne katkı sağlayabilir.

Bu etik teoriler kendi içinde tutarlı bir düşünce sistemi oluşturmaya amaç edinmiş ancak son kararı bireylere bırakmıştır. Bu bağlamda, bireylere karşılaşılabilecek sorunların çözümünde doğru-iyi karar verebilme becerisi kazandırabilecek etkin bir düşünme tarzı geliştirebilme yetisi gereklidir.

Tablo 1: Etik Sistemlerine Yöneltilen Eleştiriler

ETİK SİSTEMİ	GÜÇLÜ YANLARI	TEMEL ELEŞTİRİLER
AMAÇLANAN SONUÇ ETİĞİ	Pratik oluşu, sonuçlara dönük olması, ilgili pek çok kişiyi göz önüne alması ve bireylerin sağduyusuna dayalı olmasıdır.	<ol style="list-style-type: none">1. Mutluluk, haz ve faydanın tek bir tanımı nasıl yapılabilir?2. Mutluluk, haz ve fayda nasıl ölçülebilir?3. Belli bir eylemin sonuçları tam olarak nasıl kestirilebilir?4. Kısa ve uzun dönemli mutluluk arasında nasıl bir seçim yapılabilir?5. Eğer bir toplumun %90'ı özgür, ancak %10'u köle ise, en üst düzeyde mutluluk nasıl sağlanacaktır?
KURAL ETİĞİ (DEONTOLOJİK ETİK)	En güçlü yanı, etik davranışlar için yapılandırılmış, güçlü bir çerçeve çizmesidir. Belli eylemlerin doğru-yanlışlığını kararlaştırmada bu kurallar oldukça işlevseldir. Kural kesinlik sağlar ve belirsizlikten hoşlanmayan bireylerin işini kolaylaştırır.	<ol style="list-style-type: none">1. Bireylere kabul ettirilecek ilkeleri ve bu ilkelerin doğruluğunu hangi otorite belirleyecektir?2. Çatışmalı kurallardan hangisi seçilmelidir?3. Belirlenen genel kurallar, özel durumlara nasıl uygulanabilecektir?4. Değişen durumlarla birlikte bu kurallar nasıl değişecektir? Eğer sonuçları kötü olacaksa, niçin bir kuralın uygulanmasında ısrar edilsin?
TOPLUMSAL SÖZLEŞME ETİĞİ	En güçlü yanı, demokratik devletin kurulmasında felsefi bir temel oluşturmasıdır.	<ol style="list-style-type: none">1. Toplum adına karar verecek "genel politik organ" nasıl seçilecektir?2. "Kamu yararının" anlamı nedir?3. Bağımsız düşününler ne olacaktır?4. Bu etik teoriye göre, Hitler'in Nazi Almanyası'na ahlaki bir toplum olarak kabul edilebilir mi?5. Toplumun geneli, her şeyin ölçütü müdür?
KİŞİSEL ETİK	Kişisel etik, bireylerin kendini ifade etmelerine olanak tanıyan ve bireyi, çeşitli kurallar, gelenekler ile sınırlamamıştır.	<ol style="list-style-type: none">1. "Yapmam gereken en doğru şeyin bu olduğunu hissediyorum" diyebilmek için nasıl bir yargılama yapılmalıdır?2. İki kişinin çatışan bakış açılarına nasıl bir çözüm getirilecektir?3. Kişisel etiği besleyen bir grupta, kamu sınırı nasıl belirlenecektir?4. Örgütlerde kişisel etik sistemi benimsenirse, iş görenler arasında eşgüdüm nasıl sağlanacaktır?

Kaynak: (Aydın, 2010: 35).

3.3. Etik Disiplininin Diğer Sosyal Bilimlerle İlişkisi

Çalışmanın bu kısmında etik disiplininin sosyal bilimlerden olan hukuk, din ve kamu yönetimi ile olan ilişkisi hakkında bilgi verilmektedir.

3.3.1. Etik ve Hukuk

Etik, organizmanın iç gücü ile davranışı düzenlerken; hukuk dışarıdan gelen bir güç ile davranışı düzenler (Usta, 2012). Birey, toplum içinde yaşarken belli kurallar çerçevesinde hareket etmek zorundadır. Düzeni sağlamak adına her şey yasalarla düzenlenir ve aksi durumda cezai müeyyide uygulanır. Bu noktada şöyle bir soru akla gelebilir: Eğer yasalar düzenleme ve yaptırım koymuşsa, etiğin işlevi nedir? Etik gerekli midir? Oysaki yasalar ve etik kuralların alanları birbirinden ayrıdır. Bu soruya şöyle bir açıklama getirilebilir: Toplumun değer yargılarını dikkate alıp, uzun yıllar süren gelişmeler sonucunda meyvesini veren etik ilkeler oluşur, yasalar ise genelde meşakkatli etik tartışmalardan sonra ortaya çıkar (Aydın, 2016: 9). Buna örnek olarak ABD'deki çevre koruma yasası gösterilebilir. Çevre koruma konusu etik ve ahlaki bağlamda 1950'lerde tartışmaya başlanmış ancak bu konudaki ilk temel yasa 1960'larda yürürlüğe girmiştir. İşyerinde cinsel taciz konusu 1970'lerde gündeme gelmiş ve 1980'lerde bu konuyla ilgili ilk yasa uygulamaya geçmiştir. Sonuç olarak, öncelikle belli bir konuya ilişkin etik tartışmalar başlayıp, dikkatler bu konuya odaklandıktan sonra, etik sorunlara neden olan konuların çözümlenmesini sağlayan yasal düzenlemeler gerçekleştirilir (Aydın, 2016: 11). Ancak burada göz ardı edilmemesi gereken nokta, yasalaşmasa da etik tartışmaların görmezden gelinemeyeceğidir.

Etik tartışmaların evrimleşerek yasalaşması, uygun bir davranış şekli üzerinde örgütlerin, bireylerin ve toplumun bir konsensüse ulaşma sürecidir. Çünkü yasalar toplumun çoğunluğunun tutumunu yansıtır ve mevcut etik tartışmaları, gelecekteki kanun koyucuların faydalanabileceği önemli bir kaynaktır. Ayrıca bütün bireyler, işyerinde, toplumda ve karar verme aşamasındaki etik değerlerini ve davranışlarını gözden geçirmekle yükümlüdür (Northcrafts, Neale, 1990: 208). Toplumu oluşturan bireylerin ahlaki ve etik değerleri belli süreçten geçtikten sonra oluşur. Bebeklikten başlayarak, ergenlik ve yetişkinlik süreci içerisinde bu ahlaki algılar filizlenir ve daha sonra yeşerip, dallanıp budaklanarak davranışa, kişiliğe dönüşür. Kurallar, yasalar ne kadar mükemmel olursa olsun eğer birey kişiliğinde doğru-yanlış algısını sağlıklı oturtamamışsa bu kurallar işlevselleşemeyebilir. Yasalar ancak birilerinin bir olayı

görmesi, şikâyeti üzerine devreye girer. Ancak kimselerin görmediği yerde ahlak dışı bir şey cereyan etmişse yasalar, kurallar anlamsız kalır. Bu noktada, hiç kimsenin göremeyeceği yerde kişinin doğru davranmasını sağlayacak olan kişisel etik, vicdandır. İşte yasaların yetersiz kaldığı yerde etik değerler devreye girerek bütünlük sağlanmasına vesile olur. Bu nedenle etik değerlerin toplumun ve kişinin yaşamında çok önemli bir işlevi bulunmaktadır.

3.3.2. Etik ve Din

Tek tanrılı (Semavi) dinlere inananlar tanrının yeryüzündeki her şeyden haberdar olduğuna inanırlar (Koistinen, 2009: 9). Bu inanç sistemlerine inanlarda yaptıkları her şeyin Allah tarafından izlendiği görüşü hâkim olduğundan, bu düşünce onların iyiyi ve kötüyü seçmesinde etkili olmaktadır. Yaşam sürecinde, insanlar yaşamlarının her evresinde çevresinde olup bitenden, duygulardan, düşüncelerden etkilenerek belirli bir düşünce sistematığına sahip olurlar. Yani bir dünya görüşü gelişir kişide. Bu süreç içerisinde belli inanç sistemleri, değer yargıları ve hayata bakış açıları oluşur. Budizm dışında her ne kadar tanrı kavramı farklı biçimde ele alınsa da hepsinin ortak noktasını bir efsane, öğreti veya bir kutsal kitaba dayalı yaratıcı ve Allah inancı oluşturur (Runzo, Martin, 2002: 63-64). İnsanlar hangi dinin mensubu olursa olsun yaşam şekilleri, ahlaki değerleri, etik düşünceleri az ya da çok, öyle ya da böyle inandıkları dinden etkilenir.

Semavi (Monoteist) dinlerde ahlak kurallarının temelini Tanrının gönderdiği kitapta yer alan emirler oluşturur. Tanrı iyiyi kötüyü, ne yapılıp yapılmaması gerektiğini de kutsal kitap aracılığıyla bildirmiştir. Yaptığı iyilikler karşılığında cennetin vaat edilmesi, kötülüklerin ise cehennemle cezalandırılacağı inancının da olması mensubu olduğu dine inanan bireyin de davranışlarını şekillendireceği tartışılmaz bir gerçekliktir. Milli dinler de ise (Konfüçyüsçülük, Taoizm, Şintoizm gibi) monoteist dinlere göre farklıdır. Bu inanışların kaynağını bir kişinin koyduğu kurallar oluşturur. Bu kurallara da tıpkı tanrı kuralları gibi takipçileri ve benimseyenleri tarafından uyulur (Elmalı, 2004: 183). Genel anlamda hangi dinin inananı ile konuşursanız konuşun, kişi eğer dindarsa o kişiden aynı zaman da ahlaklı olması da beklenir. Yani etik, ahlak ve din kavramları birlikte anılmaktadır. Dindar olan bir kişiye bu kavramlar da atfedilir. Oysa durum çok farklıdır. Çünkü sadece ahlaklı olmak dindar, dindar olmak ahlaklı olmakla özdeş değildir (Runzo, Martin, 2002: 288). Bu görüşü Meynel'in sözü şöyle özetlemektedir (Meynell, 2003:135-160):

“Eğer iyi fiiller ve eğilimler sadece Tanrı'nın onları onaylamasından dolayı iyi ise, o halde Tanrı'nın onayının bu durumda onun için hiçbir neden ortaya konulamayacağından keyfi olması gerekir. Bir diğer zorluk da birçok insanın Tanrı'nın neyi onayladığına veya emrettiğine hiçbir şekilde herhangi bir referansta bulunmadan bazı fiilleri iyi olarak, başkalarını da kötü olarak tanıyabilmesidir. Fakat diğer çıkış yolunu tutmak, Tanrı'nın bazı fiil türlerini onaylamasının nedeninin onların kendinde iyi olduğunu; onları onaylasın veya onaylamasın böyle olacağını [sonucun değişmeyeceğini] söylemek teiste rahatlıkla inkar olarak görünebilir. En azından Tanrı'nın iradesinden ve emrinden önce, Tanrı'nın iradesinin ve emrinin ahlaken uymak zorunda olduğu, nesnel bir iyilik ve kötülük ölçüsünün var olduğunu gerektiriyor görünmektedir. Fakat eğer Tanrı varsa, birçok kimsenin terimin ["Tanrı'nın"] manasını anladığı gibi, ahlak yasasının onun buyruklarına dayandığı ve bunun tersinin doğru olmadığı, "Tanrı'nın özünün gereğidir”.

İçinde yaşanan yüzyıl teknolojik nimetlerden fazlasıyla yaralanan, geçmişe kıyasla ekonomik, bilimsel, sosyal, kültürel alanda çok fazla alternatifin olduğu, daha rahat yaşamın olduğu bir çağ olmuştur. Ancak bu kadar imkân ve çeşitlilik ne yazık ki olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Bireysel yaşamın dayatmalarının negatif yanları özellikle ahlaki anlamda çöküntüye sebep olmuş; cinayet, intihar, hırsızlık, çocuk istismarı, cinsel hastalıklar ve boşanmaların artması gibi istenmeyen olayların artışına sebebiyet vermiştir. Çok sayıdaki bilim adamı bu tür olumsuzluklarla başa çıkmanın yolunun bireylerin inandıkları dinin gereklerini yerine getirmekten geçtiğini düşünmektedir. Çünkü tüm dinlerin ortak özelliği sevgi, saygı, merhamet, hoşgörü, zararlı madde kullanmama, kötü davranışlardan kaçınma gibi temel değerler üzerine kuruludur. Bu değerleri benimseyen dünya dinlerinin ortak kabul ettikleri doğruları, etik ve ahlaki değerleri ortaya koymak şüphesiz ki insanlığın ortak faydasına olacaktır (Köylü, 2012: 203-207). Günümüzde yaşanan ahlaki anlamdaki sorunlar hiç şüphesiz ki eski dönemlerde de vardı. Bu sorunlar ilkçağdan tutun da bu güne kadar her dönemin filozofu tarafından ortaya konmuş ve çözüm geliştirilmeye çalışılmıştır (Yaran, 2010: 7). Aşağıda dünyada en çok kabul gören üç dinin (Yahudilik, Hıristiyanlık ve İslam) etik felsefesine değinilmiştir.

Yahudiliği diğer dinlerden ayıran en belirleyici özellik, kendilerinin tanrı tarafından ayrıcalıklı olarak yaratıldığı, onlara bahşedilen kutsal toprakların var olduğu ve bu dinin sadece ve sadece bir millete ait olduğu düşüncesidir. Bu düşünceye göre Yahudi olunmaz ancak Yahudi olarak doğrulur! (Buğdaycı, 2007: 46-47). Bu inanın ibadeti her ne kadar ilk çıktığı günden bugüne sözlü devam etse de kutsal kitapları olan Tevrat'ta yazan emirler doğrultusunda hareket ederler. Yahudiliği benimseyenlerin

ahlak düşüncelerinin temelleri Hz. Musa'ya Sina Dağında verilen ve kendileriyle Yahve (İbranicede Tanrı) arasındaki sözleşme olarak inandıkları “On Emre” dayanır (Köylü, 2012: 101-103). Bu “On Emir” kısaca; “öldürmeyeceksin, zina yapmayacaksın, hırsızlık yapmayacaksın, komşunun aleyhine yalancı şahitlik yapmayacaksın” olarak gösterilebilir. Bu emirlere uymayan İsrail Oğulları Tanrı tarafından cezalandırılacaktır (Buğdaycı, 2007: 48-50). Bu inanca göre birey Tevrat'ı okumalı, incelemeli ve de onun felsefesini yaşam tarzına dönüştürmelidir (Runzo, Martin, 2002: 131). Yahudilikte ahlaki emirler, kurallar toplum merkezlidir ve bireyler toplumsal ahlak normlarına uymakla yükümlüdürler (Kapu, Aybaş, 2009: 81). Yani kişisel değerler olan etik değil, toplumsal değerleri temsil eden ahlak ön plandadır.

Hıristiyanlık Semavi bir din olup, dünya nüfusunun yaklaşık beşte biri tarafından kabul görmektedir. Tek tanrılı bir din olmasına rağmen “teslis anlayışına-üçleme” (baba-oğul-kutsal ruh) dayanan ilahi bir dindir (Tümer, Küçük, 1993: 232). Hz. İsa'nın tüm davranışları ahlaki olarak örnek alınır. Hz. İsa'nın ahlak felsefesini “sana nasıl davranılmasını istiyorsan, sen de başkalarına öyle davran” sözüne belirleyicidir. Bu din, mensuplarına alçak gönüllü, yardımsever, cömert olma gibi olumlu davranışlarda bulunmayı öğütler. Hıristiyanlık etik felsefesinin Yahudilik inanç sisteminden etkilendiğini söylemek mümkündür (Yaran, 2010: 15). Tüm Hıristiyanların üzerinde hemfikir oldukları bir ahlak anlayışı yoktur. Mevcut ahlak anlayışı “Yaradılış ve Düşüş” öğretisiyle yakından ilişkilidir. Hıristiyanlıkla İslam Dinini ve Yahudilik İnancını birbirinden ayıran en belirleyici prensiptir. Buna göre; insanoğlu doğuştan günahkârdır ve bundan kurtulmak için Tanrıya ihtiyacı vardır. Kişinin de günahlarından arınabilmesinin tek çaresi de, Hz. İsa gibi yaşamaktan geçmektedir. Hz. İsa'nın temel iki felsefesi “Tanrıya içtenlikle inanmak ve komşusuna iyi davranmaktır” (Köylü, 2012: 137-141). Hz. İsa tüm insanların birbirini sevmelerini isterdi, çünkü sevgi, yürekte gelen samimi, içten sevginin kişiyi her türlü kötülükten ve ahlaksızlıktan koruyacağı felsefesini benimsemişti.

Dünya genelinde Hıristiyanlıktan sonra en fazla mensubu olan ilahi din, İslam dinidir ve Hıristiyanlık inancının aksine İslam inancında insanoğlu günahsız, temiz ve de saf doğar. Kuran-ı Kerim ve Hz. Muhammed'in sünneti üzerine dizaynedilen İslam dininde ahlakın yeri çok büyüktür (Köylü, 2012: 171-173). Hz. Muhammed'in “Ben ancak güzel ahlakı tamamlamak için gönderildim” sözü İslam dinindeki ahlakın

öneminin büyüklüğünü ispatlar niteliktedir (Paksu, 2017: 9). Hz. Muhammed'in temel aldığı ahlak ilkelerinin kaynağı de Kuran-ı Kerimdir ve İslam'a göre mekarim-i ahlaka (Hz. Muhammed'in ahlakına ve onun sünnetine uyanların ahlakı) sahip olmayan toplumlar çökmeye mahkûmdur (Sargut, 2010: 137). Gerek maddi gerekse manen temizlenmek insanoğlu için önemlidir. Bebek dünyaya geldikten sonra Hıristiyanlık inancına göre su, vafizle günahkâr çocuğu temizler. Ganj nehrinde yıkanılarak manevi ve fiziki anlamda Hintliler temizlenir. Müslümanlıkta ise, tüm vücut yıkanılarak boy abdesti alınır ve namazdan önce abdest alınarak temizlenilir. Her inanışın arınma, temizlenme şekilleri farklı olduğundan bu örnekler çoğaltılabilir. İslam inancına göre kişi kötülüklerden arınmak için ahlaki değerlere sahip olmak ve bu değerleri uygulamakla mükelleftir. Bu sebeptir ki Hz. Muhammed;"Bir kötülük yaptığında ardından iyilik yap ki, fenalığı alıp götürsün" diye buyurmuştur. İslam dininde ahlaklı olmak, iyilik yapmak, iyi düşünmek ve doğru davranmakla eş değer görülüp; temizlenme ve arınma olarak kabul edilir. İnsanoğlunun manevi anlamda temizlenmesi iyilik yapmak ve doğru davranmakla faziletli olarak nitelendirilmiştir (Altıntaş, 1997: 16-17). İyiliğin kaynağı da Müslümanlığa göre ruhtur ve iyiliklerin, güzelliklerin, faziletli bir yaşamın ruhta olabilmesi ancak ruhun kuvvetlendirilmesi ve de terbiye edilmesiyle mümkündür. İslam inancına göre ruhun terbiyesi için şu hususlar gereklidir (Altıntaş, 1997: 16-17):

- Ruh, tamamen şüpheden arındırılmalıdır.
- Bilgiler süzgeçten geçirilerek, kalp bilgilerin doğruluğundan şüpheye düşmemelidir. Yani ruh doğru bilgilerle beslenmelidir.
- Dinin gereklerini yerine getirmekle sorumlu olan ruh, güzel ahlakla dolu olmalıdır.
- Kişi, güzel duygular taşınmalı ve yüreği iyi hislerle dolu olmalıdır,
- Kişi, öfkesini kontrol edebilmelidir.
- Kişi, iyi bir kalbe sahip olmalı ve zihnini yanlışlardan uzak tutmalıdır.
- Bilmek, insanı doğruya teşvik edeceğinden kişi ilim ve bilim sahibi olmalıdır.

Hem bu dünyada hem de ahrette kişiyi sıkıntıya sokup mutsuzluğuna sebebiyet verecek ne varsa Müslümanlığa göre, İslam ahlakına uymamaktan kaynaklanır. Kişiyi

doğruya eriştirecek yol da ibadetten ve takvadan geçmektedir. Gayri ahlaki davranışlar, yanlış düşünceler özellikle de Allaha şirk koşmak zamanla ruhun, kalbin ölümüne sebep olur ki, ölen kalpler doğruluktan uzaklaşır (Emrullah, 2009: 11). Gerçek Müslüman İslam'ı kendi ruh dünyasında özümseyerek, Allah rızası ve sevgisi için davranışlarına yön verir ve zaman içinde doğru, olması gereken davranış şekline, ahlak anlayışına sahip olur. İslam dini ve Hz. Muhammed çalışmayı çok önemser öyle ki, İslam'ın etik anlayışı; etkililiği ve verimliliği artırma, performansı yüksek çalışanı ödüllendirme, moral-motivasyonu yüksek tutma, stresi azaltma gibi ilkeleri de içermektedir. İslam'ın çalışma etiği anlayışı incelendiğinde faiz konusu hariç günümüzün modern iş etiği ilkelerini içerdiği görülür (Ahmad, 2011, 857). Hz. Muhammed'in iş etiğine yönelik sünnetlerinin varlığı da çalışma ahlakının İslamiyet'teki önemini anlatmaktadır.

3.3.3. Etik ve Kamu Yönetimi

Kamu yönetimi ve etik ilişkisine geçmeden önce bu kavramlara öncelikle bir göz atmak gerekir. Kamu yönetimini tanımlamadan önce kamunun tanımı yapmak gerekir. Kamu, hep, bütün; bir ülkedeki halkın bütünü; özelin, gizliliğin ve kapalıının zıddı olarak açıklığı, halka ait oluşu ve görülebilir olanı tanımlamaktadır (TDK sözlüğü). Resmiyete ve genelliğe işaret etmektedir. Kamu ile ilgili birkaç tanıma yer vermek gerekirse (Aydın, 2000: 17):

- Toplumun genelini ilgilendiren düzen kamu düzenini,
- Devletçe yapılan ekonomik faaliyetlerin tümü kamu sektörünü,
- Kamu hizmetinde çalışanlar kamu görevlisini,
- Toplumun büyük bir kesimi tarafından kabul gören düşünce, tutum ve inançlar kamu oyunu,
- Kamu yararı için çalışan personel kamu çalışanını, hizmet ve mal grupları kamu tüzel kişiliğini,
- Devletin kuruluşunu, işleyişini ve diğer devletlerle, kamu / özel tüzel kişilerle olan ilişkilerini düzenleyen kuralların tümü ise kamu hukukunu oluşturmaktadır.

Bu kadar tanımdan da anlaşıldığı üzere kamu denilince toplumun büyük bir kesimi, özel olmayan, açık olan anlaşılmaktadır. Bu nedenle anlamının ve etki alanının

genişliği göz önüne alınınca, kamu adına karar alanların (kamu yönetimcilerin) çok hassas davranması gerektiği görölmektedir.

Anayasal sınırlar çerçevesinde, siyasal yapılanmanın yürütme ile görevli olan organı tarafından ve yine yasaların tanıdığı sınırlar içinde yürütmekle yükümlü kurum, kuruluş ve örgütler bütünü demektir kamu yönetimi (Yatkın, 2015:7). Burada kamu yönetimi tanımı yapılırken özellikle anayasa ve yasa vurgusu ön plana çıkmaktadır. Çünkü yürütmekle sorumlu olan siyasal erkin sınırlarının olduğu ona hatırlatılmaktadır. Yetkilerini belli standartlar çerçevesinde kullanmak durumunda olmaları gerektiğini vurgulamaktır.

Gözübüyük'e (1998: 1) göre yönetim, belirli bir amaca yönelik olarak örgütün kurulması, örgüte işlevsellik katacak her türlü yönetsel etkinlikler, kaynakların bir araya getirilerek eş güdümün sağlanmasında izlenecek yöntem ve denetimi kapsar. Bu tanım, yönetim anlayışının genel bir tanımı olduğundan evrensel özellik taşıyarak hem kamu örgütlerini hem de özel teşebbüsler için geçerliğini korur. Kamuyu özelden ayırmak için özellikle kamu yönetimi kavramı kullanılmaktadır. Başka bir tanım da ise, "genel olarak kamu yönetimi, devletin amaçlarını gerçekleştirmek için insanların, örgütlerin araç-gereçlerin eşgüdümlemesi, örgütlenmesi ve yönetimi" olarak tanımlanır (Dwight, 1955: 47-58'den aktaran Yatkın, 2015:8). Kamu yönetimi disiplinler arası akademik bir disiplin, bir faaliyet ve bir meslektir. Disiplinler arasında köprü vazifesi yapan kamu yönetimi iktisattan hukuka, siyaset biliminden işletmeye, sosyolojiden sosyal psikolojiye kadar bilimlerin gerekli olan kısımlarını alarak kamusal sorunların çözümüne uygulayan bir bilim dalı olarak işlev görmektedir (Yatkın, 2015: 9). Diğer bir tanımda ise kamu yönetimi, devletin faaliyetlerini yerine getirirken uyguladığı yönetim sanatı ve bilimdir (Ergun, 1995: 8). Kamu yönetimi bir akademik disiplin olduğu kadar aynı zamanda kamu politikalarının oluşturulduğu, planlandığı, örgütlendiği, yönlendirildiği, uygulandığı ve de denetlendiği eylem ve işlemlerden oluşan faaliyetler tümüdür (Yatkın, 2015: 9). Kamudaki yöneticilerin faaliyetleri, aldıkları eğitimler ve uzmanlıkları çeşitlilik gösterir. Bir mühendisin, hemşirenin, doktorun veya öğretmenin kamuda yönetici olarak görev yapabileceği görülür.

Yukarıda kamu ve kamu yönetiminin tanımı yapılmış olup sıra kamu yönetimi etiğini tanımlamaya gelmiştir. Kamu yönetimi etiği ya da kamuda etik yönetimi gibi

tanımları yapılırken etiğin tanımına detaylı yer verilmektedir. Etiğin tanımına birinci bölümde detaylı yer verildiğinden çalışmanın bu kısmında ise, kamu yönetimi etiği üstünde durulmuştur.

Yönetim etiğini tanımlamadan önce kısaca yönetim, bir örgütte belli bir amaç için bir araya getirilen insanların örgütlenip, eş güdümlerinin sağlanarak eyleme geçirilmesi sürecidir (Başaran, 1992: 14). Modern yönetim anlayışının aksine klasik yönetimde temel amaç üretimin, verimin artırılmasıydı. Oysa çağdaş yönetim yaklaşımları üretim ve verimlilik kadar, işgörenlerin insani ihtiyaçlarının karşılanmasını da temel hedefleri arasına katmıştır. Çalışanlar insan oldukları için emeğinin karşılığını, hak ve özlüklerini, birey olarak da tek, biricik ve değerli olduklarından saygı beklerler. Kendileri hakkında alınacak kararlarda söz sahibi olmayı arzulayan çağdaş bireyler olan işgörenler demokratik bir anlayışla yönetilmeyi isterler (Aydın, 2001: 54). Dolayısıyla yöneticilerin çalışanların duygularını ve isteklerini göz önünde bulundurarak hareket etmeleri gerekmektedir. Toplumsal değişimin hızlı olduğu günümüzde mesleki değişimler, kurumsal sistemlerin iç ve dış çevrelerinde meydana gelen değişimler yöneticilerin etik sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Bir kişinin gerçekte neye inanması gerektiği ve inandığını davranışlarına yansımada etik değerler, ilkeler ve siyasalar sağlam bir temelin oluşmasında önemli rol alırlar. Yöneticilerin kendi etik standartlarını oluşturması ancak uzun bir deneyim ve davranışlarının sınanması sürecinden sonra kazanılabilir. Bu değerlerin bireylerce özümsemesi, kümülatif etik davranış standartları okumayı, çalışmayı, düşünmeyi ve sürekli kendini denemeyi gerektirir (Drucker, 1994: 40). Ancak yöneticiler uyguladıklarını yeterince kabullenip kendi yaşamlarına sindirirlerse birer etik yönetici konumuna kavuşurlar. Etik davranış hiyerarşisi örgütlerde tepeden başlamalı ve örgütün tümüne yayılmalıdır. Ancak etik standartları özümseyen yöneticilerin varlığıyla işgörelere etik davranışlar sirayet eder. Özellikle okul müdürlerinin etik davranışlar sergilemesi öğretmenler, işgörenler ve öğrencilerde etik davranışları taklit etme yönünde kendini gösterir (Rossow, 1990: 34). İş yerleri toplumun birer küçük birimleri olduğundan burada edinilen etik değerlerle biçimlenen idealler, tutumlar işgörenlerin aileleri, arkadaşları ve etkileştikleri diğer bireyler vasıtasıyla topluma yayılmaktadır. Bu sebeple etik bir toplumun oluşturulmasında yöneticilere büyük sorumluluk düşmektedir. (Kallaus, Keeling, 1992: 195). Çalışanına etik davranışlar sergileyen yöneticiler onlarda

olumlu etik bırakacağımdan ayrıca yöneticilerin toplumsal sorumlulukları da bulunmaktadır.

Birçok tanımın yapılmasıyla birlikte en genel ve öz tanımıyla yönetim etiği, yönetimle ilgili kararlarda tutarlı, tarafsız ve gerçeklere dayalı olmayı, bireylerin varlık ve bütünlüğüne saygı; tüm çalışanlar için en iyi olacak davranışların belirlenmesini ve tüm uygulamalarda adalet, eşitlik, tarafsızlık, sorumluluk, hoşgörü, sevgi gibi insana yakışır evrensel nitelikteki değerleri temel almayı sağlayan ve yöneticilere davranışlarında rehberlik eden davranış ilkeleridir (Aydın, 2001: 4). Yöneticilerin bu yüce değerlere sahip olması için ahlaklı ve erdemli birer birey olmaları gerekmektedir. Ahlakın belli bir örgüt içerisinde o örgütçe belirlenen kurullarla beslenerek ortaya çıkmış hali olarak da tanımlanabilmektedir yönetim etiği (Bilgin, 1998: 466). Yönetimsel kurum ve kuruluşların her türlü eylem ve işlemlerinde hem önlenmesi gereken istenmeyen davranış şekilleri, hem de teşvik edilen davranışların bir dizi ilke ve standartlarından oluşan yönetim etiği ya da kamu yönetimi etiği, sadece doğru-yanlış, iyi-kötü ayırımından ibaret değildir. Aynı zamanda doğru ve iyi olanı yapma kararlılığını ve bu yönde karşılaşılan etik sorunların, değer çatışmalarının çözümünde izlenecek yöntemi de standardize etmektedir (Özdemir, 2008: 313). Yönetimde etik tartışmalar tam da burada kendini göstermektedir. Sorunun çözümünde yöneticinin seçeceği yolun etik değerler ve standartlara uygunluğudur. Çünkü bu yaşamsal değerler kamu yönetiminin etkin ve verimli olması için hayati önem taşımaktadır.

Cooper'a göre (1999: 91) kamu görevlilerinin davranışlarının belirlenmesinde yasalar ve etik değerler olmak üzere iki temel etken belirleyici olmaktadır: Davranışın dışsal boyutunu yasalar belirlemekte ve denetimini yapmaktayken, davranışın bireyin içsel boyutunu belirleyen etik değerler yönetip denetlemektedir. Davranışın dışsal boyutunda belirleyici rol oynayan yasalar ve kurullar kamu çalışanlarını kamu yararı doğrultusunda doğru eylemde bulunmaya zorlamaktadır. Bu bağlamda kamu yönetimi etiği, kamu görevlisinin her türlü davranışını yasalara, etik değerlere, kodlara ve de belirlenen bazı kurullara göre yapması olarak da tanımlamak mümkündür. Kamu çalışanının davranışının içsel belirleyicisi olarak düşünüldüğünde ise; kamu yönetimi etiği, kamu görevlilerinin davranışlarını bireysel ahlaki değerleri göz önünde bulundurarak yapmasıdır. Bu açıdan bakıldığında önemli olan ise kamu çalışanının ahlaki gelişmişlik düzeyidir (Maeschalck, 2004: 21). Bu her iki tanım da biri birini

bütünlük niteliktedir. Çalışanın davranışı yasalar ve bireysel ahlaki değerleriyle ne kadar örtüşürse o kadar verimli ve mutlu çalışır.

Bireysel ahlak, mesleki etik, örgütsel etik ve toplumsal etik olarak sıralanabilecek etik hiyerarşisinden bahsetmek kamu yönetimi için mümkündür. İlk basamağını oluşturan bireysel ahlak, kamu çalışanın öznel geçmişi tarafından şekillenmektedir. Kamu görevlisinin kültürel ve toplumsal değerleri, dini inancı, aile etkisi ve kişisel tecrübeleri ahlaki yapısını belirleyen ölçütlerdir. İkinci basamakta yer alan mesleki etik, kamu görevlisinin görevini icra ederken, mesleğin gerektirdiği kurallar ve standartlar çerçevesinde hareket etmesidir. Üçüncü basamakta bulunan örgütsel etik, örgütün amacını gerçekleştirmek için oluşturulan kurallara göre kamu çalışanın hareket etmesidir. Hiyerarşinin dördüncü ve son basamağını oluşturan toplumsal etik ise; bir yandan kişiyi koruyan tutum sergilerken diğer yandan toplumun bir bütün olarak ilerlemesine katkıda bulunacak şekilde kamu çalışanlarının davranmasıdır (Shafritz, Russell, 2005: 186-190). Bu bağlamda kamuda görev yapan tüm çalışanlardan beklenen, sorumluluk alanlarıyla ilgili etik değerleri içselleştirecek davranışları sergilemeleri yönündedir. Aşağıda kamu yönetiminin sunumu esnasında kamuda çalışanlarının sahip olması gereken temel değerler sıralanmıştır (Svara, 2007: 155):

- Kamu görevlilerinin en nihai amacı, kamu çıkarını sağlamaya dönük olmalı, sahip oldukları yetkileri kendi bireysel çıkarları için kullanmamalıdır.
- Kamu görevlileri, kendilerini tüm topluma adamalı, görevi esnasında adil, dürüst, açık ve hoşgörülü olabilmelidir.
- Kamu çalışanları, yaptıkları işin sorumluluğunu alabilmeli ve demokratik değerlere sıkı sıkıya bağlı olmalıdır.
- Kamu çalışanları, etik değerleri özümseyerek tüm örgüte yayılmasını sağlamalı ve karar alırken, uygularken tek referansın ahlaki ve etik değerler olmasına özen göstermelidir.
- Kamu örgütünün amacını ve misyonunu yerine getirecek şekilde kamu çalışanları davranmalıdır.

Yukarıda kamu çalışanın olması gereken etik ilkeleri sıralarken şunun göz ardı edilmemesi gerekir: Çalışanın ahlaki ve etik davranışlar sergileyebilmesi etik değerleri

içine sindirmiş örgütlerle ancak anlam ifade edebilir. Bu nedenle doğru bir yönetim için gerekli kuralları sağlayacak, bireye veya gruba uyumu kolaylaştıran, ahlak ilkelerinin ifadesi olan yönetim etiğinin oluşturulmasında bazı temel ilkelerin var olması gerekir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Öztürk, 2003: 16-19):

- Kamu hizmeti sunulurken etik standartlar kurallar açık ve anlaşılır olmalı,
- Etik kurallar, yasalarla çelişmemeli,
- Kamu çalışanlarının gerektiğinde başvurabilecekleri danışmanlık sistemi kurulmalı,
- Kamu görevlileri etik açıdan bireysel haksızlığa uğradıklarında ne yapacakları konusunda bilgi sahibi olmalı,
- Kamu çalışanları etik yönetimin güçlendirilmesi noktasında siyasi otoriteden destek almalı,
- Kanundaki tüm karar alma ve uygulama süreçlerinin şeffaf olması ve tüm kamuoyunun bilgilendirilmesi sağlanmalı,
- Kamu yönetimi sistemi, tüm bozulmalara karşı dirençli olacak şekilde tasarlanmalı,
- Kamu yönetiminde alınacak tüm karar ve politikalar, etik davranışları ilerletmeye ve teşvik etmeye yönelik olmalıdır.

3.3.4. Etik Liderlik

Kamu ve özel örgütlerdeki yöneticilerin profilleri ve davranışları örgütlerin başarısında büyük rol oynamaktadır. Bu davranışlar etik olduğu takdirde yöneticiler çalışanlarına kılavuzluk ederek meslek ahlakına yönelik konularda çalışanlarında farkındalık oluşmasını sağlayacaktır (Arslantaş, Dursun, 2008: 112). Etik liderden (yöneticiden) beklenen, dümenini tuttuğu gemisindeki çalışanlarının etik iklimi olan örgütündeki potansiyelini (core competence and capabilities) ortaya çıkarabilmesidir (Kaya, 2010: 73). Çalışanını motive eden, kendi davranışlarıyla örnek teşkil eden yöneticilerin başarılı olmaları kaçınılmaz bir gerçekliktir.

Örgütlerin buldukları piyasada fark yaratabilmesini sağlayacak olan entelektüel sermayeleri olan çalışanlarıdır. İş doyumuna sahip olmayan, çalıştığı yere aidiyet duygusuyla bağlı olmayan çalışandan verim almak zordur. Çalışanın motivasyonu örgütlerinden beklentilerinin karşılandığı oranda artmaktadır. Yapılan

araştırmalar göstermiştir ki; lider davranışları çalışanın davranışında büyük rol oynamaktadır (Taş, nder, 2010). Örgütün lideri ne kadar etik değerlere bağlıysa çalışanına yönelik davranışlarında o ölçüde pozitif olmaktadır. Pozitif yöneticisi olan rgtlerin çalışanları da daha mutlu ve verimli olmaktadır.

21. yüzyıl rgtleri teknolojisinin sayesinde daha fazla bilgi sahibi, daha akılcı ve tecrübelidir. Akılcı ve rasyonalist olan örgüt yöneticileri çalışanlarına daha adil, şeffaf, dürüst, güvenilir davranmalarının gerekliliğinin farkındadır (Hays, 2007: 17-35). Çalışanlara etik kurallar içinde davranmak, örgütün başarılı olmasına ve amaçlarına ulaşmasına imkân sağlayacaktır. Bir etik liderde olması gereken bazı özellikler vardır. Kısaca bunlar (Helvacı, 2010: 395-396):

- Çalışanlarda etik farkındalık oluşturabilmek,
- alışanlarına güvenip, çalışanlarının sorumluluk almalarını sağlamak,
- Kendi davranışlarıyla çalışanlarına örnek teşkil etmek,
- Değerlere sahip olmak ve bu yönde davranmak,
- Söylemleri ile davranışlarına uyumlu olmak yani erdem sahibi olmak,
- Etik değerlerin yerleşmesine yardımcı olmak için hizmet içi eğitimler düzenlemek,
- Örgütün tüm aktörlerinin algılarını önemsemek,
- İşe alımlarda liyakate uymak,
- Sürekli değişime ve gelişime açık olmaktır.

Etik lider, tüm davranışlarıyla örgütüne örnek olarak alışanlarında etik davranış oluşmasını sağlama yönünde proaktif rol oynamaktadır. Ceza ve ödül sistemlerinin etik sınırlar içinde uygulanmasından da yönetici sorumludur. Bu sistemleri yerinde ve meşru bir şekilde kullanan lider çalışanların örgüte bağlılığını artırmada önemli bir rol oynar (Tuna, Bircan, 2012: 145). Liderler sahip oldukları gücü kötüye kullanmamalı, gücün esiri olmamalıdır.

3.4. Meslek ve Meslek Etiği Kavramı

Meslek etiğine geçmeden önce meslek kavramının tanımlanması gerekir. Kişinin geçimini sağlamak üzere para kazanmasını sağlayan, profesyonelce yerine getirdiği işe kişinin mesleği denir. Bu işin de bir meslek sayılabilmesi için belli bir tekniğe ve kurumsallaşmış değer sistemine sahip olması gerekir (İşseveroğlu, 2003). Değerler

manzumesine sahip mesleklerin standartları olacağından daha uzun ömürlü olmasını sağlar.

Meslek kavramı etimolojik olarak İngilizce "profession" (meslek) kelimesinin "profes" kökünden, Oxford sözlüğündeki karşılığı olan "dinsel düzen adına yemin etmek"ten gelmektedir. 1675 yılından itibaren ise "yeteri kadar nitelikli olma" anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise meslek, "her hangi bir konuyu açık bir dille ortaya koymak "olarak kullanılmaktadır (Bal, Beren, 2011: 32). Emile Durkheim ise, meslekleri ekonomik olmaktan ziyade toplumsal yaşamın vazgeçilmez öğelerini barındıran topluluklar olarak görmektedir (Bal, Beren, 2011: 35). Bu tanıma göre meslekler, ekonomik ve toplumsal hayatın değerlerini temel alarak ahlaki içerikle işlevsel amaçlara ulaşmış olurlar.

Meslek, insanlara faydalı olabilecek bir şeyler üretmek amacıyla bireyin belirli bir eğitim sonrasında kişinin bilgi, beceri ve yetenek gibi olumlu özellikler kazanmasıdır (Sökmen, Tarakçıoğlu, 2011: 35). Meslek, amatörülüğün karşıtı olup, kişinin hayatını devam ettirebilmesi için para kazanmak üzere profesyonelce yaptığı iştir, uğraştır (Sökmen, Tarakçıoğlu, 2011: 35). Bir işin, uğraşın meslek olarak sayılabilmesi için, yapılan işin değer ve ilkelere de sahip olması gerekir. İşi doğru yapma alışkanlığı, mesleğe yönelik tutum, bilgi ve beceri meslek elemanında olması gereken üç elzem öğedir (Aydın, 1993: 95). Bu bağlamda işin teknik yeterliliği kendi başına yeterli değildir. Buna ilaveten mesleki etik ilke ve değerlerin de tanımlanmış olması gerekir. Bu ilkeler ve etik değerler sadece yazılı olarak ortaya konmazlar, aynı zamanda meslektaşlar tarafından da örtülü biçimde benimsenmiş olabilirler. Bir işin meslek olabilmesi için belli özelliklere haiz olması gerekir. Bunlar (Yılmaz, Altinkurt, 2009: 71-88):

- Bir mesleki branş, içinde bulunduğu toplumun en gerekli ihtiyaçlarını karşılar. Sağlık, eğitim, güvenlik vb.
- Her mesleğin kendine has entellektüelitesi mevcuttur,
- Meslekler sadece yapana doyum sağlamaz, aynı zamanda başkalarına da yarar sağlar,

- Meslek, belli bir süre içinde sistemli, disiplinli eğitim süreciyle kazanılmış özel bilgi ve becerilere dayanır. Yani mesleği icra eden kişi işinin uzmanı olarak toplum tarafından kabullenilir,
- Araştırma ve deneylerle geliştirilen meslek dalları zaman içinde kendine has tekniklere sahip olurlar,
- Belli bir kazanç elde etmek için meslekler irca edilir,
- Her mesleğin bir meslek örgütüne ihtiyacı vardır. Şöyle ki, meslek üyelerini hem aynı çatı altında toplayıp onları kontrol edecek, yol gösterecek hem de onları eğitecek mesleki uygulamaların standardize edilmesine öncülük edecektir,
- Meslek sahipleri sorumlu davranmak zorundadır. Çünkü onların topluma karşı özel ahlaki sorumlulukları vardır. Başkalarına ve topluma fayda sağlamak, meslek olmanın özünü oluşturur (Akıncı, Coşkun, 2011: 70).

Meslek etiği ilkeleri, çalışanların ve yöneticilerin dünya görüşünden bağımsızdır. Öyle ki bu ilkeler, meslek üyeleri çalışırken, kültürlerinden, inançlarından, yaşam felsefelerinden vb. ayrı olarak kabullenip içselleştirmesi gereken ilkelerdir. Dünyanın her yerinde bu kurallara uyulması zorunludur. Aynı zamanda bu ilkeler, kurallar sadece yapılması gerekeni değil, yapılmaması gerekenleri de gösterir. Bu etik kodlarla davranış disiplin altına alınmakta, doğru ve kabul edilebilir davranışların standardize edilmesi sağlanmaktadır (Yılmaz, Altınkurt, 2009: 72). Meslek elemanlarının işlerini yerine getirirken karşılaştıkları tüm sorunlar meslek ahlakının konusu içindedir. Bu sorunlar tüm taraflar arasında yaşanır. Bu taraflar, yöneticiler, çalışanlar, müşteriler, örgütle bir şekilde iş ilişkisine girmiş tüm aktörleri kapsar. Aslında genel ahlak ilkeleri ile iş ahlakı ilkelerini birbirinden ayrı tutmak doğru olmaz. Çünkü meslek ahlakıyla, etik (ahlak felsefesi) birbirinden ayrılmaz ve birlikte düşünülmesi gereken konuları kapsar (Arslan, Akıncı, 2007: 1-2). Kurum avukatlığı ile özel avukatlığın ayrı bir meslekmiş gibi düşünülmesi buna örnek teşkil eder. İktisadi hayatta halkın isteklerine ve çıkarına, işletmelerin de işine gelecek şekilde cevap verebilmek meslek ahlakının esas amacını oluşturur.

Meslek etiği, bir meslekle ilgili olarak, o mesleğin üyelerinin oluşturduğu, belli kurallar çerçevesinde meslek üyelerini uygun davranmaya zorlayan, kişisel davranışları ve eğilimleri ortadan kaldırmayı amaçlayan, standartlara uymayan üyeleri gerektiğinde

dışlayan, cezalandıran, mesleki performansı, yarışmayı arttıran, mesleki idealizmi koruyan ilkeler, kurallar bütünü olarak tanımlanabilir (Sökmen, Tarakçıoğlu, 2011: 36). Meslek etiğine, bir meslek elemanının işini yaparken hangi kurallar çerçevesinde yapması gerektiğini bilmesine rehberlik edecek ilkeler bütünüdür de denebilir. Özellikle insanın yaşamıyla doğrudan alakalı mesleklerde uyulması gereken davranış kuralları olarak meslek etiği ilkeleri karşımıza çıkmaktadır. Dünyanın neresinde olursa olsun aynı mesleğe mensup kişilerin bu davranış kalıplarına uymalarının gerekliliği meslek etiğinin en önemli ayırt edici özelliğidir (Kuçuradi, 1988: 21). Meslek etiğinin gereği olarak, aynı meslektekiler yani meslektaşlar birbirleriyle olan ilişkilerinde de standart davranış ilkelerine uymalıdır (Aydın, 1993: 71). Durkheim'e göre meslek etiği, bir grubun ortak ürünüdür. Öyle ki grup o değerleri, ilkeleri koruduğu müddetçe yürürlükte kalabilen, şahıslara emreden, onları farklı şekillerde değil de standart bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimleri sınırlayan ve daha ileri gitmesine engel olan normlardan oluşmuştur (Durkheim, 1949: 13'den Akt. Gök, Oral, 2012: 174). Bu normlar meslek elemanlarının tümünü bağlar ve aksi durumda cezai yaptırım gerektirir.

3.4.1. Meslek Etiğinin Tarihsel Gelişimi

Felsefenin başlangıcından beri ilgilendiği etik sorular, ahlak felsefesinin ana soru demetlerinden biridir. Bu sorular, kişisel ve kamusal yaşamda kararlar alırken ve davranışta bulunurken duraksadığımız veya yadsıdığımız etik sorunlarla doğrudan doğruya ilgili sorulardır. Etik teriminin en eski anlamlarından biri de “bir canlının genellikle sığındığı, yaşadığı yer” yani bir canlının doğal çevresidir (Tepe, 2015: 27). Etiğin soru ve sorunları, kendimizle ve diğer bireylerle kurduğumuz ilişkilerde verdiğimiz kararlar ve yaptığımız davranışlarla alakalıyken, yaşamda bire bir maruz kaldıklarımız farklı çeşit sorunlar ve sorulardır. Bunlar farklı ontolojik ve epistemolojik özellikte oldukları için bu iki tür soru ve sorunlar bir biriyle karıştırılmamalıdır. Şöyle ki, “doğru eylem nedir?” sorusu ile “bu durumda ne yapmak doğru olur?” sorusu aynı şeyi sormaz. İlk sorunun cevabı “doğru eylemin ne demek olduğu”, ikincinin ise; kişi içinde bulunduğu tek, eşsiz olduğu belirli bir durumda ne yapması gerektiğini ve ne yapabileceğini bulmakla verebilir (Tepe, 2015: 27). Mesela, kişi “bırakıp gitmeliyim” diyebilir. Ancak bu yanıtın felsefi olmadığı aşikârdır. Şu anda meslek etikleri belirlenirken sorulan sorular bu iki soru grubundan hiçbirine girmezler. Meslek etiği oluşturulurken sorulan soruların amacı nedir, neyin peşindedirler? Çeşitli meslek

etiklerinde sorulan soruların felsefeden ve günlük yaşamdaki sorulardan farkı nedir? Günlük hayatta cevabını bulmaya çalıştığımız sorular: Belli bir konumdaki kişinin belirli bir durumu, eylemi, kişiyi vb. değerlendirmesiyle ilgili sorulardır. Belirli bir kişinin –sizin ya da benim- alması gereken tavırla ilgilidir. Belli bir durum karşısında yapması gerekenlerle ilgili sorulardır (Kuçuradi, 1990: 81-87'den Aktaran Tepe, 2015: 28). Yani kişiseldir ve sonucu itibarıyla kişiyi bağlar. Ancak meslek etiğinde sorulan sorular, belirli bir mesleği yerine getirirken –belirli tek tek durumlar karşısında- kişinin genel olarak ne yapma(ma)sı gerektiğine yönelik sorulardır ve bunlar etik ve hukuki normlara tabidir. Bu sorulara karşılık gelecek cevaplar uluslararası bildirgeler, sözleşmeler ve de meslek ahlakı kodları olarak karşımıza çıkar (Kuçuradi, 1990: 81-87'den Aktaran Tepe, 2015: 30). Bu etik kodlar evrensel niteliğe sahip olup, yapana çeşitli sorumluluklar yükler. Peki, neden meslek etiğine ihtiyaç vardır? Bu soruya etik tarihine bir göz atarak cevap bulunabilir. Etik tarihi üzerine yazılan kitaplara bakılınca, bunların çoğuna göre etik şu gelişim çizgisini izlemiştir (Kuçuradi, 1990: 81-87'den Aktaran Tepe, 2015: 30-35):

- Mutluluğu (eudaimanizmi) amaç edinen Yuna etik sisteminin filozofları mutluluğa ulaşmak için “nasıl yaşamalı ve ne yapmalı?” sorularına cevap bulmaya çalışmışlardır,
- Ödev etiği de denilen kurallara sıkı sıkıya bağlı olmayı hedefleyen ve evrensel geçerliliği olan “Deontolojik Etik” ünlü Alman filozof I. Kant’la başlamıştır,
- 20.yy.da Max Scheler ve Nicolai Hartmann’la değerler etiği başlamıştır,
- Günümüze yani 21.yy’a gelindiğinde ise etiğin ulaştığı nokta meta-etik olmuştur. Yani, norm önermelerini çözümlenmeye ve temellendirmeye çalışan etik yaklaşımı.

Etiğe ilişkin çizilen bu tabloya göre farklı (çatışan) ve değişen normlar karşısında etik;

- Belli bir kesime ait olması gereken davranışlara evrensel düzeyde kurallar getirerek iyinin tanımını yapmaya çalışmak,
- Mevcut kuralların temellendirilip değerlendirilmesinde ölçüt olarak alınacak üst normlar getirilmesine yönelik çabalardan oluşmaktadır. İşte bu, normatif etik, meta-etik ilişkisidir.

Tabloyu tamamlamak için bu ikisini bir araya getirmeye çalışan girişimler de buna eklenebilir. ABD’de Wiliam Frankena’nın girişimi, Avrupa’daki iletişim etiği veya tartışma etiği girişimleri gibi belli alanlarda bir konsensüs oluşmasını sağlamak bu yöndeki gelişmelere örnek olarak verilebilir. Karl-Otto Apel, bugün yapılması gerekenin “aksiyolojik bakımdan evrenselci ve deontolojik olan bir etiği, varoluş biçimleriyle ilgili olan yani, Aristotelesçi değerler etiğiyle birbirini tamamlayacak biçimde ilişki geliştirmek olarak tanımlamıştır” (Apel, 1993:502'den Aktaran Tepe, 2015: 31). Ama bunun için evrenselci ve deontolojik etik, kişiye özgü kabuller etiğinin önüne geçmelidir.

Etik normların empirik olarak doğrulanabilir, yanlışlanabilir önermeler olmamaları, etik normların “bilimsel olmadığı” sonucuyla ve de kabulüyle “bilimin değer dışı” olması gerektiği görüşünü güçlendirmiştir. Bilimin değer dışı olması talebinin aslında istediği, bilimsel araştırmaların ve bilimsel bilgi uygulamalarının dinsel ve kültürel değer yargıları ve normları tarafından engellenmemesidir (Apel, 1993:502'den aktaran: Tepe, 2015: 32) . Ancak ne yazık ki bu talep amacını aşmış, her türlü değer yargısından uzaklaşarak; bilimin ilerlemesi için “mümkün olan her şeyin yapılabileceği veya her şeye izin olduğu düşüncesi” bilim insanları arasında yaygın bir görüş kazanmıştır. Böylece biyokimya, fizik, tıp gibi alanlarda mümkün olan her şey sınır tanınmaksızın yapılmaya başlanmıştır. Bugün bunların sonuçlarını herhangi bir amaçla kullanmak isteyenler rahatlıkla kullanabilmektedir. Çünkü bu konudaki yasal düzenlemeler ve standartları oluşturmak zaman almaktadır. Ancak tolere edilemeyecek sonuçlara sebebiyet verdikten sonra gerekli tedbirler alınmaya başlanmaktadır.

Değerlerin bir kenara bırakılarak bilimin ve teknolojinin gelişmesi ne yazık ki nahoş sonuçlara sebebiyet vermektedir. Gerek siyasi gerekse bireysel bazı istenmeyen çıkar ilişkilerinin birleşmesi, insanlığı bazı çıkmazlara sürükleyerek küresel düzeyde sorunların oluşmasına sebebiyet verdiği görülmüştür. Bu olumsuz gelişmeler evrensel düzeyde geçerli olabilecek ortak norm arayışına yol açmıştır. Ortak normlarla ilgili empirik arayışların felsefi etikteki karşılığı meta-etik normlar girişimleri olarak vücut bulmaktadır. Son otuz yılda gördüğümüz çok sayıda meslek etiği ilkesinin oluşturulma nedeni, evrensel ortak kurallar oluşturma isteğidir.

İnsan hayatının her alanında karşılaşılan etik sorunlar bireysel manada farklı davranışları mümkün kıldığı halde, meslek etiğinde durum çok farklıdır. Yani mesleği yapanların ortak davranış kalıpları içerisinde hareket etmeleri bir gereklilik hatta yasal bir zorunluluktur. Epistemolojik ve aksiyolojik özelliği ne olursa olsun her normun usulüne uygun olarak evrensel düzeyde geçerli kılınabileceği, ortak norm haline getirilebileceği göz ardı edilmemelidir (Kuçuradi, 1990: 81-97). Örneğin hemşirelik mesleği dünyanın neresine giderseniz gidin aynı şekilde yürütülmek zorundadır. Çünkü mesleki etik ilkeler bunu zorunlu kılmaktadır.

Meslek etiğinin felsefi yolculuğundan sonra pratik adımların atıldığı tarihçesine de bakmakta fayda vardır. Şöyle ki, yerleşik hayatın başlangıcı olan tarım toplumundan önce insanlar gündelik ihtiyaçlarını gidermek için avcılık-toplayıcılık yapmışlardır. Bu dönem yaklaşık iki milyon yıl sürmüştür. Avcılık-toplayıcılık dönemi de dâhil on bin yıl öncesine kadar yani tarım toplumunun ilk dönemlerinden (Ponting, 2000: 34) günümüzde kullanılan meslek etiği ve ahlaki kavramlarından söz etmek olası değildi (Usta, 2012: 41). Çünkü insanlar sadece ihtiyaçlarına yönelik hareket etmekteydiler. Kapitalizmin etkisini bu kadar yoğun hissettirmedeği dönemlerde örgütlerin, işletmelerin, kişilerin ticari ve meslek ahlaklarının yönlendirilmesinde dinler baskın rol oynamışlardır (Arslan, Akıncı, 2007: 30-33). Sanayi devrimiyle beraber "çalışma disiplini" verimliliği artırmak ve daha fazla üretim yapmak için zorunlu hale gelmiştir (Usta, 2012: 36). Çalışma disiplinini uygulayabilmek, ürün kalitesini ve verimliliği artırmak, çalışan ve yönetici tatminini sağlamak için her bir mesleğe uygun mesleki etik ilkeler geliştirilmiştir.

ABD vatandaşlarının hayatlarını normal standartlara uygun sürdürebilmesi için 20.yüzyılın başından itibaren işletmelerden çalışanlarına belirli oranlarda (living woges) maaş vermeleri istenmiştir. Ayrıca büyük ekonomik buhran sonrası işletmeleri disipline etmek, çalışan haklarını korumak ve işletmelerin çevreye zarar vermesini engellemek için "new deal" daha sonra "fair deal" olarak değiştirilen bir program uygulamaya koymuştur (Kırel, 2000: 10). 20. yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde kamuda ve özel sektörde etik dışı davranışların artması, rasyonellik ve pozitivizm kavramlarının konuşulmasına ve de tartışılmasına başlanmıştır. Bu da meslek etiği konusunu gündeme taşımıştır (Kırel, 2000: 12-14). Meslek etiği kavramı, iş etiği, ahlak, sorumluluk, personel seçimi, maaş sistemi gibi konuları içermekte olup hepsi birbirleriyle

bağlantılıdır. Teknolojinin hızla geliştiği 20. yüzyılın son çeyreğinde dünya daha küçülmüş, şirketler çok uluslu yapıya sahip olmuştur. Bunun sonucunda birçok kültürden insan bir araya gelerek çalışmaya başlamıştır. Çalışanların belli kurallara çerçevesinde çalışması elzem hale gelmiştir. Bu da meslek etiği ilke ve kurallarının uygulamasını kaçınılmaz hale getirmiştir.

1980'lere gelindiğinde her bir mesleğin kendine ait özelliklerinin ve sorunlarının olduğu görülmüştür. Bunun neticesinde her bir uğraş alanını ilgilendiren meslek etiği ilkeleri ortaya çıkmıştır. Tıp etiği, gazetecilik etiği, mühendislik etiği bunlardan bazılarıdır (Tepe, 2002: 54-56). Bir mesleğin her bir aktörünü (yöneticiler, çalışanlar ve diğer muhataplar) etkileyecek etik dışı davranışları engelleyip yok etmek için o mesleğe dair etik ilkeler ve standartlar ortaya konmuştur (Tepe, 2002: 57). Yani, herkesin uymakla mükellef olduğu kurallar geliştirilmiştir.

3.4.2. Meslek Etiğinin Temel İlkeleri

Meslek etiği ilkeleri için, bir mesleği icra eden tüm üyelerinin evrensel düzeyde uyması gereken kuralların tümü (code of conducts) olarak genel bir tanımlama yapmak mümkündür. Meslek elemanlarının geneli tarafından kabul görmemiş, eğitimi verilmemiş, faydasına çalışanı tarafından inanılmamış ilkelerin olumlu sonucundan söz etmek mümkün değildir (Arslan, 2007: 77-78). Her mesleğin kendine özgü meslek ahlakı ilkeleri vardır. Politikada etik, tıpta etik, gazetecilikte etik vb. örnek verilebilir. Her bir mesleğin uymak zorunda olduğu kendine has etik standartlar olsa da bazı evrensel değerler vardır ki her meslek kolu için geçerlidir. İnsana sırf insan olduğu için değer vermek, eşit davranmak, ırkçılık yapmamak, dürüst olmak, insan haklarına özen göstermek vb. en öne çıkan değerlerdir (Tepe, 2002: 57). Tüm bu etik değerler dünya genelinde her ne kadar kabul görse de OECD'nin belirlediği bazı temel prensipler dışında işletmelerin uyması gerektiğini gösteren zorunlu kurallar bulunmamaktadır (Herold, 2010: 100). OECD'nin belirlediği ve uyulmadığı takdirde yaptırım olan ilkeler aşağıda verilmiştir.

3.4.2.1. Adalet

“Eşitlere eşit davranma” (Sökmen, Tarakçıoğlu, 2011: 88) olarak nitelendirilen adalet; bir iş ortamında, bir örgütte çalışanlara hizmetlerinin karşılığı fayda ettiği oranda hak edişlerinin; aksi durumda kural dışı davranışları neticesinde hak ettikleri cezanın

verilmesidir. Bu dengeyi sağlayacak olan da mevcut teşekkülün yöneticileridir. Eğer yöneticiler onlardan beklendiği gibi sorumlu davranmazlarsa çalışanlarda gerginlik, huzursuzluk oluşur (Aslan, 2007: 88). Yöneticilerin sorumlu davranma düzeyi tüm örgütü doğrudan etkiler. İster yönetici davranışlarından isterse örgüt yapısından kaynaklansın, eğer örgütte adalet tam tesis edilmemişse veya yoksa o örgütün stratejik ve politik amaçlarına ulaşması zor olacaktır (Ambrose, 2012: 146-147). Temelde Adams'ın geliştirdiği eşitlik teorisine dayanan örgütsel adalet, "çalışanın konumlandırılma kararlarına ilişkin, bireylerin algıladıkları adillik derecesi ile bireylerin örgütte adil olmayan durumlar karşısındaki tutumları üzerine odaklanmaktadır" (Adams, 2010). Adams'a göre çalışanlar sürekli kendilerini aynı konumdaki diğer çalışanlarla kıyaslamakta ve davranış farklılıklarını sürekli ölçmektedirler. Bu karşılaştırmaların neticesinde kendilerinin haksızlığa uğradıkları fikrine kapılabilirler, bu da çalışmada olumsuz yönde davranış değişikliğine sebebiyet verebilir. Çalışandaki bu davranış değişiklikleri örgütteki bireylere karşı olabileceği gibi örgütlerine karşı da – çoğu zaman- olabilir. Buna göre örgütsel adalet; iş görenlerin o iş yerindeki adil olan/olmayan uygulamalara ilişkin zihinlerinde oluşturdukları adalet algısıdır (Greenberg, 1996'dan Akt. Altıntaş, 1997: 19-40). Çalışanlarda oluşan adalet algısı birçok şeyin belirleyicisi konumundadır.

3.4.2.2. Dürüstlük

Etik ve ahlaki davranışın temelini, her duruma karşı sergilenen (iş ve sosyal yaşamdaki davranışlar) tutumlardaki "doğruluk ve dürüstlük" teşkil eder. Eğer bir lider, yönetici kendisi erdem sahibi değilse, samimi ve içten davranmıyorsa çalışanların güvenini kazanamaz ve de onlardan dürüstlük bekleyemez (Gök, Deniz, Özer vd., 2012: 112). Samimi ve güvenilir bir ortamın olmadığı örgütlerde verim istenilen düzeyde olmaz. Günümüzün bilinçli tüketicileri her şeyin farkındadır. Bu nedenle işletmelerin sadece kazançları, sermayeleri ve bilançoları başarılı olmaları için yeterli parametre değildir. Aynı zamanda çalışanlarının haklarını koruduklarını gösteren, iş memnuniyeti veya işletmeye olan bağlılıklarının ölçüldüğü anketlerin kamuoyuyla paylaşılması, o kurumun hem iç müşteriye (kurum çalışanı) hem de dış müşteriye (kurumdan hizmet alanlar) karşı ne kadar dürüst ve güvenilir yönetim tarzına sahip olduklarının birer kanıtıdır (Özdemir, 2008: 142). Dürüstlüğü ispatlanmış işletmelerin veya kurumların kamusal anlamda popüliteleri de yüksek olur.

3.4.2.3. Sorumluluk

TDK (Türk Dil Kurumu, 2012) sözlüğündeki anlamıyla sorumluluk; kişilerin kendi görev alanına giren konularda muhtemel durumların sonuçlarını üstlenmesi ve mevcut durumun mesuliyetini alması olarak tanımlanmıştır. Mesleki sorumluluk ise; mesleğin etik ve ahlaki sınırları içerisinde verilen işin ciddiyetle yapılmasıdır (Sökmen, Tarakçioğlu, 2011: 89). Hem kamu hem de özel örgütlerde yöneticisinden çalışanına her kademedeki çalışanın davranışlarının sorumluluğunu üstlenerek çalışmalarını onlara örgütün verimliliğini, üretkenliğini ve müşteri (vatandaş) memnuniyetini arttıracak yönde bir katkı sağlayacaktır (Bolino, Turnley, 2009: 162). Örgütlerdeki toplumsal sorumluluk kavramının temelinde topluma zarar vermemek ve toplumun yararına çalışmak vardır (Sökmen, Tarakçioğlu, 2011: 88). Kamusal anlamda toplum yararı her şeyin üstindedir.

3.4.2.4. Saygı ve Hoşgörü

Her insanın kendine özgü bir yapısı vardır. Buna paralel tutumları, dünya görüşleri, çeşitlilikler insan olmanın gereği olduğundan bu farklılıklara da saygı duymak gerekir. Yaşamın her alanında olduğu gibi kurumlarda da her türlü yaşam stiline sahip çalışanın olması da doğaldır. Bu durumda esas olan, çalışanların örgütün kurallarına uygun hareket etmeleri ve kendilerinden beklenen işi layıkıyla yerine getirmeleridir. Örgütte çalışan tüm meslek elemanlarının, müşterilerin (vatandaş, hasta) dini inançlarına, dünya görüşlerine saygılı ve hoşgörülü olmak gerekir (Sökmen, Tarakçioğlu, 2011: 89). Zira farklılıklar yaşama olduğu kadar mesleğe de, örgüte de renklilik ve zenginlik katar.

3.4.2.5. Demokrasi

Eski Yunan medeniyetinden günümüze farklı sosyal, siyasal yapılara göre değişik anlamlara sahip olsa da demokrasi en genel ifadeyle, serbest ve özgür iradeyle oy kullanmak, seçim sonuçlarına, halkın iradesine tam saygı göstermek, hürriyetlerin korunması, ifade özgürlüğünün sağlanması, yasalarla güvence altına alınan hak ve yetkilere saygı gösterilmesi gibi karmaşık ihtiyaçlar sistemidir (Tosun, 2003: 227). Meslek etiğine yansımaları ise, demokratik örgüt yapısının hâkim olduğu kurumlarda çalışanların standartlara göre davranma isteğinin artması olarak kendini gösterir.

3.4.2.6. Hukuka Uygunluk

Arapçada hukuk olan ve toplumu düzenleyen, devletin yaptırım gücünü belirleyen yasalar bütünü olarak tanımlanan (TDK, 2006) hukukun en basit tanımı, hukuk kurallarından (rules of law) oluşan düzendir (Gözler, 2010: 16-17). Yaşamın her alanını ilgilendiren ve düzenleyen hukuk kurallarına tüm örgütlerin ve meslek elemanlarının uyması gerekir. Hukuk kurallarına uymak aynı zamanda meslek etiği ilkelerindedir (Kavi, Koçak, 2011: 15). Meslek elemanları görevlerini yerine getirirken hukuka uygun bir şekilde hareket etmek ve önceden belirlenen kurallar çerçevesinde davranmak zorundadırlar.

3.4.2.7. Mesleki Yeterlilik

Meslek elemanları görevlerine başlamadan önce o konudaki yeterliliklerini ispatlamakla mükelleftirler. Bu da gerek öğrenim gördükleri eğitim kurumlarından aldıkları diplomayla gerekse akredite edilmiş kurumların kursları sonucu aldıkları belgelerle mümkündür. Yeterlilik belgeleri de meslek birliklerince denetlenmektedir. Bir mesleği yerine getirenlerin o meslekte yeterli ve uzman oldukları düşünülür. Meslek üyeleri hizmet içi eğitimlerle yeterliliklerini daha da arttırabilirler (Kavi, Koçak, 2011: 15). Ayrıca her geçen gün gelişen, değişen dünyaya ayak uydurabilmek için de meslek elemanları bu değişimleri takip etmeli ve kendilerini geliştirmelidirler.

3.4.3. Meslek Etiğinin Aktörleri

Meslek etiği, sadece mesleği yerine getirenleri bağlamaz, aynı zamanda toplumu oluşturan çalışanları, işverenleri, müşterileri, toplumu, uluslararası toplumu, yatırımcıları, tedarikçileri, rakipleri, devletleri ve kurumları da ilgilendirir. Her biri meslek etiğinin birer unsurudur (Vural, Coşkun, 2011: 75-78). Aşağıda bu unsurlara yer verilmiştir.

3.4.3.1. Çalışanlar

Mesleği irca edenlerle işverenler arasında yazılı bir sözleşme vardır. Bu sözleşmeye göre bir ürünü elde etmek veya hizmeti sunmak için ihtiyaç duydukları kişileri (çalışanları) belli bir ücret karşılığında çalıştırırlar. Çalışanların ve iş verenlerin kendilerine göre birer amacı vardır (Jacqueline, vd., 2004: 48). Zaten mesleğin tanımı yapılırken de insanların yaşamlarını idame ettirebilecek maddi bir kazanç sağlamak için belli bir zaman diliminde bir işte çalışmak olarak tanımlanmıştır. Örgüt içindeki meslek

elemanlarının, çalışanlarının mesleki ve örgütsel bağlılıklarını arttırarak yani mesleki kimliklerini ön plana çıkartarak çalışmalarını sağlamak, ahlaklı, meslek etiği ve değerine bağlı çalışanlara sahip olmak tüm örgütler için hayati önem taşımaktadır (Tak, Çiftçioğlu, 2008: 156-157). Çalışanlara yaptıkları işlerle ilgili fikirlerinin sorulması onlarda değerlilik ve aidiyet duygularının oluşmasını ve de verimliliklerinin artmasını sağlayacaktır (Laurence, 2007: 106). Örgütsel politika üretmede de yöneticilere fikir verecektir. Aksi durumda yani çalışanların sürekli denetlendiği hissini verilmesi, onlara güvenilmemesi, sürekli müdahale edilmesi, inisiyatif verilmemesi, emirler yağdırılması gibi negatif davranışlar moral-motivasyon kaybına ve dolayısıyla da verimin düşmesine neden olacaktır. Bu tür olumsuzluklara mahal vermemek için çalışan-işveren uygun iletişimde bulunmalıdır (Uslu, 2002: 175-177). Böylesi pozitif bir çalışma ortamı tüm taraflara kazanç getirecektir. Bunlara ilaveten çalışanlara hizmet içi eğitimler verilmesi, örgüt içinde doğru iletişim ağının kurulması, iyi bir ücret politikasının uygulanması, motive edici unsurların geliştirilmesi, güven ortamının sağlanması gibi unsurlar örgütün gücüne güç katacaktır

3.4.3.3. İşverenler

Çalışanların örgütlerine aidiyet duygusuyla bağlı olmaları, herhangi bir olumsuzlukta işverenlerin onları yalnız bırakmayacaklarını bilmeleri gibi olumlu duygular hiç şüphe yok ki işverenlerin lehine bir durumdur. İşi yapanların işle ilgili beyan edecekleri düşünceleri dikkate almak, her çalışanına adaletli davranmak örgütün imajını ve geleceğini direkt etkileyecektir (Çelik, Turunç, 2010: 184-186). Her yeni işe başlayan çalışanın örgüt hakkında bilgilendirilmesi, haklarının söylenmesi, izin süreleri, çalışma saatleri gibi konular hakkında çalışanına oryantasyon eğitiminin verilmesi örgütsel politikaların bir gereğidir ve işverenin sorumluluğundadır (Yiğit, 2009: 78-79). Adaptasyon programları, belirsizlikleri ve sorunları arttırmayı engelleyerek işe yeni başlayanlara güven vermektedir. İşverenler unutmamalıdır ki, çalışan nasıl işverene muhtaçsa, işveren de çalışana muhtaçtır.

3.4.3.4. Müşteriler

Arz-talep dengesinin son yüzyılda farklılaştığı, hemen her alanda yaşanan değişimler sonucu müşteri memnuniyetini en ön sıraya taşımıştır. Müşteriyi kendi yanına çekmeye çalışan örgütler, sundukları ürünlerin, hizmetlerin kalitesini arttırmanın yanı sıra müşteriyi de memnun etmek zorundadır. Bu da müşteri beklentilerini

karşılama ile ancak mümkündür (Maviş, 2006: 166). Müşteri kavramı kamuda vatandaş kapsarken özelde ise akıllara üretilen maldan ya da hizmetten faydalanan kişi gelmektedir (Selvi, Ercan, 2006: 160-162). Müşteri, vatandaş, hasta, iç müşteri (çalışan) memnuniyeti ne kadar fazla olursa müşteri bağlılığı da bir o kadar artar. Bu da hem maliyetlerin azalmasını hem de rakiplerin önüne geçilmesini sağlar.

3.4.3.5. Toplum

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte her geçen gün toplumların ihtiyaçları da değişmekte ve çeşitlilik arz etmektedir. Kamunun ve özel örgütlerin temel amaçları toplumun ihtiyaçlarına ve isteklerine cevap olabilmektir. Bu ihtiyaçları karşılarken tüm örgütler sürdürülebilir kalkınma, sosyal sorumluluk, kurumsal sürdürülebilirlik ve ekolojik devamlılığa uygun davranmak zorundadır (Özalp, Sarıkaya, 2012: 8). Bu şekilde topluma karşı sorumlu davranan örgütler uzun vadede kazanmaktadır. Sadece karlılığı ön planda tutan, sosyal sorumluluklarını göz ardı eden kurumların uzun vadede kaybetmeleri kaçınılmazdır.

3.4.3.6. Yatırımcılar

Riski göze almayan yatırımcı yoktur. Ancak tüm yatırımcılar riski minimize etmek isterler. Ancak bunu sağlamak bir miktar yatırımcının elindeyken geri kalanı yatırımcının dışında cereyan etmektedir (Demirli, 2007: 123). Özellikle çok uluslu şirketler yatırım yaptıkları ülkenin kurallarından, iktisadi politikalarından, bazı malların ticaretinden, sermayenin yarattığı dış ticaret açığından kaynaklanan bazı risklerden etkilenebilmektedir. Bu yatırımcılar özellikle finansal sektör yatırımcılarının kuralları, beklentileri, etik ilkeleri vb. ülkede bulunan diğer şirketlerin yatırım ilkelerini de direkt etkileyebilmektedir (Aklan, 2002: 40). Yatırımcıların güvenli ortama ihtiyacı olduğundan etik ilkeler ve uygulanan etik standartların varlığı ayrıca önem arz etmektedir.

3.4.3.7. Devlet ve Kurumları

Meslek etiğinin önemli unsurlarından biri de tüm kurumlarıyla devlettir. Kamu çalışanlarının tüm işlemleri toplumun büyük bir kısmını etkilediğinden, yaptıkları tüm iş ve işlemleri hukuka, mevzuata ve yönetmeliğe uygun yapmak zorundadır. Kamu çalışanları (devlet memurları) karar verirken bazen çıkmaza düşüp, ikilemler, içsel çatışmalar yaşayabilmektedirler. Tüm bu ikilemlerden uzak kalıp etik karar vermek,

meslek etiği ilkelerine uymakla mümkündür (Gökçe, Öselli, 2011: 49-50). Özellikle de etki alanının genişliği göz önüne alındığında kamu çalışanlarının etik kodlara sıkı sıkıya bağlı olmaları kaçınılmaz bir gerekliliktir. Yoksa istenmeyen etik dışı davranışlar meydana gelebilmektedir. En sık karşılaşılan etik dışı davranışlar; rüşvet, irtikap, ihtilas, zimmete para geçirme, adam kayırma, hakaret ve işleri yavaşlatmadır (Usta, 2010: 71). Bu tür etik dışı davranışlara mahal vermemek için devletin kurumlarının etik değerlerden ödün vermemesi gerekir.

3.4.4. Mesleki Yozlaşma

İngilizce, “corruption” olarak ifade edilen ve çürüme anlamına gelen yozlaşma, Türkçede, rüşvet, yolsuz anlamına gelmekte olup; genellikle devlet sistemindeki bozukluğu çağrıştırmakta ve kamu sisteminde çalışanların sosyal-ekonomik, manevi menfaat sağlayarak, iş ve işlemlerinde ayrıcalık yaparak, hukukun dışına çıkmaları olarak düşünülmektedir (Çevikbaş, 2006: 273). Siyasal yozlaşma, siyasi karar alma mekanizmasındaki ülkenin içinde bulunduğu olumsuz iklimi (sosyal, hukuki, ekonomik yönetim) fırsat bilip kendilerine ve yakınlarına usulsüzce rant (menfaat) sağlamalarıdır (Çoban, 1999: 173-175). Yozlaşma her ne kadar rüşvet sözcüğüyle özdeşleşse de rüşvet almak onlarca yozlaşma davranışından sadece biridir. Devletin gücü, siyasaya yapma aşamasında siyasiler tarafından istismar ediliyorsa buna siyasal yozlaşma denir. Siyasi yolsuzlukla, yönetsel yolsuzluk kaynaşmış olduğundan birbirinden ayırt etmek zordur (Çevikbaş 2006: 274). Siyasal yozlaşmanın temel niteliklerinden bazıları şunlardır (Çoban, 1999: 177-179):

- Siyasal yozlaşma, politika aşamasında ve çıkar grupları arasında görülür,
- Yozlaşmaya karışanlar, yetkilerini hukuk ve ahlak dışı kullanırlar,
- Yozlaşmaya karışanlar, menfaat sağlarlar ve bu menfaatten kamu zarar görür,
- Toplumun tüm kesimlerinde (sosyal, siyasal, akademik, ekonomik...) görülebilen eğilimindedir,
- Demokratik kurumlar işlevselliğini kaybettiğinden, çıkar ve baskı gruplarının hâkim olduğu bir yönetim gelir. Buna plütokrasi denir.
- Hemen her yönetim şeklinde (demokrasi, oligarşi, monarşi vb) kendini gösterebilir. Siyasal çürümenin ağırlıkta olduğu yönetim şekline de kleptokrasi denir.

Yozlaşmanın olduğu yönetimlerde mali, sosyal, psikolojik, hukuksal kaynakların doğru kullanılmaması örgütü ve devleti geriye götürecektir hatta yok olmasına sebebiyet verecektir. Yozlaşmayı engellemek için ağır hukuki yaptırımlar ne yazık ki yeterli olmamaktadır. Çürümeyi engellemenin çözümü hukuki düzenlemelere ilave olarak, etik değerlerin tüm çalışanlara iyi anlatılması, özümsetilmesi, etik eğitiminin iyi verilmesi ve çalışanların vicdanlarına hitap edilmesiyle mümkün görünmektedir (Çevikbaş, 2006: 266). Eskiye nazaran tüm yöneticiler (kamu ve özel) hizmet sunduğu tüm kesimlere daha yakındır ve dolayısıyla etik değerlere uymak adına daha hassastırlar. Toplumdan gelen olumlu ve olumsuz tepkileri değerlendirip etik ilkelere uygun davranmak durumunda olduklarını yakinen yaşamaktadırlar.

Yozlaşma, rüşvet sadece hukuki olarak değil aynı zamanda tüm dinlerce de yasaklanmıştır. Hristiyanlıkta tüm kötü şeylerin kaynağı olarak görülen yozlaşma Tanrının emrine karşı gelmekle eş değerdir (Rodríguez, 2003: 13-15'ten akt. İnalkul, 2013: 60). Müslümanlıkta ise rüşvet, yolsuzluk, yozlaşma toplumun temelini sarsan adaleti yok eden, görev bilincini ortadan kaldıran, ilişkileri bozan çok büyük bir yanlış olarak görülür (Köse, 2008: 142). Görüldüğü gibi daha hukuk kuralları hâsıl olmadan tüm dinlerce adaletsizliğe sebebiyet verecek olan yozlaşma yasaklanmış ve cezasının olacağı söylenmiştir.

Özel işletmelerde de sık sık görülen yozlaşmayı ortaya çıkarmak için doğası gereği oldukça zordur. Bu konuda yapılan alan araştırmalarıyla da gerçeğe ulaşmak kolay olmayıp ancak algı ölçülerek yapılacak bazı analizlerle gerçeğe yakın verilere ulaşılabilir. Kimse ben şu kişilerle rüşvet olayına karıştım demez (Karymshakov, 2008: 92)! Bu anlamda algıyı ölçebilecek özel ölçeklere ihtiyaç vardır.

3.4.5. Mesleki Birlikler

Aynı mesleği yapanların sayısının fazla oluşu, kişilerin bir araya gelmelerine ve mesleki birliğin oluşmasına yol açmıştır. Mesleki birliklerin oluşması hem mesleklerin saygınlığını arttırmış hem de topluma daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamıştır. Mesleki birlik olgusu çok eskilere dayanmaktadır. Bunlar toplum içinde mensuplarına alanı hakkında işinin erbabı, uzmanı gibi özellikler katmıştır. Bir işinin yapılabilmesi için kişinin alacağı diploma veya yeterlilik belgesi kişiye hak vererek ehliyet kazandırır (Aydın, 2016: 98). Yani kişiye yapacağı işi konusunda uzmanlık kazandırarak toplum

nezdinde bilirkişi olur. Mesleki birliklerin tarihsel yolculuğuna bakılacak olursa; kendi başına toplum içinden ayrışarak belli bir meslek grubu haline gelen ilk meslek dalı bilindiği kadarıyla hekimlik olmuş ve hekimlerin oluşturduğu mesleki birliğin de en önemli ifadesini Hipokrat Andı oluşturmuştur. Osmanlı'nın "Ahilik Teşkilatı", Batının "Lonca Sistemi" mesleki birliklere öncülük etmiştir. Günümüze gelince de Tabip Odaları, Barolar Birliği vb. mesleki birliklere örnek teşkil etmektedir. Mesleki birliğin oluşması için özel bir koşula sıkı sıkıya bağlı olmasına gerek yoktur. Herhangi bir işi yapanlar da bir araya gelerek, kurumsal ve yasal bir işbirliği içerisine girebilirler. Oda, dernek, birlik adını bu şekilde alır (Aydın, 2016: 98). Şoförler Odası, Esnaf ve Sanatkârlar Derneği, Terziler Odası vb. örnekler arasındadır.

Mesleki birlikler ne kadar güçlü olursa, otoritesi kurduğu etik disiplinini etkiler ve saygı görür. Aksi durumda ise; istikrarsız, başına buyruk üyelerinin kontrollerinden kolayca kurtulabildikleri oluşumlara dönüşeceklerinden yaptırım da uygulayamazlar. Dolayısıyla mesleki birlikler, gruplar ne kadar güçlü, disiplinli, örgütlü ve sağlam olursa mesleki etik gelişerek saygınlık kazanır (Durkheim, 1949: 15'ten Akt. Gök, Oral, 2012:174). Juusela'ya göre; meslek birliklerinin genel ve ortak davranış ölçütlerinin belirlendiği etik davranış kurallarının aşağıda sıralandığı gibi üç önemli ana görevi bulunmaktadır (Ersoy, Altun, 1998: 126):

- İlkeli olmayan ve yeteriz ve üyeleri belirlemek ve meslekten uzaklaştırmak,
- Mesleğin içindeki rekabet koşullarını ayarlamak,
- Mesleki hizmetin en üst ideallerini korumaktır.

Etik ilkeler (etik kodlar) saptanırken meslek elemanlarından istenen yönde davranmalarının beklenmesin de bazı pratik beklentiler önemli rol oynamaktadır. Bunlar (Durkheim, 1949: 15'ten Akt. Gök, Oral, 2012:176):

- Davranışların kabul düzeyinin tanımlanması,
- Mesleki uygulamalarda kalite standardının yükseltilmesi,
- Çalışanların kendi davranışlarını karşılaştırabilecekleri, öz değerlendirme imkânlarının sunulması,
- Mesleki davranışın ve sorumluluğunun sınırının belirlenmesi,
- Mesleki kimliğin gelişimine aracılık edilmesi,

- Mesleki olgunluğun işaretlerinin belirlenmesidir.

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Meslek Etiği Kavramı ve Etik İlkeler

Sağlıkta etik, sağlıkta etik tarihi gibi sağlık etiği ile ilgili konulara geçmeden önce konunun daha iyi anlaşılması için bu bölümde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri gibi konular anlatılmış ve sonra sağlıkta etik kavramı tüm yönleriyle açıklanmıştır.

3.5.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

Sağlık hizmetlerinin özelliklerine geçmeden önce sağlık, hastalık, sağlık sistemi gibi kavramların tanımları yapılmış ve sonra sağlık hizmeti, sistemi, özellikleri konusu anlatılmıştır.

3.5.1.1. Sağlık Sistemi

Küreselleşen dünyada bilgi ve teknolojinin gelişmesi, sınırların ortadan kalkması bütün sistemleri, kurumları etkisi altına almış ve değişim büyük bir ivme kazanmıştır. Bu değişimden elbette sağlık sistemi de payına düşeni almış ve etkilenmiştir. Sağlık sistemi denince hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için mevcut tüm kaynaklar ve kaynakların yönetilmesi aklı gelmektedir. Sağlık sistemi sosyal yapılar ve sistemler içinde belki de en karmaşık olanıdır. Bu sistem incelendiğinde, birbirlerinden farklı kişi ve kurumların karmaşık ilişkiler yumağı karşımıza çıkmaktadır. Ancak sistem daha iyi analiz edildiğinde karmaşık ilişkilerin aslında kendi içinde bir düzeni olduğu ve etkileşimde bulunduğu görülmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 27). Kısaca sağlığı korumak ve geliştirmek üzere sağlıkla ilgili kurumların organize olmuş hali de denebilir sağlık sistemi için.

Sağlık sisteminin tanımı yapılmak istendiğinde, tam olarak ne olduğunu, nerede başlayıp nerede bittiğini belirlemek zordur. Ülkeler arasındaki gelişmişlik düzeyindeki farklılıklar göz önüne alındığında, ekonomik, politik ve sosyal yönden eşitsizlikler olduğu görülmektedir. Bu adil olmayan farklılıklar kabul edilemez bir gerçekliktir ve tüm ülkeleri ilgilendirmektedir. Sağlık sistemindeki eşitsizlikleri gidermek için faaliyet yürüten Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2000 yılındaki raporunda, temel hedefi sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek için bir araya gelen tüm aksiyonları içine alan sağlık sisteminin şu şekillerde tanımlamalarını yapmıştır (Uğurluoğlu, Çelik, 2005:4):

- Birinci tanımında sağlık sistemi, diğer tanımlarına göre nispeten daha dar tanımı, sağlık sisteminin sınırlarını sağlık bakanlığını direkt ilgilendiren konularla belirlemektedir. Sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan birçok aktivite bu sınırların dışında kalmaktadır. Alkol, tütün vb. ürünleri kullanmayı sınırlandıracak yaptırımlar örnek verilebilir.
- İkinci tanımında sağlık sistemi, birinciye göre biraz daha kapsamlı olarak, sağlığı arttırmayı amaç edinmiş örgütler arası ilişkiler dışındaki tüm tıbbi uygulamaları (bireysel ve toplumsal uygulamalar) kapsamaktadır.
- Üçüncü tanımında, diğer ikine göre biraz daha genişletilerek trafik kazaları sebepli ölümleri önleyici örgütler arası ilişkileri arttırmaya yönelik düzenlemeleri de kapsamaktadır.
- Dördüncü ve son tanımda ise, diğerlerini de içine alacak düzeyde geniş kapsamlı olarak tanımlamaktadır. Neredeyse insanların yaptığını tüm aktiviteler (eğitim, ulaşım, çevre, teknoloji, vb.) sağlığı etkilemektedir. Bu tanımda yaşamı ilgilendiren aktörlerin birlikteliği söz konusudur.

Yukarıdaki tüm tanımlamalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık sistemi için, sağlığın geliştirilmesi, önlenebilecek hastalıkların önlenmesine yönelik tüm tedbirlerin alınması ve tıbbi bakım hizmetleri için bir ülkedeki tüm aktörlerin, kaynakların ve kurumların kendi arasındaki eş güdümlenmenin sağlanması denebilir (Hayran, Sur, 1998: 17-20). Yani kısaca tüm aktörlerin insanlığın sağlığı ve refah için bir araya gelmesidir sağlık sistemi.

3.5.1.2. Hastalık ve Sağlığın Tanımı

İlkçağlardan günümüze, insanlık sağlıkla ilgili farklı algılayışlar, yaklaşımlar ve tanımlarda bulunmuştur. Algılanma ve tanımlama şekline göre de sağlık hizmetleri şekillenmiş ve gelişmiştir. Sağlığın yapılan tanımlarına bakıldığında genelde hasta olmama, hastalık kavramıyla bağlantılı negatif bir mesaj verecek şekilde yapılmakta olduğu görülür. Bu görüş neticesinde bilinen hastalıkların sebebine yönelik çabalar sonucu batı tıbbi gelişmiştir. Teknolojideki gelişmeler hastalıkların teşhis ve tedavisinde 20. yy da büyük bir ivme yakalamıştır (Hayran, Sur, 1998:1-6). Hastalığın olmama hali olarak sağlık tanımlandığı için hastalık gibi negatif bir kavram hep ön planda tutulmuştur. Her dönemde hastalık kavramı da değişim göstermiştir. Kimi zaman

toplumda yaygın olarak görülen (trahom, şark çıbanı, ishal gibi) aslında hastalık olarak algılanması gereken bir durum hastalık olarak adlandırılmamış ve normal karşılanmıştır. Ancak zamanla eğitim, kültür, bilgi ve birikim seviyesinin artmasıyla sağlıklı olmayan yani hastalık olarak yapılan nitelendirilmelerin oranında artış olmuştur. Teknolojik anlamda tıbbi olarak birçok değişim yaşanmasına rağmen tıp çevrelerince sağlığın tanımı hastalıktan bağımsız olarak yapılamamıştır (Karadağ, 2007: 3). Yani sağlık, hastalığın olmaması olarak değerlendirilmiş ve hastalıklar üzerinde yoğunlaşmıştır.

Tıp çevrelerince yaygın olarak kullanılan sağlığın tanımı, Dünya Sağlık Örgütü'nün yasasında yer alan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü Anayasasına göre (WHO) göre sağlık, “sadece sakatlık ve hastalık durumunun olmaması değil, aynı zamanda ruhsal, sosyal ve biyolojik olarak tam iyilik halinin olmasıdır.” Kişinin tüm yönüyle hasta olmaması yani iyilik durumunun olmasıdır. Sağlığın tanımında yer alan hastalık kavramı, kişide oluşturduğu etki açısından çok önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetlerine başvurmasının nedeni, anormal bir durumun varlığının hissedilmesidir. Onlara göre normal hissetmedikleri şey, hastalık halidir.

3.5.1.3. Sağlık Hizmetleri ve Fonksiyonları

Ülkelerin en önemli serveti, sahip oldukları entelektüel sermayeleridir. Bu önemli sermayenin iktisadi faaliyetlere katılabilmesi onların sağlıklı olabilmelerine bağlıdır. Bu katılımın verimli olabilmesi için, öncelikle sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Özellikle ilerlemek, kalkınmak isteyen ülkeler sağlık sistemini iyileştirmek ve geliştirmek zorundadır. Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyi onun sağlıkla ilgili verileriyle ölçülmektedir (Orhaner, 2006: 3). Sağlık hizmetlerinin öneminin büyüklüğünden dolayı sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri ve sınıflandırılmasına aşağıda yer verilmiştir.

Fiziksel mallardan farklı olmaları ve elle tutulamamaları nedeniyle hizmetlerin tanımlanması da biraz zor olmaktadır. Karafakioğlu (1998: 111) tarafından hizmet şöyle tanımlanmaktadır; “bir kişi veya kuruluşun diğer bir kişi veya kuruluşa sunduğu elle tutulmayan bir faaliyet ve yararadır”. Sağlık hizmeti ise; bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan tanı, tedavi ve bakım gibi tıbbi işlemlerin kişisel ve kurumsal olarak kamu veya özel kuruluşlar tarafından verilen hizmetler bütünüdür (Güler, 2006: 12). Sağlık hizmetlerinin bir diğer tanımı da, sağlık

ocağı, hastane, laboratuvar gibi fiziksel sermaye unsurları ile hemşire, doktor hasta bakıcı, laborant gibi beşeri emek unsurlarının bir araya gelmesi ile oluşturulan ekonomik bir maldır (Orhaner, 2006: 4). Sağlık hizmeti, alanında işinin uzmanları tarafından, fiziksel olarak da uygun koşulların sağlanabildiği (hastane, sağlık ocağı) ortamlarda verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır; “farklı branşlardaki sağlık personelinin bir arada olduğu sağlık kuruluşlarında, toplumun sağlıkla ilgili gereksinim ve istekleri doğrultusunda isteklerini yerine getirmek ve böylece bireylerin, toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu tedavi ve rehabilite edici etkinlikleri sağlamak üzere ülke genelinde örgütlenmiş kalıcı sisteme verilen addır” (Akar, Özalp, 2002: 190). WHO yaptığı tanım kapsayıcı olup, sağlık hizmetinin ne olduğuna tam olarak cevap olmaktadır.

Türkiye’de halen yürürlükte olan 5.1.1961-224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununda sağlık hizmeti; “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hasta olanların tedavi edilmesi, sosyal, biyolojik ve psikolojik yeterliliği azalmış olanların ise rehabilite edilmesi için yapılan tüm faaliyetler” olarak tanımlanmıştır (Karabulut, Yaparık, 2000: 179-191). Bu bağlamda toplumun sağlığını korumak ve geliştirmenin sağlık sisteminin ana hedefi olduğu söylenebilir. Buna ilaveten sağlık hizmetlerinin diğer bir amacı da, bireylerin sağlık hakkına güvence oluşturarak hayat standartlarını yükseltmek ve iktisadi faaliyetlere katılımının devamını sağlamaktır.

3.5.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin mahiyeti gereği, öznesinin insan oluşu onu diğer endüstri ve hizmet örgütlerinden ayırmaktadır. Sağlık hizmetlerini diğerlerinden ayıran özellikleri arasında elle tutulmaması, birbirinin devamı niteliğinde olması, heterojenlik, insan yoğunluğunun ve talebinin fazla olması ve bu yoğunluğun dalgalanan özellikte olması gibi nedenler gösterilebilir (Hayran, Sur, 2009: 323-325). Bu özellikleriyle diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Bu özellikler sağlık hizmetlerinin hem ülke hem de dünya üzerinde profesyonel olarak örgütlenmesini, planlanmasını ve sunulmasını gerekli kılmaktadır. Biraz önce de belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerini diğerlerinden ayıran belli başlı özellikler mevcuttur. Bunlar (Kelat, 2007: 8-13):

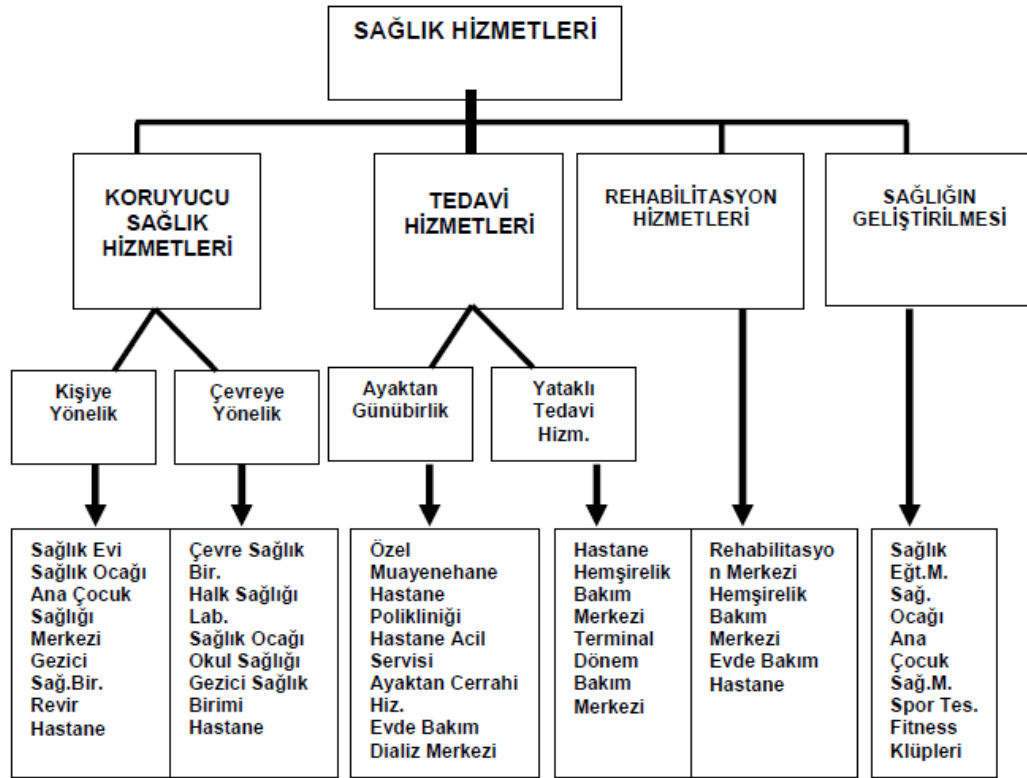
- Sağlık kurumları, uzmanlaşma seviyesinin çok yüksek olduğu yerlerdir,
- Sağlık kurumları, karmaşık, matriks bir yapıya sahiptir,
- Sağlık kurumlarında tüketici yani hasta, uzmanın gücü karşısında zayıf bir konumdadır,
- Sağlık hizmetleri, kamu malı niteliğinde olup dışsal yarar sağlar,
- Bilgi simetrik değildir,
- Sağlık kurumlarında, insan kaynağı profesyonel yapıda olduğundan kurumsal hedeflerden çok, mesleki amaçlara önem verir,
- Sağlık kurumlarında, tüketici egemenliğinden söz edilemez,
- Sağlık kurumlarında, hizmetin belirleyicisi konumunda olan hekim üzerinde yeterli bir denetim sistemi oluşturulamamıştır,
- Sağlık kurumları, devletin vesayeti altındadır,
- Sağlık kurumları, özellikle hastanelerde ikili otorite mekanizması olduğundan eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunlarına neden olur,
- Sağlık kurumları, hizmetlerin önemli bir kısmı acil ve ertelenemez özelliğe sahiptir,
- Sağlık kurumları hata ve belirsizliklere toleransı yok denecek kadar azdır ve duyarlılık düzeyi yüksektir,
- Sağlık kurumlarında, hizmet çıktısının tanımı ve ölçümü zordur,
- Sağlık kurumlarında, hizmet sunucularını oluşturan arz ve hizmet alıcıları (hastalar) yani talep arasında dengesizlik mevcuttur,
- Sağlık kurumlarındaki profesyoneller arasında işlevsel bağımlılık yüksek olduğundan diğer birimler ve meslek grupları arasında yüksek düzeyde koordinasyona ihtiyaç vardır,
- Sağlık kurumlarında, belirsizlik ve risk mevcuttur, sağlık piyasası şeffaf değildir.

3.5.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Çok çeşitli alanlarda hizmet sunan sağlık hizmetlerinin en kabul gören sınıflandırma şekli, her ne kadar amaçlarına göre alan sağlık hizmetleri olsa da sağlık sorunlarına ve sağlık hizmeti arz eden servisler gibi farklı ölçütlere göre sınıflandırma yapmak da mümkündür (Hayran, Sur, 1998: 22). Amaçlarına göre sağlık hizmetleri

sınıflandırmasında, koruyucu, rehabilite ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört sınıflandırma mevcuttur (Kelat, 2007: 16). Ürettikleri sağlık hizmeti türüne göre, sağlık kurumları farklılaşmakta olup, Şekil 1’ de detaylı bir şekilde gösterilmiştir. Buna ilaveten her ne kadar sağlık hizmetleri dört düzeyde basamaklansa da kendi içinde aynı anda farklı düzeyde hizmet sundukları gözlenmiştir. Buna örnek olarak sağlık ocağı bu günkü ismiyle aile hekimliklerinin asıl amacı koruyucu sağlık hizmetleri olsa da, teşhis, tedavi ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini verdikleri görülmektedir. Aynı durum hastaneler içinde geçerlidir (Kavuncubaşı, 2000: 34). Buna göre birçok hizmeti aynı anda sağlık kurumlarının sağladığı söylenebilir.

Şekil 1: Sağlık Hizmetini Bütüncül Sunan Kurumlar



Kaynak: (Kavuncubaşı, 2000: 35).

Bireylerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerinin tümünü kapsayan sağlık hizmetleri sunulan sağlık hizmetinin şekli de ölçüt alınarak sınıflandırma yapılabilir. Etkili olarak yerine getirilen sağlık hizmetleri insanların, toplumun, ülkelerin ve dolayısıyla da dünyanın sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Ülkedeki nüfusun sağlıklı olması, ülke ekonomisinin gelişmesinde en büyük ölçüttür.

Ekonomik kalkınmanın amacı da, bireylere yüksek standartlarda yaşam düzeyi sağlamaktır. Ekonomik kalkınmanın sağlanabilmesi için sağlık sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir (Orhaner, 2006: 19). Sağlık problemleri az olan toplumların hastalıkla ilgili harcamaları da düşük düzeydedir. Aynı zamanda sağlıklı toplumlar zamanlarının büyük bir kısmını sağlık kurumlarında değil, iş yerlerinde geçirdiklerinden üretime katkı düzeyleri de yüksektir. Yukarıda sınıflandırılması yapılan sağlık hizmetleri aşağıda açıklanmıştır.

3.5.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Devletin karşılıksız olarak gerçekleştirdiği, toplumun tümüne yönelik olarak verilen, sağlığı bozabilecek tüm faktörlerin ortadan kaldırılmasını, sağlık koşullarının iyileştirilmesini kapsayan, çok kapsamlı sağlık hizmetleri “Koruyucu Sağlık Hizmetleri” olarak adlandırılmaktadır (Orhaner, 2006: 4). Bu hizmetler farklı şekillerde yani, çevreye ve bireye yönelik olarak gruplandırılabilir gibi; birincil, ikincil ve üçüncül olarak da gruplandırılıp ele alınabilmektedir (Karadağ, 2007: 5). Kısaca bakılacak olursa; sağlığa olumsuz etkileri olan çevresel etmenlerin (kimyasal, fizyolojik ve biyolojik vb.) yok edilmesi, zararsız hale getirilmesi veya yararlı olmasının sağlanması çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacını oluşturur. Kişiye yönelik olanlar sağlık meslek üyelerinin (hemşire, doktor gibi) yerine getirdiği hizmetlerdir. Bireye yönelik koruyucu hizmetlerine örnek olarak hastalıkların erken tanı ve tedavisi, aşılama, (bağışıklama), beslenmeyi planlama, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması gibi sağlık hizmetleri gösterilebilir (Hayran, Sur, 1998: 18). Bu sayılan hizmetlerin tümü hastalıkların önlenmesi için çok önemli ve diğer sağlık hizmetlerine oranla da daha ucuzdur.

3.5.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Önleyici sağlık hizmetlerinin yetersizliği durumunda veya kriterlerine göre yerine getirilmesine rağmen hastalığın ortaya çıkması durumunda, tedavi edici sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hizmetler muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerinden oluşup, bireylerin sağlığı bozulduğunda devreye girer (Orhaner, 2006: 4). Tedavi edici sağlık hizmetleri, başta sağlık bakanlığına bağlı tüm kurum ve kuruluşlar olmak üzere, üniversite hastaneleri, diğer ilgili bakanlıklar ve tüm özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetler bireyin çalışma gücünü geçici veya sürekli ortadan kaldıran tehlikenin zararından

kurtarıcı bir çalışmadır ve genellikle bireye uygulanır, kişisel fayda ön plandadır (Orhaner, 2006: 12). Bir ülkede koruyucu sağlık hizmetleri gereği gibi uygulandığında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükü hafifletmekte ve daha kolaylaşmaktadır.

Hizmetin yoğunluğu ve kapsamı gibi ölçütler temel alındığında tedavi edici sağlık hizmetleri üç gruba ayrılmaktadır. Birinci gruptakileri koruyucu ve ayakta tedavi edici sağlık hizmetleri, ikinci gruptaki hizmetleri çok fazla tıbbi bilgi ve teknolojiye ihtiyaç duyulmayan hastalıkların tedavisi, üçüncü ve son grubu ise yoğun bilgi ve ileri teknoloji gerektiren hastalıkların tedavisinin yapıldığı üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri oluşturmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 40-41). Bu hizmetlerde amaç, alınan sağlık önlemlerine rağmen, hastalığın meydana geldiği durumlarda erken teşhisin hızlı ve etkin uygulanabilmesi ve kişinin normal yaşamına az ara vererek toplumsal ve ekonomik hayattan bağı koparmamasıdır.

3.5.1.5.3. Rehabilitasyon (İyileştirici) Edici Sağlık Hizmetleri

Yaşamın içinde kişinin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek, istenmeyen durumlar meydana gelmekte ve tedavi olmasına rağmen kişide sekel (ömür boyu taşıyacağı iz) bırakmaktadır. Bu noktada rehabilitasyon hizmetleri devreye girerek, kişinin normal günlük hayatını engellemesini ve etkilenmesini asgari düzeye indirmektedir. Bu hizmetler kişinin bir başkasına fiziksel veya ruhsal yönden bağımlı olmasını en aza indirmekte veya ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin tanımı: “hastalık veya kaza sonucu engelli duruma düşen bireyin mevcut imkanlar dahilinde ekonomik, sosyal, fiziksel, ruhsal ve moral açıdan bireyin tekrar eski yaşam koşullarına kavuşturulması çabaları ve bu amaçla sarf edilen restorasyon (yeniden onarım) çalışmalarının tümüdür” (Karabulut, 1994: 9’dan Akt, Elaltan, 2013). Rehabilitasyon hizmetleri, kişinin tekrar eski yaşamına döndürülmesini hedeflediğinden gerek kişi için gerekse yaşadığı toplumun ekonomik refahı için çok önemli hizmetlerdir.

Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılarak rehabilitasyon hizmetleri yerine getirilmektedir. Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi için verilen hizmetler tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak adlandırılmakta olup, sağlık sektörü ve onun profesyonelleri tarafından yerine getirilir (Güler, 2006: 16). Engellilik durumu olan kişilerin günlük hayata aktif katılımının sağlanması görevini ise, sosyal

rehabilitasyon hizmetleri yerine getirmektedir. Bu hizmetleri, kişilerin başkalarına olan bağımlılık düzeyinin ortadan kaldırılması amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmaları oluşturmaktadır (Karadağ, 2007: 8). Her iki rehabilitasyon hizmetinin ortak amacı, kişinin yaşamdan kopmaması, iktisadi hayata katılması ve üretken olmasının sağlanmasıdır. Bağımsız birey huzurlu, verimli ve üretici olacağından bu hizmetlerin faydası yadsınmaz. Yaşama büyük bir katma değer sağlar.

3.5.1.5.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı bireylerin sağlık durumlarını daha ileri seviyeye taşıma misyonunu üstlenen sağlık geliştirilmesi hizmetleri, kişinin bedensel ve zihinsel sağlık durumu da dâhil tüm yönüyle yaşam kalitesi ve süresinin uzatılmasını hedeflemektedir (Kelat, 2007: 28). Olumsuz yaşam tarzı, yeme içme alışkanlıkları birçok hastalığın ne yazık ki nedeni durumundadır (Karadağ, 2007: 9). Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, kişinin ve toplumun sağlık seviyesini arttırmaya yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu hizmetlere sağlık eğitimleri, hastalıktan korunma ve başa çıkma yöntemleri, sağlık sisteminin tanıtılarak ondan faydalanma yöntemlerinin anlatılması, sağlığı etkileyebilecek her türlü sosyal, politik ve çevresel faktörler örnek verilebilir (Orhan, 2007). Bu bağlamda yerine getirilecek faaliyetler ve olumlu yaşam değişikliklerini bireyin yaşam tarzı yapıp, sağlığın geliştirilmesini sağlayarak bireyden toplumun refahını arttırması sağlanabilir.

3.5.1.6. Hastaneler ve Fonksiyonları

Hastanelerin fonksiyonlarına geçmeden önce kavramsal olarak hastane, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ekonomik, teknik ve hukuki özellikler taşıyan bir tür hizmet işletmesidir (Kelat, 2007: 30). Yataklı tedavi hizmetler yönetmeliğine göre ise; “hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlere, ayaktan veya yatarak gözlem, muayene, tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, aynı zamanda doğum yaptırılan, sıhhi ve hijyen koşullara sahip yerlerdir” (STHGM, Sağlık Bakanlığı). Başka bir tanımla hastaneler; “kar gözetmeyen, sağlık endüstrisinde çevreyi etkileyen ve çevreden etkilenen, bir çok veriyi işleyip yararlı çıktılara çeviren, komplike, oldukça pahalı, kendine has yapısı olan tüm sağlık hizmetlerinin aralıksız verildiği eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin verildiği hizmet işletmesi şeklindedir” (Akar, Özalp, 2002: 58). Yataklı tedavi hizmetleri

olarak da adlandırılan hastaneler, branşlarına, hastaların hastanede yatış sürelerine, mülkiyetine ve yatak sayısına göre sınıflandırılabilir. Hastanelerin akredite edilme durumlarına göre; akredite olmuş ve akredite olmamış hastaneler sınıflandırması da mevcut olup ülkemizde şu an için uygulanmamaktadır. Başka bir sınıflama ise hizmet kapsamına göre yapılmakta olup; daha önce detaylı açıklanan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneler olarak üçe ayrılmaktadır (Kavuncubaşı, 1000: 79). Hastanelerin diğer hizmet kurumları gibi birçok fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlar (Kelat, 2007: 36-37): Kendisini hasta hissedenlere verilen çeşitli hizmetleri kapsayan tıbbi fonksiyon, personelin, halkın, öğrencilerin eğitimini kapsayan eğitim fonksiyonu, çeşitli hastalıkların tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak veren araştırma fonksiyonu, her türlü araç-gereç, teknik donanım hizmetlerinin sunulduğu teknik fonksiyon, hasta ve hastane çalışmalarının ekonomik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik maddi fonksiyon ve son olarak tüm örgütler gibi hastanelerin de vazgeçilmez unsuru olan idari fonksiyonlardır.

3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Etik

Sokrates, Platon ve Aristoteles etiğin tanımlarını yaparken özellikle yarar-erdem etiği üzerine öğretilerini yoğunlaştırmışlardır. İyi bir kişilik özelliğine sahip olmak bu ilkenin ana prensibidir ve bu ilkenin tıbbı uygulanması tıbbı etik boyut kazandırarak doğru, ilkeli sağlık çalışanlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Pence, 2004: 10). Erdem etiğini savunan filozoflara göre bir meslekte iyi olabilmenin ön koşulu, iyi ahlaklı bir insan olmaktır. Dolayısıyla iyi bir doktor, hemşire veya hatta başka bir meslek sahibi olabilmek için öncelikle erdemli bir insan olmak gerekir.

Tüm dünyada teknolojinin hızla gelişmesi şüphesiz sağlık alanını da etkilemiştir. Sağlık hizmetlerindeki teknolojik gelişmeler ve değişimler hizmet sunucuların birbirleriyle ve hizmet alıcılarla sürekli iletişim içinde olmaları, hizmetin icrası sırasında etik dışı olaylardaki artışların olması, etik anlayışın ve davranışların sağlık hizmetlerinin muhteviyatı gereği önemini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin mesleki etik kurallarla düzenlenmesi ve hizmeti sunan sağlık çalışanlarının etik yükümlülük bilincine kavuşturulması oldukça büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmanın bu bölümünde tıp etiğinin tarihi ile temel tıp etiği kodlarına geniş yer verilmiştir.

Tıp etiğinin tanımına gelince, meslek etiği çeşitlerinden olup, sağlık profesyonellerinin tedavi ilkeleri doğrultusunda iyi davranış sergilemek üzere neleri yapıp-yapmamaları hakkında olup, öznel ve nesnel düşünceyi, fikir yürütmeyi ve belirlenmiş standart kurallara uymayı içermektedir (Kadıoğlu, 2007: 78). Tıp etiği dendiğinde akla hekimle hasta arasındaki ilişki gelmekteydi. Tıptaki uygulamaların artmasıyla bu alandaki sağlık profesyonelleri çeşitlenmiş ve artmıştır. Bu nedenle artık tıp etiği dendiğinde akıllara sadece hekimler değil aynı zamanda hastayı sağlığına kavuşturacak olan tüm sağlık profesyonelleri gelmektedir. Ersoy (2013), ise tıp etiğini şöyle tanımlamıştır; “tıp etiği, özel etiğin bir şekli olup, tıp mesleğinin değer sorunlarının, genel ilkeler doğrultusunda irdelenmesiyle ilgilidir. Bu değerlendirmeler sonucunda tıp mesleğinin ahlak yapısı, meslek ahlakı, etik kuralları belirlenmektedir”. Tıp etiği, sağlık alanındaki herhangi bir uygulamanın doğru-yanlış, iyi-kötü veya onaylanabilir-onaylanamaz olduğuyla ilgili yargıda bulunur. Bu tür yargılar kişinin iradesinden, akıl yürütmelerinden bağımsız değildir. Tıp alanındaki hızlı gelişmeler, tıp etiğinin ekstra önem kazanmasına neden olmuştur. Bu önem nedeniyle tıp uğraşı ve sağlık hizmetlerine yönelik etik çalışmalar tıp etiğine yönelik akademik, kavramsal analitik etkinlikleri ve uygulamadaki etik vaka sorunlarında etik kavramların değerlerin hayata nasıl geçirileceği yönündeki tartışmalar ve görüşlerinden oluşturmaktadır (Aydın, 2001: 15). Tıbbın alanı genişledikçe uygulamalar artmakta ve her bir yenilik farklı etik sorunları beraberinde getirdiği için bu yöndeki tartışmalar ve akabindeki kararlar oldukça önem arz etmektedir.

İnsanlık tarihine bakıldığında tıbbın yeri ve önemi oldukça büyük yer kaplamaktadır. Günümüzde ise insan yaşamındaki yeri ve ağırlığı yaşam koşullarının zorluğu, teknolojinin hızlı gelişimine paralel insan hayatını negatif yönde etkileyen unsurların çokluğu neticesinde ayrıca önemi artmıştır. Aynı zamanda bireye daha uzun ve sağlıklı bir hayat sürdürmeleri yönündeki umutları güçlendiren tıptaki teknolojik ilerlemeler, farklı ve ileri uzmanlık dallarının oluşmasına ve akabinde tanı, tedavi, uygulamalarda insan yaşantısındaki müdahalenin artmasına neden olmaktadır. Sağlık alanındaki insan ilişkilerinin sayısal anlamda çoğalması ve niteliksel karmaşıklaşması tıp etiğinin önemini kaçınılmaz olarak artırmaktadır. İnsanların sağlık problemleri oluştuğunda bir başkasının yardımına gereksinim duyacağı bir sürece girmektedir. Bu süreçte kişinin hayatına sağlık profesyonelleri girmektedir (Alan, 2005). Kişinin

yaşamına sağlık çalışanlarının müdahil olmasıyla sağlık hizmeti sunanla, alan arasındaki ilişki, bir dizi etik kaygıyı doğurmakta, bu ilişkiyi düzenleyen kuralların oluşmasına ve de uygulanmasına yönelik bir gereksinim oluşmaktadır. Tıbbın öncelikli boyutu, genellikle insanın biyolojik yönüdür. Oysaki insan sadece biyolojik özelliklerden ibaret değildir, aynı zamanda değerleri olan, bu değerler etrafında örgütlenebilen, toplumlar meydana getiren ve gerektiğinde bu uğurda ölümü göze alabilen bir varlıktır. Sağlıkının bozulması neticesinde sağlık profesyonellerinden yardım isterken, birey kendine has bir yaşam öyküsüyle gelir. Salt biyolojik kökenli gibi algılansa da dile getirdiği sorun aslında bireyin yaşamsal bütünlüğünün sadece bir parçasıdır (Müftüoğlu, 2003: 568-574). Sağlık profesyonelleri, sistemsel, kurumsal, eğitim veyahut da bireysel sebeplerle başvuran hastaları belli bir şablona oturtup mekanik bir şekilde biyolojik indirgemecilik yapma eğilimindedir. Oysa durum böyle değildir, aksine felsefi, sosyal, siyasal ve ekonomik boyutları olan kozmopolit bir yapıya sahiptir. Sağlık profesyonelleri bunu görebilecek geniş açılı bir bakış açısına sahip olması bir (Arda, 2001:103-111). Ancak çok boyutlu ve açılı görüşle yaptıkları işe sağlık çalışanları değer katabilir. Çünkü değerlerin ortaya çıkmasını sağlayan özne durumundaki sağlık hizmetini uygulayanlar yani sağlık çalışanlarıdır, nesne halindeki tıp değildir. Değerler, öznelerin nesnelere yükledikleri anlamlardır. Sağlık çalışanlarına yüksek bir değer olan insan hayatı emanet edildiği için sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki ilişkinin ağırlıklı etik boyutunun olması da kaçınılmazdır (Müftüoğlu, 2003: 568-574; Engeldardt, 2000: 1-14). Sağlık profesyonelleri hastalarına hizmet sunarken, etkileşim halinde olduğu bireylerin değerlerini de göz önüne bulundurarak hareket etmek durumundadırlar.

Koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon hizmetleri gibi faaliyetleri sağlık profesyonelleri uygularken belli etik ilkeler çerçevesinde yapmalıdır. Bu nedenledir ki sağlık hizmet sunucularının sağlık meslek etiği konusunda ortak bir dile, kavramlara ve değerlere sahip olması kritik öneme sahiptir. Tam da bu nedenle sağlık profesyonellerini yetiştiren kurumlar tıp dersleri yanında tıbbi etik konusunda da öğrencilerine kapsamlı eğitim vermelidir. Ancak bazı eğitim kurumları bu konuda hassas iken bazıları ne yazık ki gereken önemi vermemektedir. Buna ilaveten tıp etiği alanı henüz tam olgunlaşmadığından mezuniyet sonrası ortak bir dile ve anlayışa ne yazık ki sahip olunamamakta ve çeşitli sorunlar yaşanmaktadır (Sayek, 2000: 1).Sağlık profesyonelleri

arasındaki etiksel ortak bir dilin varlığı birçok sorunun kendiliğinden ortadan kalkmasını sağlayacaktır. Tıbbi uygulamaların, çeşitliliğin sürekli arttığı bir ortamda, etik meşruluğun değişen sınırlarının anlaşılıp tanımlanması ve özümsemesi çok önemli hale gelmektedir. Bu bağlamda hem sağlıklı yaşam süresini arttırdığı hem de tedavi ettiği muhataplarına (hastalarına, danışanlarına) etik düşünceye dayalı olarak davranması yeni kuşak profesyonellere rol model olması açısından da önemlidir (Henkel, 2000: 12). İyi bir rol model olmak, aynı zamanda geleceğe yatırım olduğundan daha genç meslektaşların hastalarına ve belki de gelecekte kendilerine iyi davranmasını sağlayacak ve etik davranışları özümsemelerine yardımcı olacaktır. Etik, toplumsal düzeyde kişilerin gerçekleştirip, başkalarının yaşamlarını etkilediği, sonuçları olan eylemlerin biçimlendirdiği fikrin oluşum sürecidir. Bu bağlamda etiğin pratik olarak ortaya çıkışı aşağıdaki gibi üç şekilde oluşmaktadır (Mengüşoğlu, 2003: 262-287; Kadıoğlu, 2007: 86-88):

- Davranışlar düzeyinde etik, en iyinin ne olduğu ve hangi davranışların iyi olduğu konusunu ele alarak ideal davranış standartlarını oluşturmayı amaçlamaktadır,
- Toplumsal düzeyde etik, insan ilişkilerinde neleri yapmaları neleri yapmamalarıdır yani genel ahlakıdır,
- Belli bir mesleği yapan kişilerin uymaları elzem olan kuralların belirlendiği, yaptırıma bağlandığı ve o mesleğe has, olması gereken davranışların neler olduğunun araştırıldığı meslek etikleri yani deontoloji, diğer iki etik türüne nispeten daha yenidir ve bir bakıma onların sentezidir.

Çalışmanın önceki bölümlerinde ahlak ve etik kavramları detaylı tanımlanmış ve karşılaştırılmıştır. Burada ise, meslek etiği ve tıbbi etiğin daha iyi kavranması için kısaca tekrar değinilmiştir. Etik, eylemin teorisini oluştururken; ahlak ise pratiğini oluşturur (Cevizci, 2002). Ahlak, belli insan gruplarının istekleri, çıkarları, alışkanlıkları, gelenekleri, töreleri ve kendiliğinden şekillenmiş, toplumca kabul görmüş yasaklamalar ve yönlendirmelerdir (Kadıoğlu, 1999: 80-84). Bu bağlamda ahlak, her toplumda farklıdır yani göreceli bir kavramdır. Geniş bir kesimce kabul gören ve o toplumda nasıl davranılması gerektiğini belirleyen yazılı olmayan, soyut kuralları içerir. Etik ise, ahlak üzerine söz söyleme etkinliğidir, ahlak felsefesidir (Billington, 1997: 13). Başka bir anlatımla etik, insan davranışlarının genel ilkeleriyle, ahlak ise bu ilkelerin

tekel durumlarda uygulanmasıyla ilgilidir denebilir (Aydın, 2006). Bir anlamda etik belli başlı ilkelerin varlığı, ahlak ise pratiğidir de denebilir.

Günümüz dünyası tüm mesleklerin standartlarını belirleyen, üyelerinin davranışlarını düzenleyen etik sistemleri oluşturarak, yüksek mesleki standartlara ulaşmaya çalışan, yetersiz meslek üyelerini ayıklayan sistemler geliştirerek, meslekleri bir seviyeye ulaştırmaya çalışmaktadır. Pellegrino'ya göre; "kişiler moral öznelerdir ve kendi davranışlarından sorumludurlar. Ancak hepimizin kendimizi paranın, ünün, gücün ve prestijin baştan çıkarıcı etkilerine karşı koruma ödevimiz vardır" (Arda, 2004: 21-36). Bu bağlamda buradan çıkış noktasını alan meslek etikleri, belli bir mesleğin kurallarını, belirleyen sistemlerdir de denebilir. Bu kurallar standardize edildiğinden tüm dünyada evrensel geçerliliğe sahiptir. Meslek etiklerinden bir olan ve bazı kaynaklarda biyoetik olarak da adlandırılan tıp etiği, sağlık meslek elemanlarının tıbbi ilişkiler çerçevesinde hastaya daha iyi nasıl davranılacağı ve yanlıştan nasıl kaçınılacağı yönündeki davranışların araştırılmasıdır (Oğuz, Tepe, vd., 2005). Bu çerçeveden bakıldığında, soyut düşünce ve pratik yaşamdaki kuralların uyulması etkinliklerinin birlikteliğidir de denebilir. Bu bağlamda tıbbi uygulamalarda iyi ve kötünün kriterlerinin hangi değerler tarafından belirleneceği toplumsal, evrensel nitelikli değerlerin var olup olamayacağı tıp etiğinin en önemli tartışmalarını oluşturmaktadır. Temel tartışmaların çıkış noktasını oluşturduğu biyoetik, çağdaş tıp uygulamalarının "değerler dünyasını şekillendirmeye ve bu esnada, oluşabilecek değerlerle ilgili sorunlara yönelik çözüm yollarını belirlemeye çalışmaktadır" (Arda, 2004: 21-36). Biyoetik sanılanın aksine sadece etik bir sorun oluştuğunda devreye girmez. Aynı zamanda etik sorun teşkil etmeyen, tıbbi hizmetlerin sunumu aşamasında da kendini gösterir, etik değerlendirme yapma ve tıbbi karar vermenin tüm aşamaları klinik tıbbın elzem parçalarını oluşturmaktadır. Etik duyarlılığın oluşturulması, etik bilincin yerleştirilmesi, etik bir sorun ortaya çıktığında tam olarak tanımlanması ve çözülmesi, ayrıca etik sorunların ortaya çıkışının engellenmesinde biyoetik çok önemli rol oynamaktadır (Kadioğlu, 2001: 44-63). Etik sorunların oluşmasının engelleneceği bir mekanizmanın varlığı birçok olumsuzluğun hâsıl olmasına meydan vermeyeceği için proaktif önlemlerin alınması tıp etiği açısından oldukça önemlidir. Tıp etiği, şu anda ulaştığı noktaya gelmesini köklü tarihine borçludur. Bu sebeple etik kodlar, standartlar

ve ilkeler gibi konulara geçmeden önce tıp etiğinin tarihçesine ve gündelik yaşamdaki önemine bir sonraki başlıkta yer verilmiştir.

3.5.2.1. Tıp Etiğinin Tarihçesi, Gündelik Yaşamdaki Yeri ve Önemi

Tıp alanında hekimlerin hastaya bakış açılarını ve onlara karşı davranışlarını etik yönden belirleyen alan deontolojidir ve eski Yunancadan gelen deontolojinin anlamı yükümlülük bilgisidir. Aslında deontoloji genel anlamda ödev, yükümlülük anlamına gelir ancak tıp alanıyla özdeşleşmiştir. Doğrusu ise, tıbbi deontoloji, tıbbi etik veya biyoetikdir (Aydın, 1995: 2-3). Deontoloji, hekimlerin uymak zorunda olduğu etik kurallar olarak anlaşılırken, tıbbi etiğe mevcut ilke ve kuralların değerlendirilmesini, yaşam koşullarına göre gözden geçirilmesini, yenilerinin eklenmesini, tüm sağlık çalışanlarının ödev ve yükümlülüklerini, felsefi boyut kazandırma ve özel tıbbi olgular (genetik çalışmalar, organ nakli, tüp bebek, ötenazi, tüm canlılar üzerindeki araştırmalar, sağlık politikaları vb.) üzerinde çalışılması gibi anlamlar atfedilmektedir (Örs, 1993: 9). Tıbbi olgulara ilişkin etik kavramının günümüzdeki karşılığı biyoetikdir. Biyoetik, konularının özelliği, birçok bilimi bünyesinde barındırmasıdır. Söz konusu hadiseler sadece tıbbi değildir ayrıca hukuki, politik, toplumsal ve kültürel niteliktedirler. Doktorların bu alanda, kendi başlarına karar almaları yetersiz kalır, çok çeşitli alanlardan uzmanların görüşüyle belirli standartlar oluşturularak ve sadece sağlık çalışanları değil aynı zamanda tüm toplumun uyması gereken ilkeler ve standartlar belirlenir. Bunlar çoğu zaman yasal hükümler haline de gelmektedir (Aydın'dan aktaran Aydın, 2016: 108-109). Oluşturulan bu standardize ilkeler her alanın uzmanlarınca oluşturulduğu için meşrudur ve herkesin uyması noktasında motive edicidir. Ayrıca aksi durumda cezai yaptırımını vardır.

Tıpta etik ilkeler, kodlar ve standartlar her ne kadar yeniymiş gibi görünse de tarihi çok eskilere dayanmaktadır. İlk etik kod, yazılı en eski metin olan, M.Ö 1800'de Mezopotamya'daki Hammurabi Kısası olarak bilinen yasaları içerisinde yer alır ve hastasına zarar veren hekimlere uygulanacak cezaları içerir (Aydın'dan aktaran Aydın, 2016: 108-109). Bu metinde daha çok cezai işlemlere ağırlık verilmiştir. Hamurabi kanunları aynı zamanda, hekimlerin yaptığı tedavi ve ameliyatlarda olacakları ücretleri ve tedavi esnasında oluşabilecek hatalardan kaynaklı hekimin ödemesi gereken cezaları düzenleyen en eski mesleki kanundur. Tıbbın bir meslek olarak yer edinmesini sağlayan, onun uygulama biçimini düzenleyen çok önemli bir kaynaktır (Arda, 2003:

55). Bu yasalar hekimlerin davranışlarını standardize etmelerini, yaptığı davranışların sorumluluklarını kabullenmelerini sağlayan çok önemli metinlerdir ve günümüz yasalarının ilham kaynağıdır.

Her ne kadar tıbbi etik sorumluluk bilincinin öncüsü olarak Hipokrat olarak bilinse de, ilk yazılı hekim andını Hipokrat'tan 2000 yıl önce yaşamış olan ve tarihte ilk hekim olarak bilinen İmhotep yazmıştır. İmhotep M.Ö 2650 civarında antik Mısır'da yaşamış olan mimar, yazar, hekim, mucit, mühendis, heykeltıraş astronom ve firavun Djoser'in veziri olan efsanevi kişidir (Vikipedia). Verem, diş ağrısı, kireçlenme vb. birçok hastalık için tedaviler geliştiren tarihin ilk doktoru olarak kabul edilmektedir. İmhotep'in söz konusu Hekim Andı (Şahinoğlu, 1998: 4):

“Bu okulun hocalarıyla sevgili arkadaşlarımın karşısında ve İmhotep'in resminin önünde, yüce varlık adına söz verir ve ant içerim ki, Tıbbi uygulamam sırasında onur ve dürüstlük ilkelerine bağlı kalacağım, yoksullara karşılıksız bakacağım ve hiçbir zaman verdiğim hizmetin üstünde bir ödeme isteğinde bulunmayacağım. Evlere alındığım zaman, gözlerim orada olup bitenleri görmeyecektir; bana aktarılan sırları saklayacağım gibi törelere zarar verecek ya da suça yardımcı olacak bir biçimde davranmayacağım. Hocalarıma saygılı ve minnet borçlu olarak onların çocuklarına babalarından öğrendiğim bilgiyi aktaracağım. Verdiğim sözleri yerine getirirsem insanlar beden saygılarını esirgemesinler. Sözümde durmazsam utanç ve aşağılamaya uğrayayım.”

İlk yazılı hekim andı olmasına rağmen çok az bilinmektedir. Bu andın içeriğini, hekimlerin görevlerini yerine getirirken uymaları gerekli kurallardan, yapılan iş kadar alınması gereken ücretten ve kendilerini yetiştiren hocalara karşı göstermeleri gereken saygıdan bahseder. İmhotep'ten sonra, hekim-hasta ilişkisinin etik yönden temellendirilmesi, “Hekim Andı” ile eski Yunanlı hekim Hipokrat (M.Ö 460-370) tarafından yazılmıştır ve bu işin öncüsü olarak kabul edilmektedir. Hipokrat'ın hekim andının özelliği, içerdiği kavramsal, değersel ve bilgisel zenginlikleriyle hekimliğe ve tıbbi etkinliklere insanlık tarihi adına çok önemli katkılarının olmasıdır. Hekimlere ileri düzeyde etik sorumluluklar yükleyerek hekim-hasta, hekim-toplum ve hekim-hekim ilişkilerinde belli standartlar getirmiştir. Tarihi belgelere göre; tıp dünyası ile felsefe dünyası arasında Hipokrat, Sokrates'in etik kavramını hekimler adına sahiplenmiştir (Aydın, 2001: 13). Hipokrat'ın tıbbi uygulamalara felsefi boyut katarak insanın sadece biyolojik yapıdan ibaret olmayıp, psikoloji, hukuk, sosyolojik, tarihi yanlarının olduğunu tıp bilimine kazandırmıştır. Hipokrat'ın Hekim Andı (Aydın, 2001: 110):

“Hekim Apollo, Aesculapius, Hygia, Panacea adına ant içerim ve tüm tanrı ve tanrıçaları tanık tutarım ki, bu yemini kendi yetenek ve hükmümle yerine getireceğim. Bana bu sanatı öğreteni babam gibi tutacağım. Onun dostu olacağım ve maddiyatımı onunla paylaşacağım. Onun çocuklarını kardeşim bileceğim. İstedikleri takdirde bu sanatı onlara karşılıksız öğreteceğim. Tıbbi bilgilerim yalnızca çocuklarım, hocamın çocukları ve bu mesleğe girip kurallarını kabul etmiş olanlarla paylaşacağım. Yetenek ve hükmüm doğrultusunda hastalarımın iyiliği ve yararı için diyet uygulayacağım ve kimseye zarar vermeyeceğim. Ne ölümcül ilaç isteyene böyle bir amaçlı ilaç vereceğim ne de ölümüne neden olacak bir tavsiyede bulunacağım. Bir kadının çocuk düşürmesine yardım etmeyeceğim. Sanat ve hayatımın temizliğini ve kutsiyetini koruyacağım. Mesaneden taş alma müdahalesi yapmayacağım bunu uzmanına bırakacağım. Girdiğim her ev, hastamın iyiliği içindir. Özgür ya da köle olsun hiçbir insana tacizde bulunmayacağım. Hastama ait bilgileri kimseye açıklamayacağım ve onları sır olarak saklayacağım. Eğer bu yemini tutarsam insanlar arasında her zaman hürmet göreyim, eğer tutmazsam aksine uğrayayım”.

Hipokrat’ın ve İmhotep’in Hekim Andı’na bakılınca, hekimlere atfedilen sorumlulukların ve rollerinin çerçevesinin çizildiği ve buna yönelik etik değerlerin belirlenmesi fikrini benimsemiş düşüncesinin Hipokrat döneminin öncesine dayandığı görülmektedir (Berkmen, Wynia, Churchill, 2004: 395-401). İnsanın biyo-psiko-sosyal bütünlüğünün korunmasına ve devamlılığına yardımcı olmayı temel hedef olarak belirleyen tıp etiği, belli anlamda hukuki ve etik yükümlülüklerin yerine getirilmesini de gerekli kılmaktadır. Tıp mesleğinin bu yüce değerleri amaç edinmesi onu diğer meslek alanlarından daha farklı bir yerde konumlandırmaktadır (Üstün, 2003: 38). İnsanın kendi canını emanet ettiği bir meslek yoktur tıp dışında! Ancak bugünkü anladığımız düzeyde tıp etiğinin bir disiplin olarak ele alınması, geliştirilmesi daha yeni bir tarihe dayanmaktadır. Fakat tıp etiğiyle ilgili olarak tedavi edicinin (hekimin) sanatını uygularken uyması gereken kurallar gerek hastalarıyla gerekse meslektaşlarıyla ilişkisinde doğru davranış şeklini tanımlayan pek çok dokümana ulaşılabilmektedir. İmhotep ve Hipokratın dışında, sağlık meslek etiği tarihi ile ilgili bazı önemli gelişmelere aşağıda değinilmiştir (Aksoy, 2003: 13-14) :

- Tarihi M.Ö. 2000’lere uzanan meşhur Hamurabi Kanunlarında hem hastayı hem de tedavi edeni koruyan, mesleğin yapılış şeklini düzenleyen belli modeller mevcuttur,
- Eski Hindistan’daki yazılı tüm metinlerin ve uygulamaların içeriği de tıp deontolojisi ve etiğine ilişkin izlere rastlanmaktadır,
- İslam geleneği ile Antik Yunan Kültürü 9. yy dan sonra bilim adamlarınca birlikte anılmış ve hekimlerin hastalarına karşı sorumlulukları üzerinde durmuşlardır,

- 17-18.yüzyıllarda İbn-i Sina'nın yorumu ile hekimlik sanatının sosyal yönü son şeklini alarak, Hipokrat'ın öncülüğünü yaptığı ilkeleri takip ederek mesleki deontoloji konusu tam olarak tanımlanmıştır. İbn-i Sina (980-1037) tıbbı, doğa ilimleri sınıflamasına yerleştirmiş ve tıp biliminin amacını; “insan bedenine ait esas prensipleri tanımak, bedenın sağlam ve hasta hallerini ve sebeplerini; hastalığını önlemek, sıhhati korumak için gerekli yolları öğrenmektir” şeklinde tanımlamıştır (Üstün, 2006: 25).
- 19. yy da tıp etiği kavramının ilk kez kullanılması açısından çok önemli olan ve sonraki tüm eserlere yol göstermesi bakımından ayrıca bir konuma sahip olan Dr. Thomas Percival tarafından 1803'te yazılan “Tıp Etiği” konulu tüzük, tıp etiği alanında bir dönüm noktasıdır,
- Özellikle II. Dünya savaşından sonra tıp etiğinde yeni bir aşamaya geçilmesine neden olabilecek bazı olaylar ve yenilikler şunlardır: İnsanlar üzerinde etik dışı deney yapan 20 Nazi doktorunun Nuremberg Mahkemesinde 1949'da yargılanması, 1953'te DNA'nın keşfedilmesi, 1954'te yapılan ilk böbrek nakli, doğum-kontrol haplarına 1960'ta izin verilmesi, 1968'de beyin ölümü tanımının yapılması, 1975'te beyin ölümü gerçekleşen hastaların yaşam destek ünitesinden çekilmesinin yasallaşması ve 1978'de tüp bebek uygulamasının başlaması bu yenilikler arasındadır,
- Biyoetik kavramı 1970'ten sonra tıp etiği kavramı ile birlikte anılmaya başlanmıştır. Son dönem de bazı kaynaklarda tıp etiğine biyoetik de denmiştir.

Yukarıda tarihçesi sayılan ve öneminin büyüklüğü anlatılan tıp etiğinin günlük yaşamdaki önemine aşağıda değinilmiştir. Tıbbi etiğin yeri ve önemi nedir? Neden bu kadar önemlidir? Gibi soruların cevabı ise aşağıda verilmiştir.

Günümüz sağlık hizmetlerinin sunumu bireysel bilgi ve beceriden ziyade kurumsal düzeyde, ileri teknik düzeyde vermeye başlanmıştır. Diğer yandan modern toplumun değışen niteliklerinden dolayı sağlık profesyonellerinin klinik ilişkide hasta üzerindeki mutlak egemenliği sona ermiş, hasta ve yakınlarını tıbbi uygulamalarda giderek daha fazla söz sahibi olmuştur (Hariharan, vd., 2006 :7). Bu değışimler beraberinde tıp etiğine yüklenen anlamların farklılaşarak yeni bir aşamaya geçmesine ve de karmaşıklaşmasına sebep olmuştur. Bir taraftan hasta haklarının giderek kabul görmesi, diğer taraftan sağlık camiasına yönelik meslek hatası ithamlarının artması,

sağlık profesyonellerine karşı güvenin yara alarak huzursuzluğa sebep olmuştur. Bu olumsuzluklar, sorunları daha oluşmadan önleme niteliği taşıyabilecek etik ilke ve kurallar ile onlara kaynak oluşturacak temel etik prensiplere olan ilginin artmasına neden olmuştur (Örnek, 2002: 228-234). Ayrıca sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki iletişimleri ile toplumla olan etkileşimleri ve sağlık alanındaki araştırmaların yürütülmesi açısından tıp etiğinin önemini artırmıştır (Ersoy, 1999: 24-28). Etiğin temel misyonu olan bilim ve insanlık arasındaki köprü görevi tıbbı daha insancıl bir boyut kazandırmış ve tıbbın merkezinde “tıp etiği, biyoetik” kendine has bir kanuna sahip olmuştur (Hariharan, vd., 2006 :7). Teknolojik ilerlemelerin hızla yaşanması tıp etiğine de yansımaktadır.

Sağlık profesyonelleri, hızlı değişimi yakından izlemediklerinde meslek etiği donanımları eksik kalmakta ve vakaların etik değerlendirilme süreçlerinin aksamasına ne yazık ki sebebiyet vermektedir. Bu nedenle gelişmelerin yakından takip edilmesi ve teknolojik ilerlemenin insana zarar vermesinin önlenmesi gerekir. Bu nedenle evrensel etik standartların normatif bir zeminin oluşturulması gereği ortaya çıkmaktadır. Bu beklentilere cevap verebilmek için de tıbbi uygulamalarda tıp etiğinin göstereceği ilkelere gereksinim duyulmaktadır (Kanpolat, 1994: 138-140). Modern dünyada, tıp uygulamalarında sağlık ve teknik bilginin yanında, felsefe gibi sosyal bilimlerin de hayati bir öneme sahip olduğu bilincinin ortaya çıkması da tıp etiğinin önemini arttıran bir faktördür (Engelhardt, 2000: 15). Hastalıkla ve hastayla ilgilenen tıp, hastayı tüm yönleriyle (biyolojik, sosyal, psişik) değerlendirirken göz önünde bulundurması gereken şey, hastanın kendine özgü bir birey olduğu gerçeğidir. Bu bağlamda etik, kişinin kendine has bir yapısı olduğu gerçeğini göz önünde bulundurması açısından önemli bir misyona sahiptir (Örnek, vd., 2003: 1017-1021). Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır! Yani herkesin kendine has bir rahatsızlığının olabileceği gerçekliği mevcuttur.

Sağlık çalışanlarının tıbbi bilgileri ile tıp etiği hakkındaki bilgilerinin örtüşmesiyle ortaya çıkan mesleki vicdan ve ahlaklarının düzeyi ile yanlış tıbbi uygulamalarda bulunma riskleri arasında ters bir ilişki vardır. Yani kişi ne kadar vicdanlı ise hata yapma payı da bir o kadar düşüktür. Meslek ahlakı ve tıbbi bilgilerin dengede olması sağlık profesyonelinin gelişmişlik düzeyinin yüksekliğini gösterir. Dolayısıyla hiç birisi tek başına yeterli değildir. Teknik donanımla vicdan eşit oranda olmalıdır ki hastaya faydalı olunabilsin (Udo, 2000: 55-65). Bu sebeple sağlık

profesyoneli hem yüksek teknik tıbbi bilgiye sahip olmalı hem de mesleki etik düzeyi yüksek olmalıdır. Aksi takdirde biri olmadan diğeri tek başına yeterli anlam ifade etmemektedir. Sağlık profesyonellerinin çalıştıkları alanda davranışlarını yönlendiren gerek mesleki gerekse bireysel değerlerin farkında olmaları, hizmet sundukları bireylerin duygu, değer ve inançlarını kavramalarını kolaylaştırmaktadır. Öyle ki, karşıdakinin değerleri kendisinininkinden farklı olsa bile hasta merkezli düşünmesini kolaylaştıracak, hasta yararına karar alabilmesini sağlayacak ve böylece sağlık hizmetlerinin güvenilirliğinin artmasına katkı sunacaktır (Terakye, Ocakçı, 1995). Toplumun istemine saygı göstermek tıbbın ilerlemesi adına en az teknoloji kadar önemlidir. İnsana daha mutlu ve sağlıklı yaşam olanakları, sosyo-kültürel yapıya uyumlu bilimsel ve teknolojik gelişmelerin etik kaygı ve duyarlılık taşıyarak yaşama geçirmesiyle mümkündür (Örnek, vd., 2003: 1017-1021). Öyle ki Karasu'nun dediği gibi "hastalar tüm teknik hataları bağışlayabilirler, ama etik olanları asla" (Oğuz, 1997: 298). Yani teknik donanım yetersizliği bir yere kadar hoş karşılanabilir ama eğer kişi vicdanıyla hareket etmemişse bunun kabulü yoktur.

Genel olarak bakıldığında sağlık profesyonellerinin tıp etiğine uygun davranmayı prensipte kabul ettikleri görülmektedir. Ancak bu isteklerini yaşama geçirme konusunda zorlanmakta ve kaygı taşımaktadırlar. Mesleki uygulamalarda hangi tutumların benimsenerek, hangi davranış şeklini seçenekleri konusunda tedirginlik yaşamaktadırlar. Bu kaygıların ve korkuların en aza indirilebilmesi ve nasıl değerlendirileceğini bilmek için meslek etiği ilkelerini iyi bilmesi gerekir (Oğuz, 2001: 9-25). Bu bağlamda etik ilkeleri bilmek, hangi durumda nasıl davranılacağı konusunda yol gösterici olacaktır. Sağlık çalışanları etik ilkeleri bilmek ve uygulamak konusunda ne kadar bilgi ve deneyim sahibi olursa, mesleki doyum ve tatminleri de o kadar artar ve daha güvenli çalışma ortamı oluşturularak hasta ve yakınlarıyla olan iletişim daha sağlıklı olur.

3.5.2.2. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri

Ana ilkesi insanın iyileşmesi ve şifa bulması olan tıp bilimi uygulamalı olarak teknoloji ve bilimsel veriler doğrultusunda insanlar üzerinde uygulanır. Sağlık profesyonelleri alanın uygulayıcıları olan yetkili kişileri olduğundan, sağlık çalışanının tutum ve davranışları etik değerlerle de örtüşmesi gerekir. Bu değerlerin neler olduğu tarihsel süreçle kendisini göstermekle beraber, günümüzdeki yeni katkılarla tıp etiği

daha da zengin bir yapıya bürünmüştür. Tıp etiğini oluşturan değerleri belli ilkeler doğrultusunda değerlendirme fikri tüm dünyaca benimsenir olmuştur (Aydın, 2006: 9). Belli bir ortak görüş etrafında belirlenen bu önemli ilkelere geçmeden önce ilkenin tanımını yapmakta fayda vardır. Bütün nedenler zincirinin zorunlu başlangıcı sayılan ilkenin kelime anlamı; “ilk madde, öge, temel bilgi, her türlü tartışmanın dışında tutulan öncül davranış kuralıdır” (Şahin, 2005: 59). Kurala bağlanmış durumlarda yapılacak davranış şekli de denebilir ilke için. Kurala bağlanmış durumların dışında sağlık profesyoneli için etik sorunlara yaklaşmada birbirinden farklı yollar bulunmaktadır. Ancak kurala bağlanmış durumlarda, akılcı yaklaşımlar sağlık çalışanı için yol göstericidir ve ilkelere dayalı eylemleri yapmak daha somut ve benimsenebilir özellik taşır. Bu sebeptendir ki tercih sebebidir. Bu ilkeler; deontoloji, sonuçsallık, ilkecilik ve erdem etiğidir (Tıp Etiği El Kitabı, 2005). Daha ölçülebilir özelliklere sahip olan ilkeler çalışmanın ana konusunu teşkil ettiğinden bunlar üzerinde durulmuştur.

Farklı meslek gruplarının kendi alanlarına özgü, temel düşünceleri belirleyip davranışlarına rehberlik eden ve belli sınırlama getiren ilkeler, daha genel ve soyut özellik taşırlar. Etik kurallar ise, etik ilkelere göre daha somuttur ve pratik hayatta karşılığı vardır yani öznelidir. Etik kurallar, etik ilkeler temel alınarak oluşturulur. İlkelerin uygulamadaki karşılığı olan kurallar, pratik yaşamın istenir nitelikte olmasını güvence altına alır ve genel geçer özelliklere sahip ilkelere farklı olan kurallar belli olgular ve onların somut olarak meydana geldiği durumlarda geçerlilik taşır (Elçioğlu, 2003: 26-38; Aydın, 2001: 133-137). Bu saptamalar diğer bilimlerde olduğu gibi tıp alanı için de geçerlidir. Tıbbi etik değerlendirmenin her aşamasında tıp etiği ilke ve kurallarını yerine getirmek bir zorunluluktur (Beauchamp, Childress, 1994). Tıbbi etik kuralların uygulanması, sağlık meslek elemanları için ortak akademik kültürü ve meslek ahlakını oluşturmada ayrıca bir gerekliliktir (Arda, 2004: 21-36). Tıp etiği boyutuyla ele alındığında, sorunlara akılcı çözümler bulma noktasında nesnel ölçütlere dayanan bu etik ilke ve kurallar tıbbi eylemlere rehberlik etmektedir. Bu nesnel değerlendirmeler aynı zamanda pratik aklın ahlaksal yetkinliği ile doğrulanmışlardır (Kadioğlu, 2007: 86-88). Bu nedendir ki tıp çevrelerince daha çabuk benimsenmekte ve kullanılmaktadır. Söz konusu bu ilkeler farklı otoritelerce farklı şekillerde sistemleştirilmektedir. Beauchamp ve Childress adlı Amerikalı iki biyoetikçi tarafından önerilen şema tüm dünya genelinde ve de ülkemizdeki sağlık profesyonelleri tarafından

benimsenmekte ve uygulamaya geçmektedir. Söz konusu dört ilke (Aguirre, Cirugia, 2004: 72):

- Zarar vermeme İlkesi,
- Yararlılık İlkesi,
- Özerklik / Bireye Saygı / Aydınlatılmış Onam ve Mahremiyete Saygı İlkesi,
- Adalet ve Eşitlik İlkesidir.

Aşağıda bu ilkelerle ilgili detaylı bilgi verilmiştir. Bu dört başlığın altında diğer ilkelerin de yerleştirilmesi söz konusu olabilmektedir. Aydınlatılmış onama, bireye saygı duyma, dayanışma gibi ilkeler de ilave edilebilmektedir. (Kadioğlu, 2007: 86-88). Zaten ilkelerin çoğu birbirini tamamlar nitelikte olduğu için keskin sınırlarla birbirinden ayırmak çok da olanaklı değildir.

3.5.2.2.1. Zarar Vermeme ve Yararlılık İlkesi

Hipokratik etik geleneğin en birincil unsuru “önce zarar verme!” (primum non nocere) şeklinde dile getirilmektedir. Hekimin hastasına zarar vermeden hastasına müdahale etmenin ön koşulu öncelikle hastaya zarar vermemektir (Aydın, 2013). Hipokrat’a göre belki de doğanın kendi döngüsü içinde hasta kendi kendine iyileşme olanağına sahipken hekimin gereksiz müdahalesiyle bu ihtimalin kaybolarak daha farklı zararlara yol açabilecek olması anlayışını oluşturur (Aydın, 2013). Aslında zarar vermemek tüm insanlığı ilgilendiren bir değerdir ve zarar ya bir ihmalle ya da bir eylemle gerçekleşebilir. Zarar vermeme ilkesi hem hastaya, hem hekime, hem de üçüncü kişilerle toplumu ele aldığından bu ilkeyi uygularken zararın ne olduğu üstünde düşünülmesi gereken çok önemli bir sorundur. Bu bağlamda hekimin her zaman hastasını iyileştiremeyebileceği gerçeğine dayandığında, yarar sağlama esasından önce muhtemelen zarar vermemenin düşünülmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (Şahin, 2005: 62; Gülsoy, 2003: 7). Bu ilkenin uygulanmasındaki amaçlardan biri de sağlık profesyonellerinin hastalarının görebileceği muhtemel zararları en asgariye indirmek ya da zarar vermekten kaçınmak gibi temel sorumlulukların yüklenmesidir (Ersoy, 2003: 43). Bu bağlamda zarar vermeme ilkesini benimsemiş sağlık çalışanları, yapılacak müdahale eğer hastaya yeterli tedaviyi sağlamayacaksa söz konusu tedaviyi yapmamalıdır. Zaten etik açıdan da müdahale yanlış kabul edilmemektedir.

Bir önceki maddede de değinildiği gibi zarar vermeme prensibi yararlı olma ilkesiyle paralellik göstermektedir. Zarar vermeme yararlı olma olarak alınabildiği gibi, yararlı olmak da zarar vermemeyi kapsayabilir (Şahin, 2005: 62). Zarar vermeme/ yararlı olma prensibi çerçevesinde, hastaya uygulanabilecek müdahaleler yarar/ zarar ile hastaya mutlak ölçüde faydalı olma koşullarının dengelenmesiyle sağlanabilmektedir (Childress, Beauchamp, 1994:3-42). Elinden gelenin en iyisini yapma sorumluluğunu taşıyan hekimlerin görevi, sadece hastaları iyileştirmek değildir. Aynı zamanda toplum sağlığının korunması yükümlülükleri de vardır. Sağlık hizmetleri sanki sadece hasta bireylere özgüymüş gibi algılansa da herkesin hasta olma ihtimali vardır. Bu sebeptir ki hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının özelde hastaların genelde toplumun lehine tıbbi bakımdan ne gerekiyorsa onu yapmak gibi büyük sorumlulukları vardır (Dallı, 2000: 29). Bu bağlamda sağlık profesyonellerine tüm toplumun sağlığını koruma gibi geçerli ve kutsal bir ödev yüklenmektedir.

Sağlık uygulamaları içerisinde başat unsur olan zarar vermemeyi ve yararlı olma ilkesini benimseyen tıp etiğindeki bu ilke aynı zamanda başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı da sağlık profesyonelinin görevi olarak düzenlemektedir (Aydın, 2001: 40). Zararın engellenerek ortadan kaldırılması ve iyiliğin amaç edinilmesi bu ilkeye göre, mutlak ölçüde yararlı olma koşuludur (Şahin, 2005: 60). Yoğun bakımdaki bir hasta için her türlü tıbbi desteğin yanında kendine zarar vermemesi gibi güvenlik önlemlerinin alınması, yatak yarasının önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması sağlık çalışanının bu ilke çerçevesindeki sorumluluklarına örnek gösterilebilir.

Bu konuya yarar ve zararın dengelenmesi açısından bakıldığında, amaçlanmış yarar sağlayacak müdahalelerin yanında istenmeyen zararlı sonuçların da ortaya çıkabile ihtimalinin olmasıdır. Yapılacak müdahalelerin böyle bir niteliğinin olması, öngörülebilir sonuçların yönlendirilmesi açısından yeni bir hedefin belirlenmesini zorunlu kılar. Yarar ve zarar dengesinin sağlanabilme endişesi buradaki en büyük sorundur (Beauchamp, Childress, 1994: 13). Yani yarar, zarardan daha üstünse o zaman müdahale edilebilir. Hamile bir kadının hayatı söz konusu ise kısmen de olsa bebeği tehlikeye sokabilecek uygulamaya izin verilebilir. Yani annenin hayatı öncelikli olduğundan tedavi kaçınılmaz hale gelebilir.

Hekim-hasta ilişkisinin özünde paternalistik (babacan) yapıya dayandığı birçok kaynakta ifade edilmektedir. Burada hekim hastalarını çocukları gibi görmekte ve onlara zarar vermeyecek, yararlı kararları alıp en doğru seçeneği uygulamaktadır (Elçioğlu, Kırımlıoğlu, 2003: 26). Hekimin etik bilinçle hastalarını sahiplenerek onların iyiliğini ve yararını gözeteceğine dair söz vermesi, hekimi bu ilişkide tek karar verici konumuna sokmaktadır. Hasta kişi hastalığın verdiği ıstırapı ve çaresizliği çektiğinden, hekimin de ona zarar vermeyeceğini düşündüğünden kendisini ona bırakmasına ve bedeni hakkında söz sahibi olmasına izin vermektedir (Aydın, 2001: 44). Hekimin paternalistik yaklaşımı otonomi/özerklik ilkesiyle aslında ters düşmektedir. Ancak acil durumlarda hastanın hayati tehlikesi söz konusuysa sağlık çalışanı yararlılık ilkesi gereği, hasta adına da karar verme durumunda kalmaktadır. Görüldüğü üzere bu ilkeler birbiriyle iç içe geçmiş durumdadır. Birbirinden ayırt etmek her zaman olanaklı olmamaktadır. Burada önemli olan, yararın seçilen yöntemin kapsadığı risklere değmesidir. Risk/yarar değerlendirmesi ve dengesi hayati öneme haizdir.

3.5.2.2.2. Özerklik /Bireye Saygı / Aydınlatılmış Onam İlkesi

Tıp etiği alanındaki özerkliğe saygı ilkesini detaylandırmadan önce kısaca özerkliğin tanımını yapmada fayda vardır. İngilizce karşılığı “autonomy” olan özerklik eski Yunancadan gelmiştir. Autonomy, özerklik “bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme yeterliliği ve yetkinliği” olarak tanımlanmaktadır (Aydın, Ersoy, 1995:3). Özerklik aynı zamanda kişinin kendi değerleri doğrultusunda hayatı hakkında söz sahibi olması ve bu yönde karar vermesidir (Ersoy, 1995: 3). TDK sözlüğüne göre özerklik; “bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı kalarak kendi kendini yönetme hakkı, muhtariyet, otonomi, bir kişinin, bir toplumun kendi uyacağı yasayı belirleme hakkıdır” (TDK, 2012).

Özerklik kavramı siyaset ve sosyal yaşam alanı gibi birçok kulvarda kullanılmaktadır. Tıp etiğindeki özerklik kavramı ise kendini “hasta özerkliğine saygı” olarak göstermektedir (Gürsoy, 2003: 8). Hasta özerkliğine saygı özelinde düşünüldüğünde ise özerklik, hasta hakkında alınan kararlarda rasyonel davranmayı ve saygı öğelerini barındırdığından, tüm hastaların kendilerine özgü bir kişiliği ve vücut bütünlüğünün hiçbir koşulda es geçilemeyeceği gerçeğini içermektedir. Bu sebeplerdir ki, hastayla ilgili karar alırken azami şekilde dikkatli olmak ve hastanın durumuna özen göstermek elzemdir (Dallı, 2000: 28). Her insanın kendi hayatı üzerinde söz hakkının

olması otonomi ilkesiyle ilgilidir. Hasta için düşünülduğünde ise, hastanın kendisiyle ilgili alınan kararlara katılma, kararı bilme, kararı onaylama veya reddetme hakkının olması nedeniyle saygı görme hakkı da hasta özerkliğiyle ilgilidir (Polat, 1999: 7). Bireyin özerk olabilmesi için karar verme sürecinde bazı temel unsurların olması gerekir. Bu öğeler, yeterlilik ve gönüllülüktür. Yeterlilikte bilginin anlaşılması ve yeterli düzeyde kavranması varken; gönüllülükte ise hastanın herhangi bir zorlama, baskı ve yönlendirme olmadan kendi kararını vermesi söz konusudur (Ersoy, 215). Kişinin kendisine yapılacak uygulama hakkında bilinçli karar verebilmesi için özerk olması gerekir. Kişinin eyleminin özgür eylem olup olmadığının ayırdına varabilmesi için gerekli yeterliliğine sahip olması gerekir. Ancak bazı durumlarda sağlık çalışanının hasta adına karar vermesi de gerekebilir. Koma, akıl hastalığı, fiziksel sakatlıkla ya da acil durumlar gibi ya da kişinin kendi hayatı hakkında karar verme yetkisini kendi isteğiyle sağlık profesyoneline devrettiği zamanlar da olabilir. Yine bu gibi durumlarda da hastanın özerklik yükümlülüğünü devralan sağlık çalışanının hastasının değerlerine ters düşebilecek kararlardan olabildiğince uzak durması ve özerkliğe saygı ilkesini çiğnememesi gerekir (Gürsoy, 2003: 10). Hastalık durumunda irade özgür bir şekilde seçim yapabilme özelliğinden uzaklaşmaya başlar. Kişiyeye yönelik tıbbi müdahalenin amacı da, burada yine hastanın özerk kimliğini onarma, koruma ve yeniden kazandırmasıdır. Özgür iradesi yeniden kazandırılan hasta bireye yönelik yapılacak her uygulama hastaya yönlendirici olmadan anlatılmalıdır. Kişiyeye yönelik tedaviye veya müdahaleye onam vermek veya reddetmek hasta özerkliğine saygı ilkesinin başat unsurlarındandır. Hastanın özerkliğini kullanabileceği bir ortamın sağlanması da yine sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır (Alan, 2005:1). Hasta özerkliğinin hayata geçirilebilmesi için en önemli araçlardan biri de kişiyeye yönelik yapılacak tıbbi uygulama için bireyden aydınlatılmış onamın alınmasıdır (Aydın, 2003: 94). Kişiden alınacak aydınlatılmış onam hem hasta için bir gereklilik hem de sağlık çalışanı için yasal bir zorunluluktur. Burada kişiden onam alınırken kişinin anlayabileceği bir dil kullanılması ve yönlendirici olmayan bir üslup takınılması gerekir. Kişiyeye konu hakkında gerekli bilgiler verildikten sonra seçim hakkının kendisine bırakılması gerekir. Hasta reddediyorsa söz konusu müdahalenin yapılmayarak hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir. Ayrıca hastaya yapılacak tüm işlemlerin açıkça anlatılarak gerçeklerin ondan gizlenmemesi ve verilen tüm sözlerin tutulması, hastaya ait bilgilerin saklanarak

ondan habersiz hiç kimseyle paylaşılmaması gibi hayati öneme sahip konulara ayrıca özen gösterilmelidir (Ersoy, 2003:204). Mahremiyete saygı ve gizliliğe özen ilkesi, sağlık çalışanı için ayrıca bir gerekliliktir ve her şekilde hastanın özerkliğine saygı duyulması olmazsa olmazdır.

Tıbbi alandaki özerklik sağlık hizmetinden faydalananların ve hizmeti sunanların özerkliği olmak üzere iki boyutla ele alınmaktadır. Hizmeti alan hasta birey açısından bakıldığında özerklik, kişinin öz değerleri, yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda, sağlığını ve kendi bedenini etkileyerek tıbbi uygulama konusunda karar verme özgürlüğüdür. Hizmeti sunan sağlık profesyonelleri açısından ise özerklik, sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarının bilincinde olarak meslekleri açısından yapacaklarına özgür iradeleriyle karar vermeleridir. Bu nedenledir ki kararı verip uygulayanlar mesleğine göre hekimlik etiği, hemşirelik etiği, ebelik etiği gibi farklı adlar alabilmektedir (Aydın, 2009: 94). Hipokratik dönemdeki etikte paternalistik (babacıl) yaklaşım söz konusuydu. Burada hekim hastanın yararını gözeterek, kendi tıbbi kararının en iyisi olduğunu düşünmekte ve hastaya tercih, söz hakkı verilmemekte ve hastanın özerkliği göz önünde bulundurulmamaktaydı (Beauchamp, Childress, 1994: 10). Oysa günümüzde tıp etiği ilkelerinden özerkliğe saygı ilkesine ayrıca önem verilmektedir. Çünkü hastalar kendi durumları hakkında daha fazla bilgilendirilmeyi istemekte ve hür iradelerine saygı gösterilmesini arzulamaktadırlar. Bu isteklerinde de haklıdırlar çünkü hasta hakları da bu ilkenin açıkça kullanılmasını yasal bir zorunluluk olarak belirtmektedir. Ayrıca özerkliğe saygı ilkesinin yaşama geçirilmesi sağlık çalışanlarının etik ve yasal yükümlülüklerinden biridir.

Aydınlatılmış onam ilkesi hekim ve hasta arasındaki ilişkinin çok önemli unsurlarından birisini teşkil eder. Aslında sadece hasta-hekim değil, hastaya müdahale eden tüm sağlık çalışanlarını kapsar bu ilişki. Sağlık çalışanlarını hizmetin özel ya da resmi kurum olup olmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetini sunan tüm sağlık meslek gruplarını ve sağlık meslek mensubu olmasa bile hizmetin sunumundan sorumlu olan diğer meslek gruplarını oluşturur (Hasta Hakları Kanunu, 1998: 23). Bu tanımdan yola çıkarak hastaya hizmet sunanları hekim, hemşire, tıbbi sekreter, idareci, otomasyon, temizlik personeli olarak sıralayabiliriz. Çünkü hizmet ekip işidir sadece hekimle sınırlı bir olgu değildir.

Sosyoloji, hukuk, psikoloji gibi alanlarla ilişkili olan etik, tıp alanında kendini aydınlatılmış onam (informed consent) ilkesiyle anlamlı bir şekilde ortaya koyar. Bu kavramda esas olan, tıbbi terapi ve araştırmadır. Mesela Almanya’da geçerli olan yasalara göre, hasanın onayı alınmadan uygulanacak terapötik bir davranış kişiyi yaralama ile eşdeğerdedir (Engelhardt, 2000: 2). T.C. Anayasası md. 17’ ye göre ise “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz”. Bu madde ile Anayasamız hastanın kendisiyle ilgili bir durumda yapılacak her türlü müdahaleyi anayasal güvence altına almıştır. Dolayısıyla aydınlatılmış onam ilkesi evrensel nitelikte etik bir ilke olduğu için tüm devletleri de bağlamaktadır. Bu ilkeyi benimseyip sahip çıkmak ayrıca önemlidir. Aynı ilke hasta hakları madde 15’te de açıkça şöyle belirtilmiştir:

“Sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları, muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usuller, tedavinin kabul edilmemesi durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir”.

Hastanın kendisinden onay alınamayacak durumlarda ise; Hasta Hakları Mad. 24. şöyle açıklık getirmiştir: “Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gereklidir. Ancak hasta küçük veya meçhur ise, velisinden ya da vasisinden izin alınır. Hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı durumlarda ise bu şart aranmaz”. Türk Medeni Kanunu mad. 272’de ise; “Kanuni temsilcisi veya vasisi tarafından izin verilmeyen hallerde” hastaya uygulanacak tıbbi müdahaleyi mahkeme kararına bağlamıştır. Ancak bu işlemlerin zaman alması, müdahale edilmediğinde hastanın hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz ve derhal müdahale edilir (hasta hakları yön). Bu kanunlarda da görüldüğü üzere hastanın hayatının korunması, yaşama tekrar tutunması için tüm tarafları tamamen sorumlu davranmaya teşvik etmekte ve yasalar çerçevesinde zorlamaktadır. Çünkü tıbbin amacı yaşamı korumaktır.

3.5.2.2.3. Adalet ve Eşitlik İlkesi

Yaşamın her alanında adalet ve eşitlik kavramları sıkça kullanılmakta, adeta dilden düşmemektedir. İlk etapta hukuki bir kavram gibi görünse de adalet aslında toplumsal hayatın her aşamasında, insan ilişkilerinin her boyutunda bu kavrama ihtiyaç duyulmaktadır (Beauchamp, Childress, 1994; Aydın, Ersoy, 1994: 61-63). Genel anlamda adalet kavramı, bireylerin toplumsal kazanım ve sorumlulukları arasındaki

dengeye dayanır. Bu kavramla bağıntılı olan dağıtıcı adalet kavramı ise; etik değerler doğrultusunda, toplumsal sorumluluk ve kazanımların bireysel nitelik ve etkinlikler doğrultusunda dağıtılmasıdır. Dağıtıcı adaletin gerçekleşebilmesi için toplumsal güvene, çabaya ve karşılıklarına çıkan şans ögesi gibi bireysel özelliklere ihtiyaç vardır (Aydın, 2001: 124). Adaletin sağlanması için eşitlik ilkesi gereklidir. Eşitlik düşüncesi, tüm insanların aynı haklara ve hürriyetlere sahip olduğu düşüncesinden doğar. Sağlık alanındaki eşitlik ise; tüm bireylerin tıbbi kaynakların hepsine eşit oranda ulaşabilme hakkına sahip olması ve engellenmediği müddetçe hiç kimsenin dezavantajlı duruma düşmemesidir. Hastalanmak eşitliği bozar ve hasta açısından bakıldığında eşitsizlik önem taşır, hastalık kişiye bazı haklar verir (Polat, 1999: 8). Eşitlik durumu bozulduğundan hasta birey, kendisine tanınan haklarla tekrar eski haline kavuşma ihtimaline sahip olur.

Sağlık alanında kendini daha iyi hissettiren adalet ilkesi, araç-gereçlerden tutun da her türlü hizmete kadar tüm tıbbi kaynakların hastaların gereksinimleri doğrultusunda eşit ve dürüstçe dağıtılmasını kapsar (Aydın, 2013). Bu ilke sağlık çalışanına kaynak dağılımıyla ilgili karşılaştıkları sorunlarda rehberlik eder. Kaynak dağılımının adil dağılmasına ve her hastanın eşit muamele görmesine olanak tanır. Tıbbi olanakların her bireye yeterince kullanılmaması bireylerin sağlık haklarını zedelemektedir. Her hasta bireyin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanma hakkı vardır. Birey ihtiyaç duyduğu hizmeti alırken, yaşı, cinsiyeti, milliyeti, cinsel tercihi yaşam şekli, ekonomik durumu ne olursa olsun eşit ve adaletli bir şekilde hizmetlerden yararlanma hakkı vardır (Elçioğlu, Kırımoğlu, 2003: 38). Sağlık çalışanı da bu evrensel etik ilkelerin bilincinde olarak hastaya gerekli özeni göstermek ve adil olmak durumundadır.

Mevcut tıbbi kaynakların adil ve eşit kullanılması klinik uygulamalar sırasında ortaya çıkabilecek etik çatışmalarda çözüm bulma konusunda başvurulabilecek bir ilkedir. Örneğin klinikte yatak sayısının sınırlı olması nedeniyle hangi hastaya öncelik verilmesi gerektiği, aynı anda solunum cihazı, diyaliz vb. gibi tıbbi teknik aletlere ihtiyaç duyan birden fazla hastanın varlığı durumunda karşılaşılan etik ikilemler adalet/eşitlik ilkesi rehber edinilerek çözüme kavuşturulabilir (Şahin, 2005: 65-66). Tabii ki istek odur ki aletlerin herkese yetecek sayıda olması ancak, kaynaklar ne yazık ki sınırlıdır. Bu nedenle kime öncelik verileceği adalet ve eşitlik ilkesiyle bir nebze de olsa

çözümüne kavuşabilir. Gerek toplumsal gerekse bireysel farklılıklar nedeniyle herkesin aynı sağlık seviyesinde olmasını beklemek ütopyiktir. Sosyal kaynakların, faktörlerin eşit olduğu varsayılsa bile, her bireyin kendine has ruhsal yapısı ve fiziki koşulları farklılık gösterdiğinden sağlık açısından herkesin eşit olmasından söz edilemez. Fakat aşikârdır ki, sağlığın bozulmasına neden olan faktörlerdeki eşitsizlikleri azami şekilde gidermek bile yeryüzünde daha adil ve daha sağlıklı toplumlar oluşturmak adına çok büyük buluşlara imza atılmasına öncülük eder. İnsanlık adına sağlığın korunmasına, iyileştirilmesine ve arttırılmasına yönelik atılacak her türlü adım adalet ve eşitlik için büyük kazanımlar sağlamanın önceliğini oluşturur.

Sağlık hizmetlerini sunarken eşit ve adil bir şekilde davranmak adaleti tesis etmek, evrensel ve ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan tüm kurumların yerine getirmesi gereken en hayati ve temel görevidir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü), UNICEF, UNESCO gibi organizasyonlar küresel hedeflerin saptanmasında, saptanan hedeflere ulaşmak için yöntemlerin belirlenerek işlevsellik kazanmasında en büyük sorumluluğa sahiptirler. Ülkeler de saptanan ve kabul edilen uluslararası kuralların kendi devlet sorumluluklarıyla ve hükümet programlarıyla uyumlu hale getirerek sağlık sisteminin sunduğu hizmetleri adalet ve eşitlik ilkesi uyarınca yürütmek zorundadırlar. Ancak bu şekilde ülkeler çağdaş sağlık sistemine sahip olurlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) nihai amaç olarak belirlediği dört ana ilkeden ilki "sağlık hizmetlerinde eşitlik ve adaleti sağlamaktır" ilkesidir (Önal, 2001: 83). Sağlık hizmetleri yaşamın diğer alanlarından ayrılmayacağından, tüm hizmetler de olduğu gibi sağlıkta da temel hakların korunarak eşit ve adil muamele edilmesi başat unsurdur.

3.5.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Etik Sorunlar ve Çözüm Yolları

Önceki bölümde tıp etiğinin günlük yaşamdaki yeri ve öneminden detaylı bir şekilde bahsedilmişti. Yaşamımızın her alanında olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da bir takım sorunların olması kaçınılmazdır. Sağlık alanında hizmetleri sunanlarla alanlar arasında ya da kurumsal düzeyde zaman zaman sorunlarla karşılaşmaktadır. Hizmetin sunumu esnasında oluşabilecek etik sorunlar, etik ikilemler bu başlıkta ele alınmıştır. Etik sorunlar, ikilem ya da ihlal şeklinde kendini gösterir. Herhangi bir kurala bağlanmamış durumlarda karar alıcının yaşadığı seçim sorunu ikileme; kuralı belli olduğu halde eylemi düzenleyen standartlara uyulmaması ise ihlale neden olur (Oğuz, Tepe, vd., 2005). Bu etiksel olay ve problemler çeşitli araştırmaların konusu

olmaya başlamıştır. Özellikle son dönemde yaşanan etik ihlallerin sayısındaki artışlar meslek etiği alanının sıkça sorgulanmasına, özellikle tıp etiği üzerinde araştırmaların yoğunlaşmasına neden olmuştur (Halıcı, 2001: 215). Bu bağlamda en çok üzerinde durulan; etik ikilemlerde her bir durum için farklı yöntemlerin seçilebilecek olmasıdır. Bu tür durumlarda bir ilkeye uyulduğunda diğerine uyulmadığını yani seçim yapılırken bir değeri korunurken diğerinin harcamasına neden olmaktadır. Etik ihlalde ise, uyulması gereken belli kurallar olduğu halde-ki bu kurallar hiçbir tereddüte yer bırakmayacak şekilde açık ve anlaşılırdır- belli bir kuralla aykırı davranmak söz konusudur (Kadioğlu, 2007: 86-88). Bu tür ikilemleri en aza indirmek ve kural ihlalini ortadan kaldırmak için tıpta etik kodların var olması gerekir ve söz konusu bu kodlar aynı zamanda rehber niteliğindedirler.

Medikal etik sorunlar üzerinde araştırma yapılırken, hak ve sorumluluk gibi iki önemli kavramla karşılaşılmaktadır. Hastane yönetimleri hizmeti sunanlarla alanlar arasında geçen ilişkideki etik yönün sorumluluğunu taşımaktadırlar (Çobanoğlu, 2001: 178). Etik kodların uygulanmasından hastane yönetimi sorumludur. Uçar (2005: 39-41) sağlık alanında yaptığı etik araştırmalar sonucunda bazı ana etik sorunları şu şekilde sıralamıştır: Hasta sayısının fazla oluşu nedeniyle görev yükünün ağır olması, yönetici pozisyonundakilerin tanıdıklarına ayrıcalıklı davranılması, hasta görülmeden ilaç yazdırılmak istenmesi, tıbben ihtiyacı olmadığı halde rapor alma isteği, uygun olmayan bir işlemin maddi kazanç karşılığında yaptırılmak istenmesi, bir alt sağlık basamağında yapılabilecek bir işlem için hastanın üst basamağa sevk edilerek hastanın mağdur edilmesi ve iş yükünün arttırılması, yanlış, gereksiz uygulamalarla hekimlerin hastaları mağdur etmesi, kaynak ve idari yetersizlikler neticesinde muayene ve tedavi aşamasında hastaların mağdur edilmesi, mevzuat eksikliğinden bürokratik nedenlerden ve prosedürlerden kaynaklanan sebeplerle hastaların mağdur olması gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır.

Yukarda sayılan etik sorunlarla karşılaşılmaması veya asgariye indirilmesi için tüm sağlık kurumlarındaki personele belirli periyodlarla etik eğitimleri verilmeli, iletişim becerileri kazandırılmalı ve hasta hakları konusunda ayrıca bilgilendirilmelidirler. Bu tür eğitimler verilerek sağlık çalışanlarında etik bilinci oluşturmak ayrıca kurum yöneticilerinin sorumluluğundadır. Eğitim almış olan sağlık çalışanı karşılaştığı etik problemlerin üstesinden daha kolay gelebilme becerisine sahip

olabilecektir. Sağlık profesyonelleri etik prensiplere ve kodlara uyma eğilimindedir ancak bazı araştırmalar da göstermiştir ki bazı durumlar sağlık çalışanını etik dışı davranış sergilemesine sebep olmaktadır. Bu sebepler (Şahin, 2005: 159): Çalışanın örgütsel bağlılığın önemini yeterince anlamamış olması, liyakate dayalı bir terfi sisteminin olmaması, çalışanların kendi aralarında deontolojiden uzak davranması, çalışanlar aralarındaki davranışların ya da yöneticilerine karşı tutumlarının sorgulanamaması ve eleştirilememesi çalışanların yöneticileriyle sağlıklı iletişim kuramaması nedeniyle problemlerini kendi aralarında çözemeyip başka mercilerin devreye girmesi olarak sıralanabilir.

Sağlık alanında etik sorunlarla ilgili çalışmalar yapılmış olmasına rağmen yeterli düzeyde değildir. Bu nedenle hangi alanlarda ne sıklıkta tartışmalar yapıldığı literatürde yeterince yer almamaktadır. Sağlık alanının en ciddi sorunsalından biri de, tanı ve tedavi yöntemlerinin seçimi esnasında ne kadar etik karar alabildiklerinin netlik kazanmamış olmasıdır (Aydın, 2001: 15). Bu bağlamda araştırmalar, tartışmalar yapılmakta, bir konsensüse ulaşmak için etik kodlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi ve insani isteklerin doyumsuzluğu gibi sorunlar pek çok etik ve hukuk ikilemini beraberinde getirmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir (Üstün, 2006: 25): İnsan genetiğiyle ilgili çalışmalar, insan klonlama, ötenazi (kişinin kendi isteğiyle yaşamını tıbbi yöntemlerle sonlandırmak istemesi), yoğun bakım hastalarına tıbbi yaklaşımdaki sıkıntılar, sağlık profesyonellerinin mesleki durumu, iletişim problemleri, çalışma koşulları, doğacak çocuğun cinsiyet tayini, hastaların haklarına sahip çıkma çabaları, organ aktarımları için organ temini ve tıbbin nihai amacı gibi birçok konu sıralanabilir. Tıbbi uygulamalarda etik ikilemleri, ihmalleri, sorunları önleyebilmek veya asgari düzeye çekmek için sağlık profesyonellerine bazı öneriler şu şekilde sıralanmıştır (Şahin, 2005: 160-161): Sağlık çalışanının karar veremediği durumlarda başvurabileceği etik komitelerin kurulması, gerektiğinde daha hızlı karar alınması için danışmanlık sisteminin getirilmesi, sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde hastalara haklarının ve ödevlerinin anlatılması, sadece maddi getirisi nedeniyle yeni bir birimin açılmasından kaçınılması, hasta ve yakınlarına kendi hakları yanında hastane kural ve kaidelerine uyulması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılması, aydınlatılmış onam ilkesi çerçevesinde hastaya yapılacak tüm müdahalelerin anlaşılır bir dille anlatılması, onamının alınması aksi takdirde müdahale edilmemesi, hastanın değerlerine ve

mahremiyetine sayı gösterilmesi, hastane etik kodlarının yazılı hale getirilmesi ve çalışanlarına duyurulması, yönetimin alacağı orta ve uzun dönemli kararlarda toplumun hassasiyetlerinin göz ardı edilmemesi, etik ihlallerde uygulanacak cezanın caydırıcı nitelik taşıması, hastanede toplam kalite yönetiminin uygulanması, sağlık çalışanlarına belirli periyodlarla meslek etiği ve ahlakıyla ilgili yeterli hizmet içi eğitim düzenlemeleri yapılması gibi çalışmalara ağırlık verilmelidir.

3.5.2.4. Dünya Tıp Birliği ve Hazırladığı Etik Kodlar

Daha önce sayılan, oluşan veya oluşabileceği öngörülen etik sorunların üstesinden gelmek için dünya genelinde bir uğraş verilmektedir. Ulusal ve uluslararası düzeydeki sağlık meslek örgütleri tıp dünyası adına kararlar alarak, kurallar, ilkeler, kodlar belirleyerek bunları bildirgeler biçiminde duyurma işlemi ve sorumluluğunu yerine getirmektedirler (Kadioğlu, 2002: 78-85). Söz konusu kurallar ortak aklın sağduyusunu gereklerini toplumun ve kurumlarının tıptan bekledikleriyle bağdaştırarak ifade etme görevi bilinciyle hareket etmektedirler. Bu önemli mesleki birlik, İkinci Dünya Savaşının büyük yıkımından sonra kurulan Dünya Tıp Birliğidir (Tıp Etiği El Kitabı, 2005). Dünya Tıp Birliği, Dünya Hekimler Birliği ve Dünya Tabipleri Birliği gibi farklı adlarla anılmaktadır ve ülkelerin en fazla üyeye sahip meslek platformu niteliği taşımaktadır. Bu örgüt sayesinde açık tartışmalar yürütülmekte ve sonuçları bildirgeler halinde tüm dünyaya duyurulmaktadır (Kadioğlu, 2002: 78-85; Kadioğlu, 1998: 2). Halen tüm dünya genelindeki ve ülkemizdeki tıp fakülteleri tarafından benimsenen Tıbbi Mesleki Bağlılık yemini Dünya Tıp Birliğinin 1948'de ikinci genel kurulunda Cenevre Bildirgesinde deklere edilmiştir. 1949 yılında ise bir diğer eski ve önemli metin olan Hekim Ahlakı ve Uluslararası Yasası çıkartılmıştır (Kadioğlu, 2002: 78-85; Kadioğlu, 1998: 2). Bu metinler tıp mesleğinin ne kadar etik sorumluluk gerektirdiğine kanıt oluşturmaktadır.

Üç kez geliştirilip değiştirilerek değişen koşullara uygun hale getirilen ve hekimlere rehberlik eden 1964'te ilan edilen Helsinki Bildirgesi, insan denekler üzerindeki biyomedikal araştırmalar için belli başlı kurallar getirmiş olup sonuncusu 2000 yılında revize edilmiştir. Ülkemizde ise 1995'te çıkarılan İlaç Araştırmaları Hakkındaki Yönetmelik bu konuda referans niteliğindedir (Kadioğlu, 2002: 78-85). Söz konusu bildirgelerin önemi yapılacak olan bu çalışmaların tıbbi ve toplumsal öneminin büyüklüğünden ve niteliğinden kaynaklanmaktadır.

Dünya Tıp Birliğinin hasta hakları hakkında bildireleri sırasıyla; 1981 Lizbon Bildirgesi, 1995 Bali Bildirgesi ve 2005'teki Santiago Bildirgesidir. İkinci ve üçüncü bildireler (Boli ve Santiago) Lizbon metninin hekim-hasta ilişkisindeki hızlı değişim doğrultusunda geliştirilerek ayrıntılandırılmış şeklidir. 1992'de ise hasta haklarının en önemli içeriğini oluşturan malpraktis (yanlış uygulama) ise Tıpta Yanlış Uygulamalar Konulu Bildirgede yayınlanmıştır (Kadioğlu, 2002: 78-85). Bu çalışmaların ortak amacı, yapılacak tıbbi uygulamalarda bir konsensüse ulaşmaktır. Bu ortak örüş de tıpta oluşturulacak ve tüm dünyayı bağlayacak etik kodlarla mümkündür. Aşağıda bu etik kodlara değinilmiştir.

Belirli bir konudaki etik kurallar kümesi, belli bir grup ya da ülke içindeki insanların nasıl davranmaları gerektiğini belgeleyen yazılı kurallar ya da genel ilkeler etik kod terimini (Aydın, 2001: 26, 9, 17), tıp etiğini ise; tıbbi eyleme yol göstermek üzere yerel ve evrensel ölçekteki resmi ya da gayri resmi aktörler tarafından hazırlanan kurallar kümesi oluşturur (Oğuz, Tepe, vd., 2005). Tüm meslekler için etik standartların ve kodların uygulanabilir olmasının nedeni; bir ihtiyacı giderip rehberlik ettiklerinden, meslek elemanları tarafından benimsenmiş olmalarıdır. Bununla beraber ulusal ve uluslararası düzeyde belirlenen kodların bazen hukuki yaptırımlarla desteklenmiş olması geçerlilik kazanmasına sebebiyet vermiştir (Kadioğlu, 2007: 86-88). Özellikle sağlık alanında hizmet veren meslek gruplarının (hekimlik, hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu, acil tıp teknisyenliği...) etik koda sahip olmaları hayati öneme haizdir. Uğraş alanının insan hayatı göz olduğu önüne alındığında tıp etiği olmazsa olmazdır! Bir mesleki kod, ilke, standart onu ifa edenlerin neden olabileceği "bireysel" bir otoritenin oluşmasını önler. Bireysel otoritenin değil, bir konsensüs sonucu oluşan etik kodların etkili olduğu genel bir otoritenin oluşması nedeniyle mesleki etik kodlar, çalışanların disipline olmasını sağlar. Bu etik kodlar çerçevesinde hareket etmek meslek elemanlarının özerk davranmasına engel teşkil etmez (Beauchomp, Childress, 1994: 3-13). Profesyoneller mesleklerini icra ederken şüphesiz belli kurallar, ilkeler kodlar dizgesi içinde hareket etmek yükümlülüğü taşırlar ancak bu kurallar onların özerk davranmasına engel olmaz. Standartlar çerçevesinde duruma uygun, kendilerine has davranışlar sergileyebilirler.

Kodlar, kurallar, ilkeler ve standartlardan oluşur ancak buna ilaveten meslek elemanlarında olması gereken kişilik özelliklerine de atıfta bulunur. Kodların en çok

üstünde durduğu unsurlardan biri, meslek uygulayıcılarının erdem sahibi insanlar olması gerektiği yönündedir (Aydın, 2001: 26). Çünkü Aristo'nun Erdemli insanı önce doğru dürüst, güvenilir, adil bir birey daha sonra iyi bir doktor, hemşire, öğretmen vs. olur. Örneğin iyi bir hemşire, doktor, olmadan önce ahlaklı bir insan olmak gerekir. Mesleki etik kodların temel işlevleri; mesleğin amaçlarının toplumun ve meslektaşlar arasında paylaşılmasını sağlamak, mesleki etik davranışlara yön vermek için kılavuzluk etmek ve belirlenen standardize davranışların dışına çıkanları disipline etmek ve makul davranış kalıplarının geliştirilmesini sağlamaktır (Aydın, 2006). Tıp etiğine yönelik etik kodların sayısı her geçen gün teknolojinin ilerlemesiyle de artmakta ve tıbbi uygulama yöntemleri çeşitlenmektedir. Bunlara, yapay dölleme, organ aktarımları, genetik çalışmalarda yeni yöntemler örnek verilebilir. Bu kodlara ilaveten evsensual nitelikteki ilkelerin ve hasta hakları, tıp eğitimi, sağlık bakım hizmetlerinde uyulması gereken ilke ve kurallar, uluslararası hekimlik ahlakı, denek hakları, tedavi amaçlı düşük yaptırma gibi haklar örnek verilebilir. Bu kuralları ve hakları düzenleyen etik kodların mimarı gayri resmi, uluslararası bir kuruluş olan Dünya Tıp Birliğidir (Aydın, 2001: 29; Kadioğlu, 1998). Bu birliğin aldığı kararlar evrensel özellik taşır ve tüm dünyayı bağlar. Hemşirelik kodları da bunun gibi standart ilkelere verilebilecek önemli diğer bir örneği teşkil eder. Hemşireliğin etik kodları olarak kabul edilen, ülkemizde ise Dünya Tıp Birliği kodlarına uygun olarak hazırlanan T.C. Sağlık Bakanlığının ilaç araştırmaları ve hasta hakları konusundaki yönetmelik de ulusal, resmi birer tıp etiği kodu özelliği taşır (İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 2007). Sağlık bakanlığının yayınladığı bu yönetmelikler tüm resmi ve özel sağlık kuruluşlarını bağlamaktadır. Yazılı metin olarak etik koda verilebilecek diğer uygulama da ülkemizde 1960 yılında yürürlüğe giren Deontoloji Tüzüğüdür. Bu tüzük hekimlik uygulamalarındaki tutum ve davranışları belirlemektedir. Sonra bu tüzük geliştirilerek "Hekimlik Meslek Etik Kuralları" adını almıştır (Aydın, 2001: 12-31). Söz konusu bu etik kodların ortak amacı, sağlık profesyonellerine sorunla karşılaştıkları anda sorunu tüm boyutlarıyla kavrayabilme, toplumun değer yargılarını göz önünde bulundurabilme, hakların, ödevlerin ve erdemli davranışların neler olduğunu öğrenme ve özümsemelerine yol göstermektir. Dünyanın her yerinde geçerli olabilecek standartlar geliştirilerek tüm meslek elemanlarını bir konsensüste buluşturmak.

Yukarıda sayılan tıp etiği kodlarının yeterince uygulanabilmesi için kurumların belli periyodlarla etik eğitimleri düzenlemeleri gerekmektedir. Örneğin Amerikan Etik Araştırma Merkezi tarafından (Ethics Resource Center) yapılan bir araştırmaya göre, kar amacı güden işletmede çalışanların %55'inin etik eğitimlerine katıldığını ve bu eğitimleri çok faydalı bulduklarını belirtmişlerdir. Yine ABD'deki sağlık işletmeleri (The Healthcare Company, HCA) işe yeni başlayan her personele etik kodları ve işleyişini içeren adaptasyon eğitimleri vermekte ve sonuçtan memnun olduklarını belirtmektedirler (Ferrell, Froedrich, 2005: 178-179). Sadece etik kodları belirlemek yeterli değildir. Bu kodların davranışa dönüşebilmesi için eğitimler vererek ne kadar başarılı olunduğunun belirli periyodlarla ölçümünün yapılması da elzemdir.

Diğer önemli bir örnek ise, hemşireliğin ilk etik kodları olma özelliğini taşıyan ve hemşireler için önemli kurallar içeren Florance Nightingale Andıdır. Florance Nightingale aynı zamanda hemşirelik mesleğine bugünkü özellikte önemli anlamlar atfedilmesini sağlayan hemşirelik mesleğinin atası, kurucusudur. Her hemşire göreve başlamadan önce tıpkı hekimlikteki Hipokrat andı gibi hemşirelik andını okuyarak başlar. Hemşirelerin mesleki etik kodları Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi (UKCC) tarafından düzenlenmektedir ve belirlenen bu kodlar uluslararası nitelik taşımaktadır (Başbakkal, Kılıç, 1997: 137-152; The ICN Code of Ethics for Nurses, 2007). Söz konusu bu değerli andın kısa tarihçesine bakılacak olursa; bu yemin Florance Nightingale Yemini olarak geçmesine rağmen kendisi tarafından kaleme alınmamıştır. Hemşirelik mesleğinin saygınlığına yaptığı büyük katkılar nedeniyle adına atfen, Michigan Hemşireler Derneği'nin kurucu ve aynı zamanda halk sağlığı hemşiresi olan Lystra Gretter tarafından hemşirelik andı yazılması yönünde Frand Hemşirelik Okulu komitesine öneride bulunmuştur. Komite tarafından Florance Nightingale Hemşirelik Yemini hazırlanmış ve okulun 1893'teki mezunları tarafından ilk kez okunmuştur. Bu yemin metni önce Lystra Gretter tarafından 1935'te ve daha sonra tüm dünyadaki hemşirelerce okunması için 1965'te Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından revize edilmiş ve bugünkü halini almıştır. İşte tüm dünyadaki mezun hemşirelerin okuduğu Hemşirelik Andı (Sömen, 2017):

“ Yüklenmiş olduğum sorumlulukların bilincinde geliştirdiğim anlayış ve becerilerimle her hangi bir ırk, inanç, renk, siyasi veya sosyal durum ayırımı gözetmeksizin hastalarım

bakacağıma; hayatı korumak, ızdırabı hafifletmek, sağlığı yüceltmek için gereken her türlü çabayı göstereceğime; Bakımım altındaki hastaların bütün değer ve dini inançlarına saygı duyacağıma; bana bireylerle ilgili olarak verilen tüm bilgileri saklayacağıma; hayatı ya da sağlığı tehdit edebilecek her türlü girişimden sakınacağıma, mesleki bilgi ve becerilerimi en üst düzeyde tutmaya çalışacağıma; sağlık ekibinin bütün üyeleri ile iş birliği yapacağıma ve onları destekleyeceğime; Bunların tümünü yaparken, Uluslararası Hemşirelik Ahlak Yasası'nın onurunu korumak için gerekecek bütün çabaları sarf edeceğime ve hemşireliğin bütünlüğünü koruyacağıma ant içerim.”

3.5.2.5. Sağlık Alanındaki Etik Kurullar ve Görevleri

Teknolojinin son yıllarda hızla gelişmesi her alanda olduğu gibi tıbbi teknolojinin de gelişimine katkı sağlayarak tıbbi uygulamaların sayısını ve niteliğini hayallerin ötesine taşımıştır. Tabii bu gelişmeler beraberinde etik sorunları da getirmiş ve tıp alanını ilgilendiren sorunların tartışılıp çözüme kavuşturulabileceği kendine has bir örgütsel yapısı olan etik kurulların oluşmasını kaçınılmaz kılmıştır (Ersoy, 1997: 5-8). Tıbbi Etik kurulun tanımını Ülman (2015) şu şekilde yapmıştır:

“Tıbbi uygulamalar nedeniyle ortaya çıkan, etik ikilemleri, sorunları evrensel ilkeler ve normlar ışığında ele alarak çözümlenmesine ilişkin öneriler getiren; çeşitli disiplin uzmanlarından oluşarak, olguları sistemli ve sürekli inceleyerek görüş oluşturan, tavsiye niteliğinde karar üreten etik kurulları; klinik ortamda sağlık çalışanları için, olguların çok yönlü değerlendirilmesi, önceliklerin saptanması, etik çözümlenmenin yapılabilmesinde vazgeçilmez danışma yapılarıdır”.

Heterojen üye profiline sahip olan tıbbi etik kurulların danışmanlık ve denetleme ana görevinin yanında etik açıdan sorunlu durumlarda devreye giren bir tür yargı ya da tahkim birimi (resmi yargı organları yerine, kendileri tarafından belirlenen hakemlerce çözümlendiği uyuşmazlık çözüm şekli) olan etik kurullar da eklenmiştir (Kadioğlu, 2007: 86-88). Bu etik kurulların işlevi tıp alanının farklı dallarında meydana gelen etik sorunları belirlemek, tanımlamak, incelemek ve çözüm yolları üretmektir. Bu bağlamda amaçlanan, sağlık hizmet sunucularına karşılaştıkları etik ikilemlerde, sorunlarda yardımcı olmak ve rehberlik etmektir. Karakaya ve Örs'e (2013) göre, etik kurulları tek bir isim altında toplamak doğru değildir ve bunlar: Bilimsel araştırma ve inceleme, klinik araştırma, hastane etik kurulları ve danışmanlık kurulları olarak dörde ayrılarak sınıflandırmışlardır. Her etik kurulun amacı ve işlevi farklı olduğundan yapılanmaları ve üyeleri de birbirinden farklı uzmanlıklara sahip olabilmektedir.

Amerikan menşeli olan tıbbi etik kurullar Türkiye'de 1990'ların başında Tıp Fakültelerinde belirmeye başlamış 1993'te İlaç Araştırmaları Hakkındaki Yönetmelikte etik kurul kavramı sağlık mevzuatındaki yerini almıştır. Bu yönetmelik, araştırma merkezlerinde yerel etik kurullarını, bakanlık teşkilatı içinde ise merkezi etik kurulun

kurulmasını sağlamıştır (İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 2007). İlaç araştırmalarıyla birlikte farklı tıbbi araştırmaların da denetlenmesi bu kurulların ana görevini teşkil etmiştir (Ruacan, 1994: 158; Oğuz, 1997: 169-173). Daha önceki açıklamalarda üç gruba ayrılan etik kurullarından biri olan danışmanlık etik kurulunun görevi; kurumsal bazda sağlık profesyonellerinin yaşadığı etik ikilemlerde onlara rehberlik etmek ve almak zorunda oldukları zor kararlarda manevi destek sağlamaktır. Danışmanlık etik kurulları hastane, tıp fakültesi ve meslek örgütü gibi nispeten daha kompleks ve büyük kurumların bünyesinde yer alarak sağlık çalışanını tıp etiği, hastaların sahip oldukları haklar konusunda bilgilendirip ahlaki ve etik bilinç oluşturma amacı da taşır. Çalışmalarının odak noktasını bu konular oluşturur (Kadioğlu, 2007: 86-88). Danışmanlık kurulunun varlığının bilgisi ve ulaşma yolları personele bildirilmelidir. Bu görev kurum yöneticilerine aittir. Araştırma etik kurulları ise denetleme işlevini görür. Tıbbi araştırmaların yapıldığı merkezlerdeki çalışmaların standartlara uygunluk denetimini proje aşamasından tamamlanma aşamasına kadar yapar. Standartların dışındaki çalışmalara onay vermeme ya da çalışmayı durdurma gibi yaptırım kararıyla danışmanlık etik kurullarından ayrılır (Kadioğlu, 2007: 88-90). Danışmanlık etik kurulunun yaptırım yetkisi yoktur oysa araştırma etik kurulunun sağlık hizmetlerinden sorumlu tüm aktörleri üzerinde yaptırım uygulayabilme yetkisi bulunmaktadır.

Araştırma etik kurullarının denetim işlevini gören kurullara çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Bunlardan ilki ve en önemlisi hasta ve denek haklarını korumaktır. Söz konusu çalışmaya kendi hür iradeleriyle katılma ya da katılmama ve yahut da çekilme haklarının varlığı deneklere bilgilendirme çerçevesinde vurgulanarak belirtilmesi gereken bir konudur. Ayrıca araştırmanın kimler tarafından yürütüldüğü, amacı, ihtimal dâhilindeki sakıncaları ya da yararları gibi önemli konuların da araştırmaya tabi tutulacak kişilere eksiksiz bir şekilde anlatılması gerekir (Arda, 2004: 21-36; Arda, 1994: 141-143). Denetleme görevi olan etik kurulun diğer bir sorumluluğu da sonuçlarından etkilenecek olan ve araştırmaya kaynak teşkil eden topluma karşıdır. Araştırma sonuçlarının muhakkak topluma fayda getirmesini sağlamak ve söz konusu araştırmaların kaynağının resmi veya özel teşebbüsler, destekleyiciler tarafından karşılanmasını sağlamak esastır ve bu kurulun sorumluluğundadır (Arda, 1994:141-143). Araştırma kurulunun üçüncü ve son sorumluluğu da bilim dünyasına ve

araştırmacılara karşıdır. Bilim insanlarının araştırma yaparken araştırmalarının etik olmasını, bilimsel standartlarının yksekliliğini sağlayarak, eksik, haksız imza gibi sorunların yaşanmasını önleyerek bilim dünyasına karşı sorumluluğu yerine getirir (Atıcı, 2003: 409-434; Oğuz, 1998: 67-72). Diğer ve son bir etik kurul şekli olan ve son yıllarda sıklıkla görülen disiplin kurulu veya tahkim kurum görevini üstlenen etik kurulları, sağlık meslek üyelerinin kendi aralarındaki çatışmalarda, uzlaşmazlıklarda devreye girer. Bu tip etik kurulların yaptırım yetkisi mevcuttur (Kadıoğlu, 2007: 88-90). Ancak tıp dünyasına en son giren bu kurullar tıp camiasına özgü bir uygulama değildir. Diğer resmi kurumlarda örneklerine rastlanmakta olup, Sağlık Bakanlığı kendi bünyesindeki hastanelerde bu tip uygulamaların tıbbi ortamlara ülkemiz bazında taşınmasına öncülük yapmıştır (Kadıoğlu, 2006: 275-283). Söz konusu etik kurulun işlevi yadsınamaz lde büyüktür, çünkü sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki veya kurumlar aralarındaki etiksel problemler yargı organlarına taşınmadan tabiri caizse tatlıya bağlanarak huzurlu bir çalışma ortamının oluşumuna katkı sağlar.

4. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Çalışmanın bu bölümünde alan araştırmasının yöntemi, teknikleri ve elde edilen verilerin analizi üzerinde detaylı bir şekilde durulmuştur.

4.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Diyarbakır il merkezinde bulunan kamu hastanelerindeki sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Söz konusu hastaneler şunlardır: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Diyarbakır Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. Çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin etik kurulundan, diğer hastanelerin ise yönetimlerinden gerekli yasal izinler alınmıştır. Anketin uygulandığı Ocak-Şubat/2018 tarihleri arasında Diyarbakır Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği verilerine göre; araştırma kapsamındaki kurumlarda çalışan 2810 işgören (Hemşire: 1590, ATT: 101, Ebe: 260, Sağlık Teknikeri: 85, Doktor: 682, Sağlık Memuru: 92), araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen 280 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının mesleki pozisyonları itibariyle dağılımları Tablo 3'te gösterildiği şekildedir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Pozisyonları İtibariyle Dağılımları

Mesleki Pozisyonlar	Örneklem Sayısı
Doktor	24
Hemşire	146
Ebe	24
Sağlık Memuru	16
ATT	11
Sağlık Teknikeri	25
Yardımcı Hizmetler	15
Otomasyon	6
Memur	6
Diğer	7
TOPLAM	280

4.2. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formunun birinci kısmında katılımcıların demografik niteliklerine ilişkin 14 soru yer almaktadır. İkinci kısımda ise 5’li Likert Ölçeği’ne göre hazırlanmış meslek etiği ile ilgili ölçek yer almaktadır. 24 sorudan oluşan meslek etiği ile ilgili ölçeğin hazırlanmasında öncelikle Uluslararası Hemşireler Konseyinin Etik Kodlarına uygun şekilde tasarlanan “Hemşireler İçin Etik İlkeler ve Sorumluluklardan” yararlanılmıştır. Ayrıca Limentani¹, Miller², Neuberger³, Annas⁴, Brewster⁵, Hyer⁶, Brown⁷, Philipp ve Hart⁸ çalışmalarından yararlanılmıştır. Bunlardan ilk 7 soru, meslek etiğinin zarar vermeme/ yararlılık ilkesi boyutuna; 8-16 arasındaki sorular özerklik, bireye saygı ve aydınlatılmış onam ilkesi boyutuna; 17-19 arasındaki sorular adalet ve eşitlik ilkesi boyutuna ve son 20-24 arasındaki sorular ise mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesi boyutuna ilişkindir. Anket formu öncelikle küçük bir gruba uygulanarak yüzeysel geçerliliği test edilmiştir. Deneme grubu aracılığı ile sağlanan geri besleme doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra anket örnekleme dağıtılmıştır.

4.3. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik analizi “güvenilirlik değerinin” hesaplanmasında kullanılan bir analizdir. Güvenilirlik değeri ise bir ölçme aracının tekrarlanan ölçümlerde aynı sonucu verme derecesinin göstergesidir (Ercan, Kan, 2004). Anket formunun ikinci kısmında yer alan meslek etiği ile ilgili ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılmıştır. Alfa değeri 0 ile 1 arasında değerler aldığı bu analiz sonucunun güvenilir olduğunu söyleyebilmek için alfa kat sayısının yani güvenilirlik değerinin 0,70’den büyük olması gerekir. Cronbach’s Alpha katsayısının değerlendirilmesi Tablo 4’te gösterildiği şekildedir.

¹ Alexander E Limentani, “An ethical code for everybody in health care”, **BMJ**. 1998 May 9; 316(7142): 1458.

² Saul Miller, “Three crucial limitations need to be considered”, **BMJ**. 1998 May 9; 316(7142): 1458.

³ Julia Neuberger, “Patients should help to shape such a code”, **BMJ**. 1998 May 9; 316(7142): 1458.

⁴ George J Annas, “A universal declaration of patients’ rights is a complementary approach”, **BMJ**, 1998 May 9; 316(7142): 1458

⁵ M.F Brewster, “The code should follow the moral principles of law abiding citizens”, **BMJ**. 1998 May 9; 316(7142): 1458.

⁶ Stephen Hyer, “A universal code should start with basic human rights”, **BMJ**, 1998

⁷ Craig K Brown, “The healer’s promise”, **BMJ**. 1998 May 9; 316(7142): 1458. May 9; 316(7142): 1458.

⁸ Robin Philipp, David Hart, “Hippocratic Oath translated into poetry”, **BMJ**, 1998 May 9; 316(7142): 1458.

Tablo 3: Cronbach Alfa Katsayısı Değerlendirmesi

Cronbach Alfa Katsayısı	Değerlendirme
0-0,4	Güvenilir değil
0,4-0,6	Düşük Güvenilirlik
0,6-0,8	Oldukça Güvenilir
0,8-1,0	Yüksek Güvenilirlik

Anket formunun ikinci kısmında yer alan meslek etiği ile ilgili ölçeğin güvenilirliğinin değeri yani Cronbach's Alpha katsayısı; Tablo 5'te görüleceği gibi % 96'dır. Bu değere göre araştırmada kullanılan ölçek yüksek güvenilirlik düzeyindedir.

Tablo 4: Meslek Etiği İle İlgili Ölçeğin Katsayısı

Madde Sayısı	Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı
24	0.96

5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE ANALİZİ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının verdiği cevaplar doğrultusunda demografik niteliklere ilişkin tanımlayıcı istatistiklere detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

5.1. Demografik Niteliklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri ile ilgili bulgular tablolar ile birlikte detaylı olarak aşağıda verilmiştir.

5.1.1. Katılımcıların Yaşı

Ankete cevap veren işgörenlerin yaşlarına göre dağılımı Tablo 6'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 5: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUBU	SAYI	ORAN %
18-24	42	15.0
25-35	127	45.4
36-45	89	31.8
46 ve üzeri	22	7.9
TOPLAM	280	100

Tablo 6 incelendiğinde araştırmaya katılanların %15'ni 18-24; %45,4'ünü 25-35; 31,8'ni 36-45; %7,9'unu ise 46 yaş ve üstündeki yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Büyük çoğunluğunu %45,4 oranı ile 25-35 yaş grubundaki sağlık çalışanlarından oluşturduğu görülmektedir.

5.1.2. Katılımcıların Cinsiyeti

Ankete cevap veren işgörenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 7'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

CİNSİYET	SAYI	ORAN %
Kadın	168	60
Erkek	112	40
TOPLAM	280	100

Tablo 7 incelendiğinde, araştırmaya katılanların %60'ını kadınların, %40'ını ise erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu % 60'ı yani 168 kişi ile kadınlardan oluşturduğu görülmektedir.

5.1.3. Katılımcıların Medeni Durumu

Ankete cevap veren işgörenlerin medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 8'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılım

MEDENİ DURUM	SAYI	ORAN %
Evli	198	70,71
Bekâr	82	29,28
TOPLAM	280	100

Tablo 8 incelendiğinde araştırmaya katılanların %70,71'inin evlilerin (büyük çoğunluğu), % 29,28'inin ise bekârların oluşturduğu görülmektedir.

5.1.4. Katılımcıların Eğitim Durumu

Ankete cevap veren işgörenlerin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 9'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım

EĞİTİM DURUMU	SAYI	ORAN %
Lise/Meslek Lisesi	56	20,00
Ön Lisans	49	17,50
Lisans	141	50,35
Yüksek Lisans	10	3,57
Doktora	24	9,64
TOPLAM	280	100

Tablo 9 incelendiğinde araştırmaya katılanların % 20'sinin lise ve dengi okul mezunu; % 17,5'inin ön lisans; %50,35'inin lisans; % 3,57'sinin yüksek lisans; %9,4'ünün ise doktora düzeyinde mezuniyetlerinin olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların büyük bir kısmını % 50,35 oranıyla (141 kişi) lisans mezunları oluşturmaktadır.

5.1.5. Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumu

Ankete cevap veren işgörenlerin mesleki kıdem durumlarına göre dağılımı Tablo 10'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 9: Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumlarına Göre Dağılım

MESLEKİ KIDEM DURUMU	SAYI	ORAN %
0-5 Yıl	78	27,85
6-10 Yıl	80	28,57
11-15 Yıl	57	20,35
16-20 Yıl	30	10,71
21 Yıl ve Üzeri	35	12,50
TOPLAM	280	100

Tablo 10 incelendiğinde araştırmaya katılanların %56, 42'sinin 0-10 yıl arası çalışanlardan; %31,06'sının 11-20 yıl arası çalışanlardan; %12,5'inin ise 21 yıl ve üzeri çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların büyük bir kısmının %56,42 ile yani 158 kişiyle 0-10 yıl arası çalışanlardan meydana geldiği görülmektedir.

5.1.6. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu

Ankete cevap veren işgörenlerin çalıştıkları kurumdaki kıdem durumlarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 10: Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Durumlarına Göre Dağılım

ÇALIŞILAN KURUMDAKİ KIDEM DURUMU	SAYI	ORAN %
0-5 Yıl	152	54,28
6-10 Yıl	83	29,64
11-15 Yıl	25	8,92
16-20 Yıl	11	3,92
21 Yıl ve Üzeri	8	2,85
TOPLAM	280	100

Tablo 11 incelendiğinde; katılımcıların halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumlarına göre dağılımı; % 83, 92 ile yani 235 kişi ile (büyük çoğunlukla) 0-10 yıl arasındaki çalışanlardan; %12,84 ile 11-20 yıl arasındaki çalışanlardan; % 2, 85'nin ise 21 yıl ve üzerindeki çalışanlardan oluştuğu görülmektedir.

5.1.7. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdem Durumu

Ankete cevap veren iş görenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdem durumlarına göre dağılımı Tablo 12'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 11: Katılımcıların Halen Çalıştıkları Birimdeki Durumlarına Göre Dağılım

ÇALIŞILAN BİRİMDEKİ KIDEM DURUMU	SAYI	ORAN %
0-5 Yıl	189	67,5
6-10 Yıl	56	20,0
11-15 Yıl	21	7,5
16-20 Yıl	5	1,78
21 Yıl ve Üzeri	9	3,21
TOPLAM	280	100

Tablo 12 incelendiğinde, katılımcıların halen çalıştıkları birimdeki çalışma durumlarına göre dağılımı; %87,5 (büyük çoğunluğun) ile 0-10 yıl arasındaki çalışanlardan; %9,28'inin 10-20 yıl arasındaki çalışanlardan; %3,21'inin ise 21 yıl ve üzerindeki çalışanlardan meydana geldiği görülmektedir.

5.1.8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Ankete cevap veren iş görenlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımı Tablo 13'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 12: Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılım

ÇALIŞILAN KURUM	SAYI	ORAN%
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	153	54,64
Devlet Hastanesi	124	44,28
Üniversite Hastanesi	003	01,07
TOPLAM	280	100

Tablo 13 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı; % 54,64 ile Eğitim ve Araştırma hastanesindeki çalışanlardan; % 44,28'inin Devlet Hastanesi çalışanlarından; % 1,07'sinin ise Üniversite Hastanesi çalışanlardan meydana geldiği görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun yani % 54,64 ile Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki çalışanlardan oluştuğu görülmektedir.

5.1.9. Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılımı

Ankete cevap veren işgörenlerin mesleki pozisyonlarına göre dağılımı Tablo 14'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 13: Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılım

MESLEKİ POZİSYON	SAYI	ORAN%
Doktor	24	8,57
Hemşire	146	52,14
Ebe	24	8,57
Sağlık Memuru	16	5,71
ATT	11	3,92
Sağlık Teknikeri	25	8,92
Yardımcı Hizmetler	15	5,35
Otomasyon	6	2,14
Memur	6	2,14
Diğer	7	2,50
TOPLAM	280	100

Tablo 14 incelendiğinde, katılımcıların mesleki pozisyonlarına göre dağılımı; % 8,57 ile doktorlardan, % 52, 14 ile hemşirelerden, % 8,57 ile ebelerden, % 5,71 ile sağlık memurlarından, % 3,92 ile ATT'lerden, % 8,92'sinin sağlık teknikerlerinden, % 12,13'ünün ise yardımcı sağlık hizmetleri, otomasyon, memur ve diğer sağlık çalışanlarından oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun % 52,14 ile yani 146 kişi ile hemşirelerden oluştuğu görülmektedir.

5.1.10. Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılımı

Ankete cevap veren işgörenlerin çalışma pozisyonlarına göre dağılımı Tablo 15'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 14: Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım

ÇALIŞILAN POZİSYON	SAYI	ORAN %
Serviste Sağlık Personeli	208	74,28
Birim Sorumlusu	12	4,28
Başhemşire veya Yardımcısı	7	2,50
Başhekim veya Yardımcısı	6	2,14
Diğer	47	16,78
TOPLAM	280	100

Tablo 15 incelendiğinde, katılımcıların çalışma pozisyonlarına göre dağılımı; %74,28'inin serviste sağlık personeli, % 4,28'inin birim sorumlusu, % 4,64'ünün idari personel, %16,78'inin ise diğer sağlık personeli olarak çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunu % 74, 28 ile yani 208 kişi ile servisteki sağlık personeli oluştururken, en azını ise % 4,64 ile yani 13 kişi ile idarecilerin oluşturduğu görülmektedir.

5.1.11. Katılımcıların Birimlere Göre Dağılımı

Ankete cevap veren iş görenlerin çalıştıkları birimlere göre dağılımı Tablo 16'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 15: Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılım

ÇALIŞILAN BİRİM	SAYI	ORAN %
Acil Servis	60	21,42
Poliklinik	16	5,71
Diğer Birim	45	16,07
Klinik	97	34,64
Ameliyathane	43	15,35
İdari Birim	19	6,79
TOPLAM	280	100

Tablo 16 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımı; %21,42'sinin acil serviste, %5,71'inin polikliniklerde, %16, 07'sinin diğer birimlerde,

%34,64'ünün kliniklerde, %15,35'inin ameliyathanede, %6,79'unun ise idari birimlerde çalışan sağlık personellerinden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun %34,64 ile yani 97 kişi ile kliniklerde çalışan sağlık personelinden oluştuğu görülmektedir.

5.1.12. Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılımı

Ankete cevap veren işgörenlerin istihdam şekillerine göre dağılımı Tablo 17'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 16: Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılımı

İSTİHDAM ŞEKLİ	SAYI	ORAN %
Kadrolu	211	75,35
Sözleşmeli	69	24,65
TOPLAM	280	100

Tablo 17 incelendiğinde, katılımcıların istihdam şekillerine göre dağılımı; %75,35 gibi büyük bir çoğunluğunun kadrolu olarak istihdam edilen sağlık personelinden, %24,65'inin ise sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personelinden oluştuğu görülmektedir.

5.1.13. Katılımcıların Nöbet Durumlarına Göre Dağılımı

Ankete cevap veren işgörenlerin nöbet durumlarına göre dağılımı Tablo 18'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 17: Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre Dağılımı

NÖBET TUTMA DURUMU	SAYI	ORAN%
Evet	213	76,08
Hayır	67	23,93
TOPLAM	280	100

Tablo 18 incelendiğinde, katılımcıların nöbet tutma durumlarına göre dağılımı; %76,08 gibi büyük bir kısmının nöbet tutan, %23,93'ünün ise nöbet tutmayan sağlık personelinin oluşturduğu görülmektedir.

5.1.14. Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılımı

Ankete cevap veren iş görenlerin çalıştıkları hizmet sınıflarına göre dağılımı Tablo 19'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 18: Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılımı

HİZMET SINIFI	SAYI	ORAN %
Yönetim Hizmetleri Sınıfı	12	4,28
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	235	83,93
Teknik Hizmetler	4	1,43
Yardımcı Hizmetler	29	10,36
TOPLAM	280	100

Tablo 19 incelendiğinde, katılımcıların hizmet sınıflarına göre dağılımı; %83,93 gibi büyük bir çoğunluğun sağlık hizmetleri sınıfından, %4,28'inin yönetim hizmetleri sınıfından, %10,36'sının yardımcı sağlık hizmetleri sınıfından, %1,43'ünün ise teknik hizmetlerden sınıfından oluşmaktadır.

5.2. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Alguları Arasındaki Test İstatistiği Sonuçları

Araştırma kapsamındaki iş görenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin alguları arasındaki test istatistiği sonuçları Tablo 20'de toplu bir şekilde gösterildiği gibidir.

Tablo 19: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği Sonuçları

Demografik Nitelikler	Zarar Vermeme /Yararlılık İlkesi	Özerkliğe Saygı İlkesi	Adalet/Eşitlik İlkesi	Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi
Yaş	0.082	0.066	0.144	0.177
Cinsiyet	0.288	0.301	0.752	0.235
Medeni durum	0.196	0.045	0.003	0.001
Eğitim	0.125	0.084	0.391	0.340
Meslekte toplam Hizmet	0.073	0.678	0.144	0.310
Kurumda toplam Hizmet	0.453	0.758	0.752	0.680
Birimde toplam Hizmet	0.004	0.186	0.003	0.019
Görev Yapılan Kurum	0.493	0.256	0.261	0.062
Mesleki Pozisyon	0.001	0.000	0.001	0.001
Çalışma Pozisyonu	0.000	0.000	0.000	0.000
Görev Yapılan Birim	0.002	0.032	0.094	0.017
İstihdam Şekli	0.661	0.978	0.826	0.663
Nöbet Durumu	0.794	0.718	0.002	0.006
Hizmet Sınıfı	0.002	0.001	0.004	0.000

5.2.1. Katılımcıların Yaşı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin yaşı ile en kuvvetli ilişki **mahremiyete saygı / sır saklama** ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, zarar vermeme-yararlılık ve özerkliğe saygı ilkeleri izlemektedir.

Literatüre bakıldığında, yaş ile etik tutum arasında olumlu yönde bir ilişkinin varlığına işaret edilmektedir. Dawson, Serwinek ve Fritzch'e göre yaşın kişinin etik tutumunda etkisi vardır. Longenecker ve arkadaşları, genç insanların etik konularda daha keyfi davranabildiğini ortaya koymuştur. Çobanoğlu ve arkadaşları ile Ural, yaş faktörünün etik ilkelere uygun davranışı pozitif yönde etkilediğini ve yaşça büyük olan kişilerin etiğe uygun davranma eğiliminin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.

Adkins ve Radtke, okullarda yaşça büyük öğrencilerin, daha genç olanlara göre olaylara daha etik yaklaştıklarını saptamıştır. Peterson ve arkadaşları da yaşlandıkça organizasyon yöneticilerinin daha etik davrandıklarını saptamışlardır. Serwinek yaşça büyük çalışanların etik standartlara daha sert yorumlar getirdiklerini saptamışlardır. Başka bir çalışmada Haines ve arkadaşları liseden üniversiteye doğru yaşça büyük öğrencilerin daha fazla etik yönelimli olduklarını bulmuşlardır (Özyer, Azizoğlu, 2010: 59-84)

Başak, Uzun ve Arslan tarafından yapılan bir araştırmanın bulgularına göre 40-49 yaş grubunda olan hemşirelerin etik duyarlılığı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. 20-29 yaş grubu olan hemşirelerin, çatışma ve uygulama alt boyutlarındaki etik duyarlılığın, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca oryantasyon alanında etik duyarlılığın diğer yaş gruplarına göre, 30-39 yaş grubunda daha yüksek olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 76-81)

Yaş ile “etik tutum göstergesi” sayılabilecek bazı davranışlar arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırma bulgularına göre; yaş unsuru diğer birey davranışlarında da etkili olmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalar, çocukların izledikleri reklamların etkisiyle düşüncelerine ters düşen davranışlara yönelebildiklerini göstermektedir. Örneğin seçimleri sırasında onlara anımsatılsa bile, anne-babalarının görüşlerini pek dikkate almayabiliyorlar; tercihlerinde “hoşlanma ölçütü” belirleyici oluyor ve bildikleri kuralları biraz unutmayı yeğliyorlar (Karaca, vd., 2007: 233-250)

Orta yaşlı bazı kimseler etik tutumdan bağımsız olarak kökleşmiş bazı çalışma alışkanlıklarına sahip olduklarından ve iş değiştirme imkânları azalmış olduğundan buldukları ortama ilişkin daha iyimser psikolojik iklim algıları sergilemektedirler (Eren, 1998: 216). Ancak onların bu tarz davranışları bazen etik tutum bazen de etik dışı tutum olarak tanımlanabilmektedir. Beş ayrı ülkede yürütülen çalışmalar, daha yaşlı çalışanların, daha doyumlu olduğunu göstermiştir (Davis, 1999: 100). Buna karşılık çalışanların yaşları ilerledikçe değişime daha fazla direnç gösterdikleri de ileri sürülmektedir. Bu görüşü savunanlara göre; ileri yaştaki çalışanlar yeni teknolojiyi, özellikle bilgisayar ve internet gibi araçları kullanmaya pek istekli değildirler. Ayrıca,

daha fazla hırs gerektiren, sağlıksız ve stresli ortamlara fazla dayanamamaktadırlar (Hartman, Patricson, 1997: 54) .

Diker ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Diker, vd., 2001: 79-86).

Tabloya dikkat edildiğinde katılımcıların önemli bir kısmının (%77.2) “orta yaş grubu” olarak tanımlanabilecek 25-45 yaş grubunda toplandığı görülmektedir. Bu açıdan araştırmaya katılanların yaş dağılımına bakıldığında deneyim sebebiyle uyumun artabileceği; kendine güvenin daha yüksek olabileceği; alternatif iş olanaklarının azalabileceği ve bu nedenle de bu yaş dağılımının etik ilkelere uyum açısından bir avantaj olduğu söylenebilir.

5.2.2. Katılımcıların Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin cinsiyeti ile en kuvvetli ilişki adalet ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla, özerkliğe saygı, zarar vermeme ve aydınlatılmış onama ilkeleri izlemektedir.

Cinsiyet, etik tutumla ilgili araştırmalarda en çok kullanılan demografik değişkendir. Servined, cinsiyetin etik tutumlar üzerinde etkisi olmadığını söylemiş, Whipple ve Swards bazı durumlarda kadınları, Fritzsche ise erkekleri daha etik düşünceye sahip bulmuştur. Aker’in yapmış olduğu bir çalışmada, aynı eğitimi almış erkek ve kız öğrenciler arasında farklı etik tutumlar belirlenmiştir. Poorsoltan ve arkadaşları, Borkowski ve Ugras, Ruegger ve King, Galbraith ve Stephenson, Ameen ve arkadaşları, Knotts ve arkadaşları, Adkins ve Radtke, Rawwas, Serwinek, West ve arkadaşları gibi yazarlar, çalışmalarını sonucunda kadınların erkeklere göre etik tutumunun çok daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Cohen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada cinsiyetin etik karar alma sürecinde önemli bir etken olduğunu, kadınların erkeklere göre etik konularda çok daha duyarlı davrandığını saptamışlardır. Buna göre kadınlar erkeklere göre deontolojik açıdan çok daha hassas çıkmışlardır. Yani etik olarak sorgulanabilecek davranışları kadınlar erkeklere göre daha az

onaylamaktadırlar. Uzel'e göre ahlaki konularda alınan kararlarda kadınlar "toplum - merkezli", erkekler "ben - merkezli" yaklaşımlarda bulunmaktadırlar (Özyer, Azizoğlu, 2010: 66).

Tabloya dikkat edildiğinde katılımcıların çoğunluğunu (%60) kadınların oluşturduğu görülmektedir. "Cinsiyet modeline" göre katılımcıların çoğunluğunun kadınlardan oluşması nedeniyle iş görenler arasında ev ve aile ile ilgili sorumlulukların çalıştıkları örgütün değer ve amaçlarından daha üstün görülmesi gibi bir riskin varlığı ileri sürülebilir. "İş modeli" yaklaşımına göre ise birey davranışları açısından kadın ve erkek arasında cinsiyet kaynaklı bir farkın oluşmayacağı söylenebilir. Araştırma kapsamındaki iş görenlerin cinsiyetleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmaması "İş modeli" yaklaşımı ile örtüşmektedir.

5.2.3. Katılımcıların Medeni Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında özerkliğe saygı, adalet ve mahremiyete saygı ilkeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin medeni durumları ile meslek etiğinin zarar vermeme ilkesi arasında da istatistik açıdan anlamlı olmasa da 0.19 oranında bir ilişki bulunmaktadır. Başak, Uzun ve Arslan tarafından yapılan bir araştırmada da yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumuna göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, vd., 78).

5.2.4. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin eğitim düzeyi ile en kuvvetli ilişki adalet ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla mahremiyete saygı, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri izlemektedir.

Başak, Uzun, ve Arslan tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre hemşirelerin büyük bir kısmı (%78.9) etik konusundaki bilgilerini hemşirelik eğitimi

sırasında kazandığını belirtirken, hemşirelerin yarısı (%51.7), mezuniyet sonrasında etik konusunda eğitim almadığını bildirmişlerdir. Yine bu araştırma bulgularına göre yoğun bakım hemşirelerinin öğrenim durumu, mezuniyet öncesi ve sonrası etik konusunda eğitim alma durumlarına göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 77-78).

Eğitimin, etik bakış açısına etkilerini belirleyen araştırma bulguları farklılık göstermektedir. Bazı araştırmalar, etik tutum ile biçimsel öğretim arasında zayıf bir ilişki bulurken bazıları kuvvetli bir ilişki bulmuşlardır. Ferrell ve Gresham ve Hunt ve Vitell bireyin eylemlerinde belirleyici rol oynayan en önemli etkenin, kişinin etik görüşü olduğunu ve bunun da hem çalışma yaşamından hem de üniversite eğitiminden daha önce belirlendiği savunmuşlardır. Ayrıca Servineck öğretim ve etiksel algılama arasında kuvvetli bir ilişki bulamamış ve bunun nedenini işletme topluluğunda herkesin öğretim düzeyinin genel nüfusa oranla daha homojen olmasına bağlamıştır (Özyer, Azizoğlu, 2010: 67).

5.2.5. Katılımcıların Mesleki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin mesleki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki özerkliğe saygı ilkesiyedir. Bu ilkeyi sırasıyla mahremiyete saygı, adalet ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir. Tülay Başak, Şenay Uzun, Filiz Arslan tarafından yapılan araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 78).

5.2.6. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki

özerkliğe saygı ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, mahremiyete saygı ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir.

Yapılan bir alan araştırmasında uzun süre aynı örgütte çalışmanın işgörenin etik tutum olan örgütsel bağlılık seviyesini arttırdığı görüşüne yer verilmiştir. İşgörenin sadece etik tutum gereği değil de örgüte yatırımının ve örgütten elde edilecek kazanç ihtimalinin artmış olması nedeniyle de, örgüte bağlılığın arttığı söylenebilir. Mathieu ve Zajac örgütte çalışılan sürenin artması ile örgütsel normların daha fazla içselleştirildiğini, örgüte psikolojik yakınlığın daha da arttığını ifade etmişlerdir (İnce, Gül, 2005: 66-67).

5.2.7. Katılımcıların Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdem Durumu İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında adalet, zarar vermeme ve mahremiyete saygı ilkeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdem durumları ile meslek etiğinin özerkliğe saygı ilkesi arasında da istatistik açıdan anlamlı olmasa da 0.186 oranında bir ilişki bulunmaktadır.

Çalışılan kurumdaki kıdem durumu ile etik tutum arasındaki ilişkiye yönelik araştırma bulguları ve saptamalar aynı birimdeki kıdem durumu ile etik tutum arasındaki ilişki için de beklenebilir. Ancak bulgulara bakıldığında iş görenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumu ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken çalıştıkları birimdeki kıdem durumları ile meslek etiğinin üç boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

5.2.8. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılım İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki zarar vermeme ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, özerkliğe saygı, mahremiyete saygı

ilkeleri izlemektedir. İşgörenlerin çalıştıkları kurum özellikle mevzuat konusunda gösterdiği farklılık açısından önem taşımaktadır.

TEDMER'İN “Etik Barometre Araştırma Sonuçlarına” göre “etik konusunda en fazla yol alması gereken sektörler” arasında “kamu ve sağlık sektörü” yer almaktadır. Araştırmanın yapıldığı kurumların kamuya ait sağlık kurumları olduğu dikkate alındığında TEDMER'İN “Etik Barometre Araştırma Sonuçları” oldukça manidardır.

5.2.9. Katılımcıların Mesleki Pozisyonlarına Göre Dağılım İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında her dört ilke ile de istatistiksel açıdan anlamlı ve çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki kurumlarda genel kamu mevzuatının yanı sıra bir de kurumlara özgü mevzuat işlemektedir. Ayrıca sağlık sektörünün doğası gereği bir de sağlık mesleği ile ilgili etik ilkeler söz konusudur. Ancak tüm bu kural ve ilkeler uyum konusunda bireylerin kişilik özellikleri kadar mensubu oldukları meslekler de etkili olabilmektedir.

Mesleğin öncelikle ferdin ve ailesinin sosyal statüsünü ve gelir seviyesini etkilediği; bundan başka meslek ferdin günün büyük bir kısmını kimlerle ve nasıl geçireceğini belirlediği görülmektedir. Bütün bu öncelikle görülebilen etkilerden başka meslek faktörü bireyin ruhî ve fizikî yönden sağlığını da etkilemektedir. Pek göze çarpmayan bir tarzda yavaş yavaş fikirleri, değerleri, ölçüleri ve davranışları değiştirir. Çağdaş sosyologlardan Sorokin'e göre mesleğin bireylere ayırt edici özellikler kazandırması iki aşamada meydana gelir. İlk safhada, her meslek kendi üyesini seçer. Bu durum ekseriya kaliteli eleman gerektiren meslekler için doğrudur. Güzel sesli olmayan kişiler, şarkıcı olamayacakları gibi, zayıflar da ağır siklet şampiyonu olamazlar. İkinci safhada, devamlı meslekî faaliyet üyelerinin vücut yapılarına, zihnine ve davranışlarına şekil verir. Meslekî faaliyetin bu değiştirme etkisi «görev organı yaratır» ilkesinde yatmaktadır (Eke, 1987: 378-379).

5.2.10. Katılımcıların Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalışma pozisyonları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında her dört

ilke ile de istatistiksel açıdan aynı derecede anlamlı çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları konusunda bir önceki maddede yapılan açıklama çalışma pozisyonları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki ilişki için de geçerlidir.

5.2.11. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birim ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında, özerkliğe saygı, zarar vermeme ve mahremiyete saygı ilkeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları birim ile meslek etiğinin adalet ilkesi arasında da istatistik açıdan anlamlı olmasa da 0.09 oranında bir ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki kurumlarda yukarıda bahsedildiği gibi genel kamu mevzuatının yanı sıra bir de kurumlara özgü mevzuat işlemektedir. Sağlık sektörünün doğası gereği sağlık mesleği ile ilgili etik ilkelerin yanı sıra iş görenlerin çalıştıkları birimin de kendine özgü koşulları ve yazılı ya da sözlü kuralları olmaktadır.

5.2.12. Katılımcıların İstihdam Şekillerine Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki istihdam şekilleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki istihdam şekilleri ile en kuvvetli ilişki özerkliğe saygı ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, mahremiyete saygı ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir. Araştırma kapsamındaki iş görenlerin istihdam şekilleri onların istihdam güvenceleri açısından farklılık oluşturmaktadır.

İstihdam güvencesi geçimini emeği ile sağlayan iş göreni işten çıkarılmaya karşı koruyan önlemlerin tümünü kapsamaktadır. Anca k bu güvence mutlak değildir. Zaten aşırı derecede genişletilmiş bir istihdam güvencesi halen bir işte çalışmakta olanlara sosyal bakımdan ayrıcalıklı bir durum yaratmaktadır. Bu nedenle belirli işlere sahip kişiler, bu mevkilere aday olan kimselerin mesleğe girmelerini engelleyebilmekte; birçok işsiz yeniden işe yerleşme şansını bu nedenle yitirmekte ve daha kabiliyetli kişilerin yükselmesini engellenmektedir (Kutal, 2018).

5.2.13. Katılımcıların Nöbet Durumlarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Alguları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin alguları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında, adalet ilkesi ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin nöbet durumları ile meslek etiğinin özerkliğe saygı, zarar vermeme ve mahremiyete saygı ilkeleri ile arasında istatistik açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan alan çalışmalarında iş yükünün artması ve dinlenme süreçlerinin iyi düzenlenmemesi gibi koşulların hemşirelerin çalışma hayatında sorunlara neden olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaşadığı sorunlardan biri sürekli ayakta durmaya bağlı bel ağrısının görülmesidir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, hemşirelerin bel problemi yaşama düzeyinin ağır fiziksel çalışma koşullarının olduğu iş kollarına göre sık görüldüğü tespit edilmiştir (Yazıcı, Kalaycı, 2015: 379-383).

5.2.14. Katılımcıların Hizmet Sınıflarına Göre Dağılımı İle Meslek Etiğinin Boyutlarına İlişkin Alguları Arasındaki Test İstatistiği

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin alguları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında her dört ilke ile de istatistiksel açıdan anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

5.3. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Etik İlkeler Boyutuna İlişkin Alt Hipotezlerin Sonuçları

Aşağıda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik nitelikleri ile sağlık etiği ilkeleri arasındaki ilişkiye yönelik analizlere detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

5.3.1. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Adalet Boyutuna İlişkin Alguları Arasındaki Test Sonuçları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik niteliklerinin her birisi ile adalet boyutuna ilişkin algularına ilişkin alt hipotezler aşağıdaki şekilde olup; bu hipotezlere ilişkin test sonuçları da Tablo 21’de gösterildiği gibidir:

Ho1: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile adalet boyutuna ilişkin alguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho2: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile adalet boyutuna ilişkin alguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho3: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho4: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho5: Araştırma kapsamındaki iş görenlerin mesleki deneyimleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho6: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin kurumlarındaki deneyimleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho7: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin birimlerindeki deneyimleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho8: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları kurum ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho9: Araştırma kapsamındaki iş görenlerin mesleki pozisyonları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho10: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho11: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları birim ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho12: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho13: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho14: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 20: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Adalet Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Demografik Nitelikler	Adalet İlkesi Boyutu
Yaş	0.144
Cinsiyet	0.752
Medeni Durum	0.003
Eğitim Düzeyi	0.391
Mesleki Kıdem Durumu	0.144
Halen Çalışılan Kurumdaki Kıdem	0.752
Halen Çalışılan Birimdeki Kıdem	0.003
Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı	0.261
Mesleki Pozisyonlara Göre Dağılım	0.001
Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım	0.000
Çalışılan Birimlere Göre Dağılım	0.094
İstihdam Şekillerine Göre Dağılım	0.826
Nöbet Durumlarına Göre Dağılım	0.002
Hizmet Sınıflarına Göre Dağılım	0.004

Tablo 21’de verilen bulguların analizleri aşağıdaki şekildedir:

- **İşgörenlerin Yaşları İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p(0.144) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin yaşları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin yaşları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Cinsiyetleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.752) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin cinsiyetleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin cinsiyetleri çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Medeni Durumları İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.003) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin medeni durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin medeni durumları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Eğitim Düzeyleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.391) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin eğitim düzeyleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin eğitim düzeyleri çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Mesleki Kıdemleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.144) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin mesleki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdemleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.752) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdemleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.003) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin

H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Kurumlar İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.261) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları kurumlar adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.001) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin mesleki pozisyonları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki pozisyonları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Pozisyon İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.003) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile adalet boyutuna*

ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları pozisyon kurumlarındaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.094) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin çalıştıkları birim ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.*
- **İşgörenlerin İstihdam Şekilleri İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.826) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin istihdam şekilleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin istihdam şekilleri kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.*
- **İşgörenlerin Nöbet Durumları İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.002) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin nöbet durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları*

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin nöbet durumları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Hizmet Sınıfları İle Adalet İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan p (0.004) < 0,05 çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin hizmet sınıfları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin hizmet sınıfları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.*

5.3.2. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Niteliklerinin her birisi İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algılarına ilişkin alt hipotezler aşağıdaki şekilde olup; bu hipotezlere ilişkin test sonuçları da Tablo 22’de gösterildiği gibidir:

Ho1: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho2: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho3: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho4: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho5: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki deneyimleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho6: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin kurumlarındaki deneyimleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho7: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin birimlerindeki deneyimleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho8: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları kurum ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho9: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin mesleki pozisyonları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho10: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin çalıştıkları pozisyon ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho11: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin görev yaptıkları birim ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho12: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin istihdam şekilleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho13: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin nöbet durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho14: Araştırma kapsamındaki işgörendenlerin hizmet sınıfları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.



Tablo 21: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Demografik Nitelikler	Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutu
Yaş	0.066
Cinsiyet	0.301
Medeni Durum	0.045
Eğitim Durumu	0.084
Mesleki Kıdem Durumu	0.678
Halen Çalışılan Kurumdaki Kıdem	0.758
Halen Çalışılan Birimdeki Kıdem	0.186
Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı	0.256
Mesleki Pozisyonlara Göre Dağılım	0.000
Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım	0.000
Çalışılan Birimlere Göre Dağılım	0.032
İstihdam Şekillerine Göre Dağılım	0.978
Nöbet Durumlarına Göre Dağılım	0.718
Hizmet Sınıflarına Göre Dağılım	0.001

Tablo 22’de verilen bulguların analizleri aşağıdaki şekildedir:

- **İşgörenlerin Yaşları İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p(0.066) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin yaşları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin yaşları çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Cinsiyetleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin

cinsiyetleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.301) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin cinsiyetleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin cinsiyetleri çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Medeni Durumları İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.045) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin medeni durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin medeni durumları çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Eğitim Düzeyleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.084) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin eğitim düzeyleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin eğitim düzeyleri çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Mesleki Kıdemleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95

güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.678) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin mesleki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdemleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.758) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdemleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.186) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Kurumlar İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile özerkliğe saygı boyutuna

ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.256) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları kurumlar özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.000) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin mesleki pozisyonları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki pozisyonları çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Pozisyon İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.000) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları pozisyon kurumlarındaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven

düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan p (0.032) $< 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları birim ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin İstihdam Şekilleri İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan p (0.978) $> 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin istihdam şekilleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Nöbet Durumları İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan p (0.718) $> 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin nöbet durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin nöbet durumları çalıştıkları kurumdaki adalet ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Hizmet Sınıfları İle Özerkliğe Saygı İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan p (0.001)

$< 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin hizmet sınıfları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin hizmet sınıfları çalıştıkları kurumdaki özerkliğe saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

5.3.3. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik niteliklerinin her birisi ile zarar vermeme ilkesi boyutuna ilişkin algılarına ilişkin alt hipotezler aşağıdaki şekilde olup; bu hipotezlere ilişkin test sonuçları da Tablo 23’te gösterildiği gibidir.

Ho1: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho2: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho3: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho4: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho5: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki deneyimleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho6: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin kurumlarındaki deneyimleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho7: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin birimlerindeki deneyimleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho8: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları kurum ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho9: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho10: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho11: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları birim ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho12: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho13: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho14: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 22: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Zarar Vermeme İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Demografik Nitelikler	Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutu
Yaş	0.082
Cinsiyet	0.288
Medeni Durum	0.196
Eğitim Durumu	0.125
Mesleki Kıdem Durumu	0.073
Halen Çalışılan Kurumdaki Kıdem	0.453
Halen Çalışılan Birimdeki Kıdem	0.004
Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı	0.493
Mesleki Pozisyonlara Göre Dağılım	0.001
Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım	0.000
Çalışılan Birimlere Göre Dağılım	0.002
İstihdam Şekillerine Göre Dağılım	0.661
Nöbet Durumlarına Göre Dağılım	0.794
Hizmet Sınıflarına Göre Dağılım	0.002

Tablo 23’te verilen bulguların analizleri aşağıdaki şekildedir:

- **İşgörenlerin Yaşları İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p(0.082) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin yaşları ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin yaşları çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Cinsiyetleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.288) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin cinsiyetleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin cinsiyetleri çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Medeni Durumları İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.196) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin medeni durumları ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin medeni durumları çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Eğitim Düzeyleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.125) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin eğitim düzeyleri ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin eğitim düzeyleri

çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Mesleki Kıdemleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.073) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin mesleki kıdemleri ile zarar vermeme / yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdemleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.453) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdemleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.004)$

$< 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kademeleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kademeleri çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Kurumlar İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.493) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları kurumlar zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.001) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin mesleki pozisyonları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki pozisyonları çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Pozisyon İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.000) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin çalıştıkları

pozisyon ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları pozisyon kurumlarındaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.002) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin çalıştıkları birim ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin İstihdam Şekilleri İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.661) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin istihdam şekilleri ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Nöbet Durumları İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.794) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç

gereği “işgörenlerin nöbet durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin nöbet durumları çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Hizmet Sınıfları İle Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.002) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin hizmet sınıfları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin hizmet sınıfları çalıştıkları kurumdaki zarar vermeme ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

5.3.4. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Mahremiyete Saygı / Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test Sonuçları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik niteliklerinin her birisi ile mahremiyete saygı / sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algılarına ilişkin alt hipotezler aşağıdaki şekilde olup; bu hipotezlere ilişkin test sonuçları da Tablo 24’te gösterildiği gibidir.

Ho1: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho2: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho3: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho4: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho5: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki deneyimleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi onama boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho6: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin kurumlarındaki deneyimleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho7: Araştırma kapsamındaki iş görenlerin birimlerindeki deneyimleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho8: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları kurum ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho9: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho10: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho11: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin görev yaptıkları birim ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho12: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho13: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ho14: Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 23: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Demografik Nitelikleri İle Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki

Demografik Nitelikler	Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi
Yaş	0.177
Cinsiyet	0.235
Medeni Durum	0.001
Eğitim Durumu	0.340
Mesleki Kıdem Durumu	0.310
Halen Çalışılan Kurumdaki Kıdem	0.680
Halen Çalışılan Birimdeki Kıdem	0.019
Çalışılan Kurumlara Göre Dağılımı	0.062
Mesleki Pozisyonlara Göre Dağılım	0.001
Çalışma Pozisyonlarına Göre Dağılım	0.000
Çalışılan Birimlere Göre Dağılım	0.017
İstihdam Şekillerine Göre Dağılım	0.663
Nöbet Durumlarına Göre Dağılım	0.006
Hizmet Sınıflarına Göre Dağılım	0.000

Tablo 24’te verilen bulguların analizleri aşağıdaki şekildedir:

- **İşgörenlerin Yaşları İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile mahremiyete saygı ilkesine ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p(0.177) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin yaşları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin yaşları çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Cinsiyetleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile mahremiyete saygı ilkesine ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.235) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin cinsiyetleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin cinsiyetleri çalıştıkları kurumdaki aydınlatılmış onama ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Medeni Durumları İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.001) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin medeni durumları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin medeni durumları çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Eğitim Düzeyleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile mahremiyete saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.340) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin eğitim düzeyleri ile aydınlatılmış onama boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin eğitim düzeyleri çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.

- **İşgörenlerin Mesleki Kıdemleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.310) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin mesleki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Kurumdaki Kıdemleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.680) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına”* ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Halen Çalıştıkları Birimdeki Kıdemleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.019) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında*

istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Kurumlar İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.062) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları kurumlar mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.001) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği *“işgörenlerin mesleki pozisyonları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin mesleki pozisyonları çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesi ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin Çalıştıkları Pozisyon İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA

Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.000) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları pozisyon kurumlarındaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.017) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin çalıştıkları birim ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.
- **İşgörenlerin İstihdam Şekilleri İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.663) > 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “*işgörenlerin istihdam şekilleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına*” ilişkin H_0 hipotezi kabul edilir. Dolayısıyla işgörenlerin çalıştıkları birim çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilememektedir.
- **İşgörenlerin Nöbet Durumları İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile mahremiyete saygı ilkesi

boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.006) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin nöbet durumları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin nöbet durumları çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesi ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

- **İşgörenlerin Hizmet Sınıfları İle Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama Boyutuna İlişkin Algıları Arasındaki Test İstatistiğinin Analizi:** Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çünkü % 95 güven düzeyinde yapılan ANOVA Testi sonucuna göre anlamlılık değeri olan $p (0.000) < 0,05$ çıkmıştır. Bu sonuç gereği “işgörenlerin hizmet sınıfları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığına” ilişkin H_0 hipotezi ret edilir. Dolayısıyla işgörenlerin hizmet sınıfları çalıştıkları kurumdaki mahremiyete saygı ilkesinin varlığına ilişkin algılarını etkilemektedir.

5.4. Çapraz Tablo Analizleri

Araştırma kapsamındaki iş görenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları aşağıda gösterildiği şekildedir.

5.4.1. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Yaşı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki iş görenlerin yaşı ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 25’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 24: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Yaşı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Sınıf Aralıkları	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/Yararlılık İlkesi	18-24	42	4.06
	25-35	127	3.63
	36-45	89	3.71
	46 ve üzeri	22	3.48
Özerkliğe Saygı İlkesi	18-24	42	4.23
	25-35	127	3.94
	36-45	89	4.04
	46 ve üzeri	22	3.58
Adalet ve Eşitlik İlkesi	18-24	42	4.23
	25-35	127	3.97
	36-45	89	4.18
	46 ve üzeri	22	3.69
Mahremiyete Saygı / Sır Saklama İlkesi	18-24	42	4.34
	25-35	127	4.07
	36-45	89	4.21
	46 ve üzeri	22	3.80

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşı ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; 18-24 yaş grubundaki 42 kişinin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4.06; 25-35 yaş grubundaki 127 kişinin ise 5 üzerinden 3.63 olduğu görülmektedir. 36-45 yaş grubundaki 89 kişinin zarar vermeme ilkesine ilişkin aritmetik ortalaması 3.71 iken; 46 ve üzeri yaş grubundaki 22 kişinin aritmetik ortalaması ise 3.48’dür. Bu sonuçlara göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 18-24 yaş grubundaki işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 25’teki veriler irdelendiğinde; 18-24 yaş grubundaki 42 kişinin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4.23; 25-35 yaş grubundaki 127 kişinin ise 3.94 olduğu görülmektedir. 36-45 yaş grubundaki 89 kişinin özerkliğe

saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalaması 5 üzerinden 4.04 iken; 46 ve üzeri yaş grubundaki 22 kişinin ise 3.58'dir. Bu sonuçlara göre de özerkliğe saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 18-24 yaş grubundaki iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşı ile adalet boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; 18-24 yaş grubundaki 42 kişinin adalet ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4.23; 25-35 yaş grubundaki 127 kişinin ise 3.97 olduğu görülmektedir. 36-45 yaş grubundaki 89 kişinin adalet ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalaması 3.18 iken; 46 ve üzeri yaş grubundaki 22 kişinin ise 3.69'dur. Bu sonuçlara göre de yine adalet ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 18-24 yaş grubundaki iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 25'deki veriler irdelendiğinde; 18-24 yaş grubundaki 42 kişinin mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4.34; 25-35 yaş grubundaki 127 kişinin ise 4.07 olduğu görülmektedir. 36-45 yaş grubundaki 89 kişinin aydınlatılmış onama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalaması 5 üzerinden 4.21 iken; 46 ve üzeri yaş grubundaki 22 kişinin ise 3.80'dir. Bu sonuçlara göre mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının da 18-24 yaş grubundaki iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.2. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyeti ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 26'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 25: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Cinsiyeti İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Cinsiyet	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Kadın	168	3,728
	Erkek	112	3,6849
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Kadın	168	4,0499
	Erkek	112	3,9097
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Kadın	168	4,1377
	Erkek	112	3,9286
Mahremiyete Saygı /Sır Saklama İlkesi	Kadın	168	4,109
	Erkek	112	4,1732

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyeti ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; 168 olan kadın sayısının zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,728; 112 olan erkek sayısının 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6849 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının kadın işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 26’daki veriler irdelendiğinde; 168 olan kadın sayısının özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4,0499; 112 olan erkek sayısının özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 3,9097 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının kadın iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyeti ile adalet ve eşitlik boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; kadın iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,13, erkek iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 3,92 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre de yine adalet ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 26'daki veriler irdelendiğinde; kadın iş görenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,10, erkek iş görenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4,17 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre ise; mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının erkek iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.3. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Medeni Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyeti ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 27'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 26: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Medeni Durumu İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Medeni Durum	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Evli	198	3,6126
	Bekâr	82	3,9506
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Evli	198	3,8793
	Bekâr	82	4,2730
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Evli	198	3,9242
	Bekâr	82	4,3704
Mahremiyete Saygı /Sır Saklama İlkesi	Evli	198	4,0293
	Bekâr	82	4,3926

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumu ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; evlilerin (198 kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,612; bekârların (82 kişi) 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,950 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının bekâr iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 27'deki veriler irdelendiğinde; evlilerin (198 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 3,879; bekârların (82 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının ise 4,273 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının bekâr iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumu ile adalet ve eşitlik boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; evli (198 kişi) iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,924, bekâr (82 kişi) iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4,370 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre de yine adalet ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının bekâr işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 27'deki veriler irdelendiğinde; evli (198 kişi) işgörenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,029 bekâr (82 kişi) iş görenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4,392 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre de yine mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının bekâr iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.4. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Nöbet Tutma Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet tutma ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 28'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 27: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Nöbet Tutmaları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Nöbet Tutma Durumu	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Evet	213	3,7378
	Hayır	67	3,6732
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Evet	213	4,0469
	Hayır	67	3,8771
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Evet	213	4,1862
	Hayır	67	3,6768
Mahremiyete Saygı /Sır Saklama İlkesi	Evet	213	4,2376
	Hayır	67	3,8515

Tablo 28'deki veriler irdelendiğinde; nöbet tutanların (213 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 4,046; nöbet tutmayanların (67 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının ise 3,877 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının nöbet tutan iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet tutma durumları ile adalet ve eşitlik boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; nöbet tutan (213 kişi) iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,186, nöbet tutmayan (67 kişi) iş görenlerin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 3,676 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre de yine adalet ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının nöbet tutan iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 28'deki veriler irdelendiğinde; nöbet tutan (213 kişi) işgörenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,237, nöbet tutmayan (67 kişi) iş görenlerin mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine ilişkin tercihlerinin aritmetik ortalamasının 3,851 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre de yine mahremiyete saygı /sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının nöbet tutan iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.5. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 29’da gösterildiği şekildedir.

Tablo 28: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birim İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Çalışılan Birim	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Acil Servis	60	3,5190
	Poliklinik	16	3,5357
	Diğer Birim	45	3,5429
	Klinik	97	3,6392
	Ameliyathane	43	4,1395
	İdari Birim	19	4,3158
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Acil Servis	60	3,8333
	Poliklinik	45	3,8420
	Diğer Birim	16	3,8958
	Klinik	97	3,9485
	Ameliyathane	43	4,3514
	İdari Birim	19	4,4152
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Acil Servis	60	3,9278
	Poliklinik	16	4,2708
	Diğer Birim	45	3,8963
	Klinik	97	3,9622
	Ameliyathane	43	4,4419
	İdari Birim	19	4,2807
Mahremiyete Saygı /Sır Saklama İlkesi	Acil Servis	60	4,0367
	Poliklinik	16	4,0375
	Diğer Birim	45	3,9689
	Klinik	97	4,0289
	Ameliyathane	43	4,5860
	İdari Birim	19	4,4842

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; acil serviste çalışanların (60 kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5190; poliklinikte çalışanların (45kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8420; diğer birimlerde çalışanların (45 kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8963; ameliyathanede çalışanların (43kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1395; idari birimlerde çalışanların (19 kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4152; kliniklerde çalışanların (97 kişi) zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9485 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının idari birimlerde görev alan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 29’daki veriler irdelendiğinde; acil serviste çalışanların (60 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8333; poliklinikte çalışanların (45 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8420; diğer birimlerde çalışanların (45 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8963; ameliyathanede çalışanların (43 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1395; idari birimlerde çalışanların (19 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4152; kliniklerde çalışanların (97 kişi) özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9485 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının idari birimlerde görev alan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 29’daki veriler incelendiğinde; acil serviste çalışanların (60 kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5

üzerinden 3, 9278; poliklinikte çalışanların (45 kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2708; diğer birimlerde çalışanların (45 kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8963; ameliyathanede çalışanların (43kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4419; idari birimlerde çalışanların (19 kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4152; kliniklerde çalışanların (97 kişi) adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 9622 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının ameliyathanede çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 29’daki veriler incelendiğinde; acil serviste çalışanların (60 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0375; poliklinikte çalışanların (45 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9689; diğer birimlerde çalışanların (45 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0289; ameliyathanede çalışanların (43 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,5860; idari birimlerde çalışanların (19 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4842; kliniklerde çalışanların (97 kişi) mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0289 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine ameliyathanede çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.6. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Eğitim Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları İle meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 30'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 29: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Eğitim Durumları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Eğitim Durumu	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Lise/Meslek Lisesi	56	3,4923
	Ön Lisans	49	3,8805
	Lisans	148	3,838
	Doktora	27	3,4974
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Lise/Meslek Lisesi	56	3,7262
	Ön Lisans	49	4,0975
	Lisans	148	4,0923
	Doktora	27	3,8560
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Lise/Meslek Lisesi	56	3,8452
	Ön Lisans	49	4,0952
	Lisans	148	4,1351
	Doktora	27	4,0000
Mahremiyete Saygı /Sır Saklama İlkesi	Lise/Meslek Lisesi	56	3,9429
	Ön Lisans	49	4,1838
	Lisans	148	4,2694
	Doktora	27	4,0519

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; lise / meslek lisesi mezunu olan 56 kişinin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 4923; ön lisans mezunu olan 49 kişinin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden

3,8805; lisans mezunu olan 148 çalışanın zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7838; doktorası olan 27 çalışanın zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4974 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının ön lisans mezunu olan iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 30'daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin eğitim durumları ile özerkliğe saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; lise / meslek lisesi mezunu olan 56 kişinin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7262; ön lisans mezunu olan 49 kişinin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0975; lisans mezunu olan 148 çalışanın özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0923; doktorası olan 27 çalışanın özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8560 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerkliğe saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının ön lisans mezunu olan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 30'daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin eğitim durumları ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; lise / meslek lisesi mezunu olan 56 kişinin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8452; ön lisans mezunu olan 49 kişinin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0952; lisans mezunu olan 148 çalışanın adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1351; doktorası olan 27 çalışanın adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0000 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının lisans mezunu olan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile mahremiyete saygı / sır saklama boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; lise / meslek lisesi mezunu olan 56 kişinin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert

ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 9429; ön lisans mezunu olan 49 kişinin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1838; lisans mezunu olan 148 çalışanın mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2694; doktorası olan 27 çalışanın mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0519 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine lisans mezunu olan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.7. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Kurum İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurum ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 31'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 30: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Kurum İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Çalışılan Kurum	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	153	3,6667
	Devlet Hastanesi	124	3,7846
	Üniversite Hastanesi	3	3,2857
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	153	3,9121
	Devlet Hastanesi	124	4,0932
	Üniversite Hastanesi	3	4,3704
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	153	3,9673
	Devlet Hastanesi	124	4,1559
	Üniversite Hastanesi	3	4,8000
Mahremiyete Saygı/ Sır Saklama İlkesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	153	4,0170
	Devlet Hastanesi	124	4,2710
	Üniversite Hastanesi	3	4,8000

Tablo 31'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin çalıştıkları kurum ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 153 iş görenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6667; Devlet hastanesinde çalışan 124 iş görenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7846; Üniversite hastanesinde çalışan 3 iş görenin Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,2857 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının Devlet Hastanesinde çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 31'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin çalıştıkları kurum ile özerkliğe saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 153 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9121; Devlet hastanesinde çalışan 124 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0932; Üniversite hastanesinde çalışan 3 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3704 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerkliğe saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının Üniversite Hastanesinde çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurum ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 153 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9673; Devlet hastanesinde çalışan 124 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1559; Üniversite hastanesinde çalışan 3 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,8000 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının Üniversite Hastanesinde çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurum ile mahremiyete saygı / sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; Eğitim ve

Araştırma Hastanesinde görev yapan 153 işgörenin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0170; Devlet hastanesinde çalışan 124 işgörenin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4, 2710; Üniversite hastanesinde çalışan 3 işgörenin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,8000 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre mahremiyete saygı / sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine Üniversite Hastanesinde çalışan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.8. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Hizmet Sınıfı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfı İle meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 32’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 31: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Hizmet Sınıfı İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Eğitim Durumu	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Teknik Hizmetler	4	2,7500
	Yardımcı Hizmetler	29	3,1724
	Yönetim Hizmetleri Sınıfı	12	3,4048
	Sağlık Hizmetleri Sınıfı	235	3,8140
Özerklik / Bireye Saygı İlkesi	Teknik Hizmetler	4	3,2778
	Yardımcı Hizmetler	29	3,4253
	Yönetim Hizmetleri Sınıfı	12	3,6759
	Sağlık Hizmetleri Sınıfı	235	4,0965
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Teknik Hizmetler	29	3,4828
	Yardımcı Hizmetler	12	3,5278
	Yönetim Hizmetleri Sınıfı	4	3,9167
	Sağlık Hizmetleri Sınıfı	235	4,1574
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	Teknik Hizmetler	4	2,9500
	Yardımcı Hizmetler	12	3,5833
	Yönetim Hizmetleri Sınıfı	29	3,6345
	Sağlık Hizmetleri Sınıfı	235	4,2485

Tablo 32'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin hizmet sınıfı ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; teknik hizmetler sınıfında görev yapan 4 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,7500; yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan 29 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,1724; yönetim hizmetleri sınıfında görev yapan 12 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4048; sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan 235 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8140 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfı ile özerkliğe saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; teknik hizmetler sınıfında görev yapan 4 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,2778; yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan 29 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4253; yönetim hizmetleri sınıfında görev yapan 12 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6759; sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan 235 işgörenin özerkliğe saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0965 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de özerkliğe saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfı ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; teknik hizmetler sınıfında görev yapan 4 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4828; yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan 29 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5278; yönetim hizmetleri sınıfında görev yapan 12 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9167; sağlık hizmetleri sınıfında

görev yapan 235 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4, 1574 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan iş görenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfı ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları irdelendiğinde; teknik hizmetler sınıfında görev yapan 4 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2, 9500; yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan 29 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5833; yönetim hizmetleri sınıfında görev yapan 12 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6345; sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan 235 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4, 2485 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının sağlık hizmetleri sınıfında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.9. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin İstihdam Şekli İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekli ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 33’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 32: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin İstihdam Şekli İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	İstihdam Şekli	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi	Kadrolu	211	3,7211
	Sözleşmeli	69	3,6849
Özerklik/ Bireye Saygı İlkesi	Kadrolu	211	4,0326
	Sözleşmeli	69	3,8807
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Kadrolu	211	4,0853
	Sözleşmeli	69	3,9559
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	Kadrolu	211	4,1583
	Sözleşmeli	69	4,0618

Tablo 33'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin istihdam şekli ile zarar vermeme/ yararlılık boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; kadrolu olarak görev yapan 211 işgörenin zarar vermeme/ yararlılık ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7211; sözleşmeli olarak görev yapan 69 işgörenin zarar vermeme / yararlılık ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6849 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme/ yararlılık ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının kadrolu olarak istihdam edilen işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 33'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin istihdam şekli ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; kadrolu olarak görev yapan 211 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0326; sözleşmeli olarak görev yapan 69 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8807 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının kadrolu olarak istihdam edilen işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 33'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin istihdam şekli ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; kadrolu olarak görev yapan 211 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0853; sözleşmeli olarak görev yapan 69 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9559 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının kadrolu olarak istihdam edilen işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 33'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin istihdam şekli ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; kadrolu olarak görev yapan 211 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1583; sözleşmeli olarak görev yapan 69 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0618 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine uyulduğuna

ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine kadrolu olarak istihdam edilen işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.10. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Kurumdaki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin kurumdaki hizmet süresi ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 34’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 33: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Kurumdaki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Kurumdaki Hizmet Süresi	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi	0-5 Yıl	152	3,8242
	6-10 Yıl	83	3,6007
	11-15 Yıl	25	3,5714
	16-20 Yıl	11	3,5195
	21 Yıl ve Üzeri	8	3,6071
Özerklik/Bireye Saygı İlkesi	0-5 Yıl	152	4,0534
	6-10 Yıl	83	3,9639
	11-15 Yıl	25	3,7822
	16-20 Yıl	11	3,8889
	21 Yıl ve Üzeri	8	4,0000
Adalet ve Eşitlik İlkesi	0-5 Yıl	152	4,1075
	6-10 Yıl	83	4,0201
	11-15 Yıl	25	3,8133
	16-20 Yıl	11	4,0909
	21 Yıl ve Üzeri	8	4,1667
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	0-5 Yıl	152	4,1974
	6-10 Yıl	83	4,1277
	11-15 Yıl	25	3,9840
	16-20 Yıl	11	3,8182
	21 Yıl ve Üzeri	8	4,0000

Tablo 34'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin kurumdaki hizmet süresi ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 152 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8242; 6-10 yıl arasında görev yapan 83 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6007; 11-15 yıl arasında görev yapan 25 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7822; 16-20 yıl arasında görev yapan 11 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5195; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 8 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6071 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 34'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin kurumdaki hizmet süresi ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 152 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0534; 6-10 yıl arasında görev yapan 83 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9639; 11-15 yıl arasında görev yapan 25 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7822; 16-20 yıl arasında görev yapan 11 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8889; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 8 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,000 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 34'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin kurumdaki hizmet süresi ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 152 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1075; 6-10 yıl arasında görev yapan 83 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik

ortalamasının 5 üzerinden 4,0201; 11-15 yıl arasında görev yapan 25 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8133; 16-20 yıl arasında görev yapan 11 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0909; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 8 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1667 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 21 yıl ve üzerinde görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 34'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin kurumdaki hizmet süresi ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 152 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1974; 6-10 yıl arasında görev yapan 83 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1277; 11-15 yıl arasında görev yapan 25 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9840; 16-20 yıl arasında görev yapan 11 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8182; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 8 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0000 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.11. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Çalıştıkları Birimdeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki iş görenlerin çalıştıkları birimdeki hizmet süresi ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 35'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 34: Araştırma Kapsamındaki İşörenlerin Çalıştıkları Birimdeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Birimdeki Hizmet Süresi	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi	0-5 Yıl	189	3,7536
	6-10 Yıl	56	3,5306
	11-15 Yıl	21	3,5646
	16-20 Yıl	5	4,5143
	21 Yıl ve Üzeri	9	3,9524
Özerklik/Bireye Saygı İlkesi	0-5 Yıl	189	4,0223
	6-10 Yıl	56	3,8194
	11-15 Yıl	21	3,9947
	16-20 Yıl	5	4,3778
	21 Yıl ve Üzeri	9	4,3704
Adalet ve Eşitlik İlkesi	0-5 Yıl	189	4,0335
	6-10 Yıl	56	3,9762
	11-15 Yıl	21	4,2063
	16-20 Yıl	5	4,3333
	21 Yıl ve Üzeri	9	4,5556
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	0-5 Yıl	189	4,1259
	6-10 Yıl	56	4,0893
	11-15 Yıl	21	4,1143
	16-20 Yıl	5	4,7200
	21 Yıl ve Üzeri	9	4,4222

Tablo 35'deki veriler irdelendiğinde; işörenlerin çalıştıkları birimdeki hizmet süresi ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 189 işörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7536; 6-10 yıl arasında görev yapan 56 işörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5306; 11-15 yıl arasında görev yapan 21 işörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5646; 16-20 yıl arasında görev yapan 5 işörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,5143; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 9 işörenin zarar vermeme ilkesine

ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 9524 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 16-20 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 35’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin çalıştıkları birimdeki hizmet süresi ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 189 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0223; 6-10 yıl arasında görev yapan 56 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8194; 11-15 yıl arasında görev yapan 21 iş görenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9947; 16-20 yıl arasında görev yapan 5 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3778; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 9 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4, 3704 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 16-20 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 35’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin çalıştıkları birimdeki hizmet süresi ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 189 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0335; 6-10 yıl arasında görev yapan 56 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9762; 11-15 yıl arasında görev yapan 21 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2063; 16-20 yıl arasında görev yapan 5 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3333; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 9 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,5556 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 21 yıl ve üzerinde görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 35'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin çalıştıkları birimdeki hizmet süresi ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 189 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1259; 6-10 yıl arasında görev yapan 56 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0893; 11-15 yıl arasında görev yapan 21 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1143; 16-20 yıl arasında görev yapan 5 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,7200; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 9 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4222 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 16-20 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.12. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleklerindeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleklerindeki hizmet süresi ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 36'da gösterildiği şekildedir.

Tablo 35: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleklerindeki Hizmet Süresi İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Meslekteki Hizmet Süresi	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi	0-5 Yıl	78	3,9780
	6-10 Yıl	80	3,5286
	11-15 Yıl	57	3,6617
	16-20 Yıl	30	3,7810
	21 Yıl ve Üzeri	35	3,5837
Özerklik/ Bireye Saygı İlkesi	0-5 Yıl	78	4,1282
	6-10 Yıl	80	3,9431
	11-15 Yıl	57	3,9591
	16-20 Yıl	30	4,0259
	21 Yıl ve Üzeri	35	3,8667
Adalet ve Eşitlik İlkesi	0-5 Yıl	78	4,1453
	6-10 Yıl	80	3,9167
	11-15 Yıl	57	4,1754
	16-20 Yıl	30	4,0667
	21 Yıl ve Üzeri	35	3,9810
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	0-5 Yıl	78	4,3000
	6-10 Yıl	80	3,9925
	11-15 Yıl	57	4,1930
	16-20 Yıl	30	4,1933
	21 Yıl ve Üzeri	35	3,9714

Tablo 36'daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleklerindeki hizmet süreleri ile zarar vermeme boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 78 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9780; 6-10 yıl arasında görev yapan 80 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,5286; 11-15 yıl arasında görev yapan 57 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6617; 16-20 yıl arasında görev yapan 30 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5

üzerinden 3,7810; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 35 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 5837 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 36’daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleklerindeki hizmet süreleri ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 78 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1282; 6-10 yıl arasında görev yapan 80 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9431; 11-15 yıl arasında görev yapan 57 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9591; 16-20 yıl arasında görev yapan 30 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0259; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 35 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8667 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 36’daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleklerindeki hizmet süresi ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 78 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1453; 6-10 yıl arasında görev yapan 80 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9167; 11-15 yıl arasında görev yapan 57 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1754; 16-20 yıl arasında görev yapan 30 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0667; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 35 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9810 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en

yüksek düzeydeki algının 11-15 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 36'daki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleklerindeki hizmet süreleri ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; 0-5 yıl arasında görev yapan 78 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3000; 6-10 yıl arasında görev yapan 80 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9925; 11-15 yıl arasında görev yapan 57 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1930; 16-20 yıl arasında görev yapan 30 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1933; 21 yıl ve üzerinde görev yapan 35 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9714 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının 0-5 yıl arasında görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.13.A araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 37'de gösterildiği şekildedir.

Tablo 36: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Mesleki Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Mesleki Pozisyon	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme / Yararlılık İlkesi	Doktor	24	3,4405
	Hemşire	146	3,9070
	Ebe	24	3,6488
	Sağlık Memuru	16	3,6518
	ATT	11	4,2857
	Sağlık Teknikeri(Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...)	25	3,6343
	Yardımcı Hizmetler	15	2,9905
	Otomasyon	6	3,6429
	Memur	6	2,6429
	Diğer	7	2,9388
Özerklik/Bireye Saygı İlkesi	Doktor	24	3,7824
	Hemşire	146	4,2177
	Ebe	24	4,0231
	Sağlık Memuru	16	3,6806
	ATT	11	4,6162
	Sağlık Teknikeri(Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...)	25	3,8356
	Yardımcı Hizmetler	15	3,2889
	Otomasyon	6	3,8333
	Memur	6	3,0370
	Diğer	7	2,8571
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Doktor	24	3,9306
	Hemşire	146	4,2603
	Ebe	24	4,1111
	Sağlık Memuru	16	3,7500
	ATT	11	4,6061
	Sağlık Teknikeri(Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...)	25	3,8933
	Yardımcı Hizmetler	15	3,4000
	Otomasyon	6	3,8333
	Memur	6	3,2222
	Diğer	7	2,8095
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	Doktor	24	3,9333
	Hemşire	146	4,3123
	Ebe	24	4,1500
	Sağlık Memuru	16	4,1625
	ATT	11	4,5636
	Sağlık Teknikeri(Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...)	25	4,1040
	Yardımcı Hizmetler	15	3,4933
	Otomasyon	6	3,7000
	Memur	6	2,8000
	Diğer	7	3,4571

Tablo 37'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleki pozisyonları ile zarar vermeme/ yararlılık boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; doktor olarak görev yapan 24 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4405; hemşire olarak görev yapan 146 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9070; ebe olarak görev yapan 24 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6488; sağlık memuru olarak görev yapan 16 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6518; ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan 11 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2857; Sağlık Teknikeri (Radyoloji, Labaratuvar, Anestezi...) olarak görev yapan 25 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6343; yardımcı hizmetler olarak görev yapan 15 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,9905; otomasyon olarak görev yapan 6 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6429; memur olarak görev yapan 6 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,6429; diğer görevleri yerine getiren 7 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2, 9388 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 37'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleki pozisyonları ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; doktor olarak görev yapan 24 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7824; hemşire olarak görev yapan 146 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2177; ebe olarak görev yapan 24 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,0231; sağlık memuru olarak görev yapan 16 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik

ortalamasının 5 üzerinden 3,6806; ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan 11 iş görenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,6162; Sağlık Teknikeri(Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...) olarak görev yapan 25 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8356; yardımcı hizmetler olarak görev yapan 15 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,2889; otomasyon olarak görev yapan 6 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8333; memur olarak görev yapan 6 iş görenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,0370; diğer görevleri yerine getiren 7 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2, 8571 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 37’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleki pozisyonları ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; doktor olarak görev yapan 24 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9306; hemşire olarak görev yapan 146 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2603; ebe olarak görev yapan 24 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1111; sağlık memuru olarak görev yapan 16 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7500; ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan 11 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,6061; sağlık teknikeri (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...) olarak görev yapan 25 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8933; yardımcı hizmetler olarak görev yapan 15 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4000; otomasyon olarak görev yapan 6 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8333; memur

olarak görev yapan 6 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,2222; diğer görevleri yerine getiren 7 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,8095 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 37'deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin mesleki pozisyonları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; doktor olarak görev yapan 24 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,9333; hemşire olarak görev yapan 146 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3123; ebe olarak görev yapan 24 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1500; sağlık memuru olarak görev yapan 16 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1625; ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan 11 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,5636; Sağlık Teknikeri (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi...) olarak görev yapan 25 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1040; yardımcı hizmetler olarak görev yapan 15 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4933; otomasyon olarak görev yapan 6 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,7000; memur olarak görev yapan 6 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,8000; diğer görevleri yerine getiren 7 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5'li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 4571 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine ATT (Acil Tıp Teknisyeni) olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

5.4.14. Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Buldukları Birimdeki Çalışma Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Bulguları

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin buldukları birimdeki çalışma pozisyonları ile meslek etiğinin temel boyutlarına ilişkin algıları arasındaki çapraz tablo bulguları Tablo 38’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 37: Araştırma Kapsamındaki İşgörenlerin Buldukları Birimdeki Çalışma Pozisyonları İle Meslek Etiğinin Temel Boyutlarına İlişkin Algıları Arasındaki Çapraz Tablo Analiz Sonuçları

Mesleki Etik Boyutları	Çalışma Pozisyonu	Frekans	Aritmetik Ortalama
Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesi	Serviste Sağlık Personeli	208	3,8880
	Birim Sorumlusu	12	3,2024
	Başhemşire veya Yardımcısı	7	4,4490
	Başhekim veya Yardımcısı	6	2,5238
	Diğer	47	3,1216
Özerklik/Bireye Saygı İlkesi	Serviste Sağlık Personeli	208	4,1886
	Birim Sorumlusu	12	3,4815
	Başhemşire veya Yardımcısı	7	4,5714
	Başhekim veya Yardımcısı	6	2,7593
	Diğer	47	3,3546
Adalet ve Eşitlik İlkesi	Serviste Sağlık Personeli	208	4,2564
	Birim Sorumlusu	12	3,6389
	Başhemşire veya Yardımcısı	7	4,6667
	Başhekim veya Yardımcısı	6	2,3333
	Diğer	47	3,4113
Mahremiyete Saygı/Sır Saklama İlkesi	Serviste Sağlık Personeli	208	4,3154
	Birim Sorumlusu	12	3,4833
	Başhemşire veya Yardımcısı	7	4,9143
	Başhekim veya Yardımcısı	6	2,6333
	Diğer	47	3,5957

Tablo 38’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin buldukları birimdeki çalışma pozisyonları ile zarar vermeme/ yararlılık ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo

bulguları; serviste sağlık personeli olarak görev yapan 208 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,8880; birim sorumlusu olarak görev yapan 12 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,2024; başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan 7 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,4490; başhekim veya yardımcısı olarak görev yapan 6 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,5238; diğer görevleri yerine getiren 47 işgörenin zarar vermeme ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,1216 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre zarar vermeme ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 38’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin buldukları birimdeki çalışma pozisyonları ile özerklik/bireye saygı ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; serviste sağlık personeli olarak görev yapan 208 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,1886; birim sorumlusu olarak görev yapan 12 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4815; başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan 7 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,5714; başhekim veya yardımcısı olarak görev yapan 6 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,7593; diğer görevleri yerine getiren 47 işgörenin özerklik/bireye saygı ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,3546 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre özerklik/bireye saygı ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 38’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin buldukları birimdeki çalışma pozisyonları ile adalet ve eşitlik ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; serviste sağlık personeli olarak görev yapan 208 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,2564;

birim sorumlusu olarak görev yapan 12 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,6389; başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan 7 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,6667; başhekim veya yardımcısı olarak görev yapan 6 işgörenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,3333; diğer görevleri yerine getiren 47 iş görenin adalet ve eşitlik ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4113 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 38’deki veriler irdelendiğinde; işgörenlerin buldukları birimdeki çalışma pozisyonları ile mahremiyete saygı/sır saklama ilkesi boyutu arasındaki çapraz tablo bulguları; serviste sağlık personeli olarak görev yapan 208 iş görenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,3154; birim sorumlusu olarak görev yapan 12 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3,4833; başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan 7 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 4,9143; başhekim veya yardımcısı olarak görev yapan 6 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 2,6333; diğer görevleri yerine getiren 47 işgörenin mahremiyete saygı/sır saklama ilkesine ilişkin 5’li Likert ölçeğindeki tercihlerinin aritmetik ortalamasının 5 üzerinden 3, 5957 olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre de adalet ve eşitlik ilkesine uyulduğuna ilişkin en yüksek düzeydeki algının yine başhemşire veya yardımcısı olarak görev yapan işgörenlerde olduğu anlaşılmaktadır.

4. 5. Meslek Etiğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmanın bu başlığı altında katılımcıların cevapladığı meslek etiğine ilişkin algıları arasındaki test istatistiği detaylı olarak yorumlanarak verilmiştir.

5.5.1.“Sağlık Çalışanı İnsan Hayatının, Korunması Gereken En Yüce Değer Olduğunun ve Bu Değerden Hiçbir Koşulda Vazgeçilemeyeceğinin Bilinci İle Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 39’da gösterildiği gibidir.

Tablo 38: “Sağlık Çalışanı İnsan Hayatının, Korunması Gereken En Yüce Değer Olduğunun ve Bu Değerden Hiçbir Koşulda Vazgeçilemeyeceğinin Bilinci İle Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	32	11.4
Yarisından Azı İçin Geçerli	32	11.4
Yarısı İçin Geçerli	50	17.9
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	57	20.4
Tamamına Yakını İçin Geçerli	109	38.9
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 59,3’üne göre; “insan hayatını korunması gereken en yüce değer olarak görmekte olup; bu değerden hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilincindedirler” Anketi cevaplayanların % 11’ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Aslında insan hayatı muhakkak ki korunması gereken en yüce değerdir. Sadece sağlık çalışanları için değil toplumun belki tamamının bu görüşte olması arzu edilen durumdur. İnsan hayatı açısından önemli rol üstlenmiş olan sağlık çalışanları için ise bu değer hiçbir koşulda vazgeçilemeyecek bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık hizmetlerinin temel amacı; “kişilerin sağlığını geliştirmek ve hasta olmamalarını sağlamak yani onları hastalıklardan korumaktır” Bu nedenle sağlık çalışanlarının tamamının insan hayatını korunması gereken en yüce değer” olarak görmesi beklenilmektedir. Araştırmaya katılanlar arasında bu görüşte olanların oranının % 38,9’da kalması çok da olumlu bir sonuç değildir.

5.5.2. “Sağlık Çalışanı Bireylerin İlgisizlik, Deneyimsizlik ya da İhmal Nedeniyle Zarar Görmesini Önleyecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 40’ta gösterildiği gibidir.

Tablo 39: “Sağlık Çalışanı Bireylerin İlgisizlik, Deneyimsizlik ya da İhmal Nedeniyle Zarar Görmesini Önleyecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	18	6.4
Yarisından Azı İçin Geçerli	38	13.6
Yarısı İçin Geçerli	62	22.1
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	71	25.4
Tamamına Yakını İçin Geçerli	91	32.5
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 57,9’una göre; “bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önleyecek şekilde çalışmaktadır” görüşünü savundukları görülmüştür. Anketi cevaplayanların % 6,4’üne göre ise, bu görüşe sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için katılmamaktadır. Önleyici sağlık hizmetleri gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayacak sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde birey ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önleyecek şekilde” çalışmalarını gerekmektedir. Araştırmaya katılanların % 32,5’ine göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmamaları olumsuz bir dağılımı göstermektedir.

5.5.3. “Sağlık Çalışanı, Uygulamalarının Hizmet Verdiği Bireyler İçin Oluşturabileceği Risklerin Farkında Olup, Bu Risklerin En Aza İndirecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 41’de gösterildiği gibidir.

Tablo 40: “Sağlık Çalışanı Uygulamalarının Hizmet Verdiği Bireyler İçin Oluşturabileceği Risklerin Farkında Olup, Bu Risklerin En Az İndirecek Şekilde Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	11	3.9
Yarisından Azı İçin Geçerli	42	15.0
Yarısı İçin Geçerli	61	21.8
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	80	28.6
Tamamına Yakını İçin Geçerli	86	30.7
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 59,3’üne göre; “uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup, bu riskleri en aza indirecek şekilde” çalışmaktadır. Anketi cevaplayanların % 3,9’una göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Sağlık hizmetleri sunumu, sağlık tesislerini, çalışanları, hastaları malzeme ve ekipmanlarını tehdit eden, yapılan işin doğası gereği çok çeşitli riskler taşımaktadır. Bu alandaki çalışmaları belirsizliği azaltmak, sağlık kurumlarını yükümlülüklerden korumak ve hasta güvenliğini maksimize etmek için riskleri azaltmaya yönelik olarak stratejiler geliştirmeye odaklanmalıdır. Analizler, mevcut risk portföyünün gözden geçirilmesini içerir ve bu risklerin yönetiminin iyileştirilmesi için kestirimci ve kuralcı modelleme ile çözümlerin geliştirilmesini önerir. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olması ve bu riskleri en aza indirecek şekilde” çalışmaları gerekmektedir. Araştırmaya katılanların ancak % 30,7’sine göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları arzu edilir bir sonuç değildir.

5.5.4.“Sağlık Çalışanı, Hizmet Verdiği Bireylerin Tıbbi Uygulamalar ve/veya Klinik Araştırmalar Nedeniyle Zarar Görmelerini Önlemeye Yönelik Girişimlerde Bulunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 42’de gösterildiği gibidir.

Tablo 41: “Sağlık Çalışanı Bireylerin Uygulamalar ve/veya Araştırmalar Nedeniyle Zarar Görmelerini Önlemeye Yönelik Girişimlerde Bulunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	17	06.1
Yarisından Azı İçin Geçerli	33	11.8
Yarısı İçin Geçerli	52	18.6
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	79	28.2
Tamamına Yakını İçin Geçerli	99	35.4
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 63,6’sına göre; “hizmet verdiği bireylerin uygulamalar ve/veya araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır” Anketi cevaplayanların % 6,1’ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesindeki “İnsan Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler” göre tıbbi araştırmalarda yer alanlar da dâhil olmak üzere, hastaların sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve yükseltmek hekimin görevidir. Hekimin bilgi birikimi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır. Tıbbi ilerlemeler, insanlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaları da kapsamı kaçınılmaz olan araştırmalara dayanır. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve/veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde” bulunmalıdırlar. Araştırmaya katılanların ancak % 35,4’üne göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları düşük bir orandır.

5.5.5. “Sağlık Çalışanı, “Hizmet Verdiği Bireylerin Güvenliği İçin Gerekli Önlemlerin Alınmasına Yönelik Girişimlere Katılır ve Uygular” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 43’de gösterildiği gibidir.

Tablo 42: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireylerin Güvenliği İçin Gerekli Önlemlerin Alınmasına Yönelik Girişimlere Katılır ve Uygular” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	11	03.9
Yarisından Azı İçin Geçerli	38	13.6
Yarısı İçin Geçerli	65	23.2
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	78	27.9
Tamamına Yakını İçin Geçerli	88	31.4
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 59,3’üne göre; “hizmet verdiği bireylerin güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılır ve uygular”. Anketi cevaplayanların % 3,9’una göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Tıpta bazı şeyler asla olmamalıdır ama maalesef vardır. Örneğin ameliyatta hasta içerisinde bir cerrahi aletin unutulması, hastanın dikkatsizlik sonucu düşmesi, iki hastanın ameliyathanede karışıp yanlış ameliyat yapılması ya da yanlış kan transfüzyonları gibi tıbbi hatalara bağlı olarak Amerika’da yılda 44.000- 98.000 kişi ölmekte ve bu rakam “olağan” karşılanmaktadır. ABD, İngiltere ve Avusturya’da yapılan benzer araştırmalar sonucunda “hasta güvenliği” konusunda çalışmalar başlamıştır. Dünya sağlık örgütü ve Joint Commission International’a göre hasta güvenliğinin hedefi; hasta kimliğinin doğru tanımlanması, etkin iletişimin sağlanması, yüksek-riskli ilaçların yönetimi/daha güvenli kullanımını sağlama, cerrahi tedavide yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış uygulamaları önlemek, sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonları azaltmadır. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının hizmet verdiği bireylerin güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılmalı ve uygulamalıdır. Araştırmaya katılanların ancak % 31,4’üne göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları manidar sayılabilir.

5.5.6.“Sağlık Çalışanı, Hizmet Verdiği Bireylere, Gereksinimleri Doğrultusunda, Güvenli Sağlık Bakımını Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı tablo 44’de gösterildiği gibidir.

Tablo 43: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireylere, Gereksinimleri Doğrultusunda, Güvenli Sağlık Bakımını Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	21	07.5
Yarisından Azı İçin Geçerli	42	15.0
Yarısı İçin Geçerli	57	20.4
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	74	26.4
Tamamina Yakını İçin Geçerli	86	30.7
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 57,1’ine göre; “hizmet verdiği bireylere, gereksinimleri doğrultusunda, güvenli sağlık bakımını vermektedir” Anketi cevaplayanların % 7,5’ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Hasta güvenliği terimi hastaya odaklanmaktadır. Hasta bakımı esnasında hastanın zarar gördüğü onlarca mağduru unutmamak gereki. Yapılan yanlışlardan öncelikle hastalar zarar görmekte ve dolayısıyla aileleri de etkilenebilmektedir. Diğer taraftan hastaya ve ailesine bu acıyı çektiren kişilerin yaşadıkları ise çoğu kez göz ardı edilmekte ve kendileri ölümcül bir hata yaptıklarında mesleklerinden dahi ayrılabilirler. Kalanlar ise yıllarca sürebilecek duygusal bir bunalım yaşamaktadırlar. Hasta güvenliğini sağlamada temel amaç; hasta ve hasta yakınlarının zarar görmeden sağlık hizmetinden faydalanacak bir kurum olmak, hastanede bulunan her bireyi fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam geliştirerek güvenliği sağlamaktır. Bu güvenli hizmet ortamını sağlamak için, hasta güvenliğine gereken önem verilmeli ve güvenlik kültürü geliştirilip, kültürün yayılmasını sadece devlet kurumlarından beklemeden, özel kurumlar da üzerine düşen görevi yerine getirmelidir. Hasta güvenliğinin boyutunun sağlık çalışanları, hemşireler ve birçok klinik araştırmacılar da dâhil edilerek genişletilmesi, bunun en önemli göstergesidir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 30,7’sine göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları düşündürücü bir sonuçtur.

5.5.7. “Sağlık Çalışanı, Hizmet Alanlara Karşı Kötü Muameleye Katılmamakta ve Onaylamamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 45’te gösterildiği gibidir.

Tablo 44: “Sağlık Çalışanı Hizmet Alanlara Karşı Kötü Muameleye Katılmamakta ve Onaylamamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	17	06.1
Yarisından Azı İçin Geçerli	23	08.2
Yarısı İçin Geçerli	41	14.6
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	52	18.6
Tamamına Yakını İçin Geçerli	147	52.5
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların %71,1’ine göre; “hizmet alanlara karşı kötü muameleye katılmamakta ve onaylamamaktadır”. Anketi cevaplayanların % 6,1’ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Temel insan haklarının sağlık alanında farklılaşmış bir uzantısı olarak kabul edilen hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfı ile sahip buldukları T.C. Anayasası, Milletlerarası Antlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz. Sağlık kurum, kuruluş ve işletmelerinde oluşabilecek nahoş olayların önlenmesi, insan onuruna yakışır şekilde ve insanı esas alan bir uygulamanın yerli yerine oturabilmesi için hasta haklarının taraflarca iyi bilinmesi ve uygulanması gerekir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 52,5’ine göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları yeterli olmamakla birlikte diğer maddelere kıyasla kısmen iyi sayılabilir.

5.5.8. “Sağlık Çalışanı, İşgörenlerin Özerkliğe Saygının İnsan Haklarının Temel Dayanağı Olduğunun Bilincinde Olarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 46’da gösterildiği gibidir.

Tablo 45: “Sağlık Çalışanı İşgörenlerin Özerkliğe Saygının İnsan Haklarının Temel Dayanağı Olduğunun Bilincinde Olarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	10	03.6
Yarisından Azı İçin Geçerli	26	09.3
Yarısı İçin Geçerli	43	15.4
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	87	31.1
Tamamına Yakını İçin Geçerli	114	40.7
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların %71,8’ine göre; “sağlık çalışanlarının yarısından fazlası çalışanların özerkliğine saygının insan haklarının temel dayanağı olduğunun bilincindedirler” Anketi cevaplayanların % 3.6’sına göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Bireyin örgüt içerisindeki bu hassas konumu beraberinde sahip olduğu bilgi ve beceriler düzeyi ile bunun örgüt amaçlarına en etkin şekilde nasıl yansıtılabileceği konusunu gündeme getirmektedir. Dolayısıyla günümüz örgütleri bir yandan iyi yetişmiş bireyleri istihdam edebilme, bir yandan da onları örgüt içerisinde tutabilme çabası içerisinde bulunmaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde mesleki özerkliğin bireysel bilgi ve becerinin örgüt hedeflerine yansıtılması ile birlikte son derece hassas konularda adeta bir güvence rolü gördüğü söylenebilir (Doğan, Can, 2009: 133-148).

Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 40,7’sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları çok da yeterli değildir.

5.5.9. “Sağlık Çalışanı, Bireylerin İnanç, Değer ve Gereksinimlerini Göz Önünde Bulundurarak Hizmet Sunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 47’de gösterildiği gibidir.

Tablo 46: “Sağlık Çalışanı Bireylerin İnanç ve Değerlerini Göz Önünde Bulundurarak Hizmet Sunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	15	05.4
Yarisından Azı İçin Geçerli	32	11.4
Yarısı İçin Geçerli	36	12.9
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	78	27.9
Tamamına Yakını İçin Geçerli	119	42.5
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların %70,4’üne göre; “sağlık çalışanlarının yarısından fazlası bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunmaktadırlar” Anketi cevaplayanların % 5,4’üne göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Genel olarak inanç ve ahlak ile ilgili değerler ve normlar bütünü olarak görülen ve kutsal olarak nitelendirilen değerlerin insan kimliğinin gelişmesinde ve kişiliğinin oluşmasında önemi büyüktür. Kısaca, "kutsal" olarak nitelendirebilen, dini ve ahlaki değerler yanında örf, adet ve gelenekler de topluma uyumlu bir kişilik geliştirmede ve kültürel kimliğin kazanılmasında vazgeçilmez unsurlardır. Çünkü kutsal motifler, ahlakla ilgili değer yargıları, içinde yaşanılan toplumun kültürüne, yaşama biçimine ve geleneklerine sinmiştir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 42,5’ine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları çok da yeterli değildir.

5.5.10. “Sağlık Çalışanı, Hizmet Verdiği Bireyleri Doğru, Yeterli ve Açık Bir Biçimde Bilgilendirmektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 48’de gösterildiği gibidir.

Tablo 47: “Sağlık Çalışanı Hizmet Verdiği Bireyleri Doğru, Yeterli ve Açık Bir Biçimde Bilgilendirmektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	11	03.9
Yarisından Azı İçin Geçerli	42	15.0
Yarısı İçin Geçerli	44	15.7
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	80	28.6
Tamamına Yakını İçin Geçerli	103	36.8
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 65,4’üne göre; “hizmet verdiği bireyleri doğru, yeterli ve açık bir biçimde bilgilendirmektedir”. Anketi cevaplayanların % 3,9’una göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Bilginin paydaşlarla (çalışanlar, hizmet alanlar) paylaşımı bilgi yaratma sürecinin aşamalarındandır. Bu paylaşım, paydaş ihtiyaçları hakkındaki görüşleri, görev ve sorumlulukları yerine getirmek için gerekli kişisel becerileri içerir. Bilgi paylaşmayı başarı ile sonuçlandırmak için, bilgiyi doğru, yeterli ve açık bir biçimde aktarmak, herkese bilgiyi kullanma hakkı vermek ve herhangi bir dilde iletişime izin vermek gerekir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 36,8’ine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları çok da olumlu bir sonuç değildir.

5.5.11. “Sağlık Çalışanı, Hastanın Bilgilendirilmesini İsteddiği Kişileri Belirlemesine Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 49’da gösterildiği gibidir.

Tablo 48: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bilgilendirilmesini İsteddiği Kişileri Belirlenmesine Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	13	04.8
Yarisından Azı İçin Geçerli	30	10.7
Yarısı İçin Geçerli	52	18.6
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	72	25.7
Tamamına Yakını İçin Geçerli	113	40.4
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 66,1'ine göre; “hastanın bilgilendirilmesini istediği kişilerin belirlenmesine saygı göstermektedir” Anketi cevaplayanların % 4,8'ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Mahremiyet ve gizlilik, hastanın bedensel alanı, tıbbi kayıtları, şahsi bilgi ve sırlarını içeren kavramlardır. Bazı durumlarda hastalar verdiği bilgilerin diğer hastalar ve yakınlarından diğer sağlık personelinden ve hatta kendi aile üyelerinden bile gizlenmesini isteyebilmektedir. Bu bireyin en doğal hakkıdır. Hasta hakları yönetmeliğinin 21. maddesinde yer alan “Hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep edebilir. Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmekle icra edilir.” şeklindeki söylem ile bu hak açık şekilde dile getirilmiştir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 40.4'üne göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu bir sonuç sayılamasa da diğer faktörlere nazaran biraz daha yüksek bir orandır.

5.5.12. “Sağlık Çalışanı, Hastanın Özgür Karar Verme ve Seçme Hakkına Saygı Göstermekte ve Gerekliğinde Onu Savunmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı tablo 50'de gösterildiği gibidir.

Tablo 49: “Sağlık Çalışanı Hastanın Özgür Karar Verme ve Seçme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	15	05.4
Yarisından Azı İçin Geçerli	37	13.2
Yarısı İçin Geçerli	50	17.9
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	84	30.0
Tamamina Yakını İçin Geçerli	93	33.2
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 63,2'sine göre; “hastanın özgür karar verme ve seçme hakkına saygı göstermekte ve gerektiğinde onu savunmaktadır” Anketi cevaplayanların % 5,4'üne göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavi işlemlerinden önce hastanın sözlü ve yazılı olarak onayının alınması gerekir. Etik açıdan kabul edilebilir bir onam için hastanın iyi bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Hastanın tıbbi durumunun seyri ve tedavisi konusundaki bilgilendirmeyi hekim yapar. Hemşire bakım sürecinde bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarını yerine getirirken uygulayacağı işlemler ve yöntemler konusunda hastayı bilgilendirmelidir. Hemşire hastanın bazı anlamları kavramada yetersiz kaldığı durumlarda onun savunuculuğunu üstlenme rolü vardır. Fakat acil servislerde yapılan bir çalışmada hemşirenin hekim bilgilendirmesinin yetersiz kaldığı durumlarda hastanın savunuculuğunu üstlenirken hekimlerle sorun yaşadığı ve etik sorunların ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 33,2'sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu bir sonuç değildir.

5.5.13. “Sağlık Çalışanı, Hastanın Bakımı, Tıbbi Uygulamaları ve Tedaviyi Reddetme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 51’de gösterildiği gibidir.

Tablo 50: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bakımı, Tıbbi Uygulamaları ve Tedaviyi Reddetme Hakkına Saygı Göstermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	07	02.5
Yarisından Azı İçin Geçerli	26	09.3
Yarısı İçin Geçerli	39	13.9
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	79	28.2
Tamamına Yakını İçin Geçerli	129	46.1
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 74,3'üne göre; “sağlık çalışanlarının yarısından fazlası hastanın bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı göstermektedir” Anketi cevaplayanların % 2,5'ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17.maddesine göre; ‘Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir’. ‘Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz’. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesine göre; ‘Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir’ Bu hükümlerden de

anlaşılacağı üzere, kişinin kendi hayatı üzerindeki tasarruf yetkisi ne olursa olsun sınırsızdır. Bu tedaviyi ret hakkını da kapsar. Lizbon Bildirgesinin 3.maddesi uyarınca hastanın yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da ret hakkının olduğunu belirtir. Kamu sağlığının korunmasına ilişkin hükümler ve ceza hukukunca öngörülmuş düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla hekim, hastaya rıza göstermediği sürece müdahale edemez. Türk Medeni Kanununun 24.maddesine göre de; ‘Kişilik hakkı zedelene kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 46.1’ ine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu bir sonuç sayılamasa da diğer faktörlere nazaran biraz daha yüksek bir orandır.

5.5.14. “Sağlık Çalışanı, Hastaların Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 52’de gösterildiği gibidir.

Tablo 51: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	07	02.5
Yarisından Azı İçin Geçerli	25	08.9
Yarısı İçin Geçerli	32	11.4
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	67	23.9
Tamamina Yakını İçin Geçerli	149	53.2
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 77,1’üne göre; “sağlık çalışanlarının yarısından fazlası hastanın bedensel bütünlüğüne yönelik tıbbi uygulamalar öncesinde rızasını almaktadır” Anketi cevaplayanların % 2,5’ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Kişinin sadece insan olması sebebiyle sahip olduğu vazgeçilmez, devredilemez ve hukuka aykırı olarak sınırlandırılmaz hakları vardır. Bu hak kişilerin doğumlarından ölümlerine kadar sadece var olmaları nedeni ile ayrılmaz biçimde sahip oldukları hukuken korunan değerlerden oluşmaktadır. Bu hak gerek iç hukukumuzda

gerekse uluslararası hukukta korunmaktadır. Tıbbi müdahaleler nitelikleri itibariyle yaşam, sağlık ve vücut bütünlüğünü koruma gibi haklarla yakından ilgilidir. Bu bağlamda yukarıda da ifade edildiği gibi Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesine göre; 'Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir'. 'Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz'. Bu hüküm ışığında kural olarak, kişiliği oluşturan değerlerden biri olan vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahale ancak kişinin rızası ile hukuka uygun hale gelir. Ancak rızanın geçerli olarak hukuk düzeninde yerini alabilmesi için hekim tarafından aydınlatma yükümlülüğünün usulüne uygun bir şekilde yerine getirilmesi gerekir. Nitekim Amerikan hukukunda da Schloendorff V. Society of New York Hospital davasında, fiil ehliyeti olan herkesin kendi vücut bütünlüğüne ilişkin karar verme hakkının olduğu açıkça ifade edilmiştir. Hasta, kendi geleceği hakkında karar verme hakkına sahip olarak vücudu üzerinde gerçekleştirilecek her türlü müdahaleye ilişkin olarak olumlu ya da olumsuz bir karar verecektir. Hasta, bu kararı kimsenin etki veya baskısı altında kalmadan özgürce vermelidir. Bu bağlamda, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı tıp etiğinin önemli ilkelerinden olan hasta özerkliğine saygıyı da korumaktadır. Bu anlamda araştırmaya katılanların % 53,2'sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

5.5.15. “Sağlık Çalışanı, Gerektiğinde Hastanın Yasal Temsilcisinin Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 53'de gösterildiği gibidir.

Tablo 52: “Sağlık Çalışanı Hastanın Bedensel Bütünlüğüne Yönelik Tıbbi Uygulamalar Öncesinde Rızasını Almaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	06	02.1
Yarisından Azı İçin Geçerli	23	08.2
Yarısı İçin Geçerli	34	12.1
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	60	21.4
Tamamına Yakını İçin Geçerli	157	56.1
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 77,5'ine göre; “gerektiğinde hastanın bireyin yasal temsilcisinin rızasını almaktadır”. Anketi cevaplayanların % 2,1'ine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Sağlık hizmetlerinde hasta ve hastanın yasal temsilcisinin bakım kararlarına etkin katılımının sağlanması, planlanan bakım ve tedavi ile ilgili yeterli, açık, anlaşılır bir şekilde ve dilde, hasta hakları ve sorumlulukları çerçevesinde bilgilendirilmesi, karar verme ve tedaviye katılımlarının desteklenmesi, gerekli onayların ve yöntemlerin tarif edilmesi, hastaların ve yakınlarının doğru bilgilendirilebilmesi bir zorunluluktur. Yapılan bilgilendirmedeki amaç hastanın ve hasta yakınının bağımsız karar vermelerini sağlaması, hasta haklarının korunması ve alınan kararın sorumluluğunun paylaşılmasıdır. Hastanın ya da yasal temsilcisinin bilgilendirilmesi ve rızasının alınması sonrasında iyice düşünerek durumunu tam olarak kavradıktan sonra karar vermesi gerektiğini hasta ve yakınına bildirilir. Hasta ve Yasal Temsilcisine, Rıza Belgesi vermiş olsalar bile herhangi bir aşamada Rıza Belgelerini geri çekebilecekleri anlatılır. Böylece hasta, hasta yakını veya yasal temsilcisi ile iletişim artar, sorumluluk paylaşımı güçlenir, tepkiler azalır ve şiddet önenebilir. Araştırmaya katılanların % 56,1'ine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

5.5.16. “Sağlık Çalışanı, Acil Durumlarda Hastanın Yaşamını Korumak Üzere Gerekli Tıbbi Uygulamaları Rıza Almaksızın Uygulamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 54'de gösterildiği gibidir.

Tablo 53: “Sağlık Çalışanı Acil Durumlarda Hastanın Yaşamını Korumak Üzere Gerekli Tıbbi Uygulamaları Rıza Almaksızın Uygulamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	13	04.6
Yarisından Azı İçin Geçerli	23	08.2
Yarısı İçin Geçerli	28	10.0
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	64	22.9
Tamamına Yakını İçin Geçerli	152	54.3
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 77, 2'sine göre; “Sağlık çalışanı acil durumlarda hastanın yaşamını korumak üzere gerekli tıbbi uygulamaları rıza almaksızın

uygulamaktadır” Anketi cevaplayanların % 4,6’sına göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Aydınlatılmış onam sürecinin yasal bağlamına ilişkin hukuki metinler incelendiğinde en eski düzenlemenin 1928 yılında çıkarılan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun olduğu görülmektedir. Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında yine Aydınlatılmış onam ilkesine yer verilirken “acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin onay ya da ret kararının kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir” ifadeleri dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılanların % 54,3’ üne göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

5.5.17. “Sağlık Çalışanı, Hastalar Arasında Ayrım Gözetmeksizin Hizmet Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 55’de gösterildiği gibidir.

Tablo 54: “Sağlık Çalışanı Hastalar Arasında Ayrım Gözetmeksizin Hizmet Vermektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	09	03.2
Yarisından Azı İçin Geçerli	22	07.9
Yarısı İçin Geçerli	26	09.3
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	59	21.1
Tamamına Yakını İçin Geçerli	164	58.6
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 79, 7’sine göre; “Sağlık çalışanı hastalar arasında ayırım gözetmeksizin hizmet vermektedir” Anketi cevaplayanların % 3.2’sine göre ise

bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Genel anlamda bir devletin veya toplumun bazı üyelerinin diğer üyelere sağlanan belli başlı hak ve ayrıcalıklardan mahrum edilmesi “ayrımcılık” olarak görülmektedir. Daha geniş anlamda ise ayrımcılık; “ırk, etnik köken, renk, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, dil, din, inanç, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, engellilik, doğum yeri, siyasal ya da diğer görüşlere bağlı olarak gerçekleştirilen ve bütün hak ve özgürlüklerin herkes tarafından eşit olarak faydalanılmasını engelleyen ya da kısıtlayan” muamelelerdir. Negatif anlamda hasta ayrımcılığı ise; hastaneye gelen bireylerin cinsiyeti, cinsel yönelimi, rengi, etnik kökeni, dili, dini, ırkı, yaşı, engellilik durumu, doğum yeri, siyasi görüşü, hastalığı gibi özellikleri göz önünde bulundurularak, hastanede bulunan sağlık personeli ya da diğer personel tarafından tüm hastaların adaletli bir şekilde erişebilmesi gereken haklardan mahrum edilmesi veya bu haklara erişimlerinin kısıtlanması” olarak ifade edilebilir. Hasta Hakları Yönetmeliği; sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan bireylerin, sadece insan olmalarından dolayı sahip oldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile hasta haklarını teminat altına almış ve herhangi bir sebepten dolayı hastalar arasında farklı muamelede bulunmayı yasaklamıştır (Alkan, Erdem, 2016: 365-390). Araştırmaya katılanların % 58,6’ sına göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

5.5.18. “Sağlık Çalışanı, Mesleki Değerleri İle Çatışabilecek Çıkar İlişkinde Girmemektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 56’da gösterildiği gibidir.

Tablo 55: “Sağlık Çalışanı Mesleki Değerleri ile Çatışabilecek Çıkar İlişkinde Girmemektedir” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	10	03.6
Yarisından Azı İçin Geçerli	34	12.1
Yarısı İçin Geçerli	32	11.4
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	67	23.9
Tamamına Yakını İçin Geçerli	137	48.9
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 72, 8'sine göre; "Sağlık çalışanı mesleki değerleri ile çatışabilecek çıkar ilişkisine girmemektedir" Anketi cevaplayanların % 3,2'sine göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir.

Kamu personelinin, bulunduğu mevkiin kendisine verdiği görev yetkileri menfaat sağlamak amacıyla kullanmaması, önemli bir etik davranış ilkesidir. Bu ilke, Etik Davranış İlkeleri Yönetmeliğinde şu şekilde yer alır: "Kamu görevlileri; görev, unvan ve yetkilerini kullanarak kendileri, yakınları veya üçüncü kişiler lehine menfaat sağlayamaz ve aracılıkta bulunamazlar". Kamu sunduğu pek çok hizmette tekel konumunda bulunduğu ve vatandaşlar da çoğunlukla bu hizmetlerden yararlanmaktan başka tercih imkânlarının olmamasından yahut kamu görevlisiyle girilen ilişkinin vatandaş açısından bir zorunluluk taşımasından dolayı, her konumdaki kamu görevlisi hatırı sayılır bir güce sahiptir. Özellikle personel ve fiziksel koşulların yetersizliği, bürokratik işlemlerin fazlalığı gibi nedenlerle, sunulan kamu hizmeti çoğunca kısa sürede tamamlanmaz ve vatandaşlar kamuya başvurmak için bile sıra beklemek zorunda kalabilirler. Bunun yanında, kamu görevlisinin sunduğu hizmet çoğunlukla özel sektörün de içinde yer aldığı bir sürecin parçasını oluşturur. Ayrıca, kamunun elinde kamu hizmetlerinin görülmesi için ayrılmış ciddi bir kaynak bulunmaktadır. Kamu görevlileri, konumlarına göre, bu kaynakların tahsisini ve kullanımını gerçekleştirirler. Bazı kamu görevlileri ve hizmet alan durumundaki vatandaşlar, değindiğimiz gücün ve imkânların, kişisel menfaat sağlama amacıyla kullanılmasını tercih edebilmektedir. Araştırmaya katılanların % 48,9'una göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları çok da olumlu sayılabilecek bir sonuç değildir.

5.5.19.“Sağlık Çalışanı, Kaynakların Adil Dağılımını Sağlayarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 57’de gösterildiği gibidir.

Tablo 56: “Sağlık Çalışanı Kaynakların Adil Dağılımını Sağlayarak Çalışmaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	15	05.4
Yarisından Azı İçin Geçerli	30	10.7
Yarısı İçin Geçerli	40	14.3
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	76	27.1
Tamamına Yakını İçin Geçerli	119	42.5
	280	100

Anketi cevaplayanların % 69,6’ sına göre; “Sağlık çalışanı kaynakların adil dağılımını sağlayarak çalışmaktadır” Anketi cevaplayanların % 5,4’üne göre ise, bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Kanun koyucunun üzerinde önemle durduğu kavramlardan birisi de kaynakların etkili, ekonomik ve verimli kullanılmasını sağlamak ve buna uygun düzenlemeleri yapmaktır. Özellikle 5018 sayılı Kanunla birlikte yapılan harcamaların mali mevzuata uygun olması dışında kaynakların yerinde ve verimli şekilde kullanımı yönünde de görevlilerin sorumlu oldukları anlayış ön plana çıkarılmıştır. Bu çerçevede Kanununun 1. inci maddesinde Kanunun amaçları arasında, kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılmasını sağlamak olduğu açıkça vurgulanmıştır. Bu kapsamda Kanununun 8 inci maddesinde hesap verme sorumluluğu anlamında; “Her türlü kamu kaynağının elde edilmesi ve kullanılmasında görevli ve yetkili olanların, kaynakların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak elde edilmesinden, kullanılmasından, muhasebeleştirilmesinden, raporlanmasından ve kötüye kullanılmaması için gerekli önlemlerin alınmasından sorumlu oldukları ve yetkili kılınmış mercilere hesap vermek zorunda oldukları” ifade edilmiştir. Araştırmaya katılanların ancak % 42,5’ine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumsuz sayılabilecek bir sonuçtur.

5.5.20.“Sağlık Çalışanı, Hasta Mahremiyetinin Korunmasını Sağlamaktadır” Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

Bu görüşe ilişkin cevapların dağılımı Tablo 58’de gösterildiği gibidir.

Tablo 57: “Sağlık Çalışanı Hasta Mahremiyetinin Korunmasını Sağlamaktadır”Görüşüne İlişkin Cevapların Dağılımı

SEÇENEKLER	SAYI	ORAN %
Hemen Hiç Birisi İçin Geçerli Değil	11	3.9
Yarisından Azı İçin Geçerli	26	09.3
Yarısı İçin Geçerli	29	10.4
Yarisından Fazlası İçin Geçerli	65	23.2
Tamamina Yakını İçin Geçerli	149	53.2
TOPLAM	280	100

Anketi cevaplayanların % 76,4’üne göre; “Sağlık çalışanı hasta mahremiyetinin korunmasını sağlamaktadır” Anketi cevaplayanların % 3,9’una göre ise bu görüş sağlık çalışanlarının hemen hiçbiri için geçerli değildir. Gizlilik anlamına gelen ve kişiye özel olan, kişinin başkalarınca bilinmesini istemediği her şeyi içeren mahremiyet insan hayatı için son derece önemlidir. Mahremiyetin en yoğun hissedildiği hizmet alanlarından birisi sağlık hizmetleridir. Hasta sağlık çalışanı ilişkisinde mahremiyet asla göz ardı edilmemelidir. Hekimin hasta bilgilerini gizli tutma görevi tıp etiğinin en eski kurallarından biridir. Hipokrat Yeminindeki; "sanatımın icrası sırasında hastalarım hakkında edindiğim bilgileri saçmayacağım, sır olarak saklayacağım ve kimseye açıklamayacağım" şeklindeki sözü hekimin hastanın gizliliğini sağlayacağını teminatı olmalıdır. T.C. Anayasasının 20. maddesinde “herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz” denmektedir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 104. Maddesinde: “Mahrem olarak alınacak ihbaratı ifşa eden memurlar hakkında devletin mahrem kayıtlarını ifşa ve vazife-i memuriyetini suiistimal etmenin istilzam ettiği mücazat tayin olunur” ifadesi yer alırken; Bilgi Edinme Kanununda mahremiyet hususunda şu ifadeye yer verilmiştir: “Kişinin izin verdiği hâller saklı kalmak üzere, özel hayatın gizliliği kapsamında, açıklanması hâlinde kişinin sağlık bilgilerine haksız müdahale oluşturacak bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır”. Ayrıca Medeni Kanun, Türk Ceza Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, İnsan hakları yönetmeliği, İnsan

Hakları Evrensel Beyannamesi, AB Temel Haklar Şartı, İnsan Hakları ve Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi gibi metinlerde “mahremiyet” konusu düzenlenmiştir. Araştırmaya katılanların ancak % 53,2’ sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları kısmen olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

Anketin “mahremiyete saygı/ sır saklama ilkesi” ile ilgili 21, 22, 23 ve 24. sorularına verilen cevapların dağılımları da 20. soruya ilişkin yanıtların dağılımları ile örtüşmektedir.

5.6. Hipotezlerin Kabulü ve Reddi

Aşağıdaki verilen 59 ve 60’ daki tablolarda deneysel sonuçlara dayanarak bir ya da birden fazla hipotezin kabul edilmesi ya da reddedilmesine ilişkin bulguların özetleri verilmiştir.

Tablo 58: Hipotezlerin Kabulünün Özet Tablosu

SAYI	HİPOTEZLER	AÇIKLAMA	KARAR
1	Hipotez 1. 3	Araştırma kapsamındaki İş görenlerin medeni durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
2	Hipotez 2. 3	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
3	Hipotez 1. 7	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
4	Hipotez 1. 9	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
5	Hipotez 1.10	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
6	Hipotez 1.13	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş

7	Hipotez 1.14	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
8	Hipotez 2. 9	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
9	Hipotez 2.10	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
10	Hipotez 2.14	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır	Kabul Edilmiş
11	Hipotez 3. 7	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
12	Hipotez 3. 9	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
13	Hipotez 3.10	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
14	Hipotez 3.11	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır	Kabul Edilmiş
15	Hipotez 3.14	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
16	Hipotez 4. 3	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
17	Hipotez 4.11	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş

18	Hipotez 4. 9	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
19	Hipotez 4.10	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları pozisyon ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
20	Hipotez 4.11	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
21	Hipotez 4.13	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş
22	Hipotez 4.14	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin hizmet sınıfları ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Kabul Edilmiş

Tablo 59: Reddedilen Hipotezlerin Özet Tablosu

SAYI	HİPOTEZLER	AÇIKLAMA	KARAR
1	Hipotez 1. 1	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır	Reddedilmiş
2	Hipotez 1. 2	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
3	Hipotez 1. 4	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
4	Hipotez 1. 5	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
5	Hipotez 1. 6	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş

6	Hipotez 1. 8	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
7	Hipotez 1.11	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
8	Hipotez 1.12	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile adalet boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
9	Hipotez 2. 1	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
10	Hipotez 2. 2	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
11	Hipotez 2. 4	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
12	Hipotez 2. 5	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
13	Hipotez 2. 6	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
14	Hipotez 2. 7	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birimdeki kıdemleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
15	Hipotez 2. 8	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
16	Hipotez 2.11	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları birim ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş

17	Hipotez 2.12	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
18	Hipotez 2.13	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile özerkliğe saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
19	Hipotez 3. 1	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile zarar vermeme/yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
20	Hipotez 3. 2	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile zarar vermeme/ yararlılık boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
21	Hipotez 3. 3	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
22	Hipotez 3. 4	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
23	Hipotez 3. 5	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
24	Hipotez 3. 6	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
25	Hipotez 3. 8	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
26	Hipotez 3. 12	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş

27	Hipotez 3. 13	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile zarar vermeme boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
28	Hipotez 4. 1	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile mahremiyete saygı ilkesine ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
29	Hipotez 4. 2	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile mahremiyete saygı ilkesine ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
30	Hipotez 4. 4	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim düzeyleri ile mahremiyete saygı boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
31	Hipotez 4. 5	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
32	Hipotez 4. 6	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdemleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
33	Hipotez 4. 8	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin çalıştıkları kurumlar ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş
34	Hipotez 4. 12	Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri ile mahremiyete saygı ilkesi boyutuna ilişkin algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.	Reddedilmiş

Yukarıda belirtildiği gibi hipotezlerin 22'si kabuledilmiş, 34 tanesi ise reddedilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın kapsam ve sınırlılığına, temel sonuçların vurgulanmasına, yorumlanmasına ve tartışılmasına yer verilmiştir.

6.1. Bilgi Stokuna İlişkin Sonuçlar, Yorumlar ve Tartışmalar

Etik kavramının tarihsel arka planına bakıldığında Sokrates'ten önceki dönemde Sofistler “tabiattaki her şeyin bireysel insana göre olduğu fikrini” savunmuşlardır. Sofist felsefe; “Ben bir şeye iyi diyorsam iyidir, kötü diyorsam kötüdür” olarak ifade edilebilecek sübjektif bir anlayış üzerine oturmaktadır. İlk çağ etik felsefesinde Sokrates, Platon, Aristoteles öne çıkarken, Ortaçağ ve modern zamanlardaki etik felsefesi” Yararcılık Kuramı, Ereği-Ödevci Teoriler, Teleolojik Etik, Erdem Etiği yaklaşımları ve Descartes, Kant, William James, Bertrand Russell'in Etik felsefeleri dikkat çekmektedir.

Özellikle son yüzyıl içerisinde ekonomik, bilimsel, sosyal, teknolojik vb. alanda yaşanan gelişmeler beraberinde etik alanında çok sayıda olumsuzlukları getirmiştir. Etik değerlere sahip olmak “en ucuz risk yönetim stratejisi” olarak görüldüğü için etik kavramının öneminin, günümüzde eskiden olduğundan daha fazla artmıştır. Etik konusunda son yıllarda yazında çok sayıda çalışmaya rastlanması, mevzuat düzenlemelerinde artış olması ve etik kurulların oluşturulmasına daha fazla önem verilmesi etik konusunun değerinin belirgin bir şekilde arttığını ortaya koymaktadır.

Uluslararası Şeffaflık Örgütü (UŞÖ-ITO) tarafından toplam 107 ülkeden 114 bin katılımcıyla gerçekleştirilen, Küresel Yolsuzluk Barometresinin temel bulgularına göre etik ihlallerinde kamu kurumları ilk sırayı almaktadır. Barometre bulgularına göre katılımcıların yüzde 64'ü “kamu çalışanlarıyla kişisel irtibatlarının olması durumunda kamu hizmeti alımlarının kolaylaşacağına” inanmaktadır. Küresel Yolsuzluk Barometresine göre sektörler itibariyle yolsuzluk sıralamasında sağlık sektörü 5. Sırada yer almaktadır.

Transparency International'ın yaptığı araştırmalara bakıldığında etik ilkelere uyum konusunda ilk sıralarda Kuzey ülkelerinin olduğu görülmektedir. Ancak Şili ve Botswana gibi ülkeler de üst sıralarda yer almaktadır. Aynı şekilde yolsuzluk algılama indeksinde birinci sırada Danimarka gelirken, Singapur ABD'yi ve birçok Avrupa ülkesini geride bırakarak İsveç'ten sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Bu sonuçlar

etik anlayışın birinci ya da üçüncü dünya ülkesi olmakla çok da bağlantılı olmadığını göstermektedir.

Uluslararası Şeffaflık Örgütünün Küresel Yolsuzluk Barometresi sonuçlarına göre, Türkiye'deki etik ihlalleri dünyadaki eğilimlere çoğunlukla uyum göstermektedir. Türkiye Etik Değerler Merkezinin (TEDMER), yayınladığı Etik Barometre Araştırması Raporuna göre de sağlık sektörü etik konusunda en fazla yol alması gereken sektörler arasında yer almaktadır.

Sağlık sektörünün en önemli unsurlarından birisi olan ve çalışmanın da alanını oluşturan hastaneler Dünya Sağlık Örgütüncü, “Müşahede, teşhis, tedavi ve iyileştirme olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. Hastaneler diğer işletmeler gibi belli girdileri olan bu girdileri bir süreçten geçirip neticede çıktı alan sistemlerdir. Herhangi bir sanayi ya da hizmet kuruluşundaki yanlış kararlar ve uygulamalar en fazla üretim kaybı ya da parasal zarar ile sonuçlanırken, hastane yönetimindeki yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme, toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Diğer sektörlerden farklı olarak hastanelerin kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir. Bu nedenle etik konusunun hastaneler için taşıdığı önem diğer işletmeler ve kurumlar için taşıdığı önemden farklıdır.

6.2. Araştırma Bulgularına İlişkin Sonuçlar, Öneriler, Yorumlar ve Tartışmalar

Ankete cevap veren katılımcılar arasında “araştırma kapsamındaki sağlık kurumlarında etik ilkeler sağlık çalışanlarının tamamına yakını için geçerlidir” görüşüne katılanların oranı % 44.6'dır. Bu oran bir hayli düşük olup olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Faktörler bazında dağılıma bakıldığında bu değer en yüksek oranda gerçekleştiği faktör grubu “Mahremiyete Saygı / Sır Saklama İlkesi” % 53 ile ilk sırada yer almaktadır. “Mahremiyete Saygı / Sır Saklama” faktör grubu için bulunan bu oran hem diğer faktör gruplarına nazaran hem de genel ortalamaya nazaran daha yüksek çıkmış olsa da çok da olumlu sayılabilecek bir düzeyde değildir. İkinci sırada % 50 ile Adalet ve Eşitlik İlkesi yer alırken; Özerklik/Bireye Saygı İlkesi % 44.81 ile üçüncü sırada bulunmaktadır. “Etik ilkeler sağlık çalışanlarının tamamına yakını için geçerlidir” görüşüne katılanların oranı açısından son sırada % 36.01 ile Zarar Vermeme/ Yararlılık İlkesinin geldiği görülmektedir.

Etik ilkelerin madde başlıkları açısından dağılıma bakıldığında ilk sırayı “Sağlık çalışanı, hastalar arasında ayırım gözetmeksizin hizmet vermektedir” görüşü almaktadır. Yani sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının tamamına yakınının “hastalar arasında ayırım gözetmeksizin hizmet verdiklerini” düşünen katılımcıların oranı % 58,6’dır. Bu oran genel ortalamaya nazaran daha yüksek çıkmış olmasına rağmen çok da olumlu sayılabilecek bir düzey değildir.

Etik ilkelerin madde başlıkları açısından son sırayı; “Sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylere, gereksinimleri doğrultusunda, güvenli sağlık bakımını vermektedir” ve “Sağlık çalışanı, uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup, bu riskleri en aza indirecek şekilde çalışmaktadır” görüşleri paylaşmaktadırlar. Yani sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının tamamına yakınının “hastalara gereksinimleri doğrultusunda, güvenli sağlık bakımını verdiklerini” ve “uygulamaların hastalar için oluşturabileceği riskleri en aza indirecek şekilde çalıştıklarını” düşünenlerin oranı % 30,7’dir.

Gerek etik ilkelere ilişkin genel ortalama, gerek faktör grupları temelinde ortalama gerekse madde başlıkları ile ilgili ortalama açısından ulaşılan bulgular araştırma alanındaki hastanelerde etik ilkeler açısından çok da olumlu bir sonuç ortaya koyamamaktadır. Diğer bir ifadeyle etik alt yapı unsurları açısından sıkıntılar olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçlarında etik değerlere bağlılık düzeyinin düşük çıkması ya da istenen düzeyde olmaması bireysel, grupsal ve örgütsel düzeyde birtakım sorunlara sebep olabilmektedir. Bireysel düzeyde oluşabilecek sorunlar: Kişinin etik açıdan yetersiz olması vicdanen rahatsız olmasına, etkililiğinin, verimliliğinin, performansının, motivasyonunun düşmesine, etik karar verememesinden kaynaklı stres yaşamasına ve gerginliklere sebebiyet verebilmektedir. Oluşan bu gerginlikler neticesinde hizmet sunanlarla alanlar arasında istenmeyen davranışların oluşmasına neden olabilmektedir. Hasta ve yakınlarıyla psikolojik, sözel ve hatta fiziksel düzeyde şiddet yaşanabilmektedir. Aynı zamanda kendi mesai arkadaşlarıyla da münakaşa yaşanabildiğine şahit olunmaktadır.

Örgütsel düzeyde düşünüldüğünde ise, etik kurallara uyulmaması kurum performansının ve verimliliğinin düşmesine dolayısıyla toplumsal fayda üretiminin

azalmasına neden olarak örgüte artı maliyet unsuru olabilmektedir. Yasal açıdan da örgüte zarar verebilmektedir. Söz konusu bir de toplumun büyük bir kesimine hizmet sunan kamu hastaneleri ise, durum daha ciddi hale gelerek toplum nazarında itibar kaybına neden olabilir. Etik değerlere uyulmaması yöneticilerle çalışanlar arasındaki açık iletişimin düşmesine, anlaşmazlıklara ve kargaşaya sebebiyet vererek, örgütsel bağlılığın da azalmasına neden olabilir. Neredeyse sıfır hatayla çalışması elzem olan sağlık kurumlarındaki yöneticilere bu manada büyük görevler ve sorumluluklar düşmektedir.

Aristo'nun "erdemli olmak öğrenilebilir" söylemi, kişilerin sadece doğuştan değil sonradan da erdem sahibi olabileceği vurgulanmaktadır. Yani etik davranış sahibi olabilmek için, eğitimden geçerek davranışı sık sık tekrarlamak gerekmektedir. Etik değerleri bireysel, grupsal ve örgütsel düzeyde yükseltebilmek için yani erdem sahibi olabilmek için bazı adımların atılması gerekir. Bu adımlarla etik davranış seviyesini yükseltmek mümkün olabilmektedir. Bu önlemlere aşağıda yer verilmiştir.

Temel etik değerleri benimseyen sağlık çalışanı hizmet sunduğu hasta bireye daha bilinçli yaklaşarak oluşabilecek sorunların önlenmesine katkı sağlar. Şöyle ki; hastaların çoğu aldıkları hizmetleri değerlendirirken, işin teknik yönünden ziyade sağlık çalışanının tutum ve davranışlarını temel almaktadır. Temiz, güvenli, güler yüzlü, kaliteli, kişilik haklarına saygılı, iletişim kurabildikleri bir ortamı hastalar arzulamakta ve ayrıca hak etmektedir. Bu beklentileri karşılanan hizmet alıcıları da mutlu olabilmekte ve genelde çok ciddi bir sorun olmadıkça sıkıntı çıkarmamaktadır.

Sağlık hizmeti sunan kurumlar tıbbi teknolojilerin geliştirilmesi yönünde sarf ettikleri gayretin ekonomik yönü düşünüldüğünde, çalışana etik değerlerin kazandırılması çabalarından çok daha pahalı olduğu açık olarak görülebilmektedir. Teknolojik ilerlemeyle birlikte sağlık çalışanına etik düşünceye dayalı davranışlar kazandırılması, hasta ile olan iletişim tekniklerinin öğretilmesi, etik kurullara işlevsellik kazandırılması ve bu kurullardan nasıl faydalanılması gerektiğinin öğretilmesi hizmet sunanlarla alanların memnuniyetine hiç şüphesiz katkı sağlayacaktır. Bu konuda William (2000: 4) "karar verme" metodu" önererek söz konusu etik konuların problemlerini analiz etmektedir. Bu metodla, problemin tanımı, örgütte ilgili tüm birimlerin karşılaşacağı etiksel sonuçlar göz önünde bulundurulmakta ve çözüm

esnasında diğerk ilgili birimlerin de nasıl etkileneceği düşünülerek karar alınmaktadır. Söz konusu karar verme metodu ana hatlarıyla şu şekildedir: Sorunun belirlenmesi, ilgili verilerin incelenmesi, alternatif çözümlerin üretilerek en uygun olanın seçilmesi, seçilen çözümlün uygulanması ve denetlenmesidir.

OECD'ye göre, etik altyapının temel unsurlarından birisi etkili yasal çerçevenin varlığıdır. Ülkemizde sadece kamu etiği ile ilgili Kanun, Yönetmelik, Genelge, Kurul Kararları ve İlgili Diğerk Mevzuatların toplamı yüzlerce sayfalık doküman oluşturmaktadır. Ayrıca gerek Sağlık Bakanlığının gerek meslek örgütlerinin gerekse her bir hastanenin Yönetmelik, Yönerge, Uygulama Çalışma Usul ve Esasları, Tebliğ, Genelge, Kurul ve Komisyon Kararları, sözleşmeler, davranış ilkeleri ve ilgili diğerk mevzuatlar bu rakama dâhil değildir. Bunun yanı sıra 2000'li yıllarda yolsuzlukla mücadele alanında OECD'nin "Uluslararası Ticari İşlemlerde Yabancı Kamu Görevlilerinin Rüşvet Suçlarıyla Mücadele Sözleşmesi" Avrupa Konseyi'nin "Yolsuzluğa İlişkin Özel Hukuk Sözleşmesi" ve Birleşmiş Milletlerin "Yolsuzluğa Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" gibi bazı önemli uluslararası sözleşmeler Hükümetlerce imzalanmış ve ardından TBMM tarafından onaylamıştır. Türkiye Söz konusu uluslararası sözleşmelerle ilgili örgütlere de katılmıştır.

Dolayısıyla OECD'ye göre, etik altyapının sekiz temel unsurundan birisi olan etkili yasal çerçevenin genelde kamu yönetimi açısından özelde de araştırma alanındaki hastaneler açısından oluştuğu söylenebilir.

Etik altyapının diğerk unsuru yönetsel kararlılıktır. Araştırma kapsamındaki hastanelerde uygulanan kamu yönetimi mevzuatı yöneticilere bir takım görev ve sorumluluklar yüklemektedir. Bu nedenle yöneticilerin bilerek ve kasten etik ile ilgili mevzuat hükümlerini uygulama kararlılığını göstermemek gibi bir hakları ve yetkileri söz konusu değildir. Ancak yönetimin çalışanlara karşı tutumu ve oluşturulan kuralların uygulanma şekli sağlık çalışanının tutum ve davranışları üzerinde etkili olacağı için karar verme sürecine çalışanların daha etkin katılımını sağlanması yararlı olabilecektir. Böylece çalışanın kendisine saygı duyma ve tanınma ihtiyacı karşılanacaktır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarının kararlara katılımının sağlanması kurum içinde nihai kararların iyileştirilmesine de hizmet edecek; personel, işine, iş arkadaşlarına, yönetime ve diğerk paydaşlara karşı olumlu duygular geliştirecektir.

Etik altyapının üçüncü, dördüncü ve beşinci unsuru olan etkili hesap verme mekanizmalarının, etik koordinasyon birimlerinin ve uygulanabilir davranış kurallarının kamu hastanelerinde oluşturulduğu yine mevzuat külliyatından anlaşılmaktadır. Ancak özellikle etik davranış kurallarının uygulanabilirliği için yönetime çalışan merkezli olmaları önerilebilir. Yani, çalışanlara yönelik olmak ve onlarla destekleyici ilişkiler geliştirmek yönetimin etik davranış kurallarını daha uygulanabilir kılabilir.

OECD'ye göre belirlenen diğer bir etik alt yapı unsuru mesleki sosyalleşme mekanizmalarıdır. Araştırma kapsamındaki kamu hastanelerinde iş yaşamına katılan sağlık elemanlarına işe ve işyerine uyum eğitimlerinin daha etkili bir şekilde verilmesi önerilebilir. Çünkü bu eğitimlerle sağlanabilecek mesleki sosyalleşme, olumlu koşullar altında sağlık çalışanlarına yeni yetenekler, bilgi ve beceriler kazandıracaktır.

Bir diğer etik alt yapı unsuru da uygun çalışma koşullarının sağlanmasıdır. Araştırma kapsamındaki hastanelerde çalışanların yaptıkları işe göre mevzuatın el verdiği ölçüde kontrol ve etki etme fırsatının verilmesi; güvenliğinin ve güvencesinin en üst düzeyde sağlanması; işte ve iş yoluyla sosyal ilişkiler geliştirme fırsatının verilmesi; iş yerinin ısı, nemi, havalandırması, ışık ve gürültü düzeyi, çalışma saatleri, dinlenme molaları, iş yerinin temizliği, kalitesi, iş teçhizatı gibi fiziksel çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilebilir.

OECD'ye göre belirlenen son bir etik alt yapı unsuru da kamu görevlilerini denetleyen etkin bir sivil toplumun varlığıdır. Sivil toplum sivillik kavramıyla açıklanmaktadır. Sivillik de başkalarının hak ve çıkarlarını kendisinin hak ve çıkarları kadar korumak, tüm insanların benzer hak ve yükümlülüklerle sahip olduğunu kabul etmek, dolayısıyla bireysel ve toplumsal çıkarları ortak değerler etrafında uzlaştırmaya hazır olmak demektir. Sivil toplum; kamunun tarafsızlığının sağlanması ve kamu ile toplum arasındaki ilişkinin güçlendirmesi gibi temel bir takım fonksiyonlar üstlenmektedir. Dolayısıyla araştırma kapsamındaki hastanelerde etik alt yapının oluşması ülkemizdeki sivil toplumun güçlenmesine bağlıdır. Bu konudaki yetki ve sorumluluk doğal olarak yasama ve yürütme erkinin elindedir.

Araştırma kapsamındaki hastanelerde etik davranışın geliştirilmesi için önerilebilecek diğer hususlar şunlardır:

- Sağlık çalışanlarına belirli periyodlarla meslek etiği ve ilkeleri ile değerler eğitiminin verilmesi,
- Sağlık çalışanlarına sık karşılaştıkları etik sorunlar hakkında anketler düzenleyerek bu doğrultuda gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Sağlık çalışanına düşen hasta payını azaltarak psikolojik tatmin sağlanmasına katkı sağlamak,
- Mesleği seçecek kişilerin mesleğin ahlaki ve etik değerlerine uygun kişilik yapısına sahip kişilerden seçilebilecek bir sistemin oluşturulması yönünde çalışmalar yapmak,
- Sağlık eğitimi veren tüm eğitim kurumlarının müfredatına etkili düzeyde ve her aşamada verilebilecek meslek etiği ve ahlakıyla ilgili dersler bırakmak. Bu sayede daha mesleğe başlamadan etik bilincin yerleşmesine katkı sunmak,
- Herhangi bir etik sorun ve ikilemde çalışanın yaklaşımını tespit edip, danışmanlık yapacak bir birimin oluşturulması,
- Sadece kâğıt üzerinde etik kodlar geliştirmekle, göstermelik bir whistleblowing sistemi kurulumuyla ve biçimsellikten öteye geçemeyen eğitimler ile iş etiği uygulamalarının yerine getirdiği düşünmemelidir. İş etiği uygulamalarının sadece biçimsel olarak uygulanması, kurumu iş etiği açısından geliştirmek bir yana geriye dahi götürebilme riskini taşımaktadır.
- Uygulamalar, her şeyden önce örgütsel faaliyetler ile bütünleştirilmelidir ve iş etiği uygulama yöntemleri, gerçek anlamda davranış değişimi yaratacak şekilde uygulanmalıdır.
- İş etiği uygulamalarının etkinliği periyodik olarak ölçümlenmeli, iş etiği uygulamaları, bu ölçümlerin sonuçlarına göre iyileştirilmeli ve hatta yeniden yapılandırılmalıdır.
- Kurumları ilgilendiren yasal ve mesleki düzenlemeler tespit edilmeli, toplumsal kültür dikkate alınmalıdır.
- Örgütte var olan ve var olabilecek etik dışı davranışların tespiti yapılmalıdır. Hangi etik dışı davranışa hangi faktörün veya faktörlerin sebep olduğu, tespit edilmelidir.

- Etik kodlar, örgüt genelinde tüm çalışanların katkısı, makro düzenlemeler, sektördeki diğer kurum ve kuruluşların yayınladığı kodlar dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
- Etik eğitim programları da yine aynı şekilde etik dışı davranışlar dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Eğitim müfredatı hem teorik hem de pratik içerikli olmalı, pratik tarafta vaka analizleri programın önemli bir parçası haline getirilmelidir. Etik olmayan davranışların raporlanması sistemi geliştirilmeli, raporlamanın etkin çalışmasının önündeki engeller analiz edilmelidir.
- İş etiği uygulama yöntemlerinin belirli bir süre zarfında uygulanmasından sonra uygulamaların etkinliğinin ölçülmesi. Sonuçlara göre, uygulama yöntemlerinde revizyonlar gerçekleştirilmelidir.
- Etik İklim Düzeyi Geliştirilmelidir. Yani örgütün değerlerini etik açıdan etkileyen bir atmosfer oluşturulmalı ve bu atmosfer sürekli geliştirilmelidir. Yani kurumda gerçekleşen tüm faaliyetlerde, örgüt içindeki ve örgütün dış çevresi ile olan karşılıklı ilişkilerde, karar alma süreçlerinde, bireylerin birbirleri ile olan davranışlarında, etik değerlerin kendisini hissettirdiği bir atmosfer oluşturulmalı sürekli geliştirilmelidir.
- Etik kültür oluşturulmalıdır. Etik iklime nazaran kurumsal kimliğin derinliklerinde yer alan ve kurallar, kodlar, hikaye, ritüel, ödüller ve liderlik gibi unsurları kapsayan etik kültürün oluşturulması gerekmektedir. Bir tarafı görünür ve somutken, bir tarafı ise bilinçaltı seviyede oluşacak olan etik kültür örgütteki karar alma ve değerlendirme mekanizmalarını yönetecektir.
- Çalışanlara değerler eğitimi verilmelidir. Değerlerin öğrenilmesi, rol öğrenmesi şeklinde bir sosyal öğrenmedir. Herkesin toplum içinde bir konumu ve bu konumu için toplumun uygun gördüğü rolleri vardır. Bireyler buldukları konumda, o konumdaki insanların neler yapması, neler düşünmesi, nelere değer vermesi gerektiği gibi hususlarda bilgilere sahip olurlar. Bu da bireyin hayatında küçük yaşlardan itibaren önce anne babayı, sonra da diğer önemsenen kişileri model olarak alma şeklinde kendini gösterir. Dolayısıyla hayat boyu bireyin çabaları ve çevrenin etkisiyle oluşan değer eğitimi, ailede başlar, okul ile devam eder ve değerler eğitiminin amacı, bireyin değerlere bağlı bir kişilik geliştirmesini sağlamak olduğu için de bir yaşam boyu sürer.

6.3. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara İlişkin Öneriler

Literatüre değerli katkılarda bulunması ve hem kuramsal hem de pratik uygulamalara sahip olmasının yanı sıra, bu çalışmanın kapsamı ve faktörleri bağlamında bazı sınırlamaları da bulunmaktadır. Çalışma, etik, ahlak, etik kod, sağlıkta temel etik ilkeler gibi kavram tanımlarıyla literatüre önemli katkılar sağlamaktadır, çünkü etik kavramı ile sağlık çalışanlarında olması gereken etik düşünce temelli davranışların bağlantılarını mercek altına almaktadır. Bu çalışmada, demografik niteliklerle meslek etiği ve ahlakı ilkelerini aracılıdırılmış etkisi gösterilmiş ve sınanmıştır. Ancak, önemli katkılarının yanı sıra, bazı sınırlılıkları da vardır.

Öncelikle, çalışma doğası gereği kesitseldir; bu durum da hipotezleri kurulan ilişkilerin sınanması için gereken verilerin tek bir dönemde toplandığı, dolayısıyla ilişkilerin anlaşılmasını sınırladığı anlamına gelmektedir. Kesitsel veri belirli bir zaman dilimindeki ilişkileri göz önüne serdiği için ilişkilerin tek yönlülüğü söz konusu olabilir. Bunun nedeni, o zaman diliminde çalışan sağlık personelinin görüşlerinin alınmış olmasıdır.

Dolayısıyla karşılıklı bir ilişkinin olup olmadığı ancak boylamsal bir yaklaşım ile doğrulanabilir. Gelecekte yapılacak olan çalışmaların önerdikleri ilişkiler daha uzun bir süreye yayılıyor ve aynı yönde kalmaya devam ediyorsa, bu çalışmadaki modeli deneysel olarak sınamaları adına boylamsal bir yaklaşım kullanmaları tavsiye edilmektedir. Ayrıca herhangi bir karşılıklı bağlantının olup olmadığının, bir başka deyişle, demografik niteliklerle sağlık çalışanın meslek etiği ve ahlakı ilkelerinin bağlantısının kurulmasında öncülleri olup olmadığının sınanması da faydalı olacaktır.

İkinci olarak, her ne kadar örneklem boyutu (N=280) makul olsa ve hem doğrudan hem de aracılıdırılmış etkilerin test edilmesi için istatistiksel kriterleri karşılasa da, gelecekteki çalışmaların daha büyük örneklerle ve daha çeşitli sağlık kurumları ile çalışması önerilmektedir; bu şekilde daha yüksek düzeyde heterojenlik elde edilebilir ve bu çalışmadaki modelin sınanması söz konusu olduğunda daha tutarlı sonuçlar elde edilebilir. Üçüncü olarak, verilerin toplanması için uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Aynı modeli sınamak isteyen araştırmacıların rassal örnekleme ve/veya katmanlı örnekleme yöntemlerinden faydalanması, katılımcıların yanlı olmalarının önüne geçilmesi adına da önerilmektedir. Dördüncü olarak, çalışanların

görüşleri kendi perspektiflerinden değerlendirilmiştir; yani sübjektif ölçümler kullanılmıştır. Bu da kişilerin o anki ruh halleriyle olumsuz veya olumlu cevap vermelerine neden olmuş olabilir. Objektifliğin sağlanabilmesi adına daha farklı kriterlerin sağlanabildiği ölçekler geliştirilebilir.

6.4. Araştırma Sonuçlarının Başka Çalışmalarla Karşılaştırılması

Literatüre bakıldığında, yaş ile etik tutum arasında olumlu yönde bir ilişkinin varlığına işaret edilmektedir. Dawson, Serwinek ve Fritzch'e göre yaşın kişinin etik tutumunda etkisi vardır. Longenecker ve arkadaşları, genç insanların etik konularda daha keyfi davranabildiğini ortaya koymuştur. Çobanoğlu ve arkadaşları ile Ural, yaş faktörünün etik ilkelere uygun davranışı pozitif yönde etkilediğini ve yaşça büyük olan kişilerin etiğe uygun davranma eğiliminin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Adkins ve Radtke, okullarda yaşça büyük öğrencilerin, daha genç olanlara göre olaylara daha etik yaklaşıklarını saptamıştır. Peterson ve arkadaşları da yaşlandıkça işletme yöneticilerinin daha etik davrandıklarını saptamışlardır. Serwinek yaşça büyük çalışanların etik standartlara daha sert yorumlar getirdiklerini saptamışlardır. Başka bir çalışmada Haines ve arkadaşları liseden üniversiteye doğru yaşça büyük öğrencilerin daha fazla etik yönelimli olduklarını bulmuşlardır (Özyer, Azizoğlu, 2010: 59-84)

Başak, Uzun ve Arslan tarafından yapılan bir araştırmanın bulgularına göre 40-49 yaş grubunda olan hemşirelerin etik duyarlılığı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. 20-29 yaş grubu olan hemşirelerin, çatışma ve uygulama alt boyutlarındaki etik duyarlılığın, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca oryantasyon alanında etik duyarlılığın diğer yaş gruplarına göre, 30-39 yaş grubunda daha yüksek olduğu ve aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 76-81).

Yaş ile “etik tutum göstergesi” sayılabilecek bazı davranışlar arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırma bulgularına göre; yaş unsuru diğer birey davranışlarında da etkili olmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalar, çocukların izledikleri reklamların etkisiyle düşüncelerine ters düşen davranışlara yönelebildiklerini göstermektedir. Örneğin seçimleri sırasında onlara anımsatılsa bile, anne-babalarının görüşlerini pek dikkate

almayabiliyorlar; tercihlerinde “hoşlanma ölçütü” belirleyici oluyor ve bildikleri kuralları biraz unutmayı yeğliyorlar (Karaca, vd., 2007: 233-250).

Orta yaşlı bazı kimseler etik tutumdan bağımsız olarak kökleşmiş bazı çalışma alışkanlıklarına sahip olduklarından ve iş değiştirme imkânları azalmış olduğundan buldukları ortama ilişkin daha iyimser psikolojik iklim algıları sergilemektedirler (Eren, 1998: 216). Ancak onların bu tarz davranışları bazen etik tutum bazen de etik dışı tutum olarak tanımlanabilmektedir. Beş ayrı ülkede yürütülen çalışmalar, daha yaşlı çalışanların, daha doyumlu olduğunu göstermiştir (Davis, 1999: 100). Buna karşılık çalışanların yaşları ilerledikçe değişime daha fazla direnç gösterdikleri de ileri sürülmektedir. Bu görüşü savunanlara göre; ileri yaştaki çalışanlar yeni teknolojiyi, özellikle bilgisayar ve internet gibi araçları kullanmaya pek istekli değildiler. Ayrıca, daha fazla hırs gerektiren, sağlıksız ve stresli ortamlara fazla dayanamamaktadırlar (Hartman, Patricson, 1997: 54) .

Diker ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre yaş ilerledikçe bilişsel yıkım artmakta, yıkımla birlikte günlük yaşam işlevleri bozulmakta ve kişilerin yaşam kaliteleri azalmaktadır (Diker, vd., 2001: 79-86).

Araştırma bulguları incelendiğinde katılımcıların önemli bir kısmının (%77. 2) “orta yaş grubu” olarak tanımlanabilecek 25-45 yaş grubunda toplandığı görülmektedir. Bu açıdan araştırmaya katılanların yaş dağılımına bakıldığında deneyim sebebiyle uyumun artabileceği; kendine güvenin daha yüksek olabileceği; alternatif iş olanaklarının azalabileceği ve bu nedenle de bu yaş dağılımının etik ilkelere uyum açısından bir avantaj olduğu söylenebilir. Araştırma kapsamındaki işgörenlerin yaşları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İş görenlerin yaşı ile en kuvvetli ilişki mahremiyete Saygı/ Sır Saklama ilkesiyedir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri izlemektedir.

Cinsiyet, etik tutumla ilgili araştırmalarda en çok kullanılan demografik değişkendir. Servined, cinsiyetin etik tutumlar üzerinde etkisi olmadığını söylemiş, Whipple ve Swards bazı durumlarda kadınları, Fritzsche ise erkekleri daha etik bulmuştur. Aker’in yapmış olduğu bir çalışmada, aynı eğitimi almış erkek ve kız öğrenciler arasında farklı etik tutumlar belirlenmiştir. Poorsoltan ve arkadaşları,

Borkowski ve Ugras, Ruegger ve King, Galbraith ve Stephenson, Ameen ve arkadaşları, Knotts ve arkadaşları, Adkins ve Radtke, Rawwas, Serwinek, West ve arkadaşları gibi yazarlar, çalışmalarını sonucunda kadınların erkeklere göre etik tutumunun çok daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Cohen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada cinsiyetin etik karar alma sürecinde önemli bir etken olduğunu, kadınların erkeklere göre etik konularda çok daha duyarlı davrandığını saptamışlardır. Buna göre kadınlar erkeklere göre deontolojik açıdan çok daha hassas çıkmışlardır. Yani etik olarak sorgulanabilecek davranışları kadınlar erkeklere göre daha az onaylamaktadırlar. Uzel'e göre ahlaki konularda alınan kararlarda kadınlar "toplum - merkezli", erkekler "ben - merkezli" yaklaşımlarda bulunmaktadır (Özyer, Azizoğlu, 2010: 66).

Araştırma bulguları incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunu (%60) kadınların oluşturduğu görülmektedir. "Cinsiyet modeline" göre katılımcıların çoğunluğunun kadınlardan oluşması nedeniyle işgörenler arasında ev ve aile ile ilgili sorumlulukların çalıştıkları örgütün değer ve amaçlarından daha üstün görülmesi gibi bir riskin varlığı ileri sürülebilir. "İş modeli" yaklaşımına göre ise birey davranışları açısından kadın ve erkek arasında cinsiyet kaynaklı bir farkın oluşmayacağı söylenebilir. Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmaması "İş modeli" yaklaşımı ile örtüşmektedir. Araştırma kapsamındaki işgörenlerin cinsiyetleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin cinsiyeti ile en kuvvetli ilişki adalet ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla, özerkliğe saygı, zarar vermeme ve mahremiyete saygı/sır saklama ilkeleri izlemektedir.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin medeni durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında özerkliğe saygı, adalet ve mahremiyete saygı ilkeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin medeni durumları ile meslek etiğinin zarar vermeme ilkesi arasında da istatistik açıdan anlamlı olmasa da 0.19 oranında bir ilişki bulunmaktadır. Başak, Uzun ve Arslan tarafından yapılan bir çalışmada da yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumuna göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları

arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 78).

Başak, Uzun, ve Arslan tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre hemşirelerin büyük bir kısmı (%78.9) etik konusundaki bilgilerini hemşirelik eğitimi sırasında kazandığını belirtirken, hemşirelerin yarısı (%51.7), mezuniyet sonrasında etik konusunda eğitim almadığını bildirmişlerdir. Yine bu araştırma bulgularına göre yoğun bakım hemşirelerinin öğrenim durumu, mezuniyet öncesi ve sonrası etik konusunda eğitim alma durumlarına göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 2010: 77-78).

Eğitimin, etik bakış açısına etkilerini belirleyen araştırma bulguları farklılık göstermektedir. Bazı araştırmalar, etik tutum ile biçimsel öğretim arasında zayıf bir ilişki bulurken bazıları kuvvetli bir ilişki bulmuşlardır. Ferrell ve Gresham ve Hunt ve Vitell bireyin eylemlerinde belirleyici rol oynayan en önemli etkenin, kişinin etik görüşü olduğunu ve bunun da hem çalışma yaşamından hem de üniversite eğitiminden daha önce belirlendiği savunmuşlardır. Ayrıca Servineck öğretim ve etiksel algılamada arasında kuvvetli bir ilişki bulamamış ve bunun nedenini işletme topluluğunda herkesin öğretim düzeyinin genel nüfusa oranla daha homojen olmasına bağlamıştır (Özyer, Azizoğlu, 2010: 67).

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin eğitim durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin eğitim düzeyi ile en kuvvetli ilişki adalet ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla mahremiyete saygı, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri izlemektedir.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin mesleki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki özerkliğe saygı ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla mahremiyete saygı, adalet ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir. Tülay Başak, Şenay Uzun, Filiz Arslan tarafından yapılan araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çalışma sürelerine göre etik duyarlılık toplam puan ve alt boyut puanları

arasındaki farklılıklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Başak, Uzun, Arslan, 2010: 78).

Yapılan bir alan araştırmasında uzun süre aynı örgütte çalışmanın işgörenin bir etik tutum olan örgütsel bağlılık seviyesini arttırdığı görüşüne yer verilmiştir. İşgörenin sadece etik tutum gereği değil de örgüte yatırımının ve örgütten elde edilecek kazanç ihtimalinin artmış olması nedeniyle de, örgüte bağlılığın arttığı söylenebilir. Mathieu ve Zajac örgütte çalışılan sürenin artması ile örgütsel normların daha fazla içselleştirildiğini, örgüte psikolojik yakınlığın daha da arttığını ifade etmişlerdir (İnce, Gül, 2005: 66-67).

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki özerkliğe saygı ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, mahremiyete saygı ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir.

TEDMER'İN “Etik Barometre Araştırma Sonuçlarına” göre “etik konusunda en fazla yol alması gereken sektörler” arasında “kamu ve sağlık sektörü” yer almaktadır. Araştırmamızın yapıldığı kurumların kamuya ait sağlık kurumları olduğu dikkate alındığında TEDMER'İN “Etik Barometre Araştırma Sonuçları” oldukça manidardır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki kıdem durumları ile en kuvvetli ilişki zarar vermeme ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, özerkliğe saygı, mahremiyete saygı ilkeleri izlemektedir. İşgörenlerin çalıştıkları kurum özellikle mevzuat konusunda gösterdiği farklılık açısından önem taşımaktadır.

Mesleğin öncelikle ferdin ve ailesinin sosyal statüsünü ve gelir seviyesini etkilediği; bundan başka meslek ferdin günün büyük bir kısmını kimlerle ve nasıl geçireceğini belirlediği görülmektedir. Bütün bu öncelikle görülebilen etkilerden başka meslek faktörü bireyin ruhî ve fizikî yönden sağlığını da etkilemektedir. Pek göze çarpmayan bir tarzda yavaş yavaş fikirleri, değerleri, ölçüleri ve davranışları değiştirir.

Çağdaş sosyologlardan Sorokin'e göre mesleğin bireylere ayırt edici özellikler kazandırması iki aşamada meydana gelir. İlk safhada, her meslek kendi üyesini seçer. Bu durum ekseriya kaliteli eleman gerektiren meslekler için doğrudur. Güzel sesli olmayan kişiler, şarkıcı olamayacakları gibi, zayıflar da ağır siklet şampiyonu olamazlar. İkinci safhada, devamlı meslekî faaliyet üyelerinin vücut yapılarına, zihnine ve davranışlarına şekil verir. Meslekî faaliyetin bu değiştirme etkisi «görev organı yaratır» ilkesinde yatmaktadır (Eke, 1987: 378-379).

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin mesleki pozisyonları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında her dört ilke ile de istatistiksel açıdan anlamlı ve çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki kurumlarda genel kamu mevzuatının yanı sıra bir de kurumlara özgü mevzuat işlemektedir. Ayrıca sağlık sektörünün doğası gereği bir de sağlık mesleği ile ilgili etik ilkeler söz konusudur. Ancak tüm bu kural ve ilkeler uyum konusunda bireylerin kişilik özellikleri kadar mensubu oldukları meslekler de etkili olabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları birim ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında, özerkliğe saygı, zarar vermeme ve mahremiyete saygı ilkeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İş görenlerin halen çalıştıkları birim ile meslek etiğinin adalet ilkesi arasında da istatistik açıdan anlamlı olmasa da 0.09 oranında bir ilişki bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki kurumlarda yukarıda bahsedildiği gibi genel kamu mevzuatının yanı sıra bir de kurumlara özgü mevzuat işlemektedir. Sağlık sektörünün doğası gereği sağlık mesleği ile ilgili etik ilkelerin yanı sıra işgörenlerin çalıştıkları birimin de kendine özgü koşulları ve yazılı ya da sözlü kuralları olmaktadır. Nitekim yapılan başka alan araştırmaları da bu görüşü doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki istihdam şekilleri ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin halen çalıştıkları kurumdaki istihdam şekilleri ile en kuvvetli ilişki özerkliğe saygı ilkesiyledir. Bu ilkeyi sırasıyla adalet, mahremiyete saygı ve zarar vermeme ilkeleri izlemektedir. Araştırma kapsamındaki işgörenlerin istihdam şekilleri onların istihdam güvenceleri açısından farklılık oluşturmaktadır.

İstihdam güvencesi geçimini emeği ile sağlayan işgöreni işten çıkarılmaya karşı koruyan önlemlerin tümünü kapsamaktadır. Ancak bu güvence mutlak değildir. Zaten aşırı derecede genişletilmiş bir istihdam güvencesi halen bir işte çalışmakta olanlara sosyal bakımdan ayrıcalıklı bir durum yaratmaktadır. Bu nedenle belirli işlere sahip kişiler, bu mevkilere aday olan kimselerin mesleğe girmelerini engelleyebilmekte; birçok işsiz yeniden işe yerleşme şansını bu nedenle yitirmekte ve daha kabiliyetli kişilerin yükselmesini engellenmektedir (Kutal, 2018).

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin nöbet durumları ile meslek etiğinin boyutlarına ilişkin algıları arasındaki test istatistiği sonuçlarına bakıldığında, adalet ilkesi ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İşgörenlerin nöbet durumları ile meslek etiğinin özerkliğe saygı, zarar vermeme ve mahremiyete saygı ilkeleri ile arasında istatistik açıdan anlamlı olmasa da bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan alan çalışmalarında iş yükünün artması ve dinlenme süreçlerinin iyi düzenlenmemesi gibi koşulların hemşirelerin çalışma hayatında sorunlara neden olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaşadığı sorunlardan biri sürekli ayakta durmaya bağlı bel ağrısının görülmesidir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, hemşirelerin bel problemi yaşama düzeyinin ağır fiziksel çalışma koşullarının olduğu iş kollarına göre sık görüldüğü tespit edilmiştir (Yazıcı, Kalaycı, 2015: 379-383).

Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesindeki “İnsan gönüllüleri üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda etik ilkelere” göre tıbbi araştırmalarda yer alanlar da dâhil olmak üzere, hastaların sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve yükseltmek hekimin görevidir. Hekimin bilgi birikimi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır. Tıbbi ilerlemeler, insanlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmaları da kapsamı kaçınılmaz olan araştırmalara dayanır. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve/veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde” bulunmalıdırlar. Araştırmaya katılanların ancak % 35,4’üne göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları düşük bir orandır.

Tıpta bazı şeyler asla olmamalıdır ama maalesef vardır. Örneğin ameliyatta hasta içerisinde bir cerrahi aletin unutulması, hastanın dikkatsizlik sonucu düşmesi, iki hastanın ameliyathanede karışıp yanlış ameliyat yapılması ya da yanlış kan transfüzyonları gibi tıbbi hatalara bağlı olarak Amerika’da yılda 44.000- 98.000 kişi ölmekte ve bu rakam “olağan” karşılanmaktadır. ABD, İngiltere ve Avusturya’da yapılan benzer araştırmalar sonucunda “hasta güvenliği” konusunda çalışmalar başlamıştır. Dünya sağlık örgütü ve Joint Commission International’a göre hasta güvenliğinin hedefi; hasta kimliğinin doğru tanımlanması, etkin iletişimin sağlanması, yüksek-riskli ilaçların yönetimi/daha güvenli kullanımını sağlama, cerrahi tedavide yanlış taraf, yanlış hasta, yanlış uygulamaları önlemek, sağlık hizmetine bağlı enfeksiyonları azaltmadır. Bu nedenle “sağlık çalışanlarının tamamının hizmet verdiği bireylerin güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılmalı ve uygulamalıdır. Araştırmaya katılanların ancak % 31,4’üne göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları manidar sayılabilir.

Temel insan haklarının sağlık alanında farklılaşmış bir uzantısı olarak kabul edilen hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfı ile sahip buldukları T.C. Anayasası, Milletlerarası Antlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz. Sağlık kurum, kuruluş ve işletmelerinde oluşabilecek nahoş olayların önlenmesi, insan onuruna yakışır şekilde ve insanı esas alan bir uygulamanın yerli yerine oturabilmesi için hasta haklarının taraflarca iyi bilinmesi ve uygulanması gerekir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 52,5’ine göre sağlık çalışanlarının bu görüşte olmaları yeterli olmamakla birlikte diğer maddelere kıyasla kısmen iyi sayılabilir.

Özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavi işlemlerinden önce hastanın sözlü ve yazılı olarak onayının alınması gerekir. Etik açıdan kabul edilebilir bir onam için hastanın iyi bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanın tıbbi durumunun seyri ve tedavisi konusundaki bilgilendirmeyi hekim yapar. Hemşire bakım sürecinde bağımlı ve bağımsız fonksiyonlarını yerine

getirirken uygulayacağı işlemler ve yöntemler konusunda hastayı bilgilendirmelidir. Hemşire hastanın bazı anlamları kavramada yetersiz kaldığı durumlarda onun savunuculuğunu üstlenme rolü vardır. Fakat acil servislerde yapılan bir çalışmada hemşirenin hekim bilgilendirmesinin yetersiz kaldığı durumlarda hastanın savunuculuğunu üstlenirken hekimlerle sorun yaşadığı ve etik sorunların ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu anlamda araştırmaya katılanların ancak % 33,2'sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının bu görüşte olmaları olumlu bir sonuç değildir.

Tıbbi müdahaleler nitelikleri itibariyle yaşam, sağlık ve vücut bütünlüğünü koruma gibi haklarla yakından ilgilidir. Bu bağlamda yukarıda da ifade edildiği gibi Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesine göre; 'Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir'. 'Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz'. Bu hüküm ışığında kural olarak, kişiliği oluşturan değerlerden biri olan vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahale ancak kişinin rızası ile hukuka uygun hale gelir. Ancak rızanın geçerli olarak hukuk düzeninde yerini alabilmesi için hekim tarafından aydınlatma yükümlülüğünün usulüne uygun bir şekilde yerine getirilmesi gerekir. Nitekim Amerikan hukukunda da Schloendorff V. Society of New York Hospital davasında, fiil ehliyeti olan herkesin kendi vücut bütünlüğüne ilişkin karar verme hakkının olduğu açıkça ifade edilmiştir. Hasta, kendi geleceği hakkında karar verme hakkına sahip olarak vücudu üzerinde gerçekleştirilecek her türlü müdahaleye ilişkin olarak olumlu ya da olumsuz bir karar verecektir. Hasta, bu kararı kimsenin etki veya baskısı altında kalmadan özgürce vermelidir. Bu bağlamda, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı tıp etiğinin önemli ilkelerinden olan hasta özerkliğine saygıyı da korumaktadır. Bu anlamda araştırmaya katılanların % 53. 2'sine göre sağlık çalışanlarının tamamına yakınının "hastanın bedensel bütünlüğüne yönelik tıbbi uygulamalar öncesinde rızasını almaktadır" görüşünde olmaları olumlu sayılabilecek bir sonuçtur.

Şangay ve Pekin'de 2018'de bakım etiği ile ilgili yapılan deneysel araştırmalarda üç önemli sonuca ulaşılmıştır. Bunlar; 1. Bakım etiği, hizmet sunanlara sadece fiziksel işlev yüklemeyi aynı zamanda kişiye duygusal yönden bağlı olma sorumluluğunu da verir. 2. Hizmet sunucularıyla alıcıları arasında yaşam ve iş arasındaki sınır kalktığı için farklı bir öznelik üreten sosyal ilişki kurulmasına yol açar.

3. Bakımı sunanların özel konumuna rağmen düşük ücret verilmesi, etik araçlarını bir “aşk hapishanesi” durumuna sokma eğilimi taşırlar. Bu üç önemli sonuç, hizmet sunmak isteyen sağlık çalışanlarında ikileme neden olmaktadır (Yiyu, 2018).

Berwick ve arkadaşlarının etik kodların oluşturulması hakkında yaptıkları çalışmalarda; “sağlık hizmetlerinde herkes için bir etik kod” ilkesini temel alarak, etik kodların bir seçim değil, bir zorunluluk, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez ve ayrılmaz bir parçası olduğunu belirtmişlerdir. Öyle ki sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini sunarken bu etik kodlara sıkı sıkıya bağlı olmak zorundadır. Bu zorunluluk aynı zamanda yasal bir gerekliliktir. Etik kodlar, ahlaki çevreye şekil ve yapı kazandırabilir ve etik sorumluluğu bireysel pratisyenle paylaşırken etik konumu özetleyebilir. Bu şekilde bakıldığında, bireysel varyasyon ve kişisel konular dikkate alınabilir. Etik bir kod, zor durumlarda etik sorunların tartışılmasını kolaylaştırabilir ve daha geniş ve daha güvenli ahlaki sonuçlara yol açan farklı etik konular kurulabilir ve tartışılabilir. Etik bir kod, sağlık çalışanları tarafından paylaşılan ahlaki tutumları tanımlayabilir ve bu konuda son derece değerli ve etkili olabilir. Fakat yapamayacağı şey, tıbbi uygulamada karşılaşılan birçok etik problem için belirli cevapları sağlamaktır. Berwick ve arkadaşlarının yayınladığı bildirmede bazı öneriler sunulmuştur. Bunlar; Sağlık hizmetlerine dâhil olan herkes için ortak etik kod oluşturulması potansiyel olarak değerlidir ve memnuniyetle karşılanmalıdır. Ancak bu kodların rolü ve sınırları belli olmalıdır. Herkes için yeni bir etik kod geliştirilmesi çağrısı birkaç önemli sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar; 1. Yunan döneminden beri bugünkü ve gelecekteki ahlaki ikilemlere cevap verebilen basit bir etik kodun boş yere aranmasıdır. Gelecek belirsiz olduğundan her döneme cevap verebilecek bir kod oluşturulamaz. Sadece yol belirlenebilir ve felsefesini kavranabilir. 2. Sağlık hizmetleri içindeki tüm farklı gruplar arasında fikir birliği sağlamaya çalışmaktır. Bu durum bazı tavizlerin verilmesine neden olabilir. Amaçlanan kodun kapsamı ne kadar geniş olursa, o kadar az spesifik olabilir yani yine özel bir çok durumda kullanım için genel olacak bir kod ortaya çıkabilir. Yazarlar kodların hatırlanmasını istiyorsa tabii ki kısa olmalarını isteyeceklerdir. Bu da detaylara yer vermeyeceğinden genel olması kaçınılmaz olacaktır. Yani etik kodlar genel karakterlere sahiptir (Limentani, 1998).

King Fonu, Berwick ve arkadaşlarının önerisi üzerine diğerleriyle de ortaklaşa olarak NHS deki etik kod oluşturma tartışmalarını teşvik için değerler üzerine çalışma

yapmayı kabul etmişlerdir. Bu çalışma, sağlık hizmetlerinden faydalananların ve hastaların etik kodların oluşturulmasında katkı sunmalarını içermektedir. Sağlıktaki etik kodların oluşturulması, aktif kullanıcılar ve hastalar olmaksızın aşırı derecede akademik olma riskiyle karşı karşıya olabileceği görüşünü savunmaktadır (Neuberger, 1998).

Öztürk'ün (2013) "hastanelerde yönetici pozisyonundaki hemşirelerin yönetsel ilkelere uyulup uyulmadığının astları tarafından değerlendirilmesini" içeren Trabzon'daki beş kamu hastanesinde yaptığı alan araştırmasında; hastanedeki başhemşireleri yönetsel açıdan etik bulunurken; adalet, eşitlik, olumlu insan davranışı ve hümanizm açısından ise etik bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada hemşirelerin pozisyonları, başhemşirelerden memnuniyetleri ve görüşme sıklıkları da onlarla ilgili görüşlerini etkilediği görülmüştür.

Utlu'nun (2016), İstanbul'daki dört kamu hastanesinde hemşirelerin etik yaklaşımının araştırıldığı bir çalışmada sonuçlar üç ana başlıkta değerlendirilmiştir. Bunlar: Hemşirelerin mesleklerini yerine getirirken yaşanan sorunlar; acil durumlarda hastaların değerleriyle çelişmeyecek, uygulama esnasında hastaya ve yakınlarına hasta lehine gerçeğin söylenmemesi yönünde etik ikileme düşüldüğü görülmüştür. Çalışılan servislere göre yaşanan etik sorunlar; çalışılan birimlere göre etik sorunların da farklılık gösterdiği görülmüştür. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin karşılaştığı etik sorunlar; ameliyathane ortamında ise, özellikle anestezi altında bilinçsiz, tüm hayati fonksiyonları bağımlı, kendi kararını veremeyecek durumda olan hastalarla ilgilidir. Bu hastaların mahremiyetini, gizliliğini sağlamak ve bilgilendirmek etik ilkelerine karşın, hastadan izin alınmadan gözlem amaçlı izleyici bulundurulması gibi etik ihlalinin yaşandığı görülmüştür. Ayrıca etik karar verme sürecinde, ameliyathanede çalışan hemşireler, kendilerinin yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin yaşadığı etik ikilemlerle ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde; sağlık çalışanının malzeme ve personel eksikliği, hastane masrafları, görev tanımlarındaki belirsizlik, kurumdan ve sistemden kaynaklanan eksiklikler gibi sebeplerden etik ikilemlere düştükleri görülmektedir. Hemşirelerin % 37'si malzeme eksikliğine bağlı psikososyal bakıma ilişkin etik ikileme düştüklerini, %22'sinin ise aynı sebepler neticesinde hasta bakımının yeterince verilmediğini belirtmişlerdir (Karagöz, 2000: 1-8).

Bir üniversite hastanesinde iki yüz hemşireyle yapılan başka bir araştırmada ise etik sorunlar şöyle sıralanmıştır: İlk sırayı % 18,75'le SGK' sı olmayıp hastaneden kaçmak isteyen hastaların, ikinci sırayı ise %13,25 ile doktor istemine rağmen tedaviyi reddeden hastaların aldığı görülmüştür (Erdemir, Algier, Pınar, 2001: 317-322).

Sağlık personeli ve hastalar arasında yaşanan etik sorunlarla ilgili diğer çalışmalarda ortaya çıkan diğer sorunlar ise; sağlık çalışanı tarafından hasta ve ailesine tanı, tetkik ve tedavi hakkında yeterli bilgi verilmemesi, hastaya yanlış ilaç uygulanması, bazı sağlık personellerinin görev tanımının yeterince yapılmamış olması, hastanın özerkliğine saygı gösterilmemesi, hasta üzerinde izinsiz araştırma yapılması gibi etik sorunlarla karşılaştığı görülmüştür (Utlu, 2016).

Hemşirelerin etik davranışları ve etik karar verme süreci ile ilgili 1988-2008 yılları arasında yapılan araştırma makaleleri incelendiğinde; etik karar verme sürecinin hemşirelik uygulamalarına geçirmenin zor bir süreç olduğu, kişisel ve durumsal faktörlerden etkilendiği saptanmıştır (Ersoy, vd., 2003; Gül, 2006)).

7. GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışma “Diyarbakır ili merkez kamu hastanelerindeki işgören davranışlarının meslek etiği açısından incelenmesi ve işgörenlerin demografik nitelikleri ile meslek etiği algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunup bulunmadığını” test etmek amacıyla yapılmıştır. Metodoloji bölümünde detaylı olarak anlatıldığı üzere, anket yöntemiyle elde edilen veriler, çalışmanın amacına uygun istatistiksel tekniklerle test edilmiştir. Bulgular ışığında sağlık çalışanlarının “tıp etiğinin dört temel prensibine bağlılık düzeylerinin sıralaması” yapıldığında; mahremiyete saygı / sır saklama İlkesinin ilk sırada yer aldığı, adalet ve eşitlik ilkesinin ikinci, özerklik / bireye saygı ilkesinin üçüncü ve son olarak zarar vermeme / yararlılık ilkesinin ise dördüncü sırada yer aldığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan Diyarbakır ilindeki dört büyük kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının, gerek etik ilkelere ilişkin genel ortalama, gerek faktör grupları (Tıp etiğinin dört temel prensibi) temelindeki ortalama açısından ulaşılan bulguların etik davranış ilkeleri açısından çok da iyi bir sonuç ortaya koyamadığı görülmüştür. Etik değerlere bağlılık düzeyinin düşük olması, etik alt yapı unsurları açısından sıkıntılar olduğu sonucunu da doğurmaktadır. Deontolojik ilkeler açısından değerlendirildiğinde, etik eğitim seviyesinin istenilir düzeyde olmadığı, hangi davranışın etik sınırlar çerçevesinde değerlendirilebileceğinin yeterince bilinmediği yargısına da varılabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki işgörenlerin demografik özellikleri değerlendirildiğinde büyük bir kısmının orta yaş olarak tanımlanan 25-45 yaş grubuna toplandığı görülmektedir. Etik değerlere bağlılığın orta ve ileri yaşlarda arttığı göz önüne alındığında etik ilkelere uyum açısından bu yaş dağılımının bir avantaj olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşı ile en kuvvetli ilişkinin mahremiyete saygı / sır saklama ilkesi arasında olduğu görülmüştür. İşgörenlerin cinsiyetine bakıldığında büyük bir çoğunluğun kadınlardan oluştuğu ve cinsiyet ile en güçlü ilişkinin de Adalet ve Eşitlik İlkesiyle olduğu görülmektedir.

Medeni duruma bakıldığında ise evlilerin oranının fazla olduğu ve medeni durum ile özerklik / bireye saygı ilkesi arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki işgörenler arasında üniversite mezunlarının çoğunluğu

oluşturduğu ve eğitim düzeyi ile adalet ve eşitlik ilkesi arasında kuvvetli bir ilişkinin bulunduğu görülmektedir. Mesleki kıdem durumlarına bakıldığında 6-10 yıl arasında deneyime sahip olanların çoğunluğu oluşturduğu ve deneyim ile en güçlü ilişkinin de özerklik / bireye saygı ilkesiyle olduğu anlaşılmaktadır.

Mesleki pozisyonlar açısından dağılıma bakıldığında çoğunluğu hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir. Test istatistiği sonuçlarına göre mesleki pozisyonların her dört ilke ile de anlamlı ve çok güçlü ilişki bulunduğu söylenebilir. Araştırma kapsamındaki işgörenler arasında istihdam şekillerine göre dağılımda büyük çoğunluğun kadrolu çalışanlardan oluştuğu ve istihdam şekillerine ile en güçlü ilişkinin de Özerklik / Bireye Saygı ilkesiyle olduğu saptanmıştır. İşgörenlerin nöbet tutma durumlarına bakıldığında ise, çoğunluğun nöbet tuttuğu ve nöbet tutma durumu ile en güçlü ilişkinin de Adalet ve Eşitlik İlkesiyle olduğu; çalışma pozisyonuna bakıldığında büyük çoğunluğun servisteki sağlık personelinden oluştuğu ancak, en güçlü etik algının mahremiyete saygı / sır saklama ilkesiyle yönetim kademesini oluşturan başhemşire ve yardımcılarında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başhemşire ve yardımcılarında etik farkındalık düzeyinin yüksek olması, bir üst düzeye geçildiğinde çalışan davranışlarını daha iyi gözlemleyerek olması gereken ve uygulamada mevcut olan etik davranış düzeylerini karşılaştırabildikleri için daha etik düşünebildikleri yorumu yapılabilir.

KAYNAKÇA

- ADAMS, Robert, (2010), *The Short Guide to Social Work*, Policy Press, Bristol.
- AGUIRR, Gas, HG., Cirugia, Y.,“Ethical principles in medical practice. Cirujanos”, 2004; 72 (6): 503–10. Erişim: (<http://search.ebscohost.com>). Erişim Tarihi: 17.07.2018.
- AHMAD, Muhammad Shakil, “Work ethics: An Islamic prospective”, *International Journal of Human Sciences*, Volume: 8, Issue: 1 Year: 2011, p. 857.
- AHMETOĞLU, Emine, (2009), *Ahlak Gelişimi, Eğitim Psikolojisi* (Edit: N. Aral,T. Duman), Kriter Yayınları, İstanbul.
- AKAR, Çetin, ÖZALP, Hüseyin, (2002), *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Songür Yayıncılık, Ankara.
- AKARSU Bedia, (1982), *Ahlak Öğretileri, Remzi Kitabevi*, İstanbul.
- AKARSU, Bedia, (1998), *Ahlak Öğretileri, Remzi Kitabevi*, İstanbul.
- AKLAN, Nejla Adanur, “Uuslararası Sermaye Akımları: Etkileri Sterilizasyon Politikaları ve Değişen Yapısı”, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7: 36-52, , Balıkesir, 2002, s. 40.
- AKSOY, Şahin, (2003), *Tıp Etiğinin Ülkemizdeki ve Dünyadaki Tarihi, Çağdaş Tıp Etiği*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- AKSOY, Şahin, “Tıp Etiğinin Ülkemizdeki ve Dünyadaki Tarihi”, *Çağdaş Tıp Etiği, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, (Ed. A. Demirhan Erdemir, Ö. Öncel, Ş. Aksoy), İstanbul, 2003, s. 17-23.
- AKTAN, Coşkun Can, (1999), *Değişim ve Yeni Global Yönetim*, Türkiye Metal Sendikacıları, MESS Yayın No: 257.
- ALAN, Sultan, *Adana’da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkinlıkları*, Doktora Tezi, 2005, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

- ALKAN, Ahmet, ERDEM, Ramazan, ÇELİK, Rukiye . "Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19 / 3, Eylül 2016.
- ALTINTAŞ, Hayrani "İslam Ahlakı ve İnsani Davranışlar", *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt:36, Sayı:1, Ankara, 1997, ss. 16-17.
- AMBROSE, Maureen L., "It's Fairly Political Around Here: Relationship Between Perceptions of Organizational Politics and Organizational Justice", *Politics in Organization*, Routledge Taylor Francis Group New York-London, New York, 2012, pp. 146-152.
- APEL, K.O., (1993), "Une Ethique Universaliste Est-Elle Possible", *La Philosophie en Europe*, R. Klibansky ve D. Pers (der.), Gallimard/ UNESCO, Paris,'den aktaran TEPE, Harun (2015), *Etik ve Meslek Etikleri*, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara.
- ARDA, Berna, "Bilimsel Araştırmalar ve Etik" *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Ankara, 1994: 2 (3): 141–143.
- ARDA, Berna, "Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar", (Ed. Arda B, Kahya E, Başağaç Gül T.) *Bilim Etiği ve Bilim Tarihi*. Ankara: *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınları*, 2004: 21–36.
- ARDA, Berna, "İş Ahlakı, Açısından Tıp: Neredeyiz? Nereye Gidiyoruz?", *I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı*. Ankara, 2001, 103–111.
- ARDA, Berna, "Tıp ve Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler", *Çağdaş Tıp Etiği, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, S.17-23 (Ed. A. Demirhan Erdemir, Ö. Öncel-Ş. Aksoy), İstanbul, 2003.
- ARSLAN, Mahmut, AKINCI, Sevcan Kılıç (2007), *e-İş, e-Devlet, Etik, Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- ARSLANTAŞ, Cüneyt, DURSUN, Meral, "Etik Liderlik Davranışının Yöneticiye Duyulan Güven ve Psikolojik Güçlendirme Üzerindeki Etkisinde Etkileşim Adaletinin Dolaylı Rolü", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:8, Sayı:1, Eskişehir, 2008, ss. 111–128.

- ATAYMAN, Veysel, (2005), Aklın Sınırları, Kant Felsefesine Giriş, Don Kişot Yayınları, İstanbul.
- ATICI, Elif, (2003), Etik Kurullar, Nobel Kitapevleri, İstanbul.
- AYDIN, Erdem, (2006), Tıp Etiği, 1.Baskı, Güneş Kitabevleri, Ankara.
- AYDIN, Erdem, (2001), Tıp Etiğine Giriş, 1.Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara.
- AYDIN, Erdem, “Hekim-Hasta İlişkisinin Etik Yönü” *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi Dergisi*, C.6, S.1, Ankara, 2009, s.11
- AYDIN, Erdem, “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2013, C.25, Kayseri.
- AYDIN, Erdem, “Tıp Etiğinde Temel İlkeler”, *I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı*. Ankara, 2001: 133–137.
- AYDIN, Erdem, Ersoy, N. , “ Tıp Etiği İlkeleri”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi*, C.2, S.2, Ankara, 1995.
- AYDIN, İnayet, (2000), Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik, Pegem Yayınları, Ankara.
- AYDIN, İnayet, (2016), Yönetmel, Mesleki ve Örgütsel Etik, Pegem Yayınları, Ankara.
- AYDIN, İnayet, (2006), Eğitim ve Öğretimde Etik, 2. Baskı, Pegem Yayıncılık, Ankara.
- BACANLI, Hasan, “Eş tercihleri”, V. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresine sunulan bildiri, 15-17 Eylül 1999, Ankara.
- BAL, İhsan, BEREN, Fatih, (2011), Polis ve İstihbarat Etiği, 3.baskı, Karınca Yayınları, Ankara.
- BALCI, Asım, (2008), Kamu Yönetiminde Hesap Verebilirlik Anlayışı: Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar, (Editörler: Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk, Bayram Coşkun), 2. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.

- BAŞAK, Tülay, UZUN, Şenay, ARSLAN, Filiz; “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010; 52: ss. 76-81, s. 78.
- BAŞARAN, İbrahim Ethem, (1992), *Yönetimde İnsan İlişkileri: Yönetimsel Davranış*, Kadioğlu Matbaası, Ankara.
- BAŞBAKKAL, Didar Zümrüt, KILIÇ, M., “Pediatrik Ameliyathane Hemşireliğinde Etik Sorunlar” *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1997; 13 (1-3): 137-152.
- BAYOĞLU, Filiz; “Macintyre’ın Klasik Aristotelesçi Erdem Geleneğine İlişkin Yorumu”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, sayı:14, (2): 1-10, Erzurum, 2010, s. 2.
- BEAUCHAMP, Tom, L, CHILDRESS, James, F, (1994), *Principles of Biomedical Ethics*. 4th edition, Oxford University Press, New York.
- BEBEAU Muriel, J., “The Defining Issues Test and The Four Component Model: Contributions to Professional Education”, *Journal of Moral Education*, 2002; 31(3): 271-295.
- BERKMAN, N.D., WYNIA M.K., CHURCHILL L.R.; “Gaps, Conflicts And Consensus In The Ethics Statements Of Professional Associations, Medical Groups And Health Plans”, *J.Med.Ethics*, Aug.2004;30, s. 395-401.
- BERTRAND, Alexis, (2001), *Ahlak Felsefesi*, Çev: Salih Zeki), Akçağ Yayın Pazarlama A.Ş., Ankara.
- BILLINGTON, Ray, (1997), *Felsefeyi Yaşamak, Ahlak Düşüncesine Giriş*, (Çeviren: Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- BİLGİN, Kâmil Ufuk; “Kamu Yönetiminde Yönetim Ahlakı” *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1-2, 1998, s. 465-483.
- BOLINO, Mark C. TURNLEY, William H., (2009), “Organizational Citizenship Behavior: A Review of the Political Perspective”, *Politics in*

Organizations, New York, NY: *Politics in Organizations: Theory and Research*. (Organizational Citizenship).

BORE, Mumra, D., Kerridge, L., Powis D., “Selection of Medical Students According to Their Moral Orientation Medical Education”, 2005; Vol. 39(3): 266-275.

BUCHHOLTZ, A. K., CARROLL, A. B. (2008). *Business & Society*, Nelson Education Ltd. Canada.

BUĞDAYCI, Atilla, “Kuran-ı Kerime Göre Üç Semavi Din”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kayseri, 2007, ss. 46-47.

BÜYÜK, Celal, “Nietzsche’nin ‘Tanrı Öldü’ Sözü ve Değerler Sorunu”, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013, 17 (3): 1-20.

CARROLL, M.P, (1990), *Culture*, (Ed: J.J. Teevan), Introduction to Sociology, Prentice-Hall, USA.

CEVİZCİ, Ahmet, (2002), *Felsefe Sözlüğü*, 5. Baskı, Paradigma Yayınları, İstanbul.

COPPER, Phillip, (1999), *Public Administration For The Twenty First Century*, Harcourt Brace College, Publishers, For Worth, USA.

COTTINGHAM, John, (1992), *Descartes*, Cambridge University Press, USA.

ÇALIŞLAR, Aziz, (1983), *Ansiklopedik Kültür Sözlüğü*, Altın Kitaplar Yayın Evi, İstanbul.

ÇAM, Z, ÇAVDAR D, SEYDOOĞULLARI S, ÇOK F. “Ahlak Gelişimine Klasik ve Yeni Kuramsal Yaklaşımlar”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2012;12(2):1211-122.

ÇELİK, Mazlum, TURUNÇ, Ömer, “Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi”, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Cilt:17, Sayı:2, Manisa, 2010, ss. 184-193.

- ÇEVİKBAŞ, Rafet, “Yönetimde Etik ve Yozlaşma”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 20, Nisan, Sayı: 1, Erzurum, 2006, ss. 265-287.
- ÇİLİNGİR, Lokman, (2003), *Ahlak Felsefesine Giriş*, Elis Yayınları, Ankara.
- ÇOBAN, Orhan, Bir Siyasal Yozlaşma Türü Olarak Rüşvet ve Ekonomik Etkileri, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:13, Sayı:1, Erzurum, 1999, ss. 173-195.
- ÇOBANOĞLU, Nesrin, “Hastane Yönetiminin Hekim-Hasta İlişkisine Müdahalesinin Etik Boyutları”, 1.Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, Ankara, ODTÜ Yayınları, 2001.
- ÇOBANOĞLU, Nesrin, “Hastane Yönetiminin Hekim-Hasta İlişkisine Müdahalesinin Etik Boyutları”, 1.Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, Ankara, ODTÜ Yayınları, 2001.
- DALLI, Mehmet, “Türkiye’de Hasta Hekim İlişkilerinde Etik Sorunlar”, Dokuz Eylül Üniv. Sos. Bil. Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2000.
- DAVIS, J. H., MAYER, R. C., (1999), “The Effect Of The Performance Appraisal System On Trust For Management: A Field Quasi-Experiment”, *Journal of Applied Psychology*, 84(1), 123-136. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.84.1.123>
- DAVIS, Keith, (1999), *İşletmelerde İnsan Davranışı, Örgütsel Davranış*, (Çeviren: Kemal Tosun vd.) 5. Baskı, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayını, Yayın No:199, İstanbul.
- DEDEOĞLU, Gözde, (2004), *Etik Düşünce ve Postmodernizm*, Telos Yayıncılık, İstanbul.
- DEMİR, Ömer, (2008), *İktisat ve Ahlak*, Liberte Yayınları, Ankara.
- DEMİRLİ, Erhan, “Finansal Yatırım Kararlarında Risk Unsuru ve Riske Maruz Değer”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 9, Sayı: 1, İzmir, 2007, s. 123.

- DİKER, Jale, ETİLER, Nilay, YILDIZ, Mustafa, ŞEREF, Besim, “Altmış Beş Yaş Üzerindeki Kişilerde Bilişsel Durumun Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Alan Çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(2): ss. 79-86, s.80.
- DOĞAN, Hulusi, CAN, Ali, “Örgütlerde Mesleki Özerklik Sorunu ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde Ampirik Bir Çalışma”, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 18, Sayı 1, 2009, Adana, s.133–148 133.
- DOWNS, Upshaw JC, SWIENTON AR., “Ethics in Forensic Science”, *Waltham, MA: Academic Press*, 2012, 454 pp.
- DRUCKER, Peter, (1994), *Kapitalist Ötesi Toplum*, (Çev. Belkıs Çorakçı), İnkılap Kitabevi, İstanbul.
- DURKHEİM, Emile, (1949), *Meslek Ahlakı*, (çev. Mehmet KARASAN, Çeviri Tarihi: 1986) MEB Yayını, Ankara.
- DUYAN, Veli, PURUTÇUOĞLU, Eda, Demirbilek, M., Çamur Duyan, G., (2016), *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre*, (Edit.: E. Özkalp, E. Duyan), Anadolu Üniv. AÖF Yayınları, Eskişehir.
- DUYGULU, Serpil, KORKMAZ, Fatoş, “Hemşirelerin Örgüte Bağlılığı, İş Doyumları ve İşten Ayrılma Nedenleri”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(2): 9-20.
- Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, (2005), Çeviri Civaner M., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- DWIGHT, Waldo (1995), *Study of Public Administration*, Newyork, (Edit. İbrahim Ö Kaboğlu), Alkım Yayınları, İstanbul.
- EKE, Beğlü, (1987), “Bir Sosyal Sınıf Belirleyicisi Olarak Meslek Faktörü”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, Cilt 43, Prof. Dr. S. F. Ülgener’e Armağan, İstanbul, 377-401.
- ELALTAN, Cemile, “Etik, İş Etiği ve Sağlık Hizmetlerinde Etik, Çivril Devlet Hastanesi Sağlık Personelinde İş Etiği Algısı” Beykent Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.

ELÇİOĞLU, Ömür, KIRIMLIOĞLU, Nurdan, (2003), Tıp Etiği İlkeleri: Çağdaş Tıp Etiği, (Ed. Erdemir, Demirhan, A, Öncel Ö., Aksoy Ş.), Nobel Kitapevleri, İstanbul.

ELMALI, Osman (2005), Bertrand Rusell'da Ahlak Felsefesi, Ataç Yayınları, İstanbul.

ELMALI, Osman, (2006), George Edward Moore'da Etik, Arı Sanat Yayınları, İstanbul.

ELMALI, Osman (2007), Etik, Arı Sanat Yayınları, İstanbul.

ELMALI, Osman, “Bazı Tanrısız Dinler Örneklemeyle Etik Yaptırım Üzerine”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1): 181-191, Erzurum, 2004, s. 183.

EMRULLAH, Alî bin, HÂDİMÎ, Muhammed (2009), İslam Ahlakı, 79. Baskı, Hakikat Kitabevi, İstanbul.

ENGELHARDT, Dietrich V., (2000), Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik, Önsöz XV. Engelhardt DV, (Çev.Namal, A.), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

ENGELHARDT, Dietrich V.,(2000), Tıp Etiğinin Sistematiği ve Tarihi Üzerine, (Çev. Namal, A.), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

ERCAN, İlker, KAN İsmet,” Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 30: 211-6.

ERDEMİR, F, Algıer L, Kadioğlu S, Abbasoğlu A, Burkaş U., “Hemşirelikte Etik Öğretimi, Bir Deneyim Paylaşımı”, Arda B, Akdur R, Aydın E. II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara, Biyoetik Derneği Yayınları, 2001; 309–316.

ERGUN, Turgay, “Kamu Yönetimi Disiplininin Gelişmesine Kısa Bir Bakış: Yeni Arayışlar, Yeni Gerçekler”, Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri, 1995, I. Cilt, s.7-13, Ankara: TODAİ Yayınları.

- ERSOY, Nermin , “ Aydınlatılmış Onam İlkesi”, *Çağdaş Tıp Etiği, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, (Ed. A. Erdemir, Demirhan, Ö. Öncel-Ş.Aksoy), İstanbul, 2003: 204-230.
- ERSOY, Nermin , “ Tıbbi Etikte Yararlılık İlkesi ”, *Çağdaş Tıp Etiği, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, C.2, S.2, Ankara, 1994.
- ERSOY, Nermin, “Biyomedikal Araştırmalar ve Etik Kurullar”, *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1997; 2 (1): 5–8.
- ERSOY, Nermin, “Hemşirelik ve Etik”, *Hemşirelik Forumu*, 1998; 1(2): 83–87.
- ERSOY, Nermin, “Tıp Etiği Eğitimine Küçük Bir Katkı” *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1995;3 (2–3): 78–81.
- ERSOY, Nermin, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: I. Çağdaş Tıp Etiği”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, (Ed. A. Demirhan Erdemir -Ö. Öncel, Ş. Aksoy), İstanbul, 2013.
- ERSOY, Nermin, “Yaşamın Sonuyla İlgili Etik Konular: II. Çağdaş Tıp Etiği”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, cilt 11, sayı 3, 2003, s.207-212, (Ed. A. Demirhan Erdemir - Ö.Öncel-Ş.Aksoy) , İstanbul, 2003.
- ERSOY, Nermin, ALTUN İ., “ Professional and Personal Values of Nursing in Turkey. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 1998; 8 (3): 72–75.
- ERSOY, Nermin, Gündoğmuş ÜN, Aslan H, Gündoğmuş A., “Hekimin Etik Duyarlılığı”,. *I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, Kocaeli: 1999: 24–28.
- FELDMAN, Fred, (2016), *Etik Nedir?*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.
- Felsefe.gen (2018), *Kynere (Kirene) Okulu Nedir?*, felsefe.gen.tr, ET: 15.07.2018.
- FERRELL, O.C., FRAEDRICH J., FERRELL, L. (2005), *Business Ethics: Ethical Decision Making and Cases*, Houghton Mifflin Company, Boston,USA.

- FRANKENA, William, (2007), Etik, (Çev. Azmi Aydın), İmge Kitabevi, Ankara.
- FULCHER, James, SCOTT, John. (2011), Sociology, Oxford Universty Press, USA.
- GIBBS, JC, Basinger KS, Grime RL, Snarey JR., “Moral Judgement Development Across Cultures: Revisiting Kohlberg’s Universality Claims”, *Developmental Review*, 2007; 27: 443-500.
- GLOVER, RJ, KUYEL N., “Moral Reasoning and Moral Orientation of U.S. and Turkish University Students”, *Psychological Reports*, 2010;107 (2): 463-479.
- GÖK, Metin, Ö, ÖZER, F., “Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007;10(1): 58-66.
- GÖK, Sibel, ORAL, Deniz., vd., (2012), Etik, Zeus Kitabevi, İzmir.
- GÖKÇE, Orhan, ÖRSELLİ, Erhan, “Kamu Yönetiminde Etik ve Etik Dışı Davranış Algısı”, *İş Ahlakı Dergisi*, Cilt:4, Sayı:7, İstanbul, 2011, ss. 47-63.
- GÖKSU, Turgut., BİLGİÇ, Veysel. K., (2002), Polislik Mesleği ve Etik Kuralları, Polis Meslek Etiği, (Ed. İhsan Bal-M. Bedri Eryılmaz), Polis Akademisi Yayınları, Ankara.
- GÖRMEZ, Kemal, ALTAN, Murat, ALTAN, Şenal vd.,, “Etik, Kültür ve Toplum”, Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi, T.C. Başbakanlık Kamu Etik Kurulu, Ankara, 2009, <http://www.etik.gov.tr.pdf>, (24.08.2018), s . 4.
- GÖZLER, Kemal, (2010), Hukukun Temel Kavramları, Ekin Yayınları, Bursa.
- GÖZÜBÜYÜK, Şeref, (1998), Yönetim Hukuku, S Yayınları, Ankara.
- GREENBERG, J. (1996), “The Quest for Justice on the Job: Essays and Experiments”. Thousand Oaks, CA: Sage Publications ve Mowday, R.T. s. 24. ve Colwell, K.A. (1996), “ Employee Reactions to Unfair

Outcomes in the Workplace: The Contributions of Adams' Equity Theory to Understanding Work Motivation”, Porter, G. Bigley ve R. Steers (Edt.), *Motivation and Work Behavior*. New York: Mc Graw- Hill'den aktaran: Füsün Çınar Altıntaş, “Bireysel Değerlerin Örgütsel Adalet ve Sonuçları İlişkisinde Yönlendirici Etkisi: Akademik Personel Üzerinde Bir Analiz”, *İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:2, 2006, ss. 19-40.

GÜLER, E., Sağlık Sektöründeki Mal ve Hizmetler İçin Yapılan Reklamların Hukuksal Boyutunun Türkiye'deki Durumu, MÜ, SABE, YYLT, İstanbul, 2006.

GÜLTEKİN, F., “Psikoloji, Rehberlik ve Psikolojik Danışma, Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yeteneklerinin İncelenmesi”, *International Online Journal of Educational Sciences*. 2011;3(1): 220-244.

GÜNGÖR, Aytar, (2008), Gelişim ve Öğrenme, Anı Yayıncılık, Ankara.

GÜRSOY, Remzi; “Tıp Etiğinde Gerçeğin Söylenmesi ve Türkiye'deki Durum”, Ankara, Hacettepe Üniv. Tıp Tarihi Deontoloji ABD Tıpta Uzmanlık Tezi, 2003.

HADOT, Pierra, (2011), İlkçağ Felsefesi Nedir?, (Çeviren: Muna Cedden), Dost Kitabevi, Ankara.

HALICI, Ali; “Etik Konusunun Türk Basın Yazımında Temel Alanlara Yönelik Ele Alınış Sıklığı”, Ankara, 1.Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, ODTÜ Felsefe Bölümü, 2001.

HARİHARAN, S, JONNALAGADDA R, WALROND E, MOSELEY, H.”

Knowledge, Attitudes And Practice Of Healthcare Ethics and Law Among Doctors And Nurses in Barbados”, *Biomed Centra, Medical Ethics*, 2006;7(7). Erişim:

<http://www.biomedcentral.com>), (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>), (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>), (uwi.hariharani@gmail.com)

E.T: 01.08.2018.

- HARMANCI, SA, vd.,“Hemşirelerin Meslekleri ile İlgili Sıklıkla Yaşadıkları Sorunlar ve Önem Düzeyleri”, *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, Mayıs 2013;44-46. İstanbul.
- HARTMAN, L., PATRİCSON, M., (1997), “Golden Oldies”, *Management Development Review*, 10 (3).
- HAYRAN, Osman, SUR, Haydar, (1998), *Sağlık Hizmetleri*, Yüce Yayım, İstanbul.
- HAYRAN, Osman, SUR, Haydar, (2009), *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- HAYS, J. Martin; “Dynamics Organizationa-1 Wisdom”, *Journal of Global Strategic Management*, 1(1), Online Library, 2007, ss. 17-35.
- HEIDEGGER, Martin, (2003), *Plato’s Sophist*, (Translated by Richard Rojcewioz), Indiana University Press, USA.
- HELVACI, Akif; “İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışı Gösterme Düzeyleri”, *Journal of World of Turks*, Vol.2, No.1, Online, (2010), ss. 391-409.
- HENKEL, W., (2000), *Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik*, İkinci Baskıya Sunuş, Engelhardt DV, (Çeviri Namal A.), XII, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- HEROLD, Timo, STEHR, Christopher, “ Developing Hypernorms For Corporate Codes Of Ethics”, *Journal of Global Strategic Management*, June, Online Library, 2010, pp. 100-111.
- HİTT, William D., (1990), *Ethics And Leadership: Putting Theory Into Practice*, Batelle Press, Columbus.
- İLAC ARAŞTIRMALARI HAKKINDA YÖNETMELİK, (2007), Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr>). Erişim Tarihi: 01.09.2018.
- İNAL, K., (1996), “Sosyalist Etik”, *Gelecek*, Y:1, S:1-3, Eylül-Ekim, 43.
- İNALKUL, Hakan, (2013), “Türk Polis Teşkilatında Etik Algısı: Ampirik Bir Çalışma”, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi Bölümü, Bursa.

- İNCE, Mehmet, GÜL, Hasan, (2005), Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık, İleri Giden Ofset, Ankara.
- JACQUELINE, A.M, SHOPIR, C.,TAYLOR, S., (2004), The Employment Relationship, “Industrial Relations Approched to the Employment Relationship”, Oxford, UK.
- KADIOĞLU, Selim, “Dünya Hekimler Birliği Bildirgelerine Bakış”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Ankara, 2007; 1 (1): 80–91.
- KADIOĞLU, Selim, “Tıbbi Etiğin Felsefesi ve Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri” *Diş Hekimleri Odası Etik Bülteni*, Ankara, 1998; (2).
- KADIOĞLU, Selim, “Tıp Etiği Çerçevesinde Tıbbi Bildirgeler: Yaşama Dair Etikçe bir Bakış”, Ankara: Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu Yayınları, 2002: 78–85.
- KADIOĞLU, Selim, ARDA, B., “Tıp ve Genel Ahlak”, *Tıp Etiği Araştırmaları Biyoetik Derneği Yayınları*, Ankara: 1999: 80–84.
- KADIOĞLU, Selim, KADIOĞLU, F., (2007), “ Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci: Klinik Etik”, (Edt. Erdemir, Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H), Nobel Kitapevleri, İstanbul.
- KADIOĞLU, Selim., “Etik Etik Dedikleri”, *III. Koloproktoloji- Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı*, Adana, 2007: 86–88.
- KADIOĞLU, Selim., ÖNCEL Ö, NAMAL A, ERDEMİR Demirhan A, Ertin H, Atıcı E., “Miri Etik”, *Yüksek Teknoloji Tıbbı ve Hekim-Hasta İlişkisi. Uluslararası Katılımlı Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildirileri Kitabı*, İstanbul: Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği Yayınları, 2006: 275-283.
- KALLAUAS, Norma F., KEELING B. Lewis (1992), Administrative Office Management, Cincinnati: South Western Hardcover.
- KANPOLAT, Y., “Klinik Uygulamalarda Etik Sorunlar” *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1994; 2 (3): 138–140.

- KANT, Immanuel, (2002), *Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi*, (Çeviren: I Kuçuradi), Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
- KANT, Immanuel, (2007), *Ethica, Etik Üzerine Dersler*, (Çeviren: Oğuz Üzücü), 2.Baskı, Pencere Yayınları, İstanbul.
- KAPU, Hüsnü, AYBAŞ Meryem, “Yahudi Hıristiyan ve İslam Geleneklerinde İş Ahlakına Bakış: Karşılaştırmalı Bir Yaklaşım”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:23 Sayı:1, Erzurum, Ocak, 2009, ss. 73-93.
- KARABULUT, Kerem, “Erzurum İlinde Sağlık Sektörünün Ekonomik Analizi”, Atatürk Üniv., SBE, YYLT, Erzurum, 1994.
- KARABULUT, Kerem, YAPRAK, Ş., “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama”, *Ankara, I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 20-21 Mayıs 2000, s.179-191.
- KARACA, Yusuf, PEKYAMAN, Asuman, GÜNEY, Hatice, “Ebeveynlerin Televizyon Reklam İçeriklerinin Çocuklar Üzerindeki Etkilerini Etik Açıdan Algılamalarına Yönelik Bir Araştırma”, *Sosyal Bilimler Dergisi / Cilt: IX, Sayı: 2, Aralık 2007*, ss. 233-250, s.237.
- KARADAĞ, Zennure, “Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi”, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2007.
- KARAFAKİOĞLU, Mehmet, “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, *İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi*, İstanbul, Yayın No:271,1998, s.111-113.
- KARAGÖZ, S., “ Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000; 4 (1): 1–8.
- KARAKAYA, Hamiyet., ÖRS, Yaman, ,(2013), “ Dünyada ve Türkiye’ de Etik Kurulları”, <http://www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/853/10815.pdf> (ET: 06.07.2018).
- KARYMSHAKOV, Kamalbek, ABDYKAPAROV, Yzat, “Kırgızistan’da Yolsuzluk Olgusu”, *Sosyo-ekonomi Dergisi*, Ocak-Haziran, 2008-1, 080104. Ankara, 2008, ss. 91-102.

- KAVİ, Ersin, KOÇAK, Orhan, (2011), *Çalışma Yaşamında Etik*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin, (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- KAYA, Çetin, “Küresel Rakabetin Tırmandığı Bir Süreçte Türk Liderlere Uygun Model Arayışı”, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, Cilt:2, Sayı:2, Mayıs, 2010, İstanbul, ss. 73-84.
- KELAT, Zennure, “Kamu ve Özel Hastane Yöneticilerinin Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış: Ankara İlinde Bir Uygulama”, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2007.
- KELEŞ, Ruşen, “Kent ve Kültür Üzerine”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXIX Sayı:246, Ankara, http://www.sehrinuzerindekieller.org/wpcontent/uploads/2010/06/Rusen_Keles.pdf, (ET; 25.08.2018), s. 14.
- KINAY, Sibel, “İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Etik İlkelerine Bağımlılık Düzeylerinin Öğretmen Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi”, Ankara, G. Ü. Eğt. Bil. Enst. Eğitim Yön. ve Den. Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- KIREL Çiğdem, “Örgütlerde Etik Davranışlar Yönetimi ve Bir Uygulama Çalışması”, *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Eskişehir, 2000.
- KOCABIYIK, Onat, KULAKSIZOĞLU, A. (2014), “Genç yetişkinlerin ahlaki kimliklerinin incelenmesine yönelik nitel bir araştırma”. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(3), 858. DOI: 10.12738/estp.2014.3.1961
- KOISTINEN, Olli, (2009), *Spinoza’s Ethics*, Cambridge University Press, USA.
- KONGAR, Emre, (1982), *Kültür Üzerine*, Çağdaş Yayınları, İstanbul.
- KONGAR, Emre ; “Kamuda Rüşvetin Toplumsal Nedenleri”, *Yolsuzluk ile Savaşım Stratejileri Uluslararası Sempozyumu*, 29 Eylül Pazartesi, İstanbul, 2005, http://www.kongar.org/makaleler/mak_kam.php.

- KÖSE, Saffet, “İslam Hukukuna Göre Rüşvet Suçu ve Cezası”, *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi*, sayı:11, 2008, ss. 139-166.
- KÖYLÜ, Mustafa, (2012), *Dünya Dinlerinde Ahlak*, Dem yayınları, İstanbul.
- KUÇURADİ, İonna, (1988), “ Felsefi Etik ve Meslek Etikleri”, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
- KUÇURADİ, İonna, (1990), “ Felsefi Etik ve Meslek Etikleri”, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
- KUÇURADİ, İonna, (2000), “ Felsefi Etik ve Meslek Etikleri”, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
- KUÇURADİ, İonna, (2009), Etik, Türkiye Felsefe Kurumu Yayını, Ankara.
- KUTAL, Gülten, (2018), “İstihdam Güvencesi”, Ders Notları, asosindex.com/cache/articles/istihdam-guvencesi, Erişim Tarihi: 13.09.2018.
- KUTLUĞHAN, M., ÖKTE, Savaş, “Antik Çağda İktisadi Düşünce”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Bahar-Cilt:7, Sayı:24 (037-062), 2008, ss. 38,46.
- LAMBERTON, Lowell H., MINOR, Leslie, (1995), *Human Relations: Strategies For Success*, Irwin Mirror Press, Chicago.
- LAURENCE, E. Lynn, Jr., “Public Management, A Concise History Of The Field”, *Public Management*, Edited by Ewan Ferlie-Laurence Lynn Jr, Christopher Pollitt, Oxford University Press, 2007, pp. 29-39.
- LIMENTANI, Alexander E , “An Ethical Code For Everybody İn Health Care”, *BMJ*. 1998, May 9; 316(7142): 1458.
- MAESSCHALCK, Jeroen, (2004), *Approaches to Ethics Management In Public Sektör*, Public Press, California.
- MARSH, Charles, DAVID, W. Guth,, (2012), *Public Relations, A Values Driven Approach*, Fifth Edition, Pearson Edition, United States.
- MAVIŞ, İlknur, AKYÜZ, Toğram, “Türkiye’de Bir Araştırma Merkezinde Dil ve Konuşma Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Müşteri Memnuniyeti”,

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt/Vol.:10, Sayı/No: 2 : 165–184 (2010), Eskişehir, 2010, s. 166.

MC KENNA, Eugene, (1994), *Business Psychology And Organisational Behaviour*, Lawrance Earbaum Associates Ltd., East Sussex.

MENGÜŞOĞLU, Takiyettin, (1992) , *Felsefeye Giriş*, Doğu Batı Yayınları, İstanbul.

MENGÜŞOĞLU, Takiyettin, (2003), *Felsefeye Giriş*. 8. Baskı, Remzi Kitapevi, İstanbul.

MEYNELL, H., "The Euthyphro Dilemma", ss. 223-224'den aktaran: Sait Reçber, "Tanrı ve Ahlaki Doğruların Zorunluluğu", *AOIFD* Cilt XLIV (2003), Sayı:1, ss. 135-160, Ankara, s. 137.

MILLER, J. G., (2006), *Insights Into Moral Development From Cultural Psychology*, In M. Killen & J. G. Smetana (eds), *Handbook Of Moral Development* (pp. 375–398).

MÜFTÜOĞLU, A., "Tıp-Etik İlişkisinin Felsefi Temellerinin Araştırılması", Erdemir Demirhan A, Uzel İ, Öncel Ö, Oğuz Y, Aksoy Ş, Şahinoğlu S, Kadioğlu S, Örnek Büken N, Doğan H, Yetener M, Atıcı E. *Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı Cilt:1*. Bursa: Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları, 2003: 568–574.

NEUBERGER, Julia , "Patients should help to shape such a code", *BMJ*, 1998 May 9; 316(7142): 1458.

NORTHCRAFT, Gregory, MARGARET, A. Neale, (1990), *Organisational Behaviour: A Management Challenge*, The Dryden Press, Florida.

OCAK, Hasan, "Bir Ahlak Felsefesi Problemi Olarak Erdem Kavramına Yüklenen Anlamın İlkçağ'dan Ortaçağ'a Evrimi", *FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi)*, Sayı:11-Bahar, ss.79-101, Ankara, 2011, ss. 81-86.

OĞUZ, Yasemin Y, TEPE, Harun, ÖRNEK Büken N, Kırımsoy Kucur D.(2005), *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara.

- OĞUZ, Yasemin, N., (1997), Etik Kurullar: Etik Bunun Neresinde!, Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara.
- OĞUZ, Yasemin, N., “ Klinik Araştırmalarda Etik Sorunlar”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1998; (2): 67–72.
- OĞUZ, Yasemin, N., TEPE, H., ÖRNEK, Büken N., (2005), *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. 1.Baskı, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara.
- OĞUZ, Yasemin, N.,” Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1997; (5): 50–55.
- ORHAN, Fatih, “Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması” Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, 2007, Ankara.
- ORHANER, Emine; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, *Ankara, G.Ü. Ticaret ve Eğitim Fakültesi Dergisi*, sayı 1, 2006, s.1-22.
- ÖNAL, Gülsüm, “Tıpta Adalet İlkesi” İstanbul, İstanbul Üniv. Deontoloji ABD. Uzmanlık Tezi, 2001.
- ÖRNEK, BÜKEN, Nuket, “Hekimlik Etiğinin Başına Gelenler”, Erdemir Demirhan A, Uzel İ, Öncel Ö, Oğuz Y, Aksoy Ş, Şahinoğlu S, Kadioğlu S, Örnek Büken N, Doğan H, Yetener M, Atıcı E. *Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı Cilt 2*. Bursa: Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları, 2003: 1017–1021.
- ÖRNEK, BÜKEN, Nuket, “Tıp Etiği, Biyomedikal Araştırmalarla Neden İlgileniyor?”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2002; 33 (4): 228–234.
- ÖRS, Y., “Neden Deontoloji Değil de Tıbbi Etik?”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1993; 1 (1): 5–8.
- ÖZALP, İnan, SARIKAYA, Muammer, ZÜMRÜT, H. Tonus, “İşletmelerin Toplumdaki Rolüne Yönelik Akademisyenlerin Algısı”, *Paradoks*

Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, ss.5-16, Elektronik Dergi, Ocak-2012, s. 8.

ÖZDEMİR, Hilal, GÜLER, Emel, YILMAZ, Şeyda Akyol, “Halka İlişkilerde Sosyal Sorumluluğun ve Etiğin Uygulanabilirliği”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, İstanbul, 2013, ss. 142-144.

ÖZDEMİR, Murat, “Kamu Yönetiminde Etik”, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:4, 2008, Sayı:7, ss.179-195., Zonguldak, , s. 182.

ÖZDEN, Ömer, “Descartes’in Ahlak Anlayışı”, *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, sayı:14, 1999, Erzurum, ss. 129-130.

ÖZLEM, Doğan, (2010), *Etik Ahlak Felsefesi*, 2.Baskı., Say Yayınları, İstanbul.

ÖZTÜRK, N. K., COŞKUN, B., “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma ve Kamu Hizmetlerinde Kalite: Etiksel Bir Bakış”, *Türk İdare Dergisi*, Yıl: 2013, Sayı: 426/ Sayfa: 159, Ankara.

ÖZTÜRK, Namık Kemal (2003), *Etik ve Kamu Yönetimi, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, (Edit. Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk, Bayram Coşkun), Seçkin Kitabevi, Ankara.

ÖZYER, Kubilay, AZİZOĞLU, Öznur, “Demografik Değişkenlerin Kişilerin Etik Tutumları Üzerindeki Etkileri”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Güz 2010, Cilt:6, Yıl:6, Sayı:2, 6: ss. 59-84, s.67.

PAKSU, Mehmed, (2017), *Peygamberimizin Örnek Ahlakı*, Nesil Yayınları, İstanbul.

PENCE, E. Gregory ,(2004), *Medical Ethics*, Mc Graw-Hill Companies, USA.

POLAT, Zeynep, “Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Problemler Karşısındaki Yaklaşımlarının Belirlenmesi”, İzmir, Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,1999.

PONTING, Clive, (2000), *Dünyanın Yeşil Tarihi*, (Çeviren: Ayşe Başçı-Sander), Sabancı Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.

PURTILO, B.Ruth, CHRISTİNE K. Cassel (1981), *Ethical Dimensions In The Health Professions*, W.B.Saunders Company, USA.

- REST JR, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ., “A Neo-Kohlbergian Approach: The DIT and Schema Theory”, *Educational Psychology Review*, 1999; 11(4): 291-324.
- REST JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ., “A Neo-Kohlbergian Approach to Morality Research”, *Journal of Moral Education*, 2000; 29(4): 381-395.
- RODRÍGUEZ, Mario Roberto Solarte, “Moral y Etica De Lo Publico”, Facultad De Teologia, Bogota, Enero de 2003, pp. 13-15’den Akt. İNALKUL, Hakan (2013), “Türk Polis Teşkilatında Etik Algısı: Ampirik Bir Çalışma”, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE Kamu Yönetimi Bölümü, Bursa.
- ROSSOW, Lawrence F. (1990), *The Principals: Dimensions in Instructional Leadership*, Englewood Cliffs, Prentice Hall Inc., New York.
- RUACAN, Ş. “Türkiye ve Dünyadaki Etik Kurulları”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1994; 2 (3): 158.
- RUNZO J.-N.M.MARTİN, (2002), *Dünya Dinlerinde Hayatın Anlamı*, (Çeviren: Gamze Varım), Say Yayınları, İstanbul.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, “Hasta Hakları Yönetmeliği” , Resmi Gazete, 01.08.1998, S.23420.
- SARGUT, Cemalnur, (2011), *Can-ı Candır*, Nefes Yayınları, İstanbul.
- SAVRAN, Güzin (2007), *Etik İklim ve Tükenmişlik Sendromunun Kalite Yönetim Sistemleri Üzerine Etkileri: Bir Laboratuvar Uygulaması*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Projesi, İzmir.
- SAYEK, F., ENGELHARDT, DV, (2000), *Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik*, (Çev. Namal, A.) Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- SELSAM, Howard (1995), *Etik, Yeni Değerler ve Özgürlük* (Çev. Yüksel Demirekler), Yaba Yayınları, Ankara.

- SELVİ, Murat Selim, ERCAN, Fatih, “Otel İşletmelerinde Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi: İstanbul’daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama”, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15: 159-188, Balıkesir, 2006, ss. 160-162.
- SHAFRITZ, J.M., RUSSELL, E.W. (2005), *İntroduction Public Administration*, Pearson Education İnc., Newyork.
- SHAW, William H., (1991), *Business Ethics*, Wasworth Publishing Co., California.
- SIMPSON, E, COURTNEY, M., “Critical Thinking in Nursing Education, Literature Review”, *International Journal of Nursing Practice*, 2002; 8: 89-98.
- SIVASWAROOP, Pathaneni “Ethical and Value Sensitization Through Open and Distance Learning”, *Turkish Online Journal of Distance Education-TOJDE* ISSN 1302-6488, Volume:10, Number:3, Article 9, July 2009, p. 146.
- SÖKMEN, Alptekin, TARAKÇIOĞLU, Serdar, (2011), *Mesleki Etik*, Detay Yayıncılık, Ankara.
- STEPHENS, DG., “A Correlation Study on Parental Attachment and Moral Judgement Competence of Millenial Generation College Students, Unpublished Doctoral Dissertation”, The Graduate College at the University of Nebreska, Lincoln, Nebreska, 2009.
- STORCH, JL, KENNY, N., (2007), “Shared Moral Work of Nurses and Physicians” *Nursing Ethics*, *Sage Journals*, Toronto, Canada , 2007;14(4):478-491.
- STROLL, A., A.A. Long, V.J. Bourke-R. Campbell (2008), *Etik Kuramları*, (Der. ve Çev: Mehmet Türkeri), Lotus Yayınevi, Ankara.
- SÜMEN, Adem, “Florence Nightingale Yemini ile Uluslararası Hemşirelik Andı'nın Karşılaştırılması ve Etik İlkeler Açısından Değerlendirilmesi / Comparing the Florence Nightingale Pledge with The International Nursing Pledge and Evaluating Them in Terms of Ethical Principles:

Review .” *Türkiye Klinikleri Dergisi J Medical Ethics*, 2017; 25(2):43-8 ,
<https://www.researchgate.net/publication/320314842> (E.T: 01.10. 2018).

SVARA, J.H., (2007), *The Ethics Primer For Public Administrations in Government and Nonprofit Organisation* , Jones and Bratlett Publishers, Arizona.

ŞAHİN, Tuğba, “Özel Hastanelerde Karşılaşılan Etik Problemlerin İrdelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”, Ankara, G.Ü, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2005.

ŞAHİNOĞLU, Pelin, S., “Ülkemizde Tıp Etkinliğinde Deontolojiden Etiğe”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku - Tarihi Dergisi*, C.6, S.1, Ankara, 1998.

ŞEKER, Muzaffer, BULDUKLU, Yasin, (2017), *Tıbbi ve Psiko-Sosyal Hizmet, AÖF Yayınları, Eskişehir.*

TAK, Birçin, ÇİFTÇİOĞLU, B. Aydem “Mesleki Bağlılık ile Çalışanların Örgütte Kalma Niyeti Arasındaki İncelemeye Yönelik Görgül Bir Çalışma”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2008, 63-4, Ankara, ss. 156-157.

TAMER, Seyfi, ÇELİK, Sabri, “Küreselleşme-Kültür İlişkisinin Eğitim Örgütlerini Etkileme Biçimleri (Kayseri İli Örneği)”, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 27, Y l: /2, ss. 279-310, Kayseri, 2009, s. 284.

TANRIVERDİ, H, ADIGÜZEL, O, Özkan D., “Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011; 239-259.

TAŞ, Ali, ÖNDER, Emine, “Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, C.9, Online, 2010, ss. 17-30.

TAYCAN, O, KUTLUL, ÇİMEN, S, AYDIN, N., “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin

- Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2006; 7:100-108.
- TEPE, Harun (2015), *Etik ve Meslek Etikleri*, Türkiye Felsefe Kurumu Yayını, Ankara.
- TEPE, Harun, “Meslek Etikleri: Temelleri ve Sorunları”, Editörler: İhsan Bal-M. Bedri Eryılmaz, *Polis Etiği*, *Polis Akademisi Yayınları*, Ankara, 2002, ss. 54-59.
- TEPE, Harun, “Bir Felsefe Dalı Olarak Etik: Etik Kavramı Tarihçesi ve Günümüzde Etik”, *Doğu Batı*, Yıl 1, Sayı 4, 1998, s.11–28.
- TERAKYE, G, Ocakçı A., (1995), *Seçmeler*, 1. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
- TEZCAN, Mahmut (1993), *Kültür ve Kişilik*, Ankara Üniv. Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını, Ankara.
- The ICN Code of Ethics for Nurses (2007), Erişim: (<http://www.icn.ch/icncode>). Erişim Tarihi: 17.10.2018.
- THOMPSON, Neil, (2005), *Understanding Social Work*, Palgrave, Newyork.
- TOMANBAY, İlhan, (1999), *Sosyal Çalışma Sözlüğü*, SABEV, Ankara.
- TOSUN Gülgün, “Türkiye’de Devlet-Sivil Toplum İlişkisi Bağlamında Demokrasinin Pekışmesinin Önündeki Engellere İlişkin Kuramsal ve Pratik Bir Yaklaşım”, *Ege Akademik Bakış*, Cilt:1, Sayı:1, <http://eab.ege.edu.tr/pdf/1/c1-s1-m11.pdf>, 2003, (29.05.2018).
- TRANSPARENCY INTERNATIONAL, <http://www.transparency.org/> (E.T.: 19.04.2018)
- TUNA, Muharrem, BİRCAN, Hüdaverdi, YEŞİLTAS, Murat, “Etik Liderlik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması: Antalya Örneği”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 26, Sayı 2, Erzurum, 2012, ss. 144-152.
- TUNCAY, Tarık, ALTUNOĞLU, Asu, HATİP OĞLU EREN, B., GÖKÇEASLAN, ÇİFTÇİ, Elif, (2016), *Sosyal Hizmet Etiği*, (Editör: Mustafa ALTUNOĞLU), Anadolu Üniv. AÖF Yayınları, Eskişehir.

- TÜMER, Günay, KÜÇÜK, Abdurrahman, (1993), Dinler Tarihi, Ocak Yayınları, Ankara.
- TÜRER, Celal (2005), William James'in Ahlak Anlayışı, Elis Yayınları, Ankara.
- TÜRER, Sinem, ÇOBAN İPEK, Gülay, "Ahlaki Gelişim ve Hemşirelik", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 3(3), s.948-958.
- Türk Dil Kurumu, (1999), Büyük Sözlük, <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (ET: 15.05.2018).
- Türk Dil Kurumu, (2006), Büyük Sözlük, <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (ET: 17.09.2018).
- Türk Dil Kurumu, (2012), Büyük Sözlük, <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (ET: 15.06.2018).
- TÜRKERİ, Mehmet (2011), Etik Bilinç, Kaynak Sizsiniz, Lotus Yayınevi, Ankara.
- UÇAR, Muharrem, "Askeri Bağlamda Sağlık Hizmetlerinin Etik Boyutu", Ankara, Tabip Odası, *SK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (1),2005, s.37-45.
- UDO, L., (2000), " Patolojiye Etik Notlar", Engelhardt DV, (Çeviri Namal A), *Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2000: 55-65.
- UĞURLUOĞLU, Özgür, ÇELİK, Yusuf; "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı", Ankara, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, cilt 8, sayı 1, 2005, s. 4-26.
- USLU, Şemsettin, DEMİREL, Yavuz, "Kobilerde Çalışanların Sorunları Üzerine Bir Araştırma", *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:12, Niğde, 2002, ss. 173-184.
- USTA, Aydın, "Kamu Görevlisinin Etik Amaç ve Ahlaki Yükümlülüğüne Yönelik Bir Değerlendirme", *Türk İdare Dergisi*, Sayı:468, Eylül, Ankara, 2010, s. 171.

- USTA, Aydın ,“Kamu Örgütlerinde Meslek Etiği ve Çalışma Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme”, Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ), *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF) Dergisi*, C.17, S.1, Isparta, 2012.
- UTLU, Nuray, (2016), “Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İnkilemler”, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Anestezi Programı Öğretim Elemanı, nurayutlu@aydin.edu.tr, Doi: 10.17932/ IAU.IAUD.m.13091352.2016.8/29.17-35.
- UZEL, İ., “Tıp Etiği Eğitimi”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 2010; 2 (3): 121–126.
- ÜLMAN, Yeşim Işıl, (2015) “Türkiye Biyoetik Derneği Organ Nakli ve Etik İlkelerGörüşü”,www.biyoetik.org.tr/yenisite/images/TBD_Organ-Nakli_Gorusu.pdf (04.07.2018).
- ÜSTÜN, Çağatay, “Tıp Mesleğinde Etik ve Hukuki Sorunlara Kısa Bakış”, Tıbbi Hukuk, Tıbbi Etik ve Tıp Felsefesi Sempozyumu, Çorlu, 2006.
- ÜSTÜN, Çağatay, “Tıp Sanatının Ustası Hippokrates”, *Ege Üniv. Tıp Fak. Yayınları*, No:156, İzmir, 2003.
- VURAL, Z., AKINCI, Beril COŞKUN, Gül “Kurumsal Sosyal Sorumluluk ve Etik”, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, Sayı:1, Mart, Gümüşhane, 2011, ss. 70-82.
- WIKIPEDIA, İmhotep’in Hekimlik Andı, <https://tr.wikipedia.org/wiki/imhotep> ET: 10.07.2018.
- WOOD, W. A. (2009), Kant, Çeviren: Aliye Kavanlıkaya, Dost Kitabevi Yayınları, Ankara.
- WHO- World Health Organization (2000), “Ethics”, Erişim Adresi: www.who.int/ethics/Ethics_activities_diagramme_Nov_2000.pdf, ET: 15.08.2018
- YARAN, Cafer Sadık, (2010), Ahlak ve Etik, Rağbet Yayınları, İstanbul.
- YATKIN, Ahmet (2015), Kamuda Etik Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

- YAZICI, Sercan Özbek, KALAYCI, Işıl, “Hemşirelerin Çalışma Ortam ve Koşullarının Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 3(3), ÖS: Ergonomi 2015, 2015 ISSN: 1308-6693, ss. 379-383, s. 380.
- YILDIRIM, Gülay, “Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri”, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ens., Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, 2008, Adana.
- YILMAZ, Kürşad, ALTINKURT, Yahya, “Öğretmen Adaylarının Mesleki Etik Dışı Davranışlar ile İlgili Görüşleri”, *İş Ahlakı Dergisi*, Cilt:2, Sayı:4, İstanbul, 2009, ss. 71-88.
- YIYU, “Towards a more just society? Care ethics and caregivers in urban China”, [Geoforum Volume 96](#), November 2018, Pages 190-197.
- YİĞİT Yusuf, “İşverenin Çalışanlara İş Koşulları Hakkında Bilgi Verme Yükümlülüğü”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Say:4, İstanbul, 2009, ss. 79-89.
- YÜKSEL, Cüneyt “Devlette Etikten Etik Devlete: Kamu Yönetiminde Etik”, Kavramsal Çerçeve ve uluslararası Uygulamalar, Cilt1, Tusiad Devlette Etik Altyapı Dizisi No:1, Yayın No. TÜSİAD-T/2005 - 11/412, Kasım, İstanbul 2005, s. 49.

ANKET FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu çalışma "Sağlık Kurumlarındaki İşören Davranışlarının Meslek Etiği Açısından İncelenmesi" adlı doktora tezinin alan araştırmasını içeren sorulardan oluşmaktadır. Elde edilecek veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmanın güvenilirliği açısından sorulara içten ve doğru yanıtlar vermeniz sağlık çalışanlarının yaşadığı etik sorunların belirlenmesinde yardımcı olacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR

İnönü Üniversitesi SBE

Siyaset Bilimi Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Yönetim Bilimleri Bilim Dalı Doktora Öğrencisi

A.DEMOGRAFİK NİTELİKLER VE KİŞİSEL BİLGİLER İLE İLGİLİ SORULAR

<p>1.Yaşınız? a)18-24 b) 25-35 c) 36-45 d) 46 ve üzeri</p> <p>2.Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek</p> <p>3. Medeni Durumunuz? a) Evli b) Bekar</p> <p>4.Eğitim Durumunuz? a)Lise/Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans d) Yük. Lisans e) Doktora</p> <p>5.Mesleki Pozisyonunuz? a)Doktor b)Hemşire c) Ebe d)Sağlık Memuru e) ATT f)Sağlık Teknikeri (Rad.,Lab., Anestezi) g) Yardımcı Hizmetler h) Otomasyon I) Memur j)Diğer</p> <p>6.Meslekte toplam hizmet süreniz? a) 0-5 Yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 Yıl d)16-20 Yıl e) 21 Yıl ve üzeri</p> <p>7. Halen çalıştığınız kurumdaki hizmet süreniz? a) 0-5 Yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 Yıl d)16-20 Yıl e) 20 Yıl ve üzeri</p>	<p>8.Hangi kurumda görev yapmaktasınız? a)Devlet Hastanesi b) Üniversite Hastanesi c) Eğitim ve Araştırma Hastanesi</p> <p>9.Çalışma Pozisyonunuz? a) Serviste Sağlık Personeli b)Birim Sorumlusu c) Başhemşire veya yardımcısı d) Başhekim veya yardımcısı e) Diğer</p> <p>10. Hangi birimde görev yapmaktasınız? a) Acil Servis b) Ameliyathane c)Klinik d) Laboratuvar/Röntgen, Radyoloji e)Poliklinik f) İdari Birim g) Diğer</p> <p>11.Çalıştığınız birimdeki hizmet süreniz? a) 0-5 Yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 Yıl d)16-20 Yıl e) 21 Yıl ve üzeri</p> <p>12. İstihdam şekliniz? a)Kadrolu b) Sözleşmeli</p> <p>13. Nöbet Tutuyor musunuz? a) Evet b) Hayır</p> <p>14. Hizmet sınıfınız? a)Sağlık Hizmetleri Sınıfı b)Yönetim Hizmetleri Sınıfı c) Teknik Hizmetler d) Yardımcı Hizmetler</p>
--	--

B. ETİK İLE İLGİLİ SORULAR

	Aşağıdaki ifadelerin kurumunuzdaki sağlık çalışanlarının ne kadarı için geçerli olduğunu düşünmektesiniz?	Hemen hiç birisi için geçerli değil	Yarıtsından azı için geçerli	Yarıtsı için geçerli	Yarıtsından çoğu için geçerli	Tamamına yakını için geçerli
1	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı insan hayatının, korunması gereken en yüce değer olduğunun ve bu değerden hiçbir koşulda vazgeçilemeyeceğinin bilinci ile çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı bireylerin ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmâl nedeniyle zarar görmesini önleyecek şekilde çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, uygulamalarının hizmet verdiği bireyler için oluşturabileceği risklerin farkında olup, bu risklerin en aza indirecek şekilde çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylerin tıbbi uygulamalar ve/veya klinik araştırmalar nedeniyle zarar görmelerini önlemeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylerin güvenliğini sağlayarak ve güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasına yönelik girişimlere katılır ve uygular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylere, gereksinimleri doğrultusunda, bilim ve teknolojinin olanaklarından da yararlanarak güvenli sağlık bakımını bütüncül bir yaklaşımla vermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, işkenceye, zalimce yapılan insanlık dışı davranışlara ya da aşağılayıcı hiçbir işleme katılmamakta ve onaylamamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, insan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan özerkliğe saygının insan haklarının temel dayanağı olduğunun bilincinde olarak çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, bireylerin inanç, değer ve gereksinimlerini göz önünde bulundurarak hizmet sunmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylerin bakımı konusunda doğru, yeterli ve anlayabileceği bir biçimde bilgilenmelerini sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hastanın kendisi dışında, bilgilendirilmesini istediği kişileri belirlemesine saygı göstermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aşağıdaki ifadelerin kurumunuzdaki sağlık çalışanlarının ne kadarı için geçerli olduğunu düşünmektesiniz?	Hemen hiç birisi için geçerli değil	Yarısdan azı için geçerli	Yarısı için geçerli	Yarısdan çoğu için geçerli	Tamamına yakını için geçerli
12	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, bireyin herhangi bir yanıtma ve baskı altında kalmaksızın bakımı konusunda karar vermekte ve seçme hakkına saygı göstermekte ve bu konuda gerektiğinde bireyi savunma rolünü üstlenerek çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, bireyin bakımı, tıbbi uygulamaları ve tedaviyi reddetme hakkına saygı göstermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylerin bedensel bütünlüğüne yönelik tıbbi uygulamalar öncesinde bireyin sözlü ve/veya yazılı rızasını almaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, karar verme yeterliliğine sahip olmayan bireylerde bedensel bütünlüğüne yönelik müdahale içeren tıbbi uygulamalar öncesinde bireyin yasal temsilcisinin sözlü ve /veya yazılı rızasını almaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, acil durumlarda bireyin yaşamını korumak üzere gerekli tıbbi uygulamaları rıza almaksızın uygulamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasındaki ırk, dil, din, yaş, cinsiyet, inanç, sosyal ve ekonomik durum ve siyasi görüş ayrımı gözetmeksizin hizmet vermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet sunarken kişisel çıkar gözetmemekte ve herhangi bir kişi ya da kuruluşla mesleki değerleri ile çatışabilecek çıkar ilişkisine girmemektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı hizmet verirken, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlayarak çalışmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aşağıdaki ifadelerin kurumunuzdaki sağlık çalışanlarının ne kadarı için geçerli olduğunu düşünmektesiniz?	Hemen hiç birisi için geçerli değil	Yarınsından azı için geçerli	Yarısı için geçerli	Yarınsından çoğu için geçerli	Tamamına yakını için geçerli
20	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireyin kendisi ya da ailesiyle ilgili olarak paylaştığı bilgileri, yasal zorunluluk ve kendisinin ya da üçüncü kişilerin hayatını tehdit eden bir zorunluluk olmadığı sürece bireyin rızası olmaksızın başka bireylerle paylaşmamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylerle ilgili kayıtların gizliliğine özen gösterir ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engelleyici önlemler almaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, bildirim zorunlu olan durumlarda, bildirim nedeniyle oluşabilecek zararlardan bireyi koruyucu önlemleri almaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Kurumunuzdaki sağlık çalışanı, hizmet verdiği bireylere gizliliğin sınırları ve hangi durumlarda gizlilik ilkesine uyulacağı hakkında ön bilgi vermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖZGEÇMİŞ

01.01.1980 tarihinde Diyarbakır'ın Ergani ilçesinde doğdum. İlkolul ve ortaokulu aynı ilçede tamamladıktan sonra 1998 yılında Ergani Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik bölümünden mezun oldum. 1999'da İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahilye Kliniğinde hemşire olarak görev yaptım. 2000 yılında Doğu Akdeniz Üniversitesi Hukuk Fakültesini kazandım, bir yıl okuduktan sonra maddi olanaksızlıklar nedeniyle okulumu bırakmak zorunda kaldım. 2001 yılında Hani/Diyarbakır Sağlık Ocağında göreve başladım ve sağlık kurumlarının yönetim alanı da dâhil birçok biriminde görev yaptım. Birçok birimin kuruculuğu ve sorumluluğunu üstlendim. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım.

2008 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesinden mezun olduktan sonra 2010 yılında Malatya İnönü Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı/ Yönetim Organizasyon Bilim Dalında yüksek lisansımı tamamladım. Bu öğrenimim esnasında Anadolu Üniversitesi AÖF Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programından mezun oldum. 2014 yılında yine İnönü Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı/ Kamu Yönetimi Bilim Dalında Doktora öğrenimime başladım ve 2019 yılında mezun oldum. Doktora öğrenimim esnasında Anadolu Üniversitesi Sosyal Hizmetler Lisans Programını bitirdim. Evliyim ve 7 yaşında bir oğlum var.

Gülfer BÜYÜKTAŞ GAYIR