T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI

HASTANE AHLÂKI ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

İzzet ERDEM
1440232002

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA- 2018

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	**İZZET ERDEM**
Anabilim Dalı	**SAĞLIK YÖNETİMİ**
Tez Başlığı	**YÖNETİCİLER, ÇALIŞANLAR VE HASTALAR PERSPEKTİFİNDEN HASTANE AHLÂKI: HASTANELERDE KURUMSAL AHLÂKIN OLUŞUMUNA DAİR NİTEL BİR ÇALIŞMA**
Yeni Tez Başlığı[1] *(Eğer değişmesi önerildi ise)*	Hastane Ahlâkı Üzerine Nitel Bir Araştırma

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Doktora Tez Savunma Sınavında Jürimiz 30/07/2018 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Doktora tezi için;

☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU**[2]

ile aşağıdaki kararı almıştır.

☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**[3] kararlaştırılmıştır.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**[4] kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/Süleyman Demirel Üniversitesi	(oy kullanmadı)
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Kürşat ÖZDAŞLI/Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Aygen OKSAY/Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Emine ŞENER/Ahi Evran Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ/Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA/Süleyman Demirel Üniversitesi	

[1] Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.
[2] **OY ÇOKLUĞU** ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.
[3] **DÜZELTME** kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 39-(4) Tezi hakkında **DÜZELTME** kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç altı ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.
[4] Tezi **REDDEDİLEN** öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişiği kesilir.

T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum "*Hastane Ahlâkı Üzerine Nitel Bir Araştırma*" adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

İzzet ERDEM

30.07.2018

(ERDEM, İzzet, *Hastane Ahlâkı Üzerine Nitel Bir Araştırma,* Doktora Tezi, Isparta, 2018)

ÖZET

Ahlâk insanın yaratılıştan gelen özellikleri ile sonradan benimsediği huy, alışkanlık ve davranışların bütününü ifade etmektedir. Tek başına kullanıldığında güzel huy ve niteliklere işaret etmektedir. Ahlâkın eylemlerin ve söylemlerin manevi boyutunu teşkil ettiği söylenebilir. Davranışların ve davranışların sonuçlarının her halükârda bir anlamı vardır ve gerektiğinde bu anlam da ahlâka uygunluk ile değerlendirilmektedir. Ahlâk bireysel, kurumsal ve toplumsal temelde ele alınabilmektedir. Ahlâk ile ilişkili bir diğer kavram da etiktir. Etik genel olarak ahlâkbilim ya da ahlâk felsefesi olarak tanımlanmaktadır. İki kavramın farklı olduğunu savunanlar olduğu gibi, birbirini tamamlayıcı ya da aynı olduğunu düşünenler de bulunmaktadır. Fakat iki kavram arasında netleşmiş kesin bir ayrımın bulunduğunu söylemek güç gibi gözükmektedir. Bu nedenle bu çalışmada toplumsal kültüre uygun olması ve kavram kargaşası yaşanmaması için ahlâk terimi tercih edilmiştir. Kurumsal bazda ahlâka dair incelenmesi gereken kurumların birinin de hastane olduğu söylenebilir. Hastaneler doğrudan insan sağlığına yönelik hizmet veren kurumlardır. Hem sağlık hizmeti veren personel ile hizmet alan hastalar arasındaki etkileşim, hem de hastane personelinin kendi içinde ve kendileri dışında paydaşlarla olan etkileşimi ahlâk dışı bir takım sonuçlar doğurmaktadır. Günümüzde özel hastaneler ile birlikte kamu hastanelerinin de sağlık hizmeti sunumunda ticari mantığı benimsemeye başlaması, hastanelerde iş kollarının farklılığının yanında bu birimlerdeki personelin birbirleri ile ilişkileri ve gelişen tıp endüstrisinin sağlık sektörü üzerinde hâkimiyet kurma çabası hastaneleri ahlâkî anlamda incelemeye tabi tutmayı gerektirmektedir.

Bu çalışmada amaç hastane ahlâkı kavramının içeriğini keşfetmek ve hastanelerle ilgili ahlâkî ve ahlâkî olmayan durum ve eylemleri tespit etmektir. Hastanelerde mevcut ahlâkî sorunlara çözüm getirilmesi çalışmanın diğer bir amacıdır. Hastane ahlâkının mahiyetinin derinlemesine incelendiği bu çalışma nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim deseni ile dizayn edilmiştir. Olgubilim deseni insanların çevrelerinde olup biten olayları nasıl değerlendirdiklerini anlamaya çalışan bir yöntemdir. Bu araştırmadaki olgu ise hastane ahlâkı olgusudur. Hastane ahlâkı kısaca; hastane personeli, hastalar ve tedarikçilerin kurum olarak hastaneyi ilgilendiren davranış, tutum, inanç ve algılarının ahlâka bakan yönlerinin toplamıdır. Araştırmanın katılımcılarının belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın katılımcılarını hastane iş deneyimi olan 22 ve hastalık tecrübesi olan 2 kişiden müteşekkil toplamda 24 görüşmeci oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış mülâkat formu kullanılmıştır. Görüşmeler neticesinde elde edilen veriler tematik kodlama yoluyla çözümlenmiştir. Verilerin analizinde nitel veri analiz programı MAXQDA kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastane ahlâkının, iş ahlâkı, insan ilişkileri, hasta mahremiyeti, örgüt kültürü ve sosyal norm ile nitelendirildiği; hastane ahlâkının belirleyicilerinin ise sivil toplum kuruluşları, hastalar, sağlık personeli, kamu otoritesi, tıp eğitimi ve tıp endüstrisi olduğu sonucuna varılmıştır. Mevcut hastane ahlâkına yönelik düşünceler hastalar, hastaneler ve sağlık politikaları üzerinde yoğunlaşırken, hastanelerde ahlâkî seviyenin yükseltilebilmesi için katılımcılar tarafından; kamu

otoritesine, çalışanlara, yöneticilere, hastalara ve sivil toplum kuruluşlarına düşen görevler ile ilgili öneriler getirilmiştir. Araştırmanın dikkat çeken sonuçlarına bakıldığında; özel hastanelerin ticari bir kuruma dönüşmesi, hekimlerde maddiyat odaklılık, performans sisteminin çalışanlarca suistimal edilmesi, hastane personelinin ücret ve çalışma koşullarından tatmin olmaması dolayısıyla ahlâk dışı davranışlarda bulunabilmesi ve hastalarda sağlık personeline karşı saygının azalması olumsuz ahlâkî sonuçlardandır. Sağlık personelinin fedakârlığı ve hastane personeline karşı saygısını muhafaza eden hastaların varlığından duyulan memnuniyet ise çalışmanın olumlu sonuçlardandır.

Anahtar Kelimeler: Ahlâk, hastane ahlâkı, kurumsal ahlâk, hasta, hekim, nitel araştırma, fenomenoloji, sağlık çalışanı

(ERDEM, İzzet, A *Qualitative Research on the Hospital Morality,* Ph.D. Thesis, Isparta, 2018)

ABSTRACT

Morality refers to the whole of human habits, habits and behaviors that are later adopted by the characteristics of human creation. When used alone, it points to good habits and qualities. It can be said that moral actions and discourses constitute the spiritual dimension. The consequences of behaviors and behaviors are always meaningful and, where necessary, this is also judged by moral conformity. Morality can be addressed on an individual, institutional and social basis. On the institutional basis, hospitals are at the forefront of institutions that need to be examined for morality. Because hospitals are institutions that serve individual human health. The interaction between both healthcare staff and patients receiving services, as well as the interaction of hospital staff with themselves and with external stakeholders, has consequences in the form of immorality. Another concept related to morality is ethics. Ethics is generally defined as moral science or moral philosophy. There are those who argue that the two concepts are different, and others who think they are complementary or the same. But it seems difficult to say that there is a definite clear distinction between the two concepts. For this reason, morality is preferred in order to avoid social confusion and conceptual confusion in this study. It can be said that one of the institutions that should be examined about institutional ethics is the hospital. Hospitals are direct human health service institutions. The interaction between both the healthcare staff and the patients receiving services, as well as the interaction with stakeholders inside and outside the hospital staff, has consequences that are not moral. The fact that public hospitals, along with private hospitals, are beginning to adopt commercial rationale in the provision of health services, in addition to the diversity of the business lines in hospitals, the relationship between the personnel in these units and the efforts of the developing medical industry to dominate the health sector requires ethical examination of the hospitals.

The purpose of this study is to explore the content of the hospital morality concept and to identify ethical and non-moral conditions and actions related to hospitals. A solution to the existing moral problems in hospitals is another purpose. This study, which examines in depth the nature of hospital ethics, has been designed with qualitative research methods. Phenomenology is a way of trying to understand how people evaluate the events happening in their surroundings. The case in this research is hospital morality. Hospital morality briefly; is the sum of the ethical aspects of behaviors, attitudes, beliefs and perceptions of hospital staff, patients, and suppliers that pertain to the hospital as an institution. Criteria sampling method has been used for purposeful sampling methods in determining the participants of the research. Participants of the study consisted of 24 participants in a total of 22 patients with hospital work experience and 2 patients with disease experience. Semi-structured interview form was used as data collection tool. The data obtained at the end of the interviews were analyzed by thematic coding. In the analysis of the data, the qualitative data analysis program MAXQDA was used.

As a result of the research, hospital morality is characterized by business ethics, human relations, patient confidentiality, organizational culture and social norm; the

determinants of hospital ethics were civil society organizations, patients, health personnel, public authorities, medical education and medical industry. While the current hospital ethic minds focus on patients, hospitals and health politics, participants are asked to raise ethical standards in hospitals; proposals have been made concerning the duties of public authorities, employees, managers, sickness and civil society organizations. Considering the remarkable results of the research; it is a negative moral consequence that the conversion of private hospitals to a commercial institution, materialism in physicians, abuse of the performance system, abuse of hospital personnel due to wage and working conditions and lack of moral behavior in patients. Satisfaction from the presence of healthcare staff's self-sacrifice and respect for hospital staff is a positive outcome of the study.

Key Words: Ethics, hospital ethics, institutional ethics, patient, physician, qualitative research, phenomenology, health personel

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI ..... **ii**
YEMİN METNİ ..... **iii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **viii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **xv**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xvi**
ÖNSÖZ ..... **xvii**
GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM
KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. AHLÂK KAVRAMI VE KAPSAMI 4
1.1. Ahlâk Kavramı ve Tanımı 7
1.2. Ahlâk ve Etik İlişkisi 10
1.3. Birey ve Ahlâk 13
1.4. Toplum ve Ahlâk 15
1.5. Ahlâkî Değerler 16
1.6. Ahlâk Teorileri 17
1.6.1. Teleolojik Teoriler 17
1.6.1.1. Egoizm Teorileri 17
1.6.1.2. Erdem Ahlâkı 18
1.6.1.3. Faydacılık Teorisi 19
1.6.2. Deontolojik Teoriler 19
1.6.2.1. Kant Ahlâkı 20
1.6.2.2. Haklar Teorisi 21
1.6.2.3. Ahlâkî Rölativizm 22
1.7. İş Ahlâkı Kavramı 23
1.8. İş Ahlâkı ve İlişkili Kavramlar 25
1.8.1. Çalışma Ahlâkı 25

1.8.2. Meslek Ahlâkı 26
1.8.3. Yönetim Ahlâkı (Liderlik Ahlâkı) 27
1.8.4. Kurumsal Ahlâk 31

İKİNCİ BÖLÜM
HASTANE VE AHLÂK

1. HASTANE ORGANİZASYONU VE HASTANE AHLÂKI 34
1.1. Hastanenin Tanımı 35
1.1.1. Hastanenin Özellikleri 36
1.1.2. Hastanenin Fonksiyonları 36
1.2. Hastanenin Kurumsal İmaj ve İtibarı 37
1.3. Hastane Ahlâkı 39
1.4. Hastane Ahlâkı İle İlişkili Kavramlar 42
1.4.1. Hastane Yönetimi 42
1.4.2. Sağlık Personeli 43
1.4.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Davranışları 44
1.4.4. Hasta Memnuniyeti 45
1.4.5. Hasta Mahremiyeti 46
1.4.6. Hasta Ayrımcılığı 47
1.4.7. Hasta-Hekim İlişkisi 48
1.4.8. Malpraktis 50
1.4.9. Ahlâkî Sıkıntı 51
1.4.10. Ahlâkî Tehlike 51
1.4.11. Sağlık Hizmetlerinde Kalite 52
1.4.12. Hasta Hakları 54
1.4.13. Defansif Tıp 56
1.4.14. Sağlıkta İsraf 57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN AMACI 58
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 58

3. ARAŞTIRMANIN DESENİ 60
4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 61
5. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI 63
6. ARAŞTIRMACININ ROLÜ 66
7. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER 68
8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ 69
9. ARAŞTIRMANIN İNANDIRICILIK VE TUTARLIĞI 70

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

1. HASTANE AHLÂKI KAVRAMIN NİTELEYİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 74
1.1. İnsan İlişkileri 75
1.1.1. İnsani Duyarlılık 75
1.1.2. İlgili Olmak 76
1.2. Hasta Mahremiyeti 78
1.3. İş Ahlâkı 80
1.3.1. Çalışma Ahlâkı 80
1.3.2. Görev Bilinci 81
1.3.3. Örgütsel Norm 82
1.3.4. Ayrımcılık 83
1.3.5. Kaynak İsrafı 84
1.4. Sosyal Norm 86
1.5. Örgüt Kültürü 88
2. HASTANE AHLÂKININ BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR 90
2.1. Sağlık Personeli 91
2.1.1. Hekimler 91
2.1.2. Hemşireler 97
2.1.3. Diğer Sağlık Personeli 98
2.2. Hastalar 100
2.2.1. Düşünceli Hastalar 100
2.2.2. Sorunlu Hastalar 101
2.2.3. Israrcı Hastalar 102

2.3. STK (Sivil Toplum Kuruluşları) 103
2.3.1. Sendikalar 103
2.3.2. Meslek Örgütleri 105
2.4. Tıp Endüstrisi 106
2.5. Tıp Eğitimi 108
2.6. Kamu Otoritesi 111
3. MEVCUT DURUMA YÖNELİK DÜŞÜNCELERE İLİŞKİN BULGULAR 112
3.1. Hastanelere Yönelik Düşünceler 112
3.1.1. Ticarileşme 112
3.1.2. Usulsüzlük/Yolsuzluk 115
3.1.3. Sağlık Hizmeti Desteği 117
3.1.4. Geçmiş Hastane Deneyimi 118
3.1.5. Duyarsızlaşma 119
3.1.6. Kurum İçi Olumsuzluklar 120
3.2. Sağlık Politikalarına Yönelik Düşünceler 123
3.2.1. Olumlu 123
3.2.2. Olumsuz 125
3.3. Hastalara Yönelik Düşünceler 127
4. HASTANELERDE AHLÂKİ DÜZEYİN YÜKSELTİLMESİNE DAİR ÖNERİLERE YÖNELİK BULGULAR 130
4.1. Kamu Otoritesine Düşen Görevler 130
4.1.1. Sistemsel Öneriler 131
4.1.2. Mevzuata Yönelik Öneriler 132
4.1.3. Eğitime Yönelik Öneriler 133
4.2. Yöneticilere Düşen Görevler 134
4.2.1. Kişisel Öneriler 134
4.2.2. Pozisyonel Öneriler 135
4.3. Çalışanlara Düşen Görevler 137
4.3.1. Hastalara Duyarlılık 137
4.3.2. İşe Duyarlılık 138
4.4. Hastalara Düşen Görevler 139
4.5. STK'lara Düşen Görevler 140

BEŞİNCİ BÖLÜM

GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

1. GENEL DEĞERLENDİRME 141
1.1. Hastane Ahlâkı Kavramının Nitelendirilmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 141
1.2. Hastane Ahlâkının Belirleyicilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi 147
1.3. Mevcut Duruma Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi 150
1.3.1. Hastanelere Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi 151
1.3.2. Sağlık Politikalarına Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi 153
1.3.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi 155
1.4. Hastanelerde Ahlâkî Düzeyin Yükseltilmesine Dair Önerilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 156
2. SONUÇ VE ÖNERİLER 158
KAYNAKÇA 163
EKLER 186
EK 1. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE YAZILI İZİN FORMU 186
EK 2. GÖRÜŞME FORMU 187
EK 3. ARAŞTIRMA ETİK KURUL İZNİ 189
ÖZGEÇMİŞ 191

KISALTMALAR DİZİNİ

AB : Avrupa Birliği

ACEP : American College of Emergency Physicians

AIDS : Acquired Immune Defiency Syndrome

Akt. : Aktaran

BİMER : Başbakanlık İletişim Merkezi

cc : Cubic Centimetre(s)

CİMER : Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi

Çev. : Çeviren

Ed. : Editör(ler)

EIOP : Encylopedia of Industrial and Organizational Psychology

EKG : Elektrokardiyorgram

et al. : Et alii (ve diğerleri)

HIV : Human Immunodefiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Md. : Madde

MDÖ : Mesai Dışı Öğretim Üyesi Muayenesi

MHRS : Merkezi Hekim Randevu Sistemi

p. : page (sayfa)

s. : sayfa

SABİM : Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SB : Sağlık Bakanlığı

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

STK : Sivil Toplum Kuruluşu

T.C. :Türkiye Cumhuriyeti

TCKN **:**Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası

tt **:**Trending Topics (Gündem Başlıkları)

TUS **:** Tıpta Uzmanlık Sınavı

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Kurumu

vb. **:** ve benzeri

vd. **:** ve diğerleri

WHO **:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YTKİY **:** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmenliği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ahlâk Eğitimine Konu Olabilecek Uygulamalar……...…….……..24

Tablo 2. Ahlâkî Yönetimin Özellikleri……...31

Tablo 3. Katılımcılar ve Görüşmeler İle İlgili Bilgiler…….……..65

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ahlâk Felsefesi…….....6

Şekil 2. Bireysel Ahlâkî Eylemlerin Kaynakları…….……14

Şekil 3. Yönetsel Kararlarda Ahlâkî Yaklaşımlar……...30

Şekil 4. Hastane Ahlâkı Kavramının Niteleyicilerine İlişkin Kavram Haritası……..75

Şekil 5. Hastane Ahlâkının Belirleyicilerine İlişkin Kavram Haritası…..……..91

Şekil 6. Hastanelerin Mevcut Durumuna Yönelik Düşüncelere İlişkin Kavram Haritası……...112

Şekil 7. Hastanelerin Ahlâkî Düzeyin Yükseltilmesine Yönelik Önerilere İlişkin Kavram Haritası…….130

Şekil 8. Hastanele Ahlâkı Modeli…….……...……..159

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın konusunun belirlenmesinde ve hazırlanış aşamasında manevi desteklerini, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM bu süreçteki en teşekkürü hak etmektedir.

Akademik yolda beraber yürüdüğümüz ve tezlerimizin yazım sürecinde birbirimizi motive etmeye çalıştığımız, süreç içinde teknik ve resmi işlerimin yürütülmesinde maddi manevi katkıları bulunan değerli dostum Arş. Gör. Ahmet ALKAN'a teşekkür ederim. Yine çalışma boyunca destek ve fedakârlığından ötürü kıymetli eşim Burcu Gül ERDEM'e ve bana sevgisiyle neşe kaynağı olan kızım Elif Sare ERDEM'e teşekkür ederim.

Teze katkılarından dolayı jüri üyeleri, Prof. Dr. Kürşat ÖZDAŞLI, Doç. Dr. Aygen OKSAY, Dr. Öğr. Üyesi Emine ŞENER, Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA'ya teşekkürü borç bilirim. Yine araştırma katılımcılarıyla görüşme sürecimde bana önayak olan kıymetli ablam Dr. Aynur TORAMAN'a da teşekkür ve saygılarımı sunarım.

İzzet ERDEM
Isparta, 2018

GİRİŞ

Ahlâk tarihsel olarak felsefi ve aynı zamanda zengin bir geçmişi olan mevzudur. Din ve mitoloji perspektifinden bakıldığında Adem ile Havva'nın Yaratıcı'nın emrine uyamayarak yasak meyvayı yemesine, ardından yeryüzüne gönderildiklerinde oğlulları Habil'in Kabil'i haksız yere öldürmesine kadar götürülebilir. O günden bugüne kadar ahlâk üzerine çok şey yazılıp söylenmiştir.

Ahlâk bireysel manâda insanın yaratılıştan gelen özelliklerinin yanı sıra sonradan edindiği ve hayatının geneli için benimsediği tutumların ve davranışların bütünü olarak tanımlanabilir. Sosyal manâda ise uyumlu bir toplumsal yaşam için insanların belirledikleri ilke ve kuralların genelini ifade etmektedir. Ahlâk aynı zamanda iyilik, doğruluk ve güzelliği arayan felsefi bir disiplin olarak da bilinmektedir.

Ahlâk kelimesinin yanında etik kelimesi de onunla eş gibi algılanan ya da tamamlayıcı olduğu düşünülen kavramlardan biridir. Etiğin iyi kötü ve doğru yanlışı değerlendirmede evrensel boyutta düşünce çabası olduğu söylenmektedir. Bu iki kelimenin anlamca ve fonksiyonel olarak birbirinden farklı olup olmadığı hususunda filozoflar ve konuyla ilgilenenler tarafından çeşitli görüşler bildirilmişse de henüz keskin bir ayrıma varılamadığı ve çerçeveninin çizilemediği söylenebilir. Bu nedenle çalışmada toplumun değerlerine ve inanç şekline daha uygun düştüğü düşünülen ahlâk kavramının kullanımı tercih edilmiştir.

Ahlâk bireysel ve toplumsal boyutu olan, nitelendirme bakımından uçları negatif ve pozitif olarak iki tarafa doğru uzayıp giden bir çizgi olarak düşünülebilir. Fakat tek başına ahlâk çoğunlukla olumlu manâda algılanmaktadır. Her bireyin, her toplumun ve her kurumun öyle ya da böyle bir şekilde bir ahlâkî resmi, kendisine yakıştırılacak genel bir ahlâk nitelendirmesi mevcuttur. Fakat aykırı durumlar ve fiiller zuhur etmediği müddetçe insan yargılama ve değerlendirmede bulunmadığından ahlâkî durumların varlığını hissetmeyebilir. Standartların üzerinde yardımsever bir birey ahlâkî olarak cömert olarak nitelenirken; tersine bir durumda cimri olarak anılır. Benzer şekilde, dinler, milletler, meslekler ve ülkeler için de belirli konularda ahlâkî yargılar ve değerlendirmeler olabilmektedir.

Kurum olarak hastaneler, ahlâka konu olabilecek birçok tasvip edilmeyen davranış ile fedakârlıkla dolu eylemlerin görüldüğü organizasyonlardır. Hastaneler iyileştirilmeye muhtaç bireylerin şifa aradığı limanlardır.

Tarihi veriler incelendiğinde ibadethanelerde sağlık hizmeti sunumuyla kurum olarak hastanelerin ilk formunun temelinin atıldığı söylenebilir (Aslan ve Erdem, 2017: 18). İbadethanelerde sağlık hizmeti verilmesinin ya da şifa arayan hastaların ibadethaneleri tercih etmesinin dînî sebeplere dayandığı düşünülebilir. Şifa dağıtan hekim (çoğunlukla din adamı) muhtemelen sevap kazandığı düşüncesiyle, şifa arayan hasta ise inandığı dinin kutsal mekânında inandığı varlığın kendisine acıyarak iyileştireceği düşüncesiyle hareket etmekteydi.

20. yüzyıla kadar dünyanın değişik yerlerinde dönemin salgın hastalıklarına karşı veya belirli meslek hastalıklarını iyileştirmek üzere hastaneler kurulmuştur. 20. yüzyılda hastanelerde geleneksel birikimler terk edilmeye başlanmış ve bilimsel bilgiye dayalı uzmanlaşmış sağlık meslekleri kendini göstermeye başlamıştır (Bulakbaşı, 2015: 3). İnsan ve hayvan gücüne dayalı üretim tarzından makine gücünün hâkim olduğu üretim tarzına geçişi ifade eden Sanayi Devrimi 18. yüzyılda İngiltere'de özellikle dokuma sektöründe ortaya çıkmış ve daha sonra diğer alanlara yayılmıştır (Küçükkalay: 1997: 52). Sanayi devriminin gelişim dönemi ile modern hastanelerin ve tıbbın bilimselliğe dayalı hızlı gelişimi hemen hemen aynı dönemlere rastlamıştır. Birbirlerinin de gelişimini körükleyen bu hadiselerden sağlık sektörü de nasibini almıştır. Petrolün çıkarılması ve diğer madenlerin keşfi ile fabrikalaşma sürecine girilmiş, tıp alanında kullanılacak birçok teknolojik alet, makine ve malzemenin üretimi seri hâle geçmiştir. Böylece sağlık piyasasına hükmeden bir tıp endüstrisi oluşmuştur. Tıp endüstrisi ise kapitalist mantıkla ürettiği ürünlerini satabilmek adına hastanelerin ticarileşmesinde önemli bir rol oynamıştır. Hastaneler hem personel açısından hem de tıbbi donanım açısından birbirleri ile rekabet eder duruma gelmiştir. Tetkik, tahlil ve ilaçların çeşitlenmesi ile her geçen gün ameliyatlarda daha gelişmiş metotların uygulanması ister istemez hastaneleri tıp sektörünün kapitalist ağına bulaştırmıştır. Sorun bu noktada hastane personelinin ahlâkî duruşunun ne olacağıdır.

Hastanelerin varlık sebebi elbette hastalardır. Hastalar hizmet aldığı sürece hastane kurumunun bir parçası sayılmaktadır. Dolayısıyla hastanenin bir unsuru olan hastaların sağlık hizmeti alımında takındıkları tavırlar ve sergiledikleri davranışlar kurumun ahlâk yapısının şekillenmesinde rol oynamaktadır. Şöyle ki; hastaların muayene sırası almaktan taburcu olacağı süreye kadar hastane personeli ile ya da diğer hastalarla tartışmadan, sorumluluklarını bilerek kibar bir şekilde davrandığı bir hastane ile; şiddet, kavga, gürültü ve gayri ahlâkî vakaların süreğen hâle geldiği bir hastanenin kurumsal ahlâkı aynı olmayacaktır.

Hastane, temelde insan sağlığı üzerinde faaliyet gösteren bir kurum olduğundan dolayı hastanenin ahlâkının incelenmesi gerektiği düşüncesiyle bu çalışma ortaya çıkmıştır. Çalışma hastane merkezli insan ilişkileri, insan hayatı ve toplumsal ilişkiler örgüsünün ahlâkî boyutunu ele alması bakımından önemli görülmektedir. Çünkü ahlâk özellikle modern dünyada sığınılacak limanların başında gelmektedir. Bu vesile ile modern hayatın kurumlarından olan hastanelerin ahlâkının incelenmesi araştırmaya değer görülmüştür.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine mülâkat metoduyla veri toplanan bu nitel araştırma beş bölüm olarak dizayn edilmiştir. Birinci bölümde ahlâk kavramı ve kapsamı, ahlâk teorileri, ahlâk-etik ilişkisi ve iş ahlâkı ile ilgili literatür bilgilerine yer verilmiştir. İkinci bölüm de yine litaratür bilgisi olup, hastanelerin organizasyon yapısı ve özellikleri, hastane ahlâkı ve hastane ahlâkını ilgilendirebilecek konu ve kavramlar açıklanmıştır. Üçüncü bölümde nitel araştırmaya giriş yapılarak araştırmanın amacı, yöntemi, deseni, veri toplama yöntemi, katılımcıları, araştırmacının rolü, varsayımları, verilerin analizi ve inanırlık ile tutarlığa dair bilgi yer almaktadır. Dördüncü bölümde verilerin analiziyle elde edilen bulgular incelenmiştir. Bulgular; verilerden elde edilen hastane ahlâkı kavramına ilişkin niteleyici görüşler, hastane ahlâkının belirleyicileri, mevcut hastane ahlâkına yönelik düşünceler ve hastanenin ahlâkî düzeyinin yükseltilebilmesi için getirilen önerilerden öne çıkan ifadelerin alıntılanmasıyla düzenlenmiştir. Bulgular; belirlenmiş tema, alt tema ve kodlara uygun şekilde verilmiştir. Beşinci bölümde ise araştırmanın sonuçları yer almaktadır. Bu bölümde bulgular ışığında genel bir değerlendirme yapılmış ve çalışmanın sonuçlarına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. AHLÂK KAVRAMI VE KAPSAMI

Ahlâk, alanı geniş bir ilimler ağını ilgilendirmektedir. Bizatihi pratiğe dönük sonuçlar vermesi her an ortaya çıkan eylemlerle onu ilişkili kılarken, yapılacak eylemin bilgisi ve ona dair meselelere yönelik düşünce üretimi ise ahlâkın teorik olan yönüne işaret etmektedir (Türker, 2017: 1). Ahlâkın sınırlarını belirleyen iki faktörden biri zaman, diğeri de sosyal çevredir. Zamanla beraber sosyal çevre değişmektedir. Değişen sosyal çevrenin etkisi altındaki ahlâkî değerlerin, ilkelerin ve kuralların etkilenip değişmesi ise kaçınılmaz olmaktadır (Şengün, 2015: 24).

Günlük dilde ahlâkî olanı ifade etmek için kullanılan pek çok kelime vardır. Genelde bu kelimeler ahlâkla ilgili deyimler olarak adlandırlır. Bu çerçevede "iyi-kötü", "erdemli-erdemsiz", "haklı-haksız", "özverili-bencil", kelime çiftleri ile "yasak", "emir", "ödev", "sorumluluk", vicdan", "günah", "güven", "pişmanlık" vb. gibi kelimeler sık kullanılan kelimeler arasındadır (Çilingir, 2014: 12). İnsanlar hemen her dönemde bir şekilde ve genel olarak iyinin ve kötünün ne olduğunu bilmekte ancak, iyinin ve kötünün bilgisi insanı ve insanlığı ahlâklı yapmaya kâfi gelmemektedir. Bu mesele ahlâk meselesinin en problemli yönlerinden biri kabul edilmektedir. Kedi ve kuş için ahlâklı/ahlâksız yargısında bulunulamayacağına göre ahlâktan konuşulacaksa insandan konuşulmalıdır (Görgün, 2015: 1). Buradan anlaşıldığı şekliyle bilmek ve eyleme dökmek belki de ahlâkın kendine has özelliği olmaktadır.

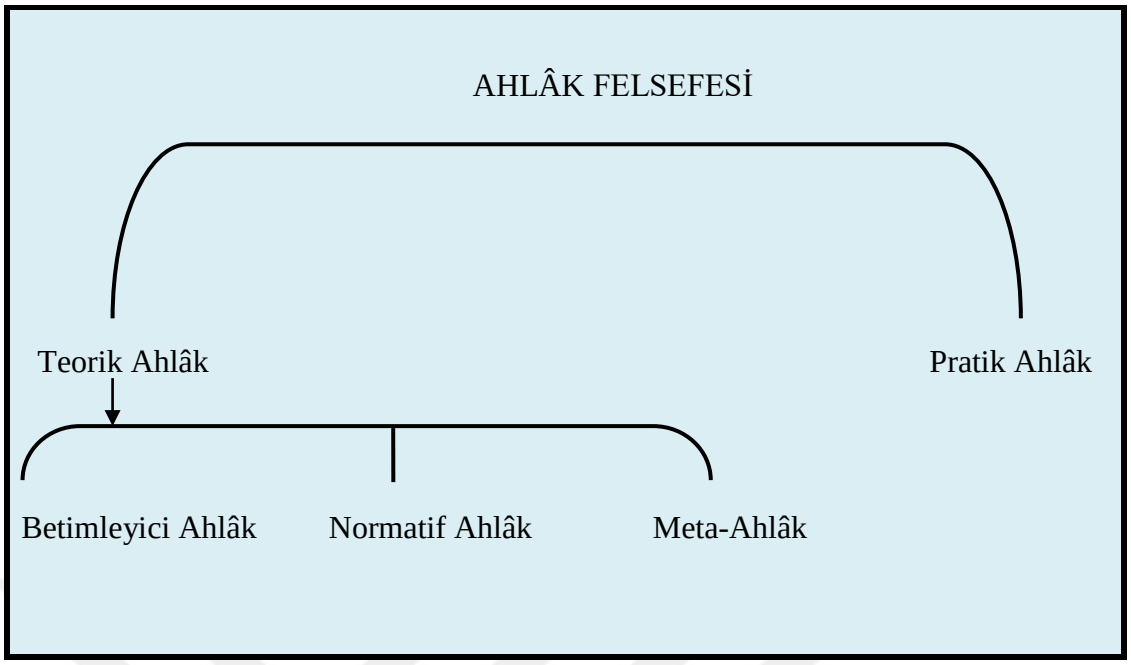
Ahlâk ilmi beşeriyetin hakiki yolunu belirleyen, diğer bir ifadeyle insan ruhunun yetilerini olması gereken gerçek değerine ve mükemmelliğine sevk eden ilkelerden bahseder (Şeref, 2012: 17). Nitekim İbn Haldun asabiyeti çözümlerken asabiyetin fonksiyonel tabiî yönleri ve etkisini açıklamakla yetinmez; yani sadece fizikî gücü açıklamakla yetinmez, ahlâk ve dine dayalı manevi gücün bulunması zorunluluğunu da belirtir. Buna bağlı olarak İbn Haldun siyaset ile ahlâkı birbirine sıkıca bağlar. Bunun sonucunda mülk ehli, asabiyetten ayrı olarak, övülen niteliklere ve ahlâka dayanarak olgunluğa ulaşır (Mücahid, 2012: 165). Ahlâk, olumlu-olumsuz eylem değerlendirmelerini kapsayacak şekilde değer, norm, kurum ve eylem alanlarının

tümünü ilgilendirir. Daha açık bir ifadeyle bir ahlâkî değerden, ahlâkî kurallardan, kurumsallaşmış bir ahlâktan söz edilebilir. Genel olarak değerlerin gerçekleşip şekillenmesi sürecine uygun olarak ahlâkî değer de yapılaşmakta, kurumsallaşıp eyleme dönüşebilmekte ve nihayet bir tutum ve davranış biçimi olarak açığa çıkabilmektedir (Aydın, 2011: 25). İleride geleceği üzere ahlâk kelimesine yüklenen anlamların dikkat çekici yanı hem bir kurallar dizgesini tanımlaması, hem de aynı kurallar dizgesine ait sorunları inceleyen felsefe disiplinini ifade etmesidir (Tınaz, 2011: 5).

Yazılı olmayan ahlâk kuralları -On Emir'de, Manu'nun (Hinduizmin kutsal metni) gizli kanunlarında ya da Hammurabi kanunlarında olduğu gibi- muhtemelen örtülü biçimde atasözleri, vecizeler, emirler ve kanunlarla ifade edilmeye başlandıktan sonra insanlar bunların üstüne düşünmeye ve yorumlamaya, geçerliliğini açıklama bilincine varmaya ve mantıklı bir temel oluşturmaya başlamışlardır (Hazlitt, 1994: 8). Yani ahlâkın araştırma konusu olarak gündeme gelmesinden evvel buzdağının altında işleyen bir ahlâk sisteminin mevcut olduğu görüşü ileri sürülebilir. Bergson (2013: 27) bu ahlâk sistemindeki ahlâkî yükümlülüğün temelinde toplumsal zorunluluğun bulunduğunu belirtmektedir. Toplumun ontolojisi zorunlu olarak kendine bağlı bir ahlâk sistemini getirmektedir.

Ahlâk ilkeleri-kuralları, (ilke tümele, kural tikele atıf olmak üzere) metodolojik anlamda, ya akla ya duyguya ya sezgiye ya da dine dayalı olarak türetilmektedir. Ahlâk kurallarını belirlemede bazen bunlardan yalnız biri, bazen de, aynı zaman ve toplumda ikisi veya daha fazlası da yer alabilmektedir (Elmalı, 2004: 181). Genel olarak ahlâkı temellendirmede ortaya atılan görüşlere bakılacak olunursa, ahlâkın temellendirmede öne çıkan kavramlar; vicdan, Tanrı, iman, aile, toplum, tarih (Yaran, 2011: 74-77), haz, fayda, sezgi, duygu, insan tabiatı, tecrübe din, vahiy, akıl (Özturan, 2011: 92-97) ve bizzat insanın kendisi (Türker, 2011: 109) olarak sıralanabilir. Ahlâk kapsamında en genel halkanın insan, onun ilişkili olduğu bir alt halkanın ise toplum olduğu söylenebilir. Öyle ki Fairchild (1944: 198)'a göre özellikle, belirli bir toplum üyesi hakkındaki ahlâk sadece o toplumun ahlâk kodu açısından tanımlanabilir. Yani ahlâk değerlendirmesi o toplumun sosyo-kültürel analizi neticesinde anlam ifade eder.

Felsefeciler ahlâkı iki düzlemde incelediklerini ifade etmektedirler (Özturan, 2015a: 4). Bunlar Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 1. Ahlâk Felsefesi

Kaynak: Özturan, 2015a: 4

1- Teorik Ahlâk: Ahlâkın kaynağı, ahlâkın değişmesi, ahlâkın evrenselliği-yerelliği gibi felsefi problemler çerçevesinde ahlâkı konu edinen yaklaşımlardır. Üç kısımda incelenmektedir:

a-Betimleyici Ahlâk: Bir toplum, grup ya da bir birey tarafından tarafından ileri sürülen davranışlar için mevcut ahlâka dair değerlendirmelerde bulunarak ahlâkî düşünce, davranış şekillerini tasvir etmektedir (Öztürk, 2010: 18).

b-Normatif Ahlâk: Doğru ve yanlışı ayırt etme kriterleri ile ilgilidir. Benimsenmesi gereken iyi alışkanlıklar, yapılması gereken hareketler ve yerine getirilmesi gereken görevleri konu edinir (Quintelier at al., 2011: 30).

c-Meta Ahlâk: Meta ahlâk normatif ahlâkın ardındaki itici gücün irdelenmesi olarak gösterilebilir. Ahlâkî ilkeler analiz edilerek, ahlâkî davranış ölçütleri tartışılır ve kavramların anlamları sorgulanır. Ahlâkî yargıların nereden geldiğinin ve kaynağının neler olduğunun üzerinde durulur (Kesgin, 2003: 157).

2- Uygulamalı Ahlâk: Uygulamalı ahlâk çevre sorunlarından insan haklarına, çocuk hakları ve medyadan, ölüm cezası ve tıpa kadar yayılan geniş bir yelpazedeki tartışmalı konuları normatif ve meta ahlâkın kavramlarını kullanarak ele alıp, bu

tartışmalara kapsamlı çözümler üretmeye yönelik girişimleri kapsamaktadır (Çelebi, 2003: 4).

1.1. Ahlâk Kavramı ve Tanımı

Ahlâkın içerik ve kapsam itibari ile ilişkili olduğu meselelerin farklı ve çeşitli oluşu, ahlâkın mahiyeti ve özellikleri hakkında söylenenleri de farklılaştırmıştır. Fakat temel görüşlerin benzer olduğu görülmektedir.

Bir kavramın tanımını yapmak için metodolojik olarak uygulanması gereken ilk adım kelimenin kökenine bakmaktır. Bu sebeple önce ahlâkın etimolojisine eğilmek yöntem açısından daha isabetli olacaktır.

Ahlâk (اخلاق) kelimesi Arapça'da h-l-k (خلق) kökünden türeyen, "seciye, tabiat, huy" gibi manalara gelen hulk veya huluk kelimesinin çoğuludur. Sözlüklerde çoğunlukla insanın dış yapısı için "halk", iç veya manevi yapısı için "hulk" kelimelerinin kullanımı tercih edilmiştir. Başta hadisler olmak üzere İslamî kaynaklarda hulk ve ahlâk terimleri genellikle iyi ve kötü huyları, fazilet ve reziletleri ifade etmek üzere kullanılmıştır. Özellikle iyi huylar ve faziletli davranışlar hakkında "husnu'l-hulk", "mehâsinu'l-ahlâk", mekârimu'l-ahlâk", "el-ahlâku'l hasene", "el-ahlâku'l-hamîde"; kötü huylar ve fena hareketler hakkında da "sûu'l-hulk", "el-ahlâku'z-zemîme", "el-ahlâku's-seyyie" gibi terimler kullanılmıştır (Çağrıcı, 2013: 30). Arap dilindeki nitelemelerin çeşitliliği ahlâkın toplumca ele alınış biçimi hakkında da fikir verebilmektedir.

Batı dillerinde, Yunanca karakter anlamına gelen ethos kelimesinden, Türkçe'de ise Arapça "huy", "mizaç", "karakter" anlamına hulk kelimesinden türeyen ahlâk, insanın başka varlıklarla ilgili belirli normlara göre gerçekleşen ilişkiler toplamını, insanın söz konusu ilişkileriyle bu varlıklara yönelen eylemlerini düzenleyip anlamlandıran norm, ilke, kural ve değerler bütününü ifade etmektedir (Cevizci, 2008: 3). Cicero tarafından Yunanca ethikos'un Latinceye çevrilmesi suretiyle, "âdet, gelenek, huy" anlamlarına gelen mos (çoğulu mores) kökünden *moralis* kelimesinin türetilmesiyle de moral kelimesi ahlâk yerine kullanılagelmiştir. Latince sözlükte *moralis* "ahlâkî" (olan), "kişinin toplum içindeki uygun davranışı" anlamlarına gelmektedir (Özturan, 2015b: 3; Adorno, 2001: 9). Kelimenin hem Arapça hem de Grekçe kökenine bakıldığında, ahlâk için Arapça lügatin söylediğini Grekçe ve Latince

lügat de aynı şekilde söylemektedir: Huy, karakter, yaratılış, mizaç. Lügatlere bu anlamları verenlerin, ahlâklılığı toplumsal bir olgu olmaktan ziyade kişinin kendisini gerçekleştirmesi olarak gördükleri anlaşılmaktadır (Poyraz, 1996: 21). Divânu Lügati't-Türk'de de ahlâk kelimesinin karşılığı olarak birçok kelimeye rastlamak mümkündür. Bunlar: "yorık, kılınç, kılk (kılınç)" ve "tadu" gibi kelimelerdir. En çok kullanılan yorık kelimesi olup, huy, gidiş ve insanlarla geçinme gibi anlamlara gelmektedir (Erdoğan, 2015: 400). Geçim ehli olmanın ahlâkla ilişkisinin köklü tarihi buradan anlaşılmaktadır.

Ahlâk yanlış ve doğru, iyi ve kötü (Meffert, 2009: 327), erdem ve kusur ile, yaptıklarımızın ve yaptıklarımızın sonuçlarını değerlendirme ile ilgili olmakla beraber (Nuttal, 2011: 15) insan huylarının ve özelliklerinin bütünü ile hal ve hareket tarzıdır (Özeren, 2015: 9). Buna göre ahlâk birbirlerine zıt yönlere uzanan bir bir ışın olarak tasvir edilebilir. Her eylemin bu eksende kendine ait bir durak noktasının olduğu söylenebilir.

Ahlâk, Misalli Büyük Türkçe Sözlükte; insandaki iyi veya kötü huylar, insanın tabiatı, iyi huyla insanı manen yükselten iyi tabiatler, faziletler ve bir toplumda kişilerin davranışlarını düzenleyen ve herkesin uyması gereken kurallar (Ayverdi, 2011: I, 59) şeklinde tanımlanmıştır. Tietze (2016: 248) ahlâkı, tabiat, karakter, huy, temiz ahlâklı davranış, övülecek tavır ve hareket olarak, Peterson ve diğerleri (2016: 571) ise ahlâkı, doğru veya yanlış, iyi veya kötü karakter ve erdem ile ilgili olan felsefe dalı olarak ele almışlardır.

Püsküllüoğlu (2006: 76)'na göre ahlâk: (1) İnsanın doğuştan getirdiği ya da sonradan kazandığı birtakım tutum ve davranışların tümü; (2) Kişide huy olarak bilinen nitelik; iyi ve güzel olan nitelikler; (3) Toplum içinde bireylerin uymak zorunda bulundukları davranış biçim ve kurallarıdır. İslam filozofu İbn Miskeveyh (2013: 49) ahlâkı, "nefsin düşünüp taşınmadan kendi fiillerini ortaya koymasını sağlayan durumdur" diye tarif etmiştir. Bu durum ikiye ayrılmaktadır: Birincisi, mizaçtan kaynaklanan tabî ahlâktır. İkincisi ise alışkanlık ve eğitimle kazanılan ahlâktır. Ona göre başlangıçta bu düşünüp taşınma ile meydana gelmekte ve gitgide bir alışkanlık ve huy haline gelmektedir.

Ahlâk bir bireyin, bir topluluğun, bir sınıfın, bir çağın yaşamına egemen olan inanç ve kurallar bütünüdür. Bunların bir toplumsal olgu halinde yaşanmasına da

ahlâklılık denir. Ahlâk kuralları, belirli bir kişi, grup ya da toplum için belirli bir zaman ve yerde geçerli olan değer yargılarıdır (Kale: 2009: 97). Eğer davranışlar buna uyuyorsa ahlâkî, değilse gayri ahlâkî olarak nitelendirilmektedir (Erkal vd., 1997: 28-29). Ahlâk, insan içgüdülerinin de sevk edilmesi, denetlenmesi ve belirli hedeflere göre biçimlendirilmesini gaye edinen idealler ve kurallar bütünüdür. Umumi ahlâk kuralları, öncelikle kişilerin bir kısım içgüdülerine karşı, düşünce ve davranışlarını denetlemelerini öngörmektedir (Demir, 2013: 84). Ahlâk ekonomik ve toplumsal düzenden yansıyan nesnel gerçekliğin iyi-kötü ve adalet-adaletsiz vb. gibi törebilimsel niteliklerin oluşturduğu bir toplumsal bilinç biçimidir. Bundan ötürüdür ki tarihsel sürecin çeşitli dönemlerinde, çeşitli toplumlarda ve bu toplumların çeşitli sınıflarında birbirinden farklı ahlâk sistemleri oluşmuştur (Hançerlioğlu, 1996: 11).

Durkheim'e göre, ahlâkîlikte temel ölçü sosyal oluştur. Ahlâkî davranış toplumla uyum halindeki davranıştır. Fert cemiyete dâhil oldukça, toplumun üyeliğini kazandıkça sosyal olan ahlâktan pay almaktadır (Eral vd., 1997: 29). Bergson (2013: 248) belli bir toplumda, belli bir anda, gerçekten mevcut olan bir statik ahlâkın olduğunu söyler. Ona göre bu ahlâk, âdetlerde, fikirlerde, kurumlarda yerleşmiştir. Mecburi olma özelliği ise son analizde doğanın ortak yaşamı istemesine bağlıdır. Bu yönüyle ahlâk insanlararası münasebetlerin, yani toplum hayatının gerektirdiği davranışlarla ilgili bir kavramdır (Güngör, 2008: 12).

Ahlâk bireysel düzeyde doğru ve yanlış arasındaki ayrım yetisine sahip olmaktır. Ahlâk davranış ve karakterde genel kabul gören iyilik ve haklılık standartlarına, uygunluk kavramlarına bağlanmıştır (Wart, 2003: 332). İnsanların toplum içindeki davranışlarını ve birbirleriyle ilişkilerini düzenlemek amacıyla uydukları kurallar sistemi ve ilkeler topluluğu (Arslan, 2009: 132), başka insanların davranışlarını olumlu ya da olumsuz biçimde yargılamakta kullanılan ölçütler bütünüdür. Her insan topluluğunda belirli bir ahlâk sisteminin bulunduğu ve bu sistemin toplumdan topluma (Tanyol, 1970: 34), aynı toplum içinde çağdan çağa değişiklik gösterdiği gözlemlenmektedir (Bakırcıoğlu, 2012: 10). Ahlâk kavramı, oldukça soyut ve özgül olmayan bir anlamı hariç tutulacak olursa, evrensel bir kavram değildir; her toplum kendi ahlâk biçimini inşâ eder (Poole, 193: 9).

Birçok kişi için din, ahlâk ile eş anlamlıdır. Son araştırmalar kültürlerin

çoğunluğunda ahlâkî bir kişi ve iyi değerlere sahip olmanın Tanrı'ya inanan insanlar için gerekli olduğunu göstermektedir (Pew Research Center, 2014). Ahlâk bir düşünce ve inanç sistemi olması hasebiyle (Güngör, 2008: 19) ahlâkın dînen güzel huyların adı olduğu söylenebilir (Öztürk, 2009: 46). Buradan da anlaşılacağı üzere daha çok dînî ilke ve âdâba mutabık hâl ve hareketler ahlâkî olarak vasıflanmaktadır. İslam kaynaklarında genellikle "iyi ve kötü huylar", "fazilet" ve "rezilet"leri ifade etmek için kullanılmıştır (Bulut, 1996: 97). Poyraz (2015: 55) ise ahlâkın din ve bilimin de kesişme noktasında kalan ahlâk alanına ilişkin bir anlama ve arayış barındırdığını savunmaktadır.

Ahlâka ölçü perspektifinden "fertlerin toplum içindeki davranışlarını ve birbirleriyle ilişkilerini ölçmek amacıyla başvurulan ölçüt" olarak bakılabilir. Bir başka deyişle toplumdaki sapma davranışlarının kabul görmüş ölçüsüdür. Ancak gerek kaynak ve muhteva bakımından ve gerekse düzenleyici kurallar içermesi açısından ahlâkın din ve hukuk ile çok yakın bir ilişkisi vardır (Aydın, 2011: 24). Kuranı Kerim'de Hz. Hud'un kavmine "Ey kavmim! Ölçerken ve tartarken adaleti yerine getirin. Halkın malına densizlik etmeyin ve yeryüzünde fesatçılık yaparak fenalık etmeyin (Hud, 85)" diye nasihat verdiği bildirilmektedir. Toplumu nizama davet eden peygamber sözüne bakıldığında ölçü, dürüstlük ve ahlâkın birbirini tamamlayıcı olduğu anlaşılmaktadır (Linacre, 2005: 6).

Ahlâkî yargıların bir başka özelliği de onların öncelikli olarak davranışlara, sonra da şahıs ve toplumsal oluşumlara, yani sosyal sahadaki ilişkiler ağına, kurumlara, düzen ve kurallara yönelik olmasıdır (Çilingir, 2014: 13; Görgün, 2011: 18; Güngör, 2008: 12).

Âlimler, filozoflar, araştırmacılar ve konu ile ilgilinen yazarlar ahlâk literatürüne irili ufaklı fikir katkısında bulunmuşlardır. Yukarda verilen ahlâk tanımları ve açıklamalarına bakıldığında ahlâk çerçevesinin tam anlamıyla çizilemediği de görülmektedir.

1.2. Ahlâk ve Etik İlişkisi

Etik, ahlâk ve ahlâklılık olgusu üzerine felsefi bir düşünüm ya da sorgulama olarak ortaya çıkmıştır. Etik genel ve evrenseldir (Cevizci, 2016: 17). Yukarda da ifade edildiği üzere ahlâk; tek kişinin ya da bir insan topluluğunun belli bir tarihsel dönemde belli türden eğilim, düşünce, inanç, töre, alışkanlık, görenek, ve bunlarla içerilmiş olan

değer, buyruk, norm ve yasaklara göre düzenlenmiş ve bu haliyle gelenekleşmiş, yerleşmiş yaşama biçimine denir (Özlem: 2010: 17). Etik ise ahlâkın temelindeki insanın sorumluluklarını gündemde tutmak adına vurguyu ahlâkî şahsiyete yapar ve onun kendini inşâ sürecine dikkat çeker (Gürsoy, 2015). Fakat ahlâk ve etik kelimelerinden biri telaffuz edildiğinde, peşi sıra kullanılacak kelime olarak aklın ilk sürat ettiği kelime telaffuz edilmeyen diğer kelime olmaktadır. Etik denince ahlâk, ahlâk denince etik kelimeleri birbirlerine eşit, açıklayıcı ve tamamlayıcı olarak da kullanılagelmektedir.

Etik ve ahlâk kavramlarının günlük ve akademik hayatta kullanımına bakıldığında (her ne kadar fark olduğunu savunanlar varsa da) iki kavramın da aynı durumu anlatan, aynı şeye dikkat çeken kavramlar olarak yer aldığı görülmektedir (Özturan, 2015a: 3).

Türkçe'de ahlâk felsefesi diye karşılanan etik kelimesi "karakter" anlamına gelen Yunanca ethos kelimesinden gelirken; buna karşı Türkçedeki ahlâk kelimesi kökence "huy", "doğa", "yaradılıştan olan haslet" anlamları taşıyan Arapça'daki "hulk" kökünden gelmektedir. Bu iki kelime çoğunlukla birbirlerinin yerlerine kullanılacak denli eşdeğer bir anlamda anlaşılmaktadır (Güçlü vd., 2002: 25). Etimolojik açıdan bakıldığında her iki kelime de 'töre', 'gelenek', 'alışkanlık' vb. anlamlarına sahiptir (Günay, 2010: 98). Nigro ve Nigro (1989: 37)'ya göre etik, belirli koşullar altında belli davranışları reçete eden yazılı veya sözlü ifadelerdir. Bahsedilen tanımlardan hareketle ahlâk ve etik kavramlarının birbiri yerine kullanılabileceği görülmektedir (Tsalikis and Fritzsche, 1989: 696).

Ahlâk (ahlâklılık) terimi, uygulama ve eylemlerde doğru ve yanlışın önemle değerlendirilmesi, bu eylem ve uygulamalarla değerlerin kökleştiği, teşvik edildiği ve peşinden gidildiği eylemlerin yönlendirildiği kuralları kapsayan bir terimdir (De George, 1982: 15). Anlam içeriği olarak benzer bir tanımı Taylor (1975: 1) etik hakkında yapmaktadır. Ona göre etik; ahlâkî yargılar, standartlar ve davranış kuralları anlamına gelip ahlâkın temellerindeki sorgulamadır. Aydın (2016: 6)'a göre basit bir anlatımla etik doğru ve yanlış ölçüleri olup esasında ahlâk ve etik birbirinden farklı kavramlardır. Ancak pek çok yazar bu iki kavramı aynı anlamda kullanmış ve genellikle ahlâk kavramını kullanmayı yeğlemişlerdir. Scanlon (2015: 5) ise ahlâk teriminin

içeriğinin net, paylaşılmış bir anlayışa ihtiyaç duymadan yaygın biçimde kullanıldığına inanmakta ve bunun yalnızca kamu söyleminde değil, akademik tartışmalarda da geçerli olduğu kanaâtindedir.

Turhan (2007: 10) etiğin çok farklı şekillerde tanımlandığını, en genel anlamda insan ilişkilerinin özünü oluşturan değerleri, normları ve kuralları ahlâkî açıdan araştıran bir felsefe disiplini olduğunu söyler. Ona göre insan, bir toplum içerisinde yaşar ve her toplum da zamanla kendi doğrularını oluşturur. Yerel düzeyde, ahlâk olarak ifade edilebilecek bu doğrular, etik açıdan ele alındığında evrensel bir nitelik kazanır. Fakat insan özünün huy karakter ve fıtrattan ayrı düşünülemeyeceği göz önüne alındığında etik ve ahlâk ayrımı bu noktada pek de mantıklı görünmemektedir.

Ahlâk ve etik kavramları genelde birçok kişi tarafından aynı anlamda kullanılmaktadır. (Sökmen, 2016: 21). Etik kavramı ahlâk ile bütünleşmiştir. "Ahlâkî" (moral) ve "etik" (ethical) terimleri çoğunlukla, "doğru" ya da "iyi" ile aynı anlamda ve "ahlâka aykırı" (immoral) ve "etiğe aykırı" (unethical) ile karşıt anlamda kullanılır (Frankena, 2007: 23). Ahlâkın olmadığı bir yerde etik değerlerden bahsetmek imkânsızdır (Ferrel vd., 1994: 21). Etik kavramı ile ahlâk kavramının konuları arasında kesin bir ayrım yapmak mümkün olmadığı gibi, bu kavramların ifade ettikleri doğru ve yanlış olan şeyler arasında da belirgin farklılıklar olduğunu söylemek oldukça güçtür (Tınaz, 2009: 128).

Etik ve ahlâk arasında ayrım yapma çabalarının yoğunluğuna rağmen, günlük dilde ve hatta felsefede "etik", "ahlâk" ve "moral kelimelerinin birbirleri yerine kullanılageldiği de bilinir. Aslında etimolojik bir irdeleme, bu kelimelerin az çok eş anlamlı olduklarını da gösterir. (Özlem, 2010: 230). Tillich (2014: 2) etiği ahlâkbilim olarak tanımlamanın genel kabul görmüş bir tanım olmadığını, bunun sebebinin ahlâk kelimesinin çarpık çağrışım olmış olmasına bağlamaktadır. XVIII. yüzyıldan beri en azından Avrupa'da ahlâk yasal etik anlamında içeriğe sahipken, Birleşik Devletler'de puritanizmin etkisiyle cinsel bir anlam kazanmıştır. "Ahlâksız olma" cinsel bakımdan yasasız olma ya da en azından geleneksel cinsel ahlâkı inkâr etme anlamına gelmekteydi. Bu iki çağrışımdan dolayı etik (ethical) ile ahlâkî (moral) kelimesi birbirinin yerine kullanılabilir.

Özturan (2011) etik ve ahlâk terimlerinin kullanımını ve ilişkisini bibliyografik

bir tarzda ve kronolojik yaklaşımla ele aldığı çalışmasında; ahlâk ile etik arasında ayrım belirsizliği olduğunu, ayrım yapanlarca dahi tutarlı bir şekilde kullanılmadığını ve yazarların iki terim arasındaki tercihlerinde en belirleyici faktörün kullanım kolaylığı olduğunu açıklamaktadır. Yerli ve yabancı litaratür incelendiğinde Özturan'ın etik ve ahlâkın kullanım olarak tarifi ve içeriğinde netlik ve mutabakat olmadığı görüşünde haklı olduğu görülmektedir.

1.3. Birey ve Ahlâk

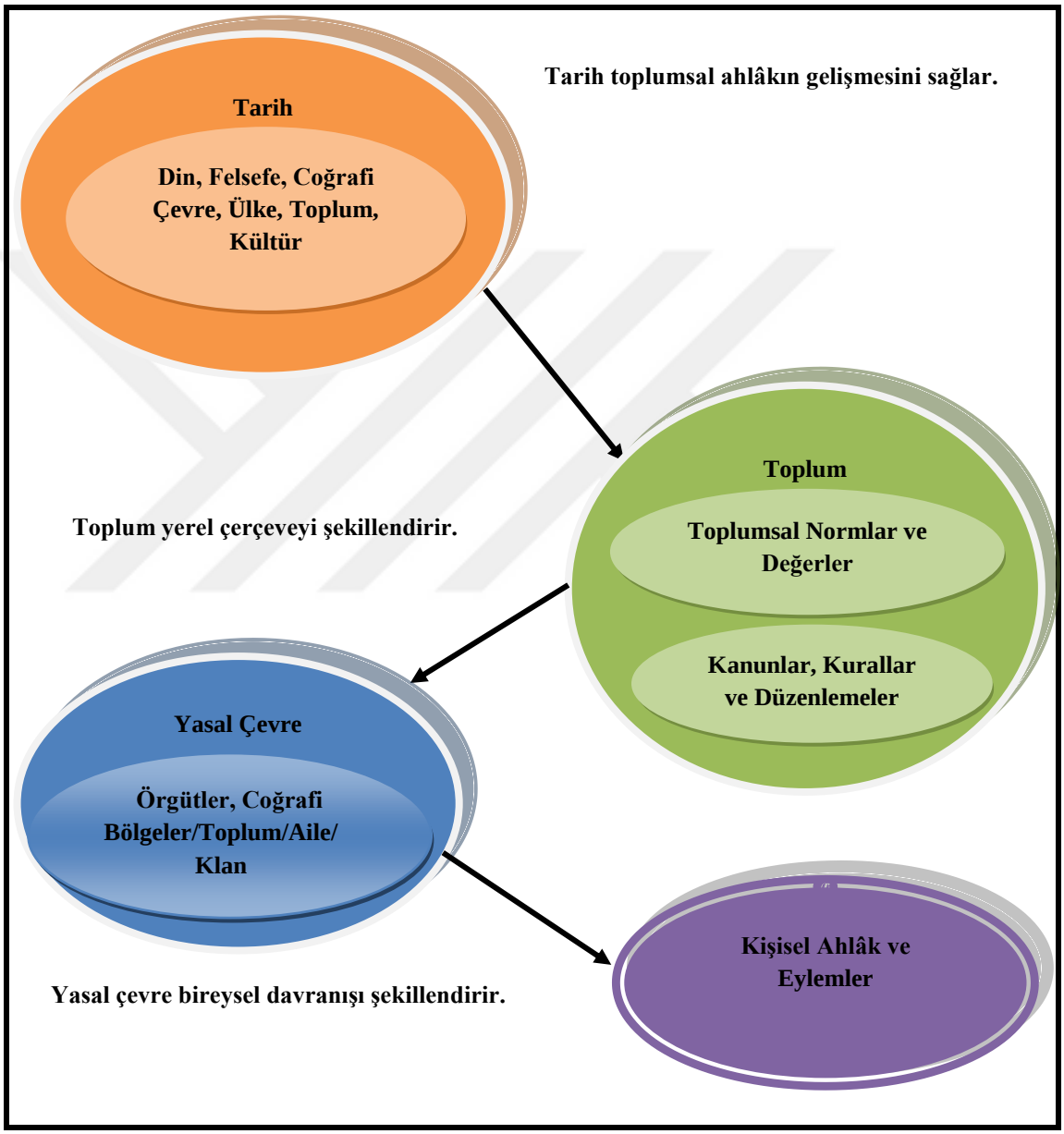
Bir insanın ahlâkı kendisinin kabul ettiği, ahlâk ilkeleri bütünü olarak ele alınabilir (Feldman, 2013: 22). Akdoğan (2011: 80)'a göre insan ve onun ahlâkî yapısı denildiğinde ilk düşünülen kişinin sahip olduğu şahsiyet ve bu şahsiyeti oluşturan unsurlardır. Şahsiyetin gelişmesi uygun ahlâkî şahsiyet terbiyesine bağlıdır. Zira şahsiyetin yapılanmasında son derece önemli duygular, kazanılmış fikirlere, terbiye, aile muhitine ve dînî duygulara bağlıdır (Çamdibi, 2014: 13). Şahsiyetle ilgili olarak ahlâkî karakter ise kişinin davranışlarının, toplum tarafından benimsenen, kabul edilen ahlâkî ölçütler, düsturlar ya da bir insanın şahsi ahlâk anlayışı çerçevesinde geliştirdiği ahlâkî fiilleridir (Seyyar, 2007: 39).

Ahlâklı bir şahsın temel özelliği, insanlığın gerektirdiği durumların farkına varabilmesi, hâl ve hareketlerini bilinçli bir biçimde sergilemesidir. Ayrıca davranışlarının sonucundaki yaptırımları kabullenmiş olması gerekir. Tabiî ki bunun için bireyin özgür olması gerekmektedir (Börk ve Kavas, 2015: 91). Özgürlükle beraber devreye ahlâkî şuur girmektedir. Ahlâkî şuur; bir insanın kendi istediği ve yaptığı şeyin sorumluluğunu taşıma gücü ve bilinci ile ahlâkî bilgi sayesinde iyiyle kötüyü birbirinden ayırt edebilecek ölçülere sahip olmasıdır (Seyyar, 2007: 43).

Kişinin kendisiyle ilişkisi de bir ahlâkî ilişkidir. Kişinin kendine yönelik eylemleri, kararları, muamelesi ve yaşamına yön vermesi bu ilişki çerçevesinde gerçekleşir. Üstelik bu ilişki, kişinin başkalarıyla ahlâkî ilişkileri içerisinde oluşur (Gündüz, 2005: 71). Bireyin dürüstlük, alçak gönüllülük, bağlılık, cesaret, adalet, sabır, çalışkanlık gibi özellikleri kişisel ahlâkın oluşmasında önemli rol oynar. Ayrıca bireyin yaşı, ailesi, akranları, tecrübeleri, içinde bulunduğu yakın çevrenin yöresel değerleri ve ahlâkı ile bireyin toplumdaki pozisyonu, işi, görevi, makamı kişisel ahlâkın belirleyicileri arasında bulunmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2007: 448). İnsanın ahlâklı

olabilmesi, aklı, kalbi ve bedeninin ahlâkî değerler doğrultusunda olmasıyla yakından ilişkilidir. Bu anlamda akıl, kalp ve beden bir bütünlük oluşturmakta ve insan denilen varlık teşekkül etmektedir (Akdoğan, 2011: 83).

Daft (2015) bireylerin ahlâkî karar ve eylemlerini daha sosyal bağlantılarla ilişkilendirmiştir. Şekil 2'de bireysel ahlâkî eylemlerin kaynağına vurgu yapılmıştır.



Şekil 2. Bireysel Ahlâkî Eylemlerin Kaynakları

Kaynak: Daft, 2015: 351

Buradan çıkarılan sonuç bireysel ahlâkın gerisinde yasal çevre, toplum ve tarih hukuk sistemi gibi faktörlerin olduğudur.

1.4. Toplum ve Ahlâk

İnsan ile toplum arasında ortak bir alan vardır. Bu alan insanın hem iç hem dış dünyasını kapsamaktadır. Bu alan psikoloji ile sosyolojinin birleştiği ortak zemin olarak, psiko-sosyal alan şeklinde tanımlanmaktadır (Akdoğan, 2011: 88). Toplum, kişiye ahlâk empozesi yapmakta, kendi değer yargılarını ve yaşama üslubunu ahlâk elbisesi içinde ona giydirmektedir. Bireyi kişi haline getiren süreçte toplumun katkıları inkâr edilemez (Poyraz, 2015: 61). Ahlâk üzerinde toplumun iki yönden etkisi görülmektedir. Fertlerin uyması gerekli ahlâk kaidelerini ortaya koyan toplumdur. Aynı zamanda bu kaidelere uymak için fertleri zorlayan da odur (Topçu, 2010: 16). Toplum içinde yaşanıldığından dolayı kişileri bir nevi "baskı/denetim" altında tutan unsurlardan biri de ahlâkî değerlerdir. İnsanlığın benimsediği ahlâkî değerler çeşitli biçimlerde günlük hayatta tezahür etmekte ve o değerlere uyumlu olmak toplum tarafından yüceltilirken, aksi yönde davranılması halinde o bireyler yerilmekte ve aşağılanmaktadır (Aydın, 2010: 133).

Ahlâk kuralları toplumların yönetilmesi konusunda günümüz koşullarında ve geçmişten günümüze kadar birçok alanda destek sağlamıştır. Halen günümüzde geri kalmış bazı toplum veya topluluklarda bu ahlâkî kurallara yönelik uygulamalar devam etmektedir. Ahlâk ve kültür birbirine yön veren iki önemli öğedir. Bu nedenle ahlâkın olmadığı bir yerde değerlerden bahsetmek imkânsızdır (Korkmaz, 2012: 378). Müeyyide içeren hukuk ve din, müeyyide içermeyen ahlâkla çok yakın ilişki içinde kişilerin terbiye ile eğitimlerini biçimlendirerek davranışlarını kontrol altına alırlar ve kişileri düzen içinde tutmaya çalışırlar.

Ahlâk kişilerin birbirlerine ve topluma zarar vermemeleri gerektiğini ve yardımlaşmalarını önermektedir (Bıçak, 2017: 80). İnsan ahlâkî kural ve kaideleri yerine getirdiğinde sadece kendisi için değil, toplum için de iyi ve güzel davranışlarıyla huzur ortamının oluşmasına katkıda bulunacaktır. Meselâ, gıybet yapmayan bir kişi yalnızca kendi kişisel huzurunu temin etmekle kalmaz aynı zamanda toplumun da huzura kavuşmasını sağlar (Mahfuzi, 2009: 14).

İnsanın içinde doğduğu ve içinde yaşamayı öğrendiği toplumsal gerçeklik, nasıl davranması gerektiğini belirleyen bir değerler, inançlar ve normlar alanıdır (Akın, 2011: 19). Her toplum, ahlâk ve hukuk gibi sosyal kontrol araçları veya mekanizmaları

yoluyla temel normlara uyumu gerçekleştirme eğilimi göstermiştir (Yüksel, 2013: 3242). Bir toplumda ahlâk prensiplerinin uygulanabilir olması için ihtiyaç duyduğu temel yaptırımlar ana başlıklar altında ele alınırsa dört kategoride değerlendirilebilir. Bunlar vicdan, sosyal baskı, doğal yaptırım ve inanan birisi ise, Tanrı korkusu veya bu dünyada yapılan her eylemin karşılık bulacağı bir ilahi adalet inancıdır (Elmalı, 2004: 181-190).

1.5. Ahlâkî Değerler

Değerler, insanlara toplumsal davranışta bulunurken neyin önemli, neyin önemsiz olduğu konusunda rehberlik etmektedir. Davranışların kültürel şartlara uygun oluşmasını sağlar ve bu davranışı kültürel sistemin geneli içerisinde anlamlı kılarlar. Bu da toplumsal uyum açısından hayati bir öneme sahiptir (Eren, 2007: 292).

Ahlâkî değerler, en basit anlatımla kendilerini iyi veya kötü diye tanımlamanın mümkün olduğu şeyler veya davranışlarla ilgili değerlerdir (Arslan, 2009: 130). İnsanların benimseyip davranışa dönüştürdüklerinde yaşamı yücelten ve kendilerini özlenen ahlâkî düzeye ulaştıran doğruluk, dürüstlük, cömertlik, yardımseverlik, hak, adalet gibi ilke ve ölçüler (Bakırcıoğlu, 2012: 10) en temel değerlerden kabul edilmektedir. İnsanın değer sistemi; düşünme, gözlem geçmiş deneyimler ve toplumsallaşma süreci içerisinde bilinçli/bilinçsiz olarak şekillenmektedir. Değer bireyin düşünce tutum, alışkanlık ve amaçlarına yönelik olarak yaşamına rehberlik etmektedir. Değerler, bireyin kültürel ve sosyal yaşantısının şekillenmesine etki ederken, kişilerarası ilişkilerinin yönlendirilmesinde, bireysel ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve karşılanmasında da son derece etkilidir. Ayrıca, yaşam süreci içinde de devamlılık gösterirler (Tosun, 2016: 77)

Ahlâk bir yönüyle değerler dünyasının parçasıdır. Çünkü "iyi" ve "kötü" başta olmak üzere her türlü ahlâkî yargılar, birer değer olarak karşımıza çıkar (Gündüz, 2005: 40-41). Bir toplum içindeki fertlerin eşya hakkındaki istek ve duygularının ifadesi olan ve bir toplumun bütün fertleri tarafından aynı şekilde kabul edilen hükümler, değer hükümleridir (Topçu, 2010: 83). Ahlâkî eylemleri tanımlama ve değerlendirme konusunda kullanılan temel kavramlar arasında şunlar sayılabilir: İsteme (özgür irade), özgürlük, sorumluluk, vicdan, erdem, iyi, kötü, ödev, ahlâk yasası vb. Bu kavramlarla birlikte en önemli kavramlardan biri de hiç şüphesiz "başkası" kavramıdır. Çünkü her

ahlâkî eylem başkasına/diğerine yöneliktir, başkasıyla ilişkilerimizde ortay çıkar (Günay, 2010: 98).

Ahlâkî değerler toplumları, dolayısıyla insanları sadece kötü ve çirkin eylemler yapmaktan alıkoymaz aynı zamanda güzel davranışlar yapmaya yöneltir. Ahlâkî değerleri güçlü olmayan toplumlarda yaşam kalitesi düşer, güven ve huzur ortamı oluşmaz (Turan, 2015: 653).

1.6. Ahlâk Teorileri

Doğrunun ve yanlışın ölçütünün sadece bir dizi hâkim ahlâk kuralı olamayacağı hususunda ahlâk felsefecileri çeşitli alternatif ölçütler önermişlerdir. Bunlar genel olarak iki gruba ayrılmıştır: (1) Teleolojik Teoriler ve (2) Deontolojik Teoriler (Frankena, 2007: 36). Deontoloji ahlâkî bir görevin yerine getirilmesinde seçilen yolların doğruluğu üzerine yoğunlaşmaktadır. Aksine teleolojide ağır basan yön araçların doğruluğu değildir. Teleoloji kişilerin eylemlerinin sonuçlarına odaklanmaktadır (Upchurc ve Ruhland, 1996: 1084).

1.6.1. Teleolojik Teoriler

Ahlâk felsefesinde amaçları; davranışı değerlendirmenin ve davranış ilkelerinin temelleri olarak kabul eden kuramlar *teleolojik* (sonuçsal) ahlâk kuramları olarak adlandırılır. Teleolojik ahlâk anlayışında ahlâk değerleri en son amaca ya da en son iyiye göre açıklanır ve temellendirilir (Güçlü vd., 2002: 482-483). Daha genel olarak ifade edildiğinde, bu teorilerin temel problematiği "en yüksek iyi" olup, bireysel mutluluk, kendini gerçekleştirme ya da en yüksek sayıda insanın en büyük mutluluğu gibi ulaşılması gereken nihai amaçtır (Cevizci, 2008: 15).

1.6.1.1. Egoizm Teorileri

Egoizm her insanın kendi çıkarının peşinden koşması gerektiği görüşüdür. Haz ve acı üzerinden değerlendirildiğinde, bunun anlamı her insanın kendi hissettiği acıya karşı kendi hissettiği hazzın oranını azamiye çıkarmaya çalışması demektir (Feldman, 2013: 122). Daha açık bir ifadeyle: Bir insanın, uzun vadede yarar görecek olduğu şeyi mutlaka ve mutlaka yaparak ahlâkî açıdan doğru veya yanlış olan şeylerin buna göre tayin edilmesidir (Haslanger, 2005).

Egoizmde ahlâkın dayanak noktası benliktir. Egoizm yaşamda ilgi duyulacak uygun şeyin, sonucu başka insanlar için ne olursa olsun, kişinin kendi refahını en yükseğe çıkarmak olduğunu öğretir. Egoizm özgeciliğin tam karşısında yer almaktadır (Honer vd., 2003: 314). Buna göre her şeyde olduğu gibi ahlâkta da egemen olan çıkardır. En önemli temsilcisi Thomas Hobbes'tur. İngiliz düşünür Hobbes törebilimsel davranışların temelinde benciliğin yattığını söyler (Hançerlioğlu, 1996: 35). Thomas Hobbes'un 'insan insanın kurdudur' (*homo homini lupus*) formülü ilk kez "bencil sistem"i (*selfish system*) belirlemiş ve 18. Yüzyıldan başlayarak toplumsal yaşamın ve kapitalist ekonominin dayandığı sistem de bu şekilde adlandırılmıştır (Durğun, 2008: 129).

Egoizmde ahlâkî ilkeler değil bireyin kendi benine, çıkarına uygun davranması önemlidir. Bu görüşe göre, Kişinin kendi benine, çıkarına, isteğine uygun davranış ahlâklılığın ölçütü olarak görülürse, bu da kişiden kişiye değişeceği için tüm insanlar için geçerli bir ahlâk yasasından söz edilemememektedir (Kale, 2009: 104).

1.6.1.2. Erdem Ahlâkı

Erdem ahlâkının kökleri antik ve ortaçağa kadar uzanmaktadır (Stanley vd., 2003: 330-331; Maclagan, 1995: 165). Erdem ahlâkı kişilerin doğruluk, dürüstlük, adalet, cesaret, mertlik, yardımseverlik, dayanışma, hoşgörülülük, sadakat, fedakârlık gibi ahlâkî nitelikler göstermesini esas almaktadır. Aristoteles (M.Ö. 384-322) tarafından ele alınıp savunulduğu için "Aristotelesçi Ahlâk" olarak da bilinmektedir Yazıcı, 2014: 175). Aristoteles bir kişinin bir fiilde erdeme uygun hareketle mutluluğa erişebileceğini, her bir erdemin yaradılışa eğilimli olduğunu ve doğumdan ziyade tecrübe, gelişim ve eğitim ile elde edildiğini söyler (Mackie, 1990: 186).

Erdem, istencin (iradenin) ahlâksal olana yönelmesi; iyiden yana olmak biçiminde de tanımlanabilir (Kale, 2009: 99). Klasik anlamda erdemler, insan varlıkları olarak işlevlerimizi iyi yapabilmemize, iyi ya da mükemmel erkekler ve kadınlar haline gelebilmemize yardım eden niteliklerdir. Platon, nasıl ki güçlü bacaklar bir yarış atı için bir erdemse bilgeliğin de ussal yaratıklar olan insanlar için öyle bir erdem olduğunu söylemiştir. Bu nitelikler doğuştan da değildir. Onlar örnek yoluyla, öğretim yoluyla, disiplin yoluyla ve Tanrının inayeti yoluyla sıkı biçimde çalışılarak güçlendirilir (Honer vd., 2003: 331).

Eserlerinde erdem üzerinde duran filozof Seneca, akılla erdem arasında eşitlik olduğunu, iyi bir insan olmanın bir sanat olduğunu ve erdemin ancak eğitilmiş, iyi yetiştirilmiş, sürekli alıştırmalarla doruğa erişmiş bir ruha sahip olacağından bahseder (Günay, 2010: 113). En yüce erdemin bilgi olduğunu ileri süren Farabi, aklın bilgi ile iyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan ayırabildiğini ve böyle bir akla sahip kişinin de Allah'a ulaşmanın yolu olacağını belirtir (Kale, 2009: 38). Zihnin mutluğu bilgi, vicdanın mutluluğu ise fazilettir. Bunlar mahiyetleri itibariyle birbirine bağlıdırlar. Çünkü fazilet ödevin yerine getirilmesi demektir. Bu da mutlak iyiliktir (Sena, 1970: 226-227).

1.6.1.3. Faydacılık Teorisi

İngiliz filozofları Jeremy Bentham (1748-1832) ve John Sturart Mill (1806-1873) tarafından geliştirilen faydacılık (yararcılık, utilitarianizm) kuramına göre bir eylemin doğruluğunu veya yanlışlığını belirleyen onun sonucunun iyiliği veya kötülüğüdür (Yazıcı, 2014: 75). J. S. Mill'den sonra faydacılık eylem faydacılığı ve kural faydacılığı olarak iki kısımda incelenmeye başlanmıştır. Birincisi eylem faydacılığıdır. Eylem faydacılığı bir eylemin faydada derhal meydana getirdiği değişiklikle ilgilidir. İkinci olarak kural faydacılığının konusu ise anlık ve somut fayda artışından ziyade kurallara uymanın uzun vadede insana sağlayacağı yarardır (Yayla, 2013: 67).

Faydacılık, esas kaygısı azami sayıdaki bireylerin azami faydayı (veya mutluluğu) elde etmesi olan bir felsefe olarak da tanımlanabilir. Faydacılara göre zevk iyi, acı kötüdür ve bütün insanlar, zevk peşinde koşan hayvanlardır. Onlara göre davranışlar mutluluğu artırdığı oranda doğru, azalttığı oranda yanlıştır (Tannenbaum ve Schultz, 2013: 288). Faydacılık, kendine özgü yeni sonuçlara ulaşmaz. Yalnızca bir yöntemdir. O halde faydacı yöntemin belirli sonuçlara ulaşmaya çalışmaktan çok bir tutum olduğunu söylenebilir. Yüzünü asıl olarak başlangıca, ilkelere ve kategorilere değil; sona, meyvelere, olgulara çeviren bir tutumdur (James, 2003: 31).

1.6.2. Deontolojik Teoriler

Deontolojik teori; herhangi bir eylemin doğruluğunun ya da yanlışlılığının eylemin yol açtığı iyi ya da kötü sonuçlarla değerlendirilemeyeceğini; bir eylemin ahlâkî değerini belirleyenin eylemin sonuçlarından bağımsız olarak eylemin temelinde

yatan ödev duygusu olduğunu öne süren görüştür (Güçlü vd., 2002: 1087-1088). Ahlâkta eylemin sonucundan ziyade, eylemin temelindeki niyet, ilke ve gerçekleştirdiği ödevin önemli olduğunu öne süren deontolojik anlayış, insanın akıllı ve sorumlu bir varlık olarak yerine getirmek durumunda olduğu birtakım ödevleri bulunduğu düşüncesinden hareketle ahlâkın temeline ödevi yerleştirmektedir (Cevizci, 2008: 16).

1.6.2.1. Kant Ahlâkı

Alman filozof Immanuel Kant'la birlikte ahlâk yasasının, insanlığımıza karar vereceğimiz bir alan olarak görülmeye başlandığı, ahlâkın artık yeni bir insan hali önerdiği söylenebilir. Kant bu halde özgür iradenin, yaptırımın yerini alması gerektiğini söyler (McNaughton and Rawling, 2007: 36). Kant kesin olarak bir ahlâk bilgisi arayışı içinde olmuştur. Ona göre "ahlâkî olan" içgüdülerde, eğilimlerde ve eylemlerin sonuçlarında aranamaz (Gökberg, 2011: 360). Kant ahlâk ilkelerinin dini veya mistik kaynaklarda da aranamayacağını söyler. Ayrıca ahlâk ilkelerini doğa yasaları gibi akla dayanan kesin, evrensel yasalar olarak ortaya koymaya çalışır. Ancak doğa yasaları determinist ilkelere bağlıdır ve ahlâk yasası için geçerli olamaz. Ahlâk yasasının kaynağı doğa yasalarının kaynağı olan deneysel aklın dışındaki salt pratik akıldır. Ahlâk yasası sırf insanlar için değil, akıl sahibi bütün varlıklar için tamamen zorunlu olarak geçerlidir (Oktay, 2004: 393-399). Ona göre ahlâk yasası bütün insanların sezgileriyle ve doğrudan doğruya bildikleri bir şeydir. Dolayısıyla bir eylemin ahlâkı hiçbir biçimde bilim ya da eğitim meselesi değildir. Herkes için bu ahlâkın basit, dolaysız ve doğrudan bir ölçütü vardır: "Eylemimin ilkesini evrensel bir yasaya dönüştürebilir miyim?" sorusu. Eylem herkese rasyonel olarak önerebilecek tümel bir yasa içeriyorsa ahlâkî kabul edilir (Droit, 2013: 198-199).

Kant şartsız iyi bir istemenin formülü olarak meşhur "Kendilerini aynı zamanda genel yasalar olarak nesne edinebilecek maksimlere göre eylemde bulun" (Kant, 2015: 82) sözüyle ifade etmiştir. Yani, bir davranışın ahlâkî olabilmesi, onun her zaman bir kural, bir genel yasa olmasıyla mümkündür. Bu ise onun doğal bir yasa olmasını arzu etmek ile gerçekleşebilir (Öktem, 2007: 4). Bunun içindir ki Kant, fenomenler dünyasından gelen bütün etkilerin çok gerisinde bulunan 'ahlâkî öz' ve 'salt istenç'e inmeyi arzulamıştır (Gökberg, 2011: 360).

Kant emirleri hipotetik (koşullu) emirler ve kategorik emirler olarak ikiye

ayırmaktadır. “Disiplin cezası almamak için kopya çekmemelisin” emri şarta bağlı hipotetik bir emirdir. Mutlak olarak “ne olursa olsun doğruyu söyle”, “zina yapma” tarzı emirler kategorik emirlerdendir. İşte bu ikinci tür emirlerin sonucu olarak gösterilen davranışlar ahlâkî davranışlardır (Arslan, 2009:171-172). Kategorik buyruk “Ne istediğinden bağımsız olarak görevin olduğu için, bu bir zorunluluk olduğu için a’yı yapmalısın” der (Johnston, 2015: 151-152).

Kant’ın kategorisel buyruğu bir eylemin doğruluğunun ya da yanlışlığının, eylemin sonucuna dayanmadığı tek bir kural teorisidir. Kategorisel zorunluluğa göre yol gösterici ilkelerin ahlâkî nihayeti evrensel yasalar haline gelmelidir. Deontolojinin bu şekli görev konsepti üzerine odaklanır (De George, 1989: 696). Ona göre bir şey ödev sayıldığı için yapılıyorsa, ancak o zaman ahlâkî davranıştan söz edilebilir. Bu yüzden Kant’ın ahlâkı genellikle bir *ödev ahlâkı* olarak nitelendirilir (Gaarder, 2013: 381).

Kant, “Yapmalısın, çünkü yapabilirsin” ifadesinde “kişinin gücü yettiği ölçüde en yüksek iyiye yaklaşmasını, onun elde edilmesi için çaba harcamasını, daha iyiye yönelmesi gerektiğini” söyler (Türer, 2017: 60). Kant’a göre ahlâkî değer, ancak iradi eylemin niyetinin niteliğinde aranabilir (Çilingir, 2014: 21). İyi niyet, uygulamada istediği sonuca ulaşamasa da, iyilik derecesinden, niteliğinden bir şey yitirmez: O, bir niyet olarak, “bir mücevher gibi” kendi başına pırıl pırıldır (Heimsoeth, 2012: 119).

1.6.2.2. Haklar Teorisi

Ahlâkî haklar yaklaşımı, insanların temel hak ve özgürlüklere sahip bulunduğunu ve bu hakların başkalarının kararıyla bireylerin ellerinden alınamayacağını savunur (Ülgen ve Mirze: 2007: 454). Haklar teorisi, bütün birey ve grupların belli temel hak ve özgürlüklerini korumaya tutarlı karar ve davranışları kapsar (Özgener, 2016: 46).

Haklar teorisi, yükümlülük ve ilkelerden ziyade daha çok haklar üzerinde durmaktadır. Haklar teorisi, 13. Yüzyılda yaşamış olan Katolik düşünür Aquino’lu Thomas’ın öncüsü olduğu ve temelde akılcı olan Doğal Yasa Kuramı olarak bilinen anlayışta kaynağını bulmaktadır (Özgener, 2016: 45).

Doğal yasa teorisi en genel anlamda, varlık ile iyilik arasında paralellik olduğunu, bir varlığın iyiliğinin/mutluluğunun kendi doğasında bulunan imkân ve

yetenekleri etkin hale getirmesiyle gerçekleşebileceğini, insanın, bireysel mutluluk ve toplumsal düzen için gerekli evrensel yasaları keşfetmeyi sağlayan ilahi kıvılcıma sahip olduğunu savunan ahlâk, hukuk ve siyaset görüşü olarak tanımlanabilir (Erdem, 2014: 53). Doğal hukukun ilkesi/ilkeleri, insan doğasının yöneldiği iyilik veya mutluluk amacına ulaşmaya dönük olarak insanın kendini gerçekleştiriminde (self-fulfillment), insanın gelişiminde (human flourishing) ve insanın kendini oluşturmasında (self-constitution) ona rehberlik edecek temel ahlâkî kriterler olarak kavranır (Uslu, 2011: 26).

1.6.2.3. Ahlâkî Rölativizm

Toplumlar çok çeşitli inanç ve uygulamalara sahiptir. Farklı ülkeler ve kabileler arasında ahlâkî inanç farkları olabileceği gibi, tek bir toplum içindeki altkültür ya da değişik sınıflar arasında da farklar bulunabilmektedir (Robinson ve Garrat, 2012: 18). Bu farklılıklardan hareketle ahlâkî norm veya değerlerin evrensel ölçütlerinin olmadığını, ahlâkî değerlerin kişiden kişiye, gruptan gruba veya toplumdan topluma değişebileceğini savunan yaklaşım ahlâkî rölativizm ya da diğer adıyla ahlâkî görecelilik olarak isimlendirilmiştir (Demir ve Acar, 1997: 14).

Sofistler Grek felsefesinde ilgiyi doğadan insana çekerlerken aynı zamanda ahlâkî rölativizmin ilk temsilcileri olmuşlardır. Sofistler için "iyi" veya "kötü" insan eylemlerinin değerlendirilmesi tek ve değişmez, anlamlı ve herkes için genel geçerli evrensel ölçütler değil, sadece insana ait, insan-bağımlı, insan kaynaklı, kısacası insana göreli şeylerdir. Neyin değerli olduğu neyin değersiz olduğu da böylece insanına göre değişebilmektedir (Özlem, 2010: 19-20). Heraklitos'un "Aynı nehirde iki kere yıkanılmaz" (Runzo: 2011: 62) ve Protagoras'ın "Her şeyin ölçüsü insandır" sözü bütün bilgi ve değerlerin göreli olduğunu ileri süren öğretidir. Teori ahlâkî değerlerin göreceli olduğunu savlayarak herhangi bir bakış açısının diğerleri karşısında ayrıcalıklı olduğunu reddeder (Güçlü vd., 2002: 608).

Görecelik çoğulculuğu da beraberinde getirmektedir. Birden fazla görüşün aynı anda var olabileceğini savunmaktadır. Yalnızca ahlâkta değil, din bilimleri, antropoloji, sosyoloji, psikloloji ve eleştirel tarihte benzer çoğulculuk ve görecelilik anlayışları hâkim olmuştur (Runzo, 2011: 63).

Frenkana (2007: 198-199) üç tür görecelik şekli olduğundan bahsetmektedir.

Bunlar ise aşağıdaki gibidir:

- Betimlemeci görecelik: Farklı insanların ve farklı toplumların temel etik inançlarının farklı olduğu ve hatta bunların birbirleriyle çatıştığıdır.
- Meta-etik görecelik: Temel ahlâkî yargılar bakımından, biri diğerine karşıt olan, nesnel olarak geçerli hiçbir akılcıl doğrulama olmadığını savunur; bu nedenle birbirleriyle çatışan iki temel yargı eşit derecede geçerli olabilir.
- Normatif görecelik: Normatif ilkeler öne sürer. Koşullar birbirine benzese bile bir birey ya da toplum için doğru ya da iyi olan bir şey, bir başka birey ya da toplum için doğru ya da iyi değildir.

1.7. İş Ahlâkı Kavramı

Ahlâkî konular örgütsel ahlâk, güçlendirme, verimlilik, işe alım ve diğer günlük yönetimsel problemlerle yakından ilgilidir (Bowman, 1976: 48). Toplumu düzenlemesi açısından ahlâkın, özelde iş ve çalışma hayatının düzenlenmesi açısından da iş ahlâkının kuşkusuz önemli bir rolü vardır (Eğri ve Sunar, 2010: 64).

Geniş anlamda iş ahlâkı, günlük ahlâkî normların iş yaşamında tecrübe edilmesidir (De George, 2015). Özgener (2016: 51)'e göre iş ahlâkı; bütün ekonomik faaliyetlerde dürüstlük, güven, saygı ve hakça davranmayı ilke edinmek ve çevreyle temas halinde bulunurken aynı çevreyi paylaşan topluma destek olmaktır. İş ahlâkı; çalışma hayatının aktörleri olan çalışanlar, hissedarlar, baskı ve çıkar grupları ve rakipler ile işletme arasındaki uygulamalarda ahlâkî olarak nerede nasıl hareket edilebileceğini araştırır, tartışır ve nasıl olması gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunur. Başka bir deyişle çalışma hayatı uygulamalarının ahlâkî çerçevesini oluşturan bir çalışma alanıdır (Bektaş ve Köseoğlu: 2008: 155).

Günümüz iş yaşamında ahlâk ilkelerine riâyet, hem örgütlerin yükümlülüğü, hem de örgütlerin dikkate almak zorunda oldukları bir durumu belirmektedir. Çünkü örgütlerin örgüt içi ve örgüt dışı tüm ilişkilerinde ahlâk ile ilgili konular yer almaktadır. Ahlâkî standartlara uyulmaması durumunda ortaya çıkan sonuçlar, saygınlık, güven ve kârlılık anlamında örgütün kendisini, doğal çevreyi ve toplumun diğer kesimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum iş yaşamında, ahlâk ilkelerine bağlılığın ve davranışların önemini her geçen gün artırmaktadır (Tınaz, 2009: 134). İş ahlâkı örgütün ahlâkî ikilemde kaldığı zaman harekete geçmesi ve çalışanlar arasındaki ahlâkî

muhtevaya sahip kararlar ile de ilgilidir (Sert vd., 2014: 1189; Cowton and Thompson, 2000). İş ortamında, ahlâkî ikilemler; rekabet yoğunluğu, satış baskısı, manipüle edilmiş finansal sonuçlar ya da pazarlama uygulamalarının karanlık tarafları nedeniyle bireylerin gündelik yaşamlarına sirayet etmiştir (Türker ve Altuntaş, 2014: 1178). İş ortamında en yaygın ahlâkî problemler; nepotizm, rüşvet, hırsızlık, yolsuzluk, çıkar çatışması, içerdeki bilginin kötüye kullanımı, kişisel amaçlı bilgilerin kötüye kullanımı, kamu sorumluluğu ve şeffaflığın çökmesi, faiz ve baskı gruplarının etkisi vb. olarak sıralanmaktadır (Puiu, 2015: 605; Gildenhuys, 2004: 6).

İş ahlâkı iş hayatının tamamını kuşatmış olmakla birlikte etkisinin yoğun şekilde görüldüğü alanlardan birisi de örgütsel davranıştır. İş ahlâkı uygulamalarının başta liderlik ve örgüt kültürü üzerinde olmak üzere olmak üzere motivasyon, iletişim, örgütsel güven, çalışan memnuniyeti gibi konularda işletmeyi yakından ilgilendirdiği, yapılan akademik çalışmalarla ortaya konulmuştur (Kılınç ve Ağraş, 2015: 77).

Arzu edilen bir iş ahlâkına sahip olmak için kurumlarda ahlâk eğitimine konu olabilecek uygulamaları Tablo 1'deki gibi sıralamak mümkündür (Seyyar, 2007: 26):

Tablo 1. Ahlâk Eğitimine Konu Olabilecek Uygulamalar

Uyuşturucu ve alkol suistimali	Gider hesaplarının suistimali	Şirket mülklerinin yanlış kullanımı	İçeriden bilgi sızdırma,
Menfaat çatışmaları	Kişilere özel bilgilerin yanlış kullanımı	Aşırı eğlence	Mahalli dernek ve baskı grupları ile ilişkiler
Çalışanların hırsılılığı	Çevre kirliliği	Büyük hediyeler kabul etme	Rüşvet
İşyeri kapatmalar ve grevler	Rakibin bilgilerini ele geçirme yöntemleri	Yanlış yönlendirici reklamlar	Siyasi katkılar ve faaliyetler
Kayıt ve tutanakların uygunsuz tutulması	Hükümet temsilcileri ile uygunsuz ilişkiler	Komisyonculuk	Mahalli idareciler ile uygunsuz ilişkiler

Kaynak: Seyyar, 2007: 26

İş ahlâkının nasıl tanımlandığına odaklanan Lewis (1985: 381) 158 ders kitabında iş ahlâkı tanımında öne çıkan kavramları; "kurallar, standartlar, bireylerin koyduğu ilkeler, zorunluluklar, sorumluluklar, haklar, altın kural, değerler seti, doğruluk, sistem, bütünlük, genel davranışlar, alışkanlık, erdem, karakter, iyi ve kötüyü bilme" olarak belirtmiştir.

İş ahlâkı gereği işletme yönetici ve çalışanları sorumluluk sahibi bireyler olmalı,

sadece kendi çıkarlarını düşünmemelidir. İş adamı güven ve refahını elde ederken çalıştırdığı ve hizmet sunduğu diğer insanların güven ve refahını da sağlamak zorunda olduğunun bilincine varmış olmalıdır. Bu şekilde düşünen bir iş adamı iş ahlâkını büyük oranda edinmiştir. Ayrıca iş ahlâkını içselleştiren bir iş adamının güvene layık, sadık, namuslu ve çalışkan olduğu da söylenebilir (Yüce, 2007).

1.8. İş Ahlâkı ve İlişkili Kavramlar

Örgüt içindeki tüm çalışanların, sorumluluk ve görevlerini en iyi şekilde yerine getirmelerinde, bu konuda son derece bilinçli olmalarında ve mesleklerinde yüksek standartlara ulaşmalarında ahlâk büyük önem taşımaktadır (Doğan ve Karataş, 2011: 3). Ticaretin, sanayinin ve hizmet sektörlerinin gelişmesi, büyüklü küçüklü kurumsal yapıların oluşması, bu kurumların da para kazanmayı ana hedef olarak koymalarının sonucu ortaya çıkan ahlâkî sorunlar, bu alanları ahlâkî açıdan çalışmaları gerekli kılmıştır (Tepe, 2013: 98).

1.8.1. Çalışma Ahlâkı

Çalışma ahlâkı kavramı, 20. yüzyılın başlarından itibaren Max Weber (1999) tarafından Batı toplumunda kapitalizmin başarısına katkı sağladığı düşüncesiyle gündeme getirdiği "Protestan Çalışma Ahlâkı" olarak bilinen kavramla beraber ortaya çıkmıştır (Hirschfeld and Field, 2000; Hill and Petty, 1995). Çalışma ahlâkı denildiğinde bir toplumda işe ve çalışmaya karşı geliştirilen tavırlar ve bu konudaki değerler akla gelmektedir (Arslan, 2012: 79; Brauchle and Azam, 2004: 3). Bir başka tanıma göre çalışma ahlâkı; iş zamanına riâyet eden, mesâi saati süresince çalışma isteği olan, verilen işi ya da yapması gereken işini bitirdikten sonra bir ikaz ya da uyarı olmaksızın başka bir göreve başlayabilen, örgütün hedefleri için sorumluluk sahibi bir çalışan olarak davranabilen bireylerin sahip olduğu bir özelliktir (Ünal, 2011: 130).

Weber çalışmaya bağlılığın değerini vurgulamış ve bazı kişilerin çalışmaya neden daha fazla önem verdiklerini ve neden diğer çalışanlardan vicdani olarak çalışmaya daha duyarlı olduklarını ortaya koymaya çalışmıştır (Pryor and Davis, 1989). Weber'e göre kapitalist ruh büyük ölçüde kendi deyimiyle Protestan ahlâkın laikleşmiş biçimidir. Weber'in ulaştığı tarihsel kanıtlar Protestanların iş hayatında toplumun diğer kesimlerine göre daha başarılı olduklarını göstermektedir. Protestanlık çalışma ve

üretmeyi teşvik etmekte, böylece kapitalizm gelişmektedir (Cuff et al., 2013: 49). Fakat çalışma ahlâkı sadece Protestanlıkla ilişkilendirilebilecek kadar sığ çerçeveye sahip değildir. Bireyin çalışma ahlâkına yönelik duygu, düşünce ve tutumu, ailenin, yaşam deneyimlerinin, kişiliğin ve durumsal koşulların etkisi altındadır (Usta: 2012: 412).

1.8.2. Meslek Ahlâkı

Bir mesleği icra etmeyi düşünen kişinin ahlâkî bir gereklilik icabı mesleğin gerektirdiği yeteneğin ve yeterliliğin kendisinde bulunduğu konusunda düşünmesi ve karar vermesi gerekmektedir. Meslek onurunun korunması açısından mesleki yetenek de önem taşımaktadır (Sökmen, 2016: 37). Meslek gruplarının sağlam teşkilat yapısına sahip olması, meslek ahlâkının da o derece gelişmesi ve saygınlığı olduğu anlamına gelmektedir (Durkheim, 1986: 13).

Mesleki kurallar, kişilere uygulamalarda yol gösterici olması hasebiyle meslek grupları için amaçları ve inançları ifade etmektedir. Bunlar yasal zorunluluklardan daha yüksek standartları gerektirir ve sosyal, çevresel ve ekonomik taleplere cevap olarak gelişmişlerdir (Frankel, 1989: 110). Böylece meslek kurallarının manevi ve içsel bağlayıcılığının daha kuvvetli olduğu söylenebilir.

Meslek ahlâkı, bir mesleği icra eden kişilerin, örneğin öğretmenlerin, başta öğrencileri olmak üzere onların velilerine, kendi meslektaşlarına karşı davranışlarını düzenleyen ve onlara kılavuzluk eden ilke ve kurallar bütünüdür (Arslan, 2009: 132). Başka bir tanımda meslek ahlâkı (professional ethics); "Belirli bir meslek grubunun, mesleğe ilişkin olarak oluşturup, koruduğu; meslek üyelerine emreden, onları belli bir şekilde davranmaya zorlayan; kişisel eğilimlerini sınırlayan; yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan; meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan mesleki ilkeler bütünü" olarak tanımlanmıştır (Aydın, 2016: 4). Meslekî ahlâk kuralları yazarların çoğu tarafından şirketin çalışanların davranışları için rehber niteliğinde ahlâkî standartlar içeren resmi, belirgin ve yazlı bir doküman olarak öne çıkarılmaktadır (Townly, 1992: 36). Ne kadar meslek varsa o mesleğe özgü o kadar çok meslek ahlâkı bulunmaktadır (Durkheim, 1986: 8).

Meslekî ahlâk her zaman bir grubun, bir meslek topluluğunun eseridir. Toplum içinden mesleki ahkak kuralları oluşturacak, bu kuralların yürütülmesini ve denetlenmesini sağlayacak özel gruplara ihtiyaç vardır. Meslek ahlâkı kurallarını

uygulayıp denetleyen meslek kuruluşları ne kadar güçlü ve yaptırımları ne kadar etkili ise, meslek ahlâkının da o kadar gelişip saygınlık kazanacağı öngörülmektedir (Ülgen ve Mirze, 2007: 449).

Meslek ahlâkının uygulanmasına yönelik tavsiye ve tedbirleri şu şekilde sıralamak mümkündür (Seyyar, 2007: 652):

- *Mesleklerini icra eden kişilerin ve kurumların, bir içsel yaptırımla hareket etmeleri gereklidir.*
- *Harici yaptırımların tesisi. Ahlâk alanında zorlayıcı hukuk kurallarına gerek vardır. Bu çerçevede devletin, meslek ahlâkının tüm alanlarda düzenleyici ahlâk kurallarını ve standartları oluşturması şarttır.*
- *Meslekî birlikler (ticaret odaları, sanayi odaları, barolar, tabipler odaları vb.) ahlâk alanında "dâhili oto kontrol" veya "iç disiplin" anlamında çok önemli bir denetim vazifesini yerine getirebilir.*
- *Hükümet dışı STK ve organizasyonlar ahlâka uygun tutum ve davranışlarda bulunmaları yönünde baskı yapabilirler.*
- *Basın iş dünyasındaki gelişmeleri ahlâkî yönden de değerlendirebilir.*

1.8.3. Yönetim Ahlâkı (Liderlik Ahlâkı)

Örgütsel değerlerin önemli bir öncülü, ahlâkî yönetimdir. Bu da davranışı, doğru mu yanlış mı olduğu konusunda yöneten değerler dizisidir (Daft, 2015: 361). İyi yönde bir kurum ahlâkı oluşturmak en başta kurumun üst yönetim düzeyinde gerçekleşmektedir. Üst kademe yöneticileri ahlâkî zemini olan bir anlayışa hâkimlerse bu anlayış ve davranışlar diğer alt birim yöneticilerine de sirayet etmektedir (Robbins and Judge 2015: 533). Liderliğin ahlâkî ve manevi boyutu yeni liderlik anlayışının özeliklerinden biri kabul edilmektedir. Yeni liderlik anlayışında lider, izleyenler ve tüm paydaşlar için var olduğunu vurgulayarak etki gücünü artırmaya çalışmaktadır (Çıraklı vd., 2007: 11). Liderlik becerilerinin geliştirilmesinin kamu hizmetlerinde ahlâkın da geliştirilmesinde etkili olabileceği kuvvetle muhtemeldir (Haq: 2011: 2792). Yönetici için ahlâkî yetke birinci büyüklüktür (karakter sağlamlığı); resmi yetke ise ikincil büyüklüktür (mevki, varlık, yetenek, ün, popülerlik). Ahlâkî yetkeye ise ilkelere uyma yoluyla ulaşılmaktadır. Güç ve ahlâkî üstünlük, en büyüğün herkese hizmet ettiği

tevazudan kaynaklanmaktadır (Covey, 2005: 340-341).

Yönetim ahlâkı, bir yandan yöneticilerin ahlâk dışı davranışlarda bulunmamaları ile ilgilenirken, diğer taraftan da yöneticilerin karşılaştıkları çıkar çatışmaları ve ikilemlerin çözümünde onlara yardımcı olabilecek ilke ve standartların oluşturulmasıyla uğraşmaktadır (Sökmen, 2016: 39). Liderlikte ahlâkî davranış kişisel eylem ve kişilerarası ilişkilerde uygun kabul edilir davranışların gösterilmesi ve bu davranışın çift yönlü iletişim, pekiştirme ve karar verme yoluyla takipçilere tanıtılmasıdır (Brown et al., 2005: 120). Bunun için yönetim kademesindeki liderler kurumda etik programların bütün aşamalarına -planlamadan uygulamaya- samimi bir şekilde uymalı ve kurumda ahlâkî davranışları rol model olma yoluyla teşvik etmelidir (Ekins, 2000: 87).

Psikoloji alanında araştırmacılar ahlâkî liderliği farklı farklı tanımlamışlardır. Ahlâkî liderlik en başta neyin doğru yapıldığının bilinmesidir. Bu anlamda ahlâkî liderden yönetim süreci boyunca pozitif ilişki anlaşılmaktadır. Pozitif bir ilişki ise saygı ve güven üzerine kurulmuş ilişkidir (Khuong and Quoc, 2016: 329). Benzer şekilde Freeman ve Stewart (2006: 2) ahlâkî lideri yanlışlara direnerek örnek teşkil eden, dürüst değerler ve güçlü karakter ile tanımlamıştır. Rosenbloom (1989: 463)'a göre yönetici ahlâkı bir sorumluluk biçimi ya da kamu idarecilerinin davranışlarının bir iç denetimi olarak düşünülebilir.

Liderin imajının kurumun imajının oluşumunda etkili olduğu kabul edilmektedir (Kunde, 2002: 22). Ahlâkçı liderler amaçları, vizyonu ve kurumu meydana getiren değerlerini belirgin kılarlar ve kurumun hedeflerini dış paydaşlar ve iç çalışanların amaçlarıyla birleştirirler (Bello, 2012: 230). Toor ve Ofori (2009: 1)'a göre, ahlâkî ilkelere riâyet eden liderler örgüt kültürü ve çalışan çıktıları arasında aracı bir rol oynayabilir. Yazarlar ahlâkî liderliğin, beraberinde liderin etkileyiciliğine olumlu katkı, çalışanların gönüllü olarak ekstra çaba harcamaları ve iş tatminini körüklediği savunmaktadırlar.

Etik liderlerin özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Freeman ve Stewart, 2006: 3-6):

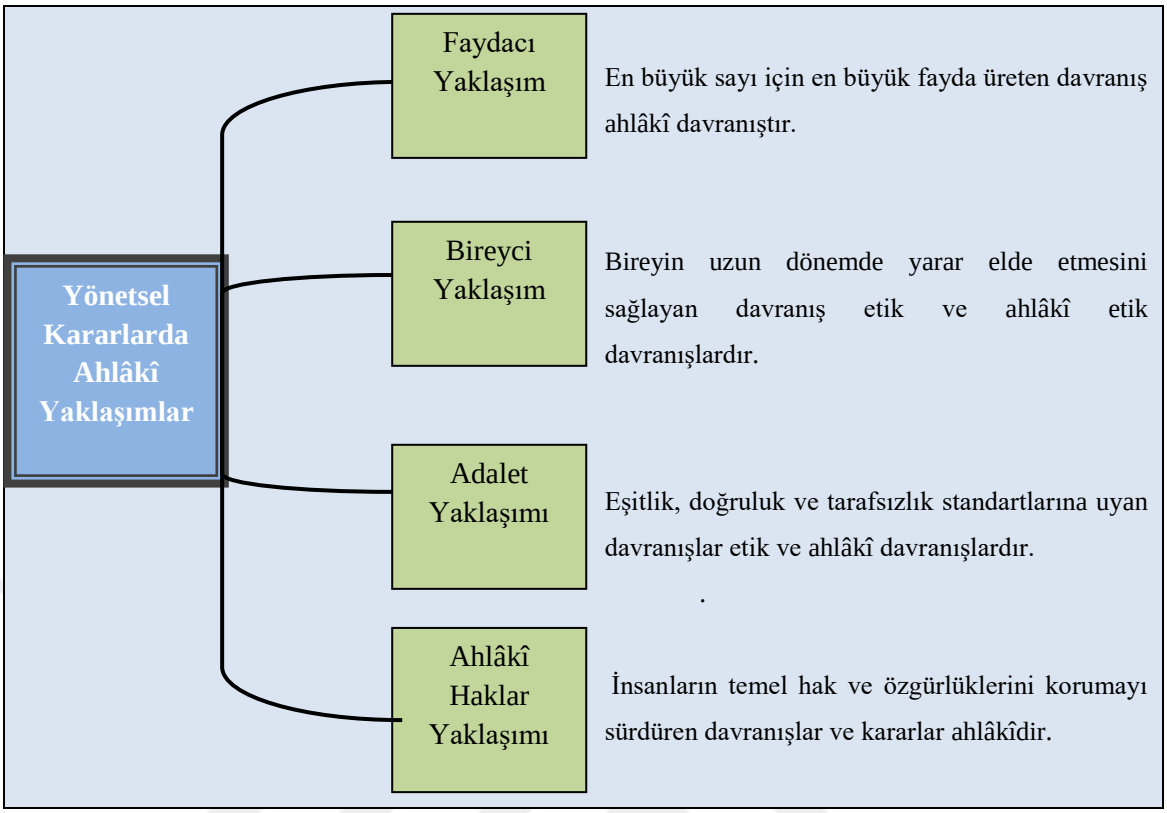
- Organizasyonun amacı ve değerlerini ifade etme ve somutlaştırma,
- Kişisel egodan ziyade örgütsel başarıya odaklanmak,

- En iyi insanları bulmak ve geliştirmek,
- Paydaşlar için ahlâk ve değerlerle ilgili canlı bir sohbet ortamı oluşturma,
- Muhalefet mekanizmaları yaratma
- Başkalarının değerlerine sevecenlikle yaklaşmak,
- Yaratıcı olurken zor kararlar vermek,
- Paydaş desteği ve toplumsal meşruiyet oluşturmak,
- Yaşadıkları ahlâkî ilke ve değerlerin sınırlarının farkında olmaktır.

Yönetim kademesinde, yönetsel ahlâkın aşağıdaki faktörleri dikkate alındığında çalışanların ahlâkî davranışları üzerinde bir etkiye sahip olabilmektedir. Bunlar (Robbins and Judge, 2015: 533):

- Yöneticinin belirgin bir rol model olması,
- Ahlâkî konularda istekleri bildirme,
- Ahlâk ile ilgili eğitimin verilmesini sağlamak,
- Ahlâkî duyarlılıkların ödüllendirilip, ahlâk dışı davranışların cezalandırılması,
- Ahlâkî konularda bildirimler için koruyucu mekanizmanın işlerliğidir.

Yönetsel kararlarda ahlâkî yaklaşımların kısımları Şekil 3'te gösterilmektedir.



Şekil 3. Yönetsel Kararlarda Ahlâkî Yaklaşımlar

Kaynak: Ülgen ve Mirze, 2007: 453

Şekil 3'de yönetsel karar vermede benimsenen ahlâkî yaklaşımların türleri belirtilmiştir. Bu yaklaşımlardan her biri yöneticinin ahlâkî karar anlayışını farklı sonuçlarla yüzleştirmektedir.

Ahlâkî bir yönetimin norm, saik, amaç, hukuk yaklaşımı ve strateji ile ilgili sahip olduğu özellikleri Tablo 2'de kısaca açıklanmıştır.

Tablo 2. Ahlâkî Yönetimin Özellikleri

	Ahlâkî Yönetim
Ahlâkî Normlar	Yönetimin faaliyetleri ahlâkî standarda ya da doğru davranışa uyumludur. Profesyonel standartlara uyum vardır. Ahlâkî liderlik olağan hale gelmiştir
Güdüler	Yönetim eşitlik, adalet vb. gibi etiksel yönelimler içerisinde başarıya ulaşmak ister.
Amaçlar	Kanuni ve ahlâkî standartlar içerisinde karlılık amaçlanır.
Hukuka Yönelim	Hukuka ve hukukun ruhuna itaat söz konusudur.
Strateji	Yöneticiler yönetimi ahlâkî standartlarla gerçekleştirirler.

Kaynak: Güney, 2006: 143.

1.8.4. Kurumsal Ahlâk

Tarih boyunca devlet, iş ve toplum sektörleri ve organizasyonlar ahlâkî standartları oluşturmak için çaba sarf etmişlerdir. Ahlâkî kuralların bir kısmı dini inançlardan, bir kısmı örf ve adetlerden, bazısı kanun yapıcıların koyduğu kurallardan ve bazıları da sosyal ve politik baskılar sonucu oluşmuştur (Renz and Eddy, 1996: 29).

Bireylerin çalıştığı kurumlar çok çeşitli davranışların sergilendiği birer sosyal ortamdır (Tenbrunsel and Chugh, 2015: 205). Bu davranışların genel kabul görmüş kurallara uygun gerçekleştirilmesi beklenmektedir ve bunlar kurumun normlarını oluşturmaktadır (Nayır, 2012: 23). Kurum normları ise kurum kültürünün bir bileşenidir. Kurumsal kültür bireylere ahlâkî açıdan ilgili eylemlerin tartışıldığı, değerlendirildiği ve onaylandığı örgütsel bir gerçeklik kazandırır (Knouse and Giacalone, 1992: 371). Ahlâk örgütsel psikolojiye uygulandığında, iş aktivitelerinde ahlâka uygunluk ve çalışanlara, müşterilere, müşteri kurumlara, kurumun çeşitli paydaşlarına, stajyerlere ve meslek uzmanlarına ahlâkî muamelede bulunma olarak karşımıza çıkmaktadır (EIOP, 2007: I, 215).

Kurum ahlâkı ya da kurumsal ahlâk literatürde örgüt ahlâkı, işletme ahlâkı veya organizasyon ahlâkı olarak da yer almaktadır. Kurum ahlâkı "bir kurumun faaliyetlerini etkili ve sağlıklı bir biçimde veya huzurlu bir ortamda yürütebilmesi için, tespit ettiği ve hayata geçirmek istediği bütün ahlâkî kaide ve değerler" olarak tanımlanabilir (Seyyar, 2007: 598). Bir başka deyişle mal ve hizmet üreten tüm kuruluşların ahlâk alanında izlemesi gereken kurallar da denilebilir. Smith ve Drudy (2008)'ye göre ise kurum ahlâkı örgütün içsel ve dışsal olarak tanımlanmış ahlâkî durum ve tutarlı değerlerini içeren uygulama ve değerlendirmenin ifadesidir. Victor ve Cullen (1987: 52) kurum ahlâkı üzerine yaptıkları özgün çalışmalarında kurumun ahlâkî iklimini "doğruların ne olduğu ve ahlâkî konuların nasıl ele alınması gerektiği ile ilgili paylaşılan algılar" olarak tanmlamışlardır. Kurum ahlâkının özellikleri ise (Gül ve Gökçe, 2008: 382-384; Jubb, 1999: 77-94)

- Öğrenilebilir ve kazanılır olması,
- Paylaşılması ve kapsaması,
- İçselleştirilmesi,
- Davranış kalıpları içermesi,
- Referans niteliği taşıması,
- Performans değerleme ve oto kontrol imkânı verme, şeklinde sıralanabilir.

Bireylerin etik davranışlarını belirleyen değer sistemleri olduğu gibi, örgütlerin de etik davranışlarını belirleyen değerler sistemi vardır. Her örgüt kendine ait bir değer sistemi geliştirir. Ahlâk dışı örneklerle sonuçlanan kararları veren örgütler bu davranışlarından sorumludurlar (Özkalp ve Kırel, 2004: 237). Birçok yönetici (ve diğer insanlar), çalışanların ahlâkî davranışlarının düzenlenmesinin gerekliliğini ve haklı olduğunu varsaymaktadır. Bu iddianın kanıtı çoğu kurumsal web sitesinin etik kural ve davranışlarla alâkalı demeç barındırmasıdır (Maclagan, 2007: 48). Gerçekten kurumsal ilke merkezli olan ortak çizgideki kurumlar, kurumsallaşmış ahlâksal yetkeye (otorite, yaptırım) sahiptirler. Kurumsallaşmış ahlâksal yetke, kurumun sürekli kalite, çeşitli çıkar ortaklarıyla güvenli ilişkiler ile, randıman, hız, esneklik ve piyasaya yakınlığa odaklanma kapasitesidir. Belli bireyler bunu zaman zaman bozabilir, ama kurum onlarla gerektiği gibi görüşerek yola devam eder (Covey, 2005: 274).

Kurumsal ahlâkın merkezî noktası sadece örgüt hiyerarşisinde güçlü rollere sahip insanların eylemleri ile açıklanmaya çalışılırsa bu eksik bir tasvir sayılır. Örgüt başarıya ulaştığı zaman bütün üyelerin katkılarının olduğunun bilincinde olunmalıdır. Aynı şekilde başarısızlığa uğradığı zaman da her bir örgüt üyesinin performansı incelenmelidir. Kurumsal ahlâk her bir birimin katkısının önemine ve bütün birimlerin aynı amaçlar doğrultusunda aktif iletişim üstlenmesine vurgu yapmaktadır (Patthoff and Ozar, 2011: 117). Ahlâkî değerlerin olmadığı bir kurum ya da işletmeden doğru sonuçların elde edilmesi düşünülemez. Bu nedenle etik norm ve değerlerini oluşturmamış bir kurumdan faydanın beklenmesi de imkânsızdır (Korkmaz, 2012: 378-379). Bu değerler kurumun misyon ve vizyonuna uygun, mesleki ve idari performans beklentileri ile uyumlu, türetilebilir ve geliştirilebilir olmakla beraber kurumun hedeflerine de uyumlu değerlerdir (Smith and Drudy, 2008).

Bir kurumun ahlâkî ilkeleri, bu ilkeleri somutlaştırması beklenen çalışanların birbirleriyle ve organizasyondaki diğer paydaşlarla olan ilişkilerinde yer almasını sağlar (Harrison, 1995: 23). Kurum ahlâkının ön plana çıkarak güçlü olması gerekiyorsa, kuruma rehberlik eden ahlâkî ilkeler sosyalleşme süreci içinde kurumun yeni üyelerine telkin edilmelidir (Fritz et al., 1999: 290). Kurumlarda çeşitli uygulamalarda çalışanlar arası ilişkilerde ve diğer örgütlerle olan ilişkilerde görülebilecek ahlâkî olmayan davranışlar örgüt ve birey üzerinde birtakım sonuçlara yol açmaktadır. Bu olumsuzluklar (Tınaz, 2009: 136):

- Örgüte ve yöneticilere duyulan güvenin yitirilmesi,
- Örgüte ve işe bağlılığın azalması,
- Çalışanlar arasındaki ilişkilerde güven ve saygının zarar görmesi,
- Özsaygının kaybolması,
- Örgüt içi formal ve enformal iletişimin bozulması,
- Sadakat duygusunun yitirilmesi,
- Örgüt imajı ve saygınlığının olumsuz etkilenmesi,
- İşe gelmeme ve iş devir oranlarının artması,
- Örgüt içi çatışmaların artmasıdır.

İKİNCİ BÖLÜM
HASTANE VE AHLÂK

1. HASTANE ORGANİZASYONU VE HASTANE AHLÂKI

Genel olarak sağlık hizmetleri kuruluşları etkililik, etkinlik ve sağlık müdahalelerinin uygunluğu bağlamında gelişen ve kendini güncelleyen kurumlardır (d'Ettorre and Greco: 2015: 35). Verimlilik hedefi ve ticari işletme modellerinin benimsenmesi hemen hemen tüm modern hastanelerin özelliği olarak göze çarpmaktadır (Bynum, 2014: 174). Sağlık hizmetlerinin temel yapısının oluşturulması ve merkezi örgütlenmesinden sorumlu olan Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; Türkiye'de sağlık ile ilgili kararların alınması, politikaların belirlenmesi ve uygulanmasında sorumlu ve yetkili kuruluştur (Güler vd., 2014: 5). Tıbbi bakımın büyük bir iş kolu haline geldiği sağlık sektörü şirketlerin stratejilerinin çoğunu benimsemiştir. Gerçekte, özel sağlık hizmetlerinde tıbbi bakım sağlayıcılarının çoğu kâr amacı güden şirketlerdir (Bynum, 2014: 162). Hastanelerin organizasyon olarak hem kârlılık ve devamlılık, hem de hizmet sunduğu kitleyle olan ilişkileri, hastanelerin kurum olarak kendilerine özgü ahlâkî iklim ve yapı oluşturmasına doğal bir zemin teşkil etmektedir.

Bu çalışmada ahlâk kavramının terhih edildiği hastane organizasyonu için daha evvelki çalışmalar genellikle etik kavramı üzerinden yürütülmüştür. Bu çalışmalar çoğunlukla tıbbın ve klinik uygulamaların ikilemlerine ve ilkelerine odaklanmıştır.

Klinik etik Akpınar (2013)'ın belirttiği üzere klinik karşılaşmada bulunan etik özelliklerle ve bu karşılaşmada zaman zaman ortaya çıkan etik sorunlarla ilgilenmektedir. Günümüzde özellikle klinik tıp alanında karşılaşılan sorunlar; ölümün tanımı, kürtajın gerekli olduğu durumların saptanması, embriyo dokularının kullanılıp kullanılmaması, doku ve organ aktarımı, kiralık anne gibi uygulamalar tıp teknolojisinin gelişi ile ilgili cevap arayan sorular olarak araştırmacılarca etik sorunlar çerçevesinde tartışılmaktadır (Arda ve Pelin, 1995: 323).

Medikal ve klinik tıp etiği ile ilgili çalışmalar; doğum klinikleri (Gerrits et al., 2013), kanser tedavisinde hasta ve cerrahın uygulamadaki sorumluluğu sahiplenme ve paylaşmasının belirlenmesi (Mendick et al., 2010), kök hücre ve klonlama (Savulescu, 2005: 18), yaşamın sonu, yaşama iradesi ve genetik çalışmalar (Parker and Hope, 2005:

22), ötenazi (Polaris and Lehmann, 2016), tıbbî tedavide konsültasyon (Farris, 2015), halk sağlığı etiği rehberlik ilkeleri (Lee, 2018: 21) ve hekimlerin klinik uygulamalardaki ikilem ve çelişkileri (Williams, 2005: 495) gibi tıbbın uygulamaya dönük özellikli alanlarında yoğunlaşmıştır. Kırılmaz ve Kırılmaz (2014: 36-37) tıp etiğini, klinik etiği ve tıbbi biyoetiği sağlık etiği altında değerlendirmekte ve sağlık etiğini hizmetlerin sunumunda ahlâkî davranışların felsefi açıdan temellendirilmesi olarak nitelemektedir.

Bu çalışmanın klinik etik uygulamalara düşünsel yaklaşım amacı taşımaması, hastanenin toplumsal, kültürel ve bütüncül bakış açısıyla ele alınması amacı taşıması ve daha önce belirtilen sebeplerle etik yerine ahlâk kelimesinin tercih edilmesinden dolayı hastane ahlâkı olgusu üzerine bina edilmesi uygun görülmüştür.

1.1. Hastanenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2017) hastaneleri tıbbi çalışanlar ve diğer sağlık meslek çalışanlarının organize bir şekilde hastalara 7 gün 24 saat hizmet verdiği sağlık bakım kuruluşları olarak tanımlamaktadır. Bu bakımdan aralıksız ve sürekli işleyen kurumlardır.

Türkiye'deki sağlık mevzuatında hastane; hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurum olarak ifade edilmiştir (YTKİY, 2005: 1315). Ayrıca hastaneler tedavi işlevinin yanı sıra eğitim, araştırma, toplumsal sağlık programlarına katılma gibi alanlarda da faaliyet gösteren kuruluşlardır (Tosun, 2016: 191).

Hastane, sosyal ve tıbbi organizasyonun ayrılmaz bir parçası olarak hem tedavi edici hem de önleyici olmak üzere topluma tam sağlık hizmeti vermekte ve ayakta tedavi hizmetleri ile aileye ve ev ortamına da sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastane aynı zamanda sağlık çalışanlarının eğitimi ve biyososyal araştırmalar için bir merkezdir (Basavanthappa, 2004: 118). Hastanelerin örgütsel yapısı ontolojik olarak, farklı görevleri de gerçekleştiren işgörenleri içinde barındırmaktadır (Yurdakul ve Öksüz, 2007: 131). Hastaneler sistemsel açıdan girdisi "insan (hasta)", dönüşüm süreci mekanizması "insanı işleyen insan (hekim, hemşire, vb.)" ve nihayetinde çıktısı da "insan (sağlıklı kişi)" olan sistemlerdir (Derin ve Demirel, 2010: 166).

Hastanelerde her ne kadar hasta ve yaralıların tedavisi önemli ise de, günümüzde modern hastaneler teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle beraber, insan sağlığının korunmasına yardımcı olarak insanların sağlık ve huzur içerisinde yaşamalarına katkıda bulunmak suretiyle gelişme gösterme eğilimindedirler (Korkmaz, 2010: 63).

1.1.1. Hastanenin Özellikleri

Her kurumun kendine has özellikleri ve var oluş amacı olduğu gibi hastanelerin de kurumsal olarak kendine özgü birtakım özellikleri bulunmaktadır. Organizasyon açısından hastanelerin özelliklerini aşağıdaki gibi maddelemek mümkündür (Tengilimoğlu vd., 2011: 171):

- Hastaneler, birer hizmet organizasyonudur.
- Hastaneler, karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir.
- Hastaneler, matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır.
- Hastaneler, günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır.
- Hastaneler, personelinin önemli bir kısmı kadınlardan oluşan organizasyonlardır.

Ayrıca, hastaneler sınırlı kaynaklar ile sınırsız ihtiyaçların karşılanmaya çalışıldığı kurumlardır (Kıdak vd., 2016: 179). Öte yandan, hastanelerde yapılan tıbbi ve cerrahi müdahalelerin karmaşıklığı, her zamankinden daha büyük ve daha sofistike bir klinik iş gücüne ihtiyaç duymaktadır (Aiken vd., 2002: 187).

Hastanelerin diğer kurumlardan farkını ortaya koyan en önemli özelliğinin insan sağlığı gibi hayati bir konuyla uğraşması olduğu söylenebilir. Diğer özellikler bu özelliğin etrafında şekillenmektedir.

1.1.2. Hastanenin Fonksiyonları

Sağlık hizmetleri sunumu özel bir ahlâkî karaktere sahiptir. Sağlık hizmetleri; acıyı önlemek veya hafifletmek, hastalık ve sakatlığı önlemek veya hafifletmek, hastalığın önlenemediği ya da iyileştirilemediği durumlarda sonuçlarının hafifletilmesini içermektedir (Chatterjee ve Srinivasan, 2013: 49). Hastaneler, hizmet ettikleri nüfusun sağlık ihtiyaçlarına uygun hizmetleri sağlayarak bir takım işlevleri yerine getirirler (Edwards and Harrison: 1361).

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2011: 175):

Tedavi hizmetleri: Hastanelerinin temel işlevi, hastalara ve yaralılara tanı koyarak teşhis ve tedavi etmektir (Kılıç ve Öztürk, 2006: 5; Harris, 1977: 469). Hastanın hastalığının doğası ve ciddiyeti, verilen bakımın türünü belirlemektedir (Rakich et al., 1992: 684).

Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri: İkinci bir işlev hastalığı önlemek ve sağlığı geliştirmektir. Örneğin; hastalara taburcu olduktan sonra kendi kendilerine bakım konusunda talimatlar verilmesi, evde sağlık hizmetleri, hastalık taraması yapmak ve doğuma yardımcı olma ile sigara bıraktırma faaliyetleri bu toplumsal hizmet işlevlerinden bir kaçıdır.

Eğitim: Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri; hasta ve yakınlarının eğitimi, (intörnlük, tıpta uzmanlık) hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 114-115).

Araştırma: Araştırma ve geliştirme; sağlık araştırması, teknoloji geliştirme, değerlendirme ve transfer ile kalite kontrolü alanlarını kapsamaktadır (Donev et al., 2013: 9).

1.2. Hastanenin Kurumsal İmaj ve İtibarı

Kurumsal imaj kurumsal görünüm, kurumsal iletişim ve kurumsal davranışın toplamından oluşmaktadır (Bakan, 2005: 39). Kurumsal imaj insanların bir kurum hakkında genel izlenimleri olup kurum hakkındaki inanç ve yapısal bilgileridir. Kurumsal imaj, müşteriler, yatırımcılar ve işverenleri de simgelemektedir (EIOP, 2007: II, 568).

Sağlık kurumlarında kurumsal imaj ise, hastaların bir sağlık kurumu hakkındaki düşüncelerinin, inanışlarının ve izlenimlerinin toplamı olarak ifade edilebilmektedir (Bayın ve Önder, 2014: 143). İmaj oluşturmada doktorlar önemli bir paya sahiptirler. Nasıl tecrübeli bir hekim hastasının yürüyüşünden, konuşmasından, nefes alıp verişinden bile teşhis için önemli ipuçları elde ederse, hastalar da hekimlerinin giyim kuşamlarından oturuşlarına, bakışlarından konuşmalarına bakarak onlar hakkında

birtakım yargılara varmaktadırlar (Küçükusta, 2011: 26).

Sağlık tüketicilerinin kurumsal imajı tanımlamada öne çıkan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada tüketicilerin kararlarına esas olan beş faktör sırasıyla; sağlık işletmesi çalışanlarının kıyafetleri, kurumsal iletişim, çalışanların davranışı ve tutarlılık, tüketici kolaylık maliyetleri, hizmet çeşitliliği ve kolaylık olarak saptanmıştır (Aksoy ve Bayramoğlu, 2008: 95).

Her geçen gün özel hastane sayısındaki artış rekabeti beraberinde getirdiği için, özel hastanenin kurumsal imajı ve marka olması müşterilerin tercihlerinde önemli bir faktör olarak görülmektedir (Metin, 2012: 51). Hastanenin kurumsal imajı için bir husus da hastanenin kurumsal sosyal sorumluluğudur. Hastaneler için yaygın kurumsal sosyal sorumluluk uygulamaları ise, sağlık eğitimi, kültürel faaliyetler, çevre faaliyetleri, diğer eğitim faaliyetleri ve toplumsal faaliyetlerdir (Yeşiltaş ve Erdem, 2017: 123). Sağlık kurumları ve hastaneler hizmet başarısının prestiji açısından rakiplere üstünlük sağladığı düşüncesiyle en iyi hekimlere, en ileri ekipmanlara ve yüksek konforlu tesislere sahip olmaya ve tüm toplumu bu gelişmelerden haberdar etmeye çalışmaktadır (Şahin vd., 2013: 24). Hastanelerin itibar ve imaj yönetimi çoğu zaman hastaların hastane seçim kararlarını yönlendirmektedir (Çınaroğlu, 2015: 278).

Kurumsal itibarı tanımladığı varsayılan bileşenleri ortaya çıkarmaya yönelik bir araştırmada; çalışan kalitesi, yönetim kalitesi, hizmet kalitesi, duygusal cazibe, sosyal sorumluluk, etik davranış, güven, şeffaflık ve iletişim dikkat çeken ifadeler olarak önemli bulunmuştur (Şatır ve Sümer, 2008: 19). Kurumsal imajla ilgili bir başka çalışmada ünlü doktorlar ön plana çıkarken, hastanelerin iyi ve başarılı bir hastane imajı edinmesinde etkili olan unsurlara bakıldığında bilimsel toplantıların da önemli etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu olguyu televizyon takip etmektedir. Televizyonun ardından ise seminer ve konferanslar gelmektedir (Ayhan ve Canöz: 2006: 87). Özel ve kamu hastanelerinde kurumsal imajın birbirinden farklı olduğu vurgulanan bir araştırmada (Çınaroğlu ve Şahin, 2013: 293); özel ve kamu hastanelerinin kurumsal itibarlarının; hastane imkânları, hekimler, modern teknoloji/ekipman, tıbbi bakımın kalitesi, müşteri hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, hastane süreçleri, yemekler, bina dış görümü ve iç dekorasyon, finansal performans, toplumsal projeler, tedavi maliyetleri, reklam ve tanıtım ve yönetim boyutları itibariyle farklılık gösterdiği görülmüştür.

Karşılaştırmada kurumsal imaj ve itibarın özel hastanelerde kamu hastanelerine göre daha yüksek düzeyde algılandığı saptanmıştır.

İmajla ilgili bir başka husus da tedavi ve bakım ücretleridir. Ülkemizde tedavi ücretleri AB ve diğer ülkeler ile rekabet için son derece makul kabul edilmekte, ancak özel kuruluşların turist sağlığında uyguladıkları farklı fiyat politikalarından dolayı turistlerin nazarında ülke genel anlamda itibar kaybı yaşamaktadır (Yirik ve Ekici, 2014: 1596). Hastanede yaşanabilecek her türlü aksaklık, hastane çalışanlarının olumsuz davranış ve hataları hastanenin kurum imajını olumsuz yönde etkilemektedir.

Kurum imajı oluşturma faaliyetlerine hastane başhekiminden doktoruna, hemşiresinden teknisyenine, hastane polisinden otopark görevlisine, sekreterinden hizmetlisine kadar kurumdaki bütün personelin yürekten ve inanarak katılması gerekmektedir (Alkibay, 1998: 155). Kurumsallaşmayı gerçekleştirebilen hastaneler, toplum tarafından benimsenen bir hastane olma yolunda ve tercih edilme açısından öncelik taşıma ile sektör için eğitilmiş çalışan bulma konularında daha avantajlı olmaktadırlar (Şahman vd., 2008: 5).

1.3. Hastane Ahlâkı

Sağlık hizmetlerinde ahlâkî konular bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde meydana gelmektedir. Örneğin, bireysel olarak yöneticiler ve çalışanlar ahlâkî bütünlük ile nasıl hareket edeceklerini bilmelidir. Fakat klinik konular sağlık hizmetleri organizasyonlarında ana rolü oynamaktadır (Zoubul, 2014: 214). İş ahlâkı teorilerinden yönetimin paydaşlara ne gibi sorumluluğu olduğuna dikkat çeken paydaşlar teorisi (Ertuğrul: 2008: 201) sağlık hizmetleri alanına uygulanırsa paydaşlar; hastalar, aileler, hizmet sunucuları ve toplum olarak tanımlanabilir (Zoubul, 2014: 214). Sağlık hizmeti verilen kitleye duyarlı olmak ve layıkıyla görevin yerine getirilmesi hastaneler için kurum ahlâkının kilit noktası sayılabilir.

Sağlık hizmetlerinde ahlâk meselesi alanı Hipokrat yemini ve Batıda ilk dinî inançlarda görülen dinî iyileştirme geleneklerinden bu yana uzun zamandır var olmuştur (Chatterjee ve Srinivasan, 2013: 49). Ahlâkî uygulamaların en önemli dal ya da alanlarının başında tıptaki ahlâk alanı gelmektedir. Bu alan, hekimin hastayla olan ilişkileriyle ilgili, hekimin hastaya karşı görev ve sorumlulukları üzerinde yoğunlaşmaktadır (Cevizci, 2013: 71). Tıbbın babası sayılan Hipokrat kendi zamanının

şartlarında ahlâkî kaide ve uyulması gereken kuralları yemininde belirtmiştir (Aydın, 2016: 110).

Dünya Tıp Birliği, halk sağlığı, insan konulu araştırmalar, hasta bakımı, profesyonellik ve tıp etiği ile ilgili küresel politika bildirgelerini kabul etmiştir. Dünya Tıp Birliği Konseyi ve daimi komiteleri mevcut politikaları gözden geçirip düzenleme yapmakta ve ortaya çıkan ahlâkî konularla ilgili yeni politikalar geliştirmektedirler. 1947'de kurulan Dünya Tıp Birliği mümkün olan en yüksek ahlâkî davranış ve bakım standartlarını oluşturmak ve tanıtmak gibi merkezi bir amaca sahiptir (Mcgovern, 2016: 330). Sağlık kurumlarında ahlâk, tıbbi biginin genişleyen yapısıyla daha karmaşık hale geldikçe, hastanelerin kurumsal ahlâkı da hızlı değişen sağlık bakım hizmetlerine bağlı olarak karmaşıklaşmaktadır (Castlen et al., 2017: 421). Sağlık uygulamalarında ahlâk hasta bakımı ve tedavisinde muhtemel ahlâkî sorunları tanımlamak, analiz etmek ve çözümlemek için sistematik bir yaklaşımı içermenin yanında kişiler arası düzeyde karar verme ile de alâkalıdır (Taylan ve Arslan, 2017: 101).

Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık kurumlarında ahlâkî davranışların önemini vurgulayacak bir kültürü inşa etmekten ve sürdürmekten yöneticiler sorumludurlar. Bu anlamda, sağlık kurumları yöneticilerine ahlâkî liderliğin önemi ve diğer ahlâkî konularda eğitimlerin verilmesi diğer bir ifadeyle ahlâkî liderlik davranışlarının gelişiminin sağlanması önem taşımaktadır (Çıraklı vd., 2014: 65). Yöneticinin kişisel ahlâkı, hasta, yardımcı personel, sağlık kurumları, sigorta şirketleri, hükümet ve genel olarak toplumla olan ilişkiler için ahlâkî bir iskelet özelliği taşımaktadır.

Hekimlerde olduğu gibi, paydaş olduğu varsayılan grupların (hasta, aileler vs.) sağlık hizmetleri sistemi ve diğer organizasyonlar ile ilişkileri çıkar çatışmalarına sebep olabilmekte ve onların adının kötüye çıkmasına sebep olarak hastanelere maliyet olarak yansıyabilir. Ahlâkî duyarsızlık kurum üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olduğundan hekimler hasta bakım problemlerinin çözümünde baştan savma davranmamalıdır (Castlen et al., 2017: 421).

Hastanelerde pratisyen hekimlerinin hastalara karşı temel ahlâkî sorumlulukları aşağıda liste halinde verilmiştir (ACEP, 2017: 17):

- Pratisyen hekimlerin hastanın sağlığına ve iyiliğine sarılması başlıca meslekî sorumluluklarıdır.

- Pratisyen hekimler acil tıbbi bakımda ön yargılı ve taraflı olmadan ve ustalıkla cevap vermelidir.

- Pratisyen hekimler hastalarının haklarına saygılı, özellikle savunmasız ve karar verme kapasitesi engelli hastalarının çıkarlarını korumalıdırlar.

- Pratisyen hekimler hastalarla doğru bir şekilde iletişim kurmalı, hastanın durumuna acil müdahale gerektiren durumlar haricinde tedavi için aydınlatılmış onam almalıdır.

- Pratisyen hekimler hasta mahremiyetine saygı gösterecek ve gizli bilgileri, yalnızca hastanın rızası ile veya başkalarını korumak ya da kanuna itaat etmek gibi zorunlu bir görevin gerektirdiği durumlarda ifşa etmelidir.

- Acil hekimleri meslektaşlarına karşı dürüst ve adil olmalıdır. Hastaları beceriksiz ve yetersiz sağlık hizmeti sunucularından korunmak için uygun önlemleri almalıdır.

- Pratisyen hekimleri acil hastalarla ve bu acil hastalarla ilgilenen diğer kişilerle işbirliği içinde çalışmalıdırlar.

- Pratisyen hekimleri acil hastalara yüksek kalitede bakım sağlamak için gerekli bilgi ve becerileri kullanarak sürekli bir araştırma içinde olmalıdırlar.

- Pratisyen hekimleri sağlık hizmetleri hasta ilgilenicileri olarak kendilerine sağlık hizmeti için verilen kaynaklardan da sorumludurlar.

- Doktor hasta ilişkisi tıp ahlâkının merkezi ve klinik etikte belirleyici unsurdur.

Acil birimindeki hekimlere yönelik geliştirilmiş bu sorumluluklar bütüncül bir hastane ahlâkı göz önüne alındığında hastanedeki bütün hekimler ve diğer sağlık çalışanları için genellenebilir.

Hekimin hastaya karşı ahlâkî sorumluluğuna odaklanan hastane ahlâkının sınırları sürekli gelişim göstermektedir. Tıbbi cihaz şirketleri, ilaç firmaları, teşhis klinikleri, sigorta şirketleri, klinik araştırma organizasyonları ve alanla ilgili diğer hizmet sunucuları gibi daha fazla paydaşla birlikte hastane ahlâkı tanımlamasının kapsamı genişlemiş olmakla birlikte çerçevesi net bir şekilde çizilememektedir (Chatterjee and Srinivasan, 2013: 50).

İnsanlar üzerine yapılan tıbbi araştırmaları yürüten hekimler, bunun ancak

koruyucu, tanısal veya tedavi edici yönden değerli olabileceği durumlarda ve gönüllü olacak hastaların sağlığının bu durumdan olumsuz etkilenmeyeceği konusunda makul gerekçelere sahip olmaları halinde, hastalarını araştırmalarına dâhil etmelidir (Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, 2013).

Sağlık kurum ve kuruluşlarının çalışma biçim ve niteliğinin göstergesi olan rehber kuralların oluşum sürecinde etik kurullar son derece önemlidir. Kurulların ülkenin hukukuna mutabık şekilde belirlenmesi amaçlanmalıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin bu rehber kurallar doğrultusunda verecekleri kararlar, onları hiçbir zaman etik ikilem ve kaygıya düşürmemeli; aynı zamanda kuralların hukuksal, toplumsal, kültürel yönlerden yeni problemler yaratmayacak vasıfta olmasına önem verilmelidir (Tosun, 2016: 85). Ahlâkî açıdan duyarlı olmak, başkalarının verdiği kararların sonuçlarının ahlâkî açıdan farkındalığı ve insanların hassas durumlardaki zihinsel ve duygusal algılarının tanımlanmasını sağlayan bir niteliktir. Yine ahlâk anlayışı çatışma ortamlarında ahlâkî değerlere dikkat ve kişinin konumu gereği sorumluğunun bilincinde olmasıyla birebir ilgilidir (Esmaelzadeh, 2017: 2).

Hastanelerde bu ahlâkî ilklerden sıkça söz edilmesine rağmen maalesef gayri ahlâkî uygulamalara sıklıkla rastlanmaktadır. Gereksiz tıbbi müdahaleler, hasta faturalarının şişirilmesi, hasta sayısı az olan ve gelir getirmeyen kliniklerin kapatılması, hasta seçiminde ayrımcılık, bıçak parası adı altında hastalardan alınan rüşvet vb. etik dışı uygulamaların başında gelmektedir (Tengilimoğlu vd., 2011: 467).

1.4. Hastane Ahlâkı İle İlişkili Kavramlar

Sağlık kurumu olarak hastanelerin etkilediği ve etkilendiği faktörlerin çokluğu ve günlük hayatta insanların içli dışlı olduğu konuların sınırlarının tespitinin zorluğu nedeniyle hastane ahlâkı ile ilgili kesin yargılara varmak mümkün gözükmemektedir. Ancak literatürde hastane ahlâkı ile yakın ilişkili olduğu tespit edilen bazı başlıklar bu bölümde açıklanmaya çalışılmıştır.

1.4.1. Hastane Yönetimi

Liderlik ve yönetim, başka herhangi bir organizasyonda olduğu gibi özellikle reform hareketleri, sağlanan hizmet türleri, hizmet kalitesi ve kaynak kullanımı konularında sağlık alanında da merkezi bir rol oynamaktadır (Hintea et al., 2009: 95).

Hastaneler örgüt yapısı itibariyle diğer kurumlardan büyük farklılıklar taşımakta, hedef kitlesi ve sağlık konusu göz önüne alındığında çok daha fazla ilgi bekleyen gruplardan oluşmaktadır. Bu çerçevede de söz konusu kitlelere ulaşmak ve onlarda istenilen değişiklikleri yaratmak diğer kurumlara oranla çok daha fazla çaba gerektirmektedir (Yurdakul vd., 2007: 31).

Sağlık hizmetlerinde yöneticilerin, hastanın bakım seviyesini en yüksekte tutmak için yasal ve ahlâkî yükümlülükleri bulunmaktadır. Buna göre, sağlık yöneticilerinin, bakım kalitesi ve hasta güvenliği açısından önemli ve bariz bir role sahip oldukları olduğu açıktır (Kizer , 2001; 226; Berwick, 2007; Parand et al., 2014: 1).

Hastanelerden beklenen, doktorların sağlık hizmeti açısından kilit bir konumda bulunduğu ancak diğer çalışanları da içine alan bütünsel bir tablo içinde kendilerini hedef kitlelere anlatmalarıdır (Yurdakul ve Öksüz, 2007: 131). Hastane yöneticileri ve personel; hasta ve toplum üzerinde iyi imaj bırakmalıdırlar. İyi tanınma ve olumlu bir imaj, bir hastane için önemli bir değerdir. Hastaların, hastane tercih ederken, bilgi topladığı ve sağlık kuruluşları hakkında haberleri daha yakından takip ettikleri unutulmamalıdır (Engin ve Sevinç, 2005: 157).

1.4.2. Sağlık Personeli

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununda sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli: "*Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (hayvan sağlığı dâhil) mesleki eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknoloğu, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehassısı, biyolog, pisikolog, diyetçi, sağlık muhendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, labaratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dâhil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelini kapsar*" ifadesiyle belirtilmiştir (DMK, 2015: 36. Md.).

Sağlık personeli denildiğinde akla ilk gelen profesyoneller hekimler ve hemşirelerdir. Hekimler teşhis ve tedavide ana aktördür. Hemşireler ise sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde topluma ve hastaya bilgi vermek ve onların bakımını sağlamakla görevli çalışanlardır (Birol, 2011: 24). Hastalarla, hastane personelinin değer yargıları, tutum ve davranışları çatışmaz ve bir kültür birlikteliği

olursa hastalar kendilerini daha rahat bir şekilde hastaneyle özdeşleştirebilirler (Derin ve Demirel, 2011: 218).

Personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışı etkilemektedir. Gösterilen nezaket, şefkat ve ilgi hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır. Özellikle hemşire, hastaların yattığı süre içerisinde en sık birlikte olduğu, diğer birimlerle hasta arasındaki ilişkiyi sağladığı için, hastaların memnuniyeti üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Korkmaz, 2010: 69). Hemşirelik hizmetlerinin sunum biçimi dolayısıyla hemşirelerin hasta ve sağlıklı bireylere hizmet verirken sergiledikleri davranışlar da toplumdaki bireylerin hemşirelik imajını etkilemektedir (Çınar ve Demir, 2009: 25).

Toplum ve bireye yönelik çok yönlü sorumluluğu ve rolü olan sağlık bakım profesyonelleri, uygulamalarını insanın doğumundan ölümüne kadar, öncelikle sağlık ve hastalık olmak üzere her durumda insanı tanımaya ve anlamaya temellendirilmiştir. Bu nedenle kabul gören ahlâk ilkeleri sağlık mesleklerinin vizyon ve misyonuna farklılık kazandırmakla kalmayıp, farklı rollerini de ön plana çıkarmıştır. Doğrudan insana hizmet sağlık mesleklerinin bireye özel, bütüncül, hümanistik ve bireyin değer sisteminin göz ardı edilmediği bir yaklaşımda hizmet sunma sorumluluğu vardır (Tosun, 2016: 74).

1.4.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Davranışları

Toplumun hastaneler ile ilgili yargısı öncelikle hastaların ve yakınlarının hastaneyle ilgili deneyimlerine, daha sonra hastane çalışanlarının ve yakınlarının bilgilerine ve diğer ikinci elden aktarımlara dayanmaktadır (Ersoy 1997, Akt: Teke vd., 1999: 44). Bu sebeple hasta yakınlarının hastanelerin faaliyetleri için yayıcı güç niteliğinde olması kaçınılmazdır. Hasta memnuniyeti ile ilgili konular tartışılırken, toplumdaki sıkı aile bağları, geniş aile düzeni gibi kültürel özellikler nedeniyle "hasta" kavramına ek olarak "hasta yakını" kavramı da göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaneye daha çok birinci derece yakınları ile başvuran hastaların genelde beraber yaşadıkları hasta yakınlarının hoşnutluğu da önemlidir (Karagün, 2006: 3). Hasta yakınları hastanelerde çalışanlar ile kısa süreli bir takım olumlu veya olumsuz ilişkiler geliştirebilirler.

Acil serviste bulunan hasta ve yakınları mevcut duruma genellikle hazırlıksız

yakalanmakta ve durumun ne olacağına ilişkin belirsizliklerle yüz yüze kalmaktadırlar. Bu durum hasta yakınlarının, ortama alışmasını, çalışanlarla iletişimi geliştirmesini ve mevcut durum ile baş etmesini olumsuz yönde etkilermektedir (Sucu vd., 2009: 474).

Anglo Amerikan ülkelerde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına bakıldığında hasta ve hasta yakınlarının bir bütün olarak ele alınıp kapsayıcı hizmet paketleri hazırlandığı görülmektedir. Çünkü hasta ve hastanın ailesi hastalığın getirdiği akut, kronik ve terminal dönem hastalarının yaşadığı biyolojik ağrı ve işlev kaybının yanı sıra hastalıktan kaynaklanan korku, endişe, stres, çaresizlik, tükenmişlik, çözümsüzlük, bilinmezlik gibi çok çeşitli duygularla baş etmek durumundadır (Sevimli, 2010: 281).

Hasta ve hasta yakınlarının davranışlarının memnuniyetle yakın ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında hasta/hasta yakını memnuniyeti; tıbbi bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık personeli ilgisi, temizlik, teknolojik altyapı, genel otelcilik hizmetleri, yemek sunumu, hizmete erişim hızı, bürokratik işlemler, yönetim anlayışı, fiyat ve kalite gibi unsurlardan etkilenmektedir (Şahin vd., 2015: 138). Sağlık hizmeti verilen kurumlara müracaat eden hasta ve yakınlarının çok farklı yaşam tarzına, tecrübeye ve diğer bireysel özelliklere sahip olması iletişim problemlerinin, sağlık personelinin yanı sıra bireylerin de iletişim becerileriyle ilişkili olduğunu düşünmeyi gerektirmektedir (Aydın ve Şahin, 2016: 66).

1.4.4. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, genel olarak "hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi" olarak tanımlanabilir (Hekimoğlu vd., 2013: 2). Sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmeleri için genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti değerlendirilmesi kullanılmaktadır (Önsüz vd., 2008: 34).

Hastaların hastanelerle ilgili memnuniyetinin değerlendirilmesiyle sağlık hizmetinin kalitesinin ve sağlık alanındaki eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olacağı düşünülmektedir (Arpacı ve Demirci, 2011: 121). Sağlık kuruluşu ya da hekim hakkında kişilerin verdikleri tavsiyeler alıcıların tercihlerinde etkili olmakta ve onlara hizmet hakkında bir fikir vermektedir. Burada sağlık hizmeti sunanlar için hizmetlerine ilişkin olumlu imaj yaratılması ve özellikle

hizmetlerinin alıcısı olmuş kişiler tarafından hizmeti denememiş olan potansiyel alıcılara olumlu tavsiyeler verilmesi son derece önemlidir (Yılmaz, 2011: 5). Memnun edilmiş hastalara sahip olan bir kurumun rakipleri ile daha kolay rekabet etmesi beklenmektedir Çünkü hizmetle ilgili beklentileri karşılanmış bir hastanın kurumda tutulması ve tekrar hizmet satın alımının sağlanması, diğer hastalara nazaran daha kolay olacaktır (İzci ve Saydan, 2013: 204). Hastanelerin fiziksel ortamı ilk imaj açısından tüketicinin satın alma kararını vermesinde, satın aldığı hizmetlerden doyum sağlamasında ve hizmeti tekrar satın almasında önemli bir faktördür (Salman ve Uydacı, 2011: 46). Fiziksel ortamın dışında insan ilşkileri ve tedaviden istenilen sonuçların alınması hasta memnuniyetin bileşenlerinden sayılabilir.

Hastaların hastaneden beklentileri karşılandığı takdirde hasta memnuniyeti önemli ölçüde sağlanmış olacaktır. Memnuniyetin sağlanması için hastaneden beklenilen davranışlar şu şekilde sıralanabilir (Bircan ve Baycan, 2004: 174):

- Prosedür, sahasında uzman bir ekip tarafından hazırlanmalı,
- Prosedür, söz verme tahmin veya açıklama gibi açıkça belirlenmeli,
- Hasta yatarken veya muayene olurken çalışanların ilgili ve nazik olmaları,
- İyileşmenin devam etmesi sağlanmalı ve bunun süresi konusunda hasta bilgilendirilmeli,
- Tam iyileşmenin sağlanması için personelin yapması gerekeni eksiksiz olarak yapması,
- Hastanenin temizlik ve hijyen özelliği hastane yönetimi tarafından sürekli gözlenmeli,
- Yemekler uygun sıcaklıkta, uygun miktarda, uygun beslenme dengesi ile uygun zamanda verilmeli,
- Şikâyetler derhal cevap bulmalı,
- Rehabilitasyon ve ilaçla tedavi için talimatlar açık ve net olmalıdır.

1.4.5. Hasta Mahremiyeti

Hastanın özel hayatının bir parçası olan ve hastalığı ile ilgili mahremiyeti içeren

hususlar, hasta haklarının en temel konusunu teşkil etmektedir (Hasta Hakları Yönetmenliği, 1998).

Hasta mahremiyeti; hastalara ait gizlilik, gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bu anlamda mahremiyet hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerin gizli olması gerektiğini içerdiği gibi, hastanın bedensel ve zihinsel mahremiyetini de içine almaktadır (Özata ve Özer, 2016: 1).

Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmenliği'nin 21. maddesi (Hasta Hakları Yönetmenliği, 1998: 21. Md.) mahremiyete saygı gösterilmesi hakkındadır. Maddeye göre mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı:

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

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

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

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

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

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsamaktadır.

Bakıma muhtaç (hastaya) kişiye ait her türlü özel ve gizli bilgileri korumak ve ona verebilecek zararları önlemek ya da en aza indirmek için azami gayret gösterilmelidir. Bakıcı personel, bakım ilişki ve tutanakların saklanması, başkalarına verilmesi ya da yok edilmesinde ahlâkî kaidelere uygun tutum segilemelidir (Seyyar, 2010: 338).

1.4.6. Hasta Ayrımcılığı

Ayrımcılık, en basit tanımıyla; herhangi bir kamu yararı ya da mantıklı bir gerekçe söz konusu olmaksızın, bir kişiye, benzer durum ve koşullardaki diğer kişilerden farklı ve eşit olmayan bir muamele yapılması anlamına gelmektedir (Çelenk,

2010: 211). Sosyal psikolojide önyargılı davranış, ırk ya da din ayrımında olduğu gibi, aynı sosyal durumdaki bireylere farklı davranmaktır (Cüceloğlu, 2016: 577). Sosyal bir sorun olarak ayrımcılık, hastaların yaşadığı bir nevi zorluktur (White et al., 2003: 48). Gül ve Karan (2011: 189)'a göre ayrımcılık: "Irk, etnik köken, renk, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, dil, din, inanç, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, engellilik, doğum, siyasal ya da diğer görüşlere dayalı veya benzer bir nedenle gerçekleştirilen ve bütün hak ve özgürlüklerin herkes tarafından tanınmasını ve kullanılmasını engelleyen veya sınırlandıran muamelelerdir."

Sosyolog Parsons'a göre doktorların hastalara belirli özelliklerine göre ayrım yapmadan evrensel normlar temelinde yönelecekleri varsayılır. Fakat empirik araştırmalar bu varsayımı desteklememektedir (Turner, 2011: 88). HIV/AIDS'le yaşayan Latinler ırk ve cinsiyet ayrımı, yoksulluk, homofobi ve AIDSfobi ve ayrımcılığın bir kombinasyonunu kendi topluluklarının içinden ve dışından sık sık deneyimlemektedirler (Camacho, 2008: 224). Latinler için yapılan bu ayrımcılığın dünyanın farklı coğrafyalarında farklı ırk ve dine mensup olan toplumlarda yaşandığı bir gerçektir.

Akademik çalışmalarda ayrımcılığın sağlık üzerindeki etkilerine yönelik incelemelere ilgi artmaktadır (Paradies, 2006). Ayrımcılık sağlık hizmeti sunanların ön yargısı nedeniyle sağlık hizmetleri bakımını kısıtlayabilmektedir (Schulman et al., 1999: 624). Belli sosyal gruba üyeliği bulunanlar adilane bir şekilde tedavi olamamaktadırlar Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler, sağlık uzmanları, yöneticileri ve politika yapıcılar ve arka planda tüm sağlık hizmeti alanlar için önemli etkileri olan sorunlardır (Smedley et al., 2003: 35-36).

Quach ve diğerleri (2012: 1027) meme kanseri hastalarına yönelik sağlık alanında ırk ve etnik temelli ayrımcılığa dikkat çeken çalışmalarında Afro-Amerikalıların sınıf, ırk ve dil ile ilgili tıbbi ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Türk toplumunda genel olarak hastalara yapılan ayrımcılığın hastanın hastalığına, ırk-etniğine ve sosyal statüsüne dayalı olduğu gözlenmektedir (Alkan, 2013: 75).

1.4.7. Hasta-Hekim İlişkisi

Hekimin görevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılan gönüllüler de dâhil olmak

üzere, insan sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgisi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır (Demirel, 2005: 99-104). Hekim, uğraş alanı olan hastasını yalnızca fiziksel özellikleri ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmek durumundadır. Bu çok etkenlilik nedeniyle hasta-hekim ilişkisinin genelde ahlâk, özelde tıp etiği ve hukukunu ilgilendiren boyutları bulunmaktadır (Atıcı, 2007: 45).

Hekim-hasta ilişkisi tıbbın evrimi boyunca değişikliğe uğramış, farklı görünümlere bürünmüştür. Bu farklı görünümlerden birisi; hekimin etkin ve hastanın ise bütünüyle edilgen olduğu "etkinlik-edilgenlik" türü bir ilişki biçimidir. İkincisi; hekimin hastasına uyması gereken kuralları ve yapması gerekenleri söylediği "yol gösterme-işbirliği"dir. Hekim-hasta ilişkisinin üçüncü ana biçimi ise hekimin bir profesyonel olarak hastasına yardımcı olduğu, onun hastalık sürecinde karşılıklı katılma biçiminde ortaya çıkan "paylaşımcı" ilişkisi biçimidir (Arda, 2010: 104).

Hekim-hasta ilişkisi temelde bir insan-insan ilişkisi olduğu için toplumsal, kültürel, hukukî, ahlâkî ve ruhbilimsel yönleri olan bir ilişkidir. Bu çok yönlülük onun birtakım etkenlerle kolayca etkileşebildiğini göstermektedir. Hekim-hasta ilişkisini belirleyen etkenler şöylece sıralanabilir (Öztürk, 2010: 267):

1. İlişkinin gerçekleştiği uzmanlık dalı,
2. Belirli bir zamanda o toplumda benimsenen hastalık kavramı,
3. İlişkisinin gerçekleştiği koşullarda tıbbın imkânları,
4. Hekimin ve hastanın eğitim düzeyiyle bağlantılı olan bilgi, inanç ve tutumları,
5. Hekim ve hastanın iletişim becerileri,
6. Hekimle hasta arasındaki parasal ilişki,
7. İlişkinin gerçekleştiği fiziksel ortam,
8. Söz konusu toplumda hekim başına düşen hasta sayısı,
9. Toplumun hekim-hasta ilişkisine bakış açısı,

Hekim-hasta ilişkisi sadece konunun taraflarını değil, geniş anlamda tüm toplumu ilgilendiren önemli bir olgudur. Karşılıklı iyi bir ilişkinin kurulması, sadece

bilgi transferi ve tedavi ile ilgili süreçleri değil, aynı zamanda hekim tatmini, hasta memnuniyeti, hastane kârlılığı, toplum sağlığı gibi konuları da yakından etkilemektedir (Atilla vd., 2012: 24).

1.4.8. Malpraktis

Hekimlik riskli bir meslektir. Her tıbbi girişimin kendisine özgü risk ve sapmaları bulunmaktadır (Altun ve Yorulmaz, 2010: 8). Dolayısıyla hekimlik mesleği icra edilirken yanlış ve hata da kaçınılmaz olmaktadır. Malpraktisle ilgili olarak, tıbbi kötü uygulama, tıpta yanlış uygulama, mesleki acemilik gibi değişik ifadeler kullanılmaktadır.

Malpraktis haksız fiil veya kişisel yaralama ile ilgili olarak hukukun da konusudur (Studdert et al., 2004: 283). Dünya Tabipler Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılında 44. Genel Kurulu'nda kabul ettiği "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu duyurusunda, tıbbi uygulama hataları *"hekimin tedavi sonrasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar"* olarak tanımlanmıştır (Turla vd., 2006: 225).

Tıbbi malpraktis çoğu zaman yalnızca hekimin kusurundan kaynaklı değildir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti hekim merkezli bir sistem içinde verildiğinden tıbbi malpraktis olgularında hekim, hukuksal sürecin baş aktörü olmaktadır (Ersoy, 2014: 29). Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmetlerini sunan hekim, hemşire veya hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi diğer sağlık çalışanlarının; öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden, hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içermektedir (Kumral ve Özdeş, 2013: 84).

Malpraktise neden olan fiiller ise genel olarak; dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik ve yetersizlik, özen göstermeme, emir ve yönetmenliklere aykırı davranmak şeklinde gruplanabilmektedir (Ertem vd., 2009: 3). Saygın (2014: 81-82) araştırmasında tıbbi hata nedenlerini araştırmış ve nedenlerini; "tanı, klinik süreç, ilaç, iletişim ve süreç hataları" olarak gruplandırmıştır. Karataş ve Yakıncı (2010: 234)'ya göre tıbbi hataların örgüt yapısından kaynaklı kurumsal sorunlar ise; işyeri yapısı, takip edilen politikalar, idari yapı, personelin yanlış dağılımı, sorunlara çözüm konusunda yetersizlik gibi sorunlardır.

Sağlık personelinin tıbbi müdahalesi sırasında yerinde müdahaleye bağlı komplikasyon nedeniyle hastada herhangi bir zararın oluşması ve "standart güncel uygulamayı yapmaması", "beceri eksikliği" veya "hastayı ihmâl ederek tedavi etmemesi" sebebiyle malpraktis olup olmadığının ayrımı Türk Ceza Kanunu'nda "bilinçli taksir" ve "muhtemel kast" kavramları çerçevesinde değerlendirilerek hukuken cezalandırma yoluna gidilme(me)ktedir (Karataş ve Yakıncı, 2010: 235).

1.4.9. Ahlâkî Sıkıntı

Ahlâkî sıkıntı ilk defa Andrew Jameton tarafından "rahatsızlık veren duygular veya dengesizlik ve zihnin rahat olmama durumu" olarak tanımlanmıştır (Khoeiee, 2008: 55). Ahlâkî sıkıntı bir kimsenin bir konuda ikilemde kaldığında, yapılması doğru olanın hangisi olduğunu bilip inanması fakat kurumsal kısıtlamalar yüzünden arzu edilen eylemin yapılamamasıdır (Kalvemark, 2004: 1077). Kavramın ilk kullanım alanı olan meslek ise hemşireliktir. Bu nedenle daha özel kullanımda hemşirelerin inanılan eylem çizgisini engelleyen kısıtlamalara uygulandığında hemşirelerdeki iç çatışma olarak da bilinmektedir (Browning, 2013: 144). Sağlık kurumlarında yazılı olmayan ahlâk kuralları ile yazılı olarak var olan etik konular (meslek etiği, tıp etiği, biyoetik, etik kurallar, etik iklim vb.) ahlâkî karar verme sürecini doğrudan etkileyen unsurlardır. Bu doğrultuda ahlâk temelli sorunlar "ahlâkî sıkıntı"ya sebep olmaktadır (Türkmen, 2016: 1).

Ahlâkî sıkıntıya neden olan faktörler ise çoğu zaman hasta otonomisini görmezden gelen uygulamalar, hasta ve yakınlarından gerçeği gizleme, yetersiz bilgilendirme, meslekî açıdan yetersiz profesyoneller ile çalışmak ve görev tanımındaki belirsizliklerdir (Yıldırım vd., 2013: 321). Araştırmalar ahlâkî sıkıntının sağlık hizmeti sunucuları için sistem sorunları ve olumsuz sonuçlar doğurduğunu ve bu olumsuz sonuçların özellikle hemşireleri etkilediğini bildirmektedir (Pauly et al., 2012; Brazil et al., 2010) Bunun yanı sıra, hastaları da önemli derecede etkilemektedir. Çünkü hastaların güvenli bakımını sekteye uğramaktadır (Varjus et al., 2011: 205).

1.4.10. Ahlâkî Tehlike

Ahlâkî tehlike olgusunun kökeni sigorta piyasasından gelmektedir (Zhang, 2011: 157) "Moral hazard" ya da manevi zarar olarak da adlandırılmaktadır. Sözleşmenin

taraflarından birisinin, diğer taraf aleyhine sözleşmeden yararlanacak biçimde, davranışını değiştirmesi durumunda ortaya çıkan sorundur (Bickerdyke et al.,2002: 58). Örneğin yangına karşı evini sigorta eden ev sahibinin yangını önlemede daha az dikkatli davranması, sağlık sigortası olan bir kimsenin ilaç kullanımı konusunda savurganca hareket etmesi ahlâkî tehlike örneklerindendir.

Ahlâkî tehlike davranışında bireylerin sigortalandıktan sonra, hizmete ihtiyaç doğuracak davranışlarda bulunabilmeleri ve hizmeti gereğinden fazla kullanmaları sık rastlanan durumlardandır. Örneğin insanların sağlıklı bir yaşam sürdürmek için herhangi bir çaba göstermemeleri ve nezle grip gibi hastalıklar için hekime başvurmaları bu davranış kategorisine dâhil edilebilir (Yaşar, 2007: 24). Buna göre sağlık hizmetleri alanında kamu personeli ve hastalar sağlık hizmetinin karşılığını ödemek zorunda kalmadıklarında sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların israfı artacaktır (Tekgüç ve Güneş, 2015: 143)

Sağlık bakımının sigortalar aracılığı ile finansmanında ahlâkî tehlikeyi beraberinde getiren temelde üç sorun söz konusu olmaktadır. Birincisi, hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması (gereksiz hizmet talebi), ikincisi bireyin daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemesi duyarlılığının azalması, üçüncüsü ise hizmet bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi halinde sigortanın doktorun davranışı üzerinde etkili olabilmesidir (Yıldırım, 1999: 128).

1.4.11. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite, bir mal veya hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme özelliklerine sahip olması şeklinde tanımlanabilir (Şimşek, 2009: 376). Amerikan Tıp Enstitüsü sağlık hizmetlerinde kaliteyi; mevcut mesleki bilgi ile tutarlı ve bireyler ve toplumlar için sağlık çıktılarının arzu edilir derecede yüksek olması olarak tanımlamaktadır. Basitçe, geçerli bilgi ve pratiğe dayalı önceden oluşturulmuş standartalara uyum derecesidir (Kapoor, 2011: 206). Bir başka tanıma göre sağlık yönetiminde kalite; bir sağlık kurumundaki tüm faaliyetlerin bilimsel norm ve standartlar çerçevesinde ve bireylerin beklentilerine uygun şekilde verilmesidir (Kömürcü vd., 2014: 95). Hastane tabanlı sağlık hizmeti sunumunda, içerik kalitesi kabaca tıbbi sonuçlar ile eşdeğerdir. Hastaya sağlanan tıbbi tedavinin önemi, hizmetin sunum kalitesi hastaların hastane deneyimlerinden memnuniyeti genel olarak kaliteyi açıklayan faktörlerdir (James, 1989:

19).

Sağlık hizmetlerinde kaliteye olan ilgi ve önemin artmasının başlıca nedenleri olarak; rekabet, maliyetlere verilen önem, kârlılık, değişen müşteri profili ve tutumları, müşteri tatmini, hükümetlerce yapılan yasal düzenlemeler gösterilebilir (Çıraklı, 2014: 63). Sağlık hizmetleri, kalite yaklaşımlarının vazgeçilmez bir unsuru, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi/kalitesinin artırılması ise sağlık kurumlarının misyonu olarak kabul edilebilir (Kıdak vd., 2015: 496). James (1989: 20) hastane kalitesi algısını belirleyen faktörleri keşfetmek için 6000 kişi üzerinde yaptığı çalışmasında hastane kalitesini üç ana kısma ayırmıştır. Buna göre kalite; bilgi, rahatlık ve prestijle eşdeğer tutulmuştur.

Bir sağlık kuruluşu tarafından sağlanan bakımın kalitesi ve güvenliği birçok faktöre bağlıdır. En önemlilerinden bazıları şunlardır (Schyve, 2009: 3):

- Emniyet ve kaliteyi besleyen bir kültür.
- Hastaların ihtiyaçlarını karşılayan hizmetlerin planlanması ve sağlanması.
- Bakım sağlamak için kaynaklar olan insan, finansal, fiziksel ve bilgi mevcudiyeti.
- Yeterli sayıda yetkili personel ve diğer bakım sağlayıcıları.

Avedis Donebedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenleri yedi ana başlıkta toplamıştır. Bunlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 456-458):

- Etkenlik: Mevcut imkânlarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.
- Etkililik: Etkinliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir.
- Verimlilik: Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesidir.
- Optimallik: Hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanması.
- Kabul Edilebilirlik: Sağlık hizmetlerinin bireylerin değer ve beklentileriyle uyumu.

- Yasallık: Verilen hizmetlerin toplumca kabulü.
- Eşitlik: Ayrımcılık yapılmaması ve adil olma.

Sağlık hizmetlerinde kalite ölçme ve değerlendirme, hastaların daha sonraki gelişlerini sağlayabilmek ve sağlık hizmetlerinde iyileştirmeye açık alanları belirleyebilmek açısından da önemlidir. Bu sayede hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde bir sağlık hizmeti sunmak ve onları sadık bir kullanıcı/müşteri haline getirmek mümkün olabilecektir (Kıdak vd., 2015: 496). Kalite bu anlamda ileriye yönelik bir yatırımın da parçası olmaktadır.

1.4.12. Hasta Hakları

Hasta, sağlıklı veya hasta olarak sağlık servisini kullanan insan demektir ve bu nedenle de her hastanın saygı görmeye, kendi yaşamını belirlemeye, fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenilebilir yaşam sürdürmeye, özel yaşamına saygı gösterilmeye, sağlığın korunması ve kendisi için temin edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine ulaşma hakkı vardır (Hatun, 2012: 31).

İnsan haklarının sağlık alanındaki uygulamasının karşılığı "hasta hakları" olarak yansımaktadır. Hasta hakları kavramı, insan hakları temelli birkaç sözleşmelerden esinlenerek ortaya çıkmış bir kavram olup; hukuki, felsefi, etik, politik, sosyolojik ve teknolojik boyutları bulunmaktadır (Özata ve Kubilay, 2016: 13). Hasta hakları, insan hakları kapsamı altında yer almakla birlikte hasta-hekim-kurum ilişkisini düzenlemekte ve hasta odaklı hakları da temsil etmektedir (Şeker, 2017: 25).

Hasta hakları bireylerin geçirdikleri veya geçirmekte oldukları hastalıklar dolayısıyla tedavi ve rehabilitasyon aşamalarını içeren süreçte sözü edilebilecek haklardır (Şeker, 2017: 23). Türk hukuk sisteminde hasta haklarını da ilgilendiren birçok düzenlemeler olmakla birlikte "Hasta Hakları Yönetmeliği" 1998 yılında yayınlanıncaya kadar hasta hakları ile ilgili doğrudan bir düzenleme bulunmamaktaydı. Hasta Hakları Yönetmeliği 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 26 Ekim Türkiye Hasta Hakları Günü olarak kabul edilmiştir (MEB, 2011: 23)

Ülkemizde hasta hakları yönetmenliğinde hastalara yönelik haklar; güvenliğin sağlanması, dinî vecibelerin yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani

değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma, özel durumlarda hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi, müracat şikâyet ve dava hakkı olarak açıklanmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). Hekim seçme hakkı, hastalığın tanısına yönelik girişimlerin tümünden ve bunların yarar ve risklerinden haberdar olma hakkı, tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilme hakkı, tedaviyi reddetme hakkı gibi kategoriler de hasta hakları başlığının altında yer almaktadır (Şeker, 2017: 23). Ayrıca**;** herkes hastalık önleme ve sağlık hizmetleri için uygun tedbirlerler alma, haysiyet, dürüstlük, güvenlik, korunma, kültürel ve dini değerlere saygı hakkına sahiptir. Buna ek olarak, herkesin, sağlık hizmetleri ve bunlardan en iyi şekilde yararlanma hakkı, sağlık durumu hakkında bilgi alma hakkı, bilgilendirilmiş onam alma hakkı, özerklik ve mahremiyet hakkı bulunmaktadır (Halawany vd., 2016: 133).

Aydın (2003: 18) hastalara ait hak ve imkânları aşağıdaki gibi lisetelemiştir:

- Hastalara, kabul görmüş, bilimsel ve teknik en ileri düzeyde tıbbi bakım sağlanmalıdır.
- Tıptaki en son bilimsel ve teknik gelişmeleri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.
- Hasta insan ilişkileri açısından saygın, onurlu ve nazik bir davranışlarla karşılaşmalıdır.
- Hastalar, kurumda kalacağı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler hakkında bilgilendirilmelidir. Varsa, tıbbi bakımla ilgili hastanenin özel politikaları açıklanmalıdır.
- Hasta, üniversite hastanesi koşullarında hekim seçme hakkına daha fazla sahip olabilmelidir.
- Hastanın konsültasyon isteme hakkı sağlanmalıdır.
- Hasta, kendisiyle ilgilenen sağlık personelinin kimlik ve unvanlarını öğrenebilmelidir.
- Hastanın tıbbi müdahale hakkında bilgilendirilmesi ve tıbbi karara katılması mutlaka sağlanmalıdır.
- Hastanın tedavisi herhangi bir dış müdahaleden etkilenmeden çalışabilen bir

hekim tarafından yapılmalıdır.

- Tıp öğrencilerinin hasta ile olan ilişkilerinde hasta yararı ve değerleri göz önüne alınmalıdır.
- Hastanın araştırma ve eğitim çalışmalarına katılmama hakkına saygı gösterilmelidir.
- Tıbbi tedavinin sürekliliği sağlanmalıdır.
- Hasta, tedavi ve hastane masraflarını önceden öğrenebilmelidir.
- Hasta tıbbi kayıtlarını inceleyebilmeli ve elde edebilmelidir.
- Hasta, şikâyet için başvurabileceği, haklarını arayabileceği etik kurul, hasta temsilcisi ya da diğer mekanizmalar hakkında bilgi alabilmelidir.
- Hastanın, tedavi ve bakımını etkileyebilecek hastane, eğitim kurumları, sağlık çalışanları ve finansman kaynakları arasındaki ilişkileri bilme hakkına sahiptir.
- Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesini beklemeye hakkı vardır. Vaka tartışmaları, konsültasyon, muayene ve tedaviler hastanın mahremiyetini koruyacak tarzda yapılmalıdır.
- Hastanın bilincini yitirdiği zamanda tıbben ne yapılması gerektiğini belirten tıbbi vasiyet bırakmaya hakkı vardır. Hasta kayıtlarına bu yazılmalıdır. Eğer, hastanenin bu hakkı sınırlandırıcı bir politikası varsa bu hastaya bildirilmelidir.

Yukardaki maddelerde görüldüğü üzere hastaların hakları üçüncü bir gözden bakıldığında gayet tatmin edici gözükmektedir. Fakat toplumun ne kadarının bu haklardan haberdar olduğu tartışma konusudur.

1.4.13. Defansif Tıp

Defansfif tıp ya da bir başka adıyla *çekinik tıp* hastalar ve aileleri tarafından gelen eleştiri ve şikâyetleri önlemek veya azaltmak için hekimin her zamanki davranışlarından sapma gösterdiği iyi uygulamalar olarak tanımlanabilir (Ortashi et al., 2013: 1). Defansif tıbbı iki ayrı grupta değerlendirmek gerekir. Birincisi tıbbi sebeplerle uygulanan defansif tıp, diğeri ise tıp dışı korkularla uygulanan tıp (Küçükusta, 2011: 80).

Defansif tıbbi uygulamalar, hastadan ek test ve tahliller istenmesi şeklinde geliştiği takdirde pozitif defansif tıp; yüksek risk taşıyan hastalardan kaçınma şeklinde meydana geldiği durumlarda ise negatif defansif tıp olarak tanımlanmaktadır. Defansif tıbbi uygulamaların büyük bir bölümü hasta haklarına aykırı olup malpraktisle sonuçlanabilmektedir (Yılmaz vd., 2014: 19). Defansif tıp bir taraftan sağlık harcamalarını artırırken ve hekimlerle laboratuarların boş yere zamanını alırken diğer taraftan hastayı da gereksiz masraflara ve daha da önemlisi risklere sokmaktadır (Küçükusta, 2011: 81). Şayet hekimleri ve hastaları tam koruyucu yasalar yürürlüğe konulursa defansif tıptan doğacak muhtemel tıbbi ve hukuki olumsuz sonuçlarının bir miktar azalabileceği düşünülmektedir.

1.4.14. Sağlıkta İsraf

İsraf, sahip olunan maddi ve manevi varlığın ölçüsüz ve lüzumsuz bir şekilde sarf edilmesi olarak tanımlanabilir (Sancaklı: 2013: 2). Sağlıkta israf ise, genel manâda insanın sağlığına özen gösterilmemesi, sağlığı korumak ve hastalığın tedavisi için gerekli her türlü unsuru kullanmada aşırıya gitmek şeklinde tanımlanabilir. Hayatın diğer alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da israf her düzeyde kendisini bariz bir biçimde hissettirmektedir. İnsan kaynakları, yönetim, yapı, cihaz, malzeme, ilaç ve benzeri sağlıkla ilgili hemen her alanda değişik düzeylerde israf görülebilmektedir.

İsrafı önleme ve azaltma yolunda akılcı ilaç ve labaratuar kullanımı önemli bir husutur. Tıbbın bir sanat olduğu hatırlanırsa hasta için onlarca test değil gerekli olanlar testler seçilmelidir. Laboratuvarın akılcı kullanımı; doğru testleri, doğru hastada, doğru zamanda isteyebilmek ve doğru şekilde yorumlayıp, sonuçlara göre hastayı izleyebilmektir (Öztürk, 2013: 53). Bu nedenle mesleki yeterlilik ve kişisel iradenin doğru planlamada etkisi olduğu söylenebilir.

Sağlık israfı çalışmalarında temel amaçlar performansı geliştirmek, işlem maliyetlerini azaltmak, işlem sürelerini azaltmak ve hasta güvenliğini geliştirmektir (Şimşir vd., 2013: 21). Bunun yanında israfın önlenebildiği ya da azaltılabildiği takdirde sağlık çalışanları ve hizmet alıcılarına da psikolojik yönden olumlu yansımaları olabileceği düşünülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Ahlâk meselesi karmaşık, dinamik ve insan hayatının asıl olduğu hastanelerde hem kurum içinde hem de kurum dışında kendinden söz ettiren bir meseledir. Hastaların bedensel ve ruhsal durumu, hastane çalışanlarının organizasyona mahsus çalışma koşulları ve sağlık hizmeti sunanlar ile hizmet alan kesimin etkileşimde bulunması doğal olarak ahlâkın konuşulmasını gerektirecek bir takım mevzuların zuhur etmesine zemin hazırlamaktadır.

Bu araştırmada amaç, hastane ahlâkı kavramının mahiyetinin, kapsamının ve hastane ahlâkının iyileştirilmesine yönelik önerilerin neler olduğunun belirlenmesidir. Yapılan literatür taramalarında kurumsal bütünlük anlayışı içinde müstakil olarak "hastane ahlâkı" kavramına rastlanılmamıştır. Bu sebeple kavram araştırmanın özgünlüğü açısından önem arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık yönetimi alanına katkı açısından hastane ahlâkı kavramının kullanılmasını sağlamak çalışmanın bir diğer amacıdır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap bulunması hedeflenmiştir:

1. Hastane ahlâkının kapsamı nedir ve belirleyicileri nelerdir?

2. Türkiye'de hastane ahlâkı ile ilgili durum nedir?

3. Hastane ahlâkına taraf olan kurum ve kuruluşlar nelerdir?

4. Hastalar ve hastane personeli hastane ahlâkının oluşumunda nasıl bir etkiye sahiptir?

5. Hastane ahlâkının düzeyini artırmak için neler yapılmalıdır?

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışmada araştırma yöntemi olarak sosyal bilimlerde yaygın olarak tercih edilen nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma farklı yazarlar tarafından çeşitli şekillerde ifade edilmeye çalışılmıştır. Creswell (2013: 248) nitel araştırmayı

sosyal ya da beşeri bir soruna ilişkin kişilerin ve grupların yükledikleri anlamları keşfetmeye ve özümsemeye yönelik bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Yazara göre süreci sorularla beraber işlem basamaklarının belirlenmesi, çoğunlukla katılımcıların kendi ortamlarından veri toplanması ve araştırmacı tarafından verilerin anlamını yorumlama aşamalarını kapsamaktadır (Creswell, 2013: 248). Yıldırım ve Şimşek (2008: 39) ise nitel araştırmayı; *"araştırma, gözlem görüşme, doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma"* olarak tanımlamıştır.

Nitel araştırmada araştırmacı kaçınılmaz olarak çalışmanın konusuna veya fenomenine derinlemesine girer. Dolayısıyla bu yöntemde çeşitli açılardan veya farklı insanlardan daha fazla inceleme için çok sayıda veri veya bilgi formu toplanır. Son adımda bu veriler zenginleştirilmiş ve anlamlı bir bakış açısı oluşturmak için yorumlanır. Nitekim "anlam" nitel araştırmanın temel kaygısıdır (Bogdan and Biklen, 1992: 32). Nitel araştırmanın amacı insanların tecrübelerindeki anlamları keşfetmektir. Bu tip bir araştırma katılımcılarının perspektifinden olguyu anlamak son derece önemlidir (Harris, 2009: 82). Araştırmacılar, kalitatif verileri anlamlandırmak için her zaman kendi entelektüel kapasitelerini kullanırlar (Dolly and Moore, 2017: 4). Bu sebeple nitel araştırmada gerçekler doğada birden fazla ve özneldir denilebilir (Salvador, 2016: 4).

Nitel veriler gerçek olayları kelime, jest ve tonlama ayrıntılarını göz önüne alarak kaydetmeyi, belirli davranışları gözlemlemeyle beraber yazılı belgeler ile görsel metaryalleri araştırmayı ve incelemeyi icap ettirmektedir (Neuman, 2006: 233). Mevcut çalışmalara bakarak nitel araştırmanın 3 ayırt edici özelliğinden bahsetmek mümkündür (Jensen, 2002: 237):

1. Farklı düşünce okulları için ortak bir paydaya hizmet eden bir anlam kavramı olması, topumsal eylemin içinde yerleşik olmasından dolayıdır.

2. Nitel araştırmanın ikinci varsayımı eylemlerin anlamının mümkün mertebe doğal bağlamları içinde incelenmesidir.

3. Nitel araştırmanın üçüncü özelliği yorumlayıcı özne konumunda olan ve empatisini araştırmaya dâhil eden araştırmacının rolüyle ilgilidir.

Nitel araştırmalar sözel ağırlıklı ve yoruma dayalı çalışmalarda tercih edilmekte ve tutum, davranış ve tecrübelerle ilgilenmektedir. Nitel araştırmalar; durum çalışması, eylem araştırmaları, kültür analizi, feminist araştırmalar ve grounded (gömülü) teori gibi kendi içinde alt gruplara ayrılabilmektedir (Padem vd., 2012: 57-58).

3. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Çalışmanın desenini (olgubilim) fenomonolojidir. Fenomonolojinin etimolojik kökenine bakıldığında Yunanca "phenomen" kelimesinden geldiği görülmektedir. Kelime "görünüm/görünüş" anlamına gelmektedir. Fenomenoloji kavramını sosyolojik bağlamda ilk olarak Edmund Husserl (1859-1938) kullanmış ve *insan duyuları ile doğrudan kavranabilecek şeylere ilgi* olarak tanımlamıştır (Wallace and Wolf, 2013: 350). Fenomenolojiyi sosyolojide yöntem olarak kullanan kişi ise sosyolog Alfred Schutz'dur. Schutz'a göre toplumsal gerçeklik özneler arası bir olgudur (Bal: 2016, 28). Fenomenolojinin asıl sorusu "İnsan grubu veya bireyin fenomene ilişkin yaşanmış deneyiminin anlamı, yapısı ve özü nedir?"dir (Patton, 2014: 104). Buradaki ana düşünce, tek tek insanların bakış açılarından bakarak onların bireysel anlam yapılarını, niyetlerini kavramaya çalışmaktır. Böylece fenomonoloji, insan bilimlerinde daha çok insanın iç dünyasına, onların bilinç yapılarına yönelir (Mayring, 2011:110).

Araştırma kapsamında *"hastane ahlâkı"* olgusunun derinlemesine irdelenmesi hedeflenmiştir. Hastanelerde iş ve meslek yaşamının yasal ve toplumsal prensiplerini etraflıca yansıtması açısından sosyal bir fenomen olarak hastane ahlâkı kavramı üzerine odaklanılmıştır. Katılımcıların hastane deneyimleri ve görüşleri bu olguyu araştırmakta araştırmaya yön vermektedir.

Gerçek ya da hayal ürünü, tecrübe olarak ölçülebilir ya da subjektif olarak hissedilebilir olsun, bilincin önüne sunulmuş herhangi bir şey potansiyel olarak fenomonolojinin konusudur (Patton, 2014:104). Bal (2016: 112) fenomonolojik araştırmanın özelliklerini şöyle sıralamaktadır:

- Araştırılması planlanan bir kavram veya fenomen ele alınır (bu çalışma için "hastane ahlâkı"),
- Fenomenin tecrübesine sahip bir çalışma grubu olması,
- Veri toplama aşamasının genellikle derinlemesine mülâkatlar ile

gerçekleşmesi,

- Verilerin analizinde tümevarımsal yaklaşım benimsenmesi.

Fenomenolojik yaklaşım her ne kadar kişisel deneyimleri incelemeyi öncelese de araştırma sürecinde katılımcının yanı sıra araştırmacı da zorunlu olarak sürece dâhil olur. Hatta araştırmacının kullandığı dil araştırma sürecine temel oluşturur. Bu nedenle bireysel gerçekliğin katılımcı ve araştırmacı tarafından inşa edildiği söylenebilir (Baş ve Akturan, 2008: 85). Fenomonoloji öğrenilen kavramların olduğu gibi kabul edilmemesini, onların sorgulanmasını, dünyaya bakışın ve dünyada bulunuşun sorgulanmasını ister (Wallace and Wolf, 2013: 350; Slatttery: 2008: 232).

4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Olgubilim araştırmalarında başlıca veri toplama yöntemi görüşmedir. Olgulara ilişkin yaşantıları ve anlamları ortaya koymak için görüşmenin araştırmacıya sağladığı iletişim, esneklik ve sondalama özellikleri kullanılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 74). Nitel ya da derinlemesine görüşme olarak da bilinen görüşme, yapılandırılmamış ya da yarı yapılandırılmış görüşme olarak da isimlendirilmektedir (Kuş, 2012: 87-88).

Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak açık sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde sorular esnek cümleler ve problemin açıklığa kavuşturulmasını sağlayacak şekilde tasarlanır. Önceden kesinleşmiş ifade ve soru ayrıntıları yoktur (Merriam, 2013: 87). Yarı yapılandırılmış görüşmede araştırmacı tarafından görüşmeciye yöneltilecek temel sorular hazırlanır ve bu sorular sorulur. Ancak görüşmenin gidişatına göre yeni soruların sorulması icap ederse onlar da görüşmeciye yöneltilir (Mil, 2007: 8). Görüşülen kişi herhangi bir sınıra bağlı kalmaksızın soruları serbestçe cevaplayabilir ve önemli noktaları açıklayabilir (Mayring, 2011: 72).

Açık uçlu sorular ve incelemeler, insanların deneyimleri, algıları, fikirleri, duyguları ve bilgileri ile ilgili derinlemesine cevaplar alınmasını sağlar. Veri yorumlamanın yapılabilmesi için bağlamı yeteri derecede yansıtan doğrudan alıntılar içermektedir (Patton, 2014: 4). Nitel araştırmalarda araştırmacının görüşme yaparken görüşülen konuya ilişkin algısının açık kalması beklenmektedir. Sıradan bir konuşma ve görüşme olmadığının bilincinde olunmalıdır (Kuş, 2012: 87-88).

Görüşmelere başlamadan evvel katılımcılardan sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Ayrıca görüşmeye başlamadan evvel katılımcılara bazı hatırlatmalarda bulunulmuştur:

- Görüşmeleri kaydetmek üzere ses kayıt cihazı kullanılacaktır.
- Görüşmeye ilişkin kişisel bilgi, yorum ve görüşler araştırmacı ve danışman arasında saklı tutulacaktır.
- Elde edilen bulgular araştırma haricinde kesinlikle kullanılmayacaktır.
- Araştırmanın tamamında katılımcıların isimleri gizli tutulup ifşa edilmeyecektir. Gerçek isimler yerine araştırmacı tarafından müstear isimler tayin edilecektir.
- Görüşmeye farklı nedenlerle ara vermek icap ederse kaldığı yerden devam edilecektir.
- Görüşme sürelerinin ortalama 1 saat süreceği düşünülmektedir.

Görüşme soruları aşağıdaki gibidir:

1. Hastane ahlâkı kavramının kapsamını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sonda: *Hastane ahlâkı kavramının zihninizde çağrıştırdıkları nelerdir?*

Sonda: *Hastane ahlâkının niteleyicileri nelerdir?*

2. Hastane ahlâkı kavramının belirleyicileri nelerdir?

Sonda: *Hastane ahlâkının içsel belirleyicileri nelerdir?*

Sonda: *Hastane ahlâkının dışsal belirleyicileri nelerdir?*

3. Türkiye'deki hastane ahlâkı hakkında ne düşünüyorsunuz?

Sonda: *Mevcut durumun resmini çizebilir misiniz?*

Sonda: *Hastalara yönelik düşünceleriniz nelerdir?*

4. Hastanelerin ahlâkî düzeyini yükseltmek için neler yapılabilir?

Sonda: *Hastane çalışanlarına düşen görevler nedir?*

Sonda: *Sağlık çalışanlarına düşen görevler nedir?*

Sonda: *Devlete düşen görevler nelerdir?*

5. Hastane ile ilgili gördüğünüz, duyduğunuz ya da yaşadığınız ahlâka dair bir

vaka anlatabilir misiniz?

Araştırma soruları ilk tasarlandığında hastanede farklı birimlerde iş tecrübesi bulunan 10 hastane personeli ile pilot görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Pilot görüşmelerden elde edilen veriler neticesinde sorularda farklı zamanlarda revizeye gidilmesine karar verilmiştir. Açık uçlu soruların ilk formu literatür taramasıyla oluşturulmuştur. Pilot çalışmada soruların yeterliliği denenmiş, uygun görülmeyen sorular çıkarılmış, bazı sorularda ise ifade düzeltmeleri yapılmıştır. Açık uçlu soruların sorulduğu araştırmada veriler yüz yüze görüşmelerden elde edilmiştir.

Ses kayıt cihazı

Araştırma kapsamında katılımcının onayı alındıktan sonra (Glesne, 2013: 156; Punch, 2005: 172) ses kayıt cihazıyla görüşmeler kaydedilmiştir. Ses kayıt cihazı veriler analiz edilirken dökümlerde eksik ya da şüphe duyulan yerlerin tekrar dinlenilmesi için oldukça işlevsel bir araçtır. Katılımcıların tamamı ses kayıt cihazının görüşmede kullanımını onaylamışlardır.

Dökümler sonucunda elde edilen veriler 357 sayfa ve 139.758 kelimeden ibarettir. Görüşmelerin ardından ses kayıtları hızlıca bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Yazıya dökme çok zahmetli fakat güçlü bir yorumlama için kaçınılmazdır (Mayring, 2011: 93). Her kaydın dökümü yapılırken ileride kolaylık sağlaması açısından muhtemel kod ve temaların neler olabileceği üzerinde çalışılmıştır. Böylelikle veri tabanı üzerinde genel bir hâkimiyet sağlanması amaçlanmıştır. Dökümler kategorilere ya da soru sırasına bağlı kalmaksızın kodlama işlemi ile gerçekleştirilmiştir.

5. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI

Fenomenolojik araştırma sürecinde başlangıç tecrübesi kişisel tecrübeler olduğundan bu tecrübeleri yaşamış ya da yaşamakta olan kişiler araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır (Baş ve Akturan, 2008: 90). Araştırmanın katılımcılarını belirlemede amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örneklemedeki amaç önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Ölçüt veya ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulabildiği gibi önceden de hazır bir ölçüt listesi kullanılabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 112).

Araştırmanın katılımcılarını hastanede çalışma tecrübesine sahip kişiler ile hasta

olma cihetinden hastaneyi deneyimleyen hastalardan oluşan toplamda 24 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılar için belirlenmiş kıstaslar ölçüt örneklemeye mutabık düşmektedir. Söz konusu ölçütler şöyledir:

- Çalışma deneyimi olan grup için en az 5 yıl özel veya kamu hastanelerinde iş deneyimine sahip olmak.
- Hasta grubu için ise en az 10 yıldır teşhisi konulmuş en az bir hastalıktan muzdarip olmak.
- Bütün katılımcıların en az lisans mezunu olması.

Katılımcılar ulaşım ve görüşme kolaylığı nedeniyle Konya, Isparta, Aksaray ve İstanbul illerinde ikamet eden kişilerden seçilmişlerdir.

Hastaların en az 10 yıldır bir hastalıktan muzdarip kişilerden seçilmesinin nedeni 10 yıl içinde birden fazla ve farklı hastanelere gitme olasılığı ve daha çok sağlık personeli ile karşılaşma ihtimâlidir. Katılımcıların en az lisans mezunu olma ölçütündeki amaç ise kendilerine yöneltilen sorulara akışkan bir dille ve rahatlıkla cevap verebilmesini sağlamak içindir.

Hastanelerde çalışma deneyimi olan grubu; idari personel, hekim, hemşire, ebe, anestezi teknikeri, tıbbi sekreter, sürekli işçi pozisyonundaki personel oluşturmaktadır.

Hasta grubu katılımcıların hastalıklarına dair bilgiler katılımcıların mahrem bilgileri sayıldığından çalışmada bahsedilmemiştir.

Veri toplama, döküm ve analiz sürecinde katılımcılara geçici bir müstear isim verilmiştir. Analiz sona erdirildikten sonra müstear isimler lağvedilip katılımcıların doğum tarihlerinin ortalamasına göre en yakın resmi (TÜİK) verileri sabit olan yılda doğanların isimleri dikkate alınmıştır. Doğum tarihleri ortalaması 1978,2 olarak bulunmuştur. Bu tarihe en yakın resmi TÜİK verileri ise 1980 yılına ait olduğu için 1980 yılında doğanlara en çok verilen isimler katılımcılara müstear isim olarak (varsa) gerçek isimlerle aynı olmayacak çekilde verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılar ve Görüşmeler İle İlgili Bilgiler

No	Müstear Ad	Statü	Deneyim (Yıl)	Yöneticilik Tecr.	Görüşme Yeri	Görüşme Süresi (dk)
1	Mustafa	Hekim	5	Var	Hastane	40.21
2	Ali	Hekim	29	Var	Ev	30.04
3	Fatma	İdari Personel	11	Var	Katılımcı Ofisi	43.08
4	Ayşe	Hekim	7	Var	Hastane	66.56
5	Hülya	İdari Personel	16	Yok	Hastane	69.34
6	Derya	Hemşire	19	Yok	Hastane	58.19
7	Özlem	Hemşire	20	Var	Hastane	72.13
8	Emine	İdari Personel	25	Var	Hastane	74.14
9	Hatice	Hekim	10	Var	Hastane	62.27
10	Sibel	Hemşire	23	Yok	Hastane	84.42
11	Dilek	Ebe	14	Yok	Hastane	73.13
12	Yasemin	Hemşire	6	Yok	Araştırmacı ofisi	74.00
13	Ahmet	Hasta	10 (Hastalık)	-	Katılımcı ofisi	59.12
14	Hüseyin	Hekim	11	Var	Özel klinik	52.25
15	Songül	Hemşire	12	Yok	Katılımcı ofisi	60.50
16	Mehmet	Hekim	30	Var	Hastane	19.39
17	Fatih	Anestesi Teknikeri	19	Yok	Kafe	69.10
18	İsmail	Sürekli İşçi	18	Yok	Hastane	35.42
19	Zeynep	Tıbbi Sekreter	5	Yok	Araştırmacı ofisi	60.49
20	Filiz	Hekim	32	Yok	Uçak (Konya-İstanbul arası)	44.56
21	Meryem	Hekim	20	Var	Özel	47.05
22	Elif	Hekim	16	Var	Hastane	46.65
23	Murat	İdari Personel	16	Var	Hastane	52.30
24	Serkan	Hasta	24(Hastalık)	-	Özel iş yeri	43.50

Tablo 3'de görüldüğü üzere görüşmeler genellikle hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Onun dışında evde, katılımcının veya araştırmacının ofisinde, özel klinikte, kafede ve uçakta yapılmıştır. En fazla hastane deneyimine sahip olan katılımcı 32 yıl ile Filiz Hanım, en az deneyime sahip olan katılımcılar ise 5'er yıl ile Zeynep

Hanım ve Mustafa Bey olmuşlardır. En uzun görüşme Sibel Hanım ile 84.42 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının her zaman uzun görüşmeyi tercih etmesi çalışmanın yararınadır. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda kısa görüşmeler yapılmak durumunda kalınabilir (Geray, 2006: 167). En kısa görüşme 19.39 dakika olarak Mehmet Bey ile yapılmıştır. Mehmet Bey'in aynı zamanda bir üniversitede rektör olmasından dolayı önceden ayarlanmış yaklaşık üç haftalık randevusunun bulunması görüşmenin kısa sürmesinin sebebi olmuştur. Ortalama görüşme süresi ise 55.76 dakikadır. Hastanelerde yapılan görüşmeler işyeri ve özel telefonlardan aranma, imza, şikâyet, sonuç gösterme, muayene olma, ilaç yazdırma vb. nedenlerden dolayı kesintiye uğramış; bu kesintilerde kayıt cihazı durdurulmuş, görüşme kaldığı yerden devam etmeye başlayınca tekrar açılmıştır. Hastane dışında yapılan görüşmelerde ise birkaç kısa kesinti dışında görüşmeyi aksatacak bir durum yaşanmamıştır. İki görüşme hafta sonu yapılmış, kalan görüşmeler ise hafta içi mesai saatlerinde yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğü bilinmek istenilen şeye, araştırmanın amacına, neyin gündem olduğuna, neyin kullanışlı olacağına, neyin inanılır olacağına ve mevcut zaman ile kaynaklara bağlıdır (Patton, 2014: 144). Glaser ve Strauss (1967) örneklem büyüklüğünü araştırma sorusunun cevabı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı doyum noktasına kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örneklem yaklaşımına dikkat çekmişlerdir (Akt., Yıldırım ve Şimşek, 2008: 115). Benzer şekilde Charmaz (2006: 19) çalışmanın tüm içeriğini anlama ve tasvir etme noktasında kişiler, süreçler, ortamlar hakkında yeterli bilgi toplanıldığına kanaat getirildiğinde veri toplamak için görüşmelerin sonlandırılmasını salık vermektedir. Bu görüşe istinaden 24. katılımcı itibari ile araştırma süreci kısır bir döngüye girmiş ve veriler önceki verileri tekrar etmeye başlamıştır. Bu sebeple 24. katılımcıda veri toplama işlemi sona erdirilmiştir.

6. ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nitel çalışmaların en belirgin özelliklerinden biri araştırmacının veri toplama ve analizinde başlıca araç olmasıdır. Araştırmanın amacı anlamaya dönük olduğundan anında tepki verebilen, adapte olabilen araştırmacı veri toplama ve analizinde en ideal araç olarak görülmektedir. Araştırmacıdan beklenilen anlayışını hem sözlü hem de beden dilini kullanarak yayabilmesi, sürece dair katılımcıları ve meraklıları

bilgilendirebilmesi, materyali açıklayıp özetleyebilmesi, yorumların doğruluğuyla ilgili katılımcılarla istişaresi ve beklenmeyen tepkileri kontrol etmesidir (Merriam, 2013: 15). Araştırmacının araştırma sürecindeki etkisini Creswell (2013: 18) aşağıdaki gibi açıklamıştır:

- Araştırmacı kendi pozisyonunu oluşturur.
- Katılımcılardan anlamlara ilişkin veri toplar.
- Kişisel değerler araştırmaya yansır.
- Katılımcıların ortamlarını ve bağlamlarını göz önüne alır.
- Katılımcılarla bir nevi işbirliği yapar.

Araştırmacılar nitel araştırmalarda her zaman titiz, özenli ve araştırma konusunda dikkatli olmaya teşvik edilmişlerdir (Sütçü, 2008: 46). Araştırmacılar mümkün olduğunca çalışılan konunun perspektifinden olguların anlamlarını keşfetmeye çalışır.

Nitel araştırma paradigması, toplumsal gerçekliğin insanın algılayış ve kavrama süreçlerinden bağımsız olamayacağını, dolayısıyla araştırmacının araştırma sürecinde tam objektif olamayacağını öngörmektedir (Özdemir, 2010: 326). Nitel araştırmacılar kendi bakış açılarını bütünüyle hariçte tutamayacaklarının mümkün olmadığını kabul ederler (Elliot et al., 1999: 216). Yıldırım ve Şimşek (2008: 98) de nitel araştırmalarda birey ya da bireylerin etkilenmemesi için araştırmacıların her ne kadar çaba gösterseler dahi belirli bir ölçüde etkilenmenin kaçınılmazlığına vurgu yapmaktadırlar.

Görüşme esnasındaki yüz ifadeleri; gülümseme, ciddiyet ve göz teması kurmak görüşülen birey üzerinde belirli bir etkiye sebep olabilmektedir. Edinilen bilginin kalitesi de büyük oranda mülâkat yapan kişinin becerisine bağlıdır (Patton, 2014: 341). Araştırmacıların konuya eğilimleri ve geliştirilen problem tanımları büyük ölçüde aldıkları eğitim ve eğitimin türü ile geçmiş tecrübelerin yoğunluğuna bağlıdır (Baş ve Akturan, 2008: 10).

Araştırmacı daha önceki okumalarından mülhem mevcut çalışma konusuna ilgi duyarak ve bu ilgiyi hastane hizmetlerinin doğasını kavramaya yönelik merakı ile birleştirerek çalışmaya adım atmaya karar vermiştir. Çalışmaya başlamadan evvelki üç

yılın akademik bahar yarıyılında lisans öğrencilerinin staj denetimleri için hastanenin farklı birimlerinde bulunulmuştur. Bu sayede araştırmanın muhtemel seyri için de gözlemler ve zaman zaman hastane çalışanları ile konuya ilişkin genel etkileşimlerde bulunulmuştur.

Araştırmacının sağlık yönetimi alandaki akademik çalışmaları ile yüksek lisans tezinin hastane personeli ile ilgili olmasının ve tez izleme komitesindeki jürilerin daha evvel sağlık yönetimi alanında nitel araştırma yöntemi kullanılarak yapılmış tezlerde jüri olarak bulunmasının araştırmacının bu çalışmaya daha sıkı sarılmasına katkıda bulunduğu söylenebilir.

7. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Nitel araştırmada amaç, derinlemesine betimleme, yorumlama ve aktörlerin bakış açılarını anlamaya odaklılıktır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 49). Bu nedenle genelleme amacı güdülmemektedir. Araştırma kapsamında katılımcıların araştırma sorularına verdiği cevapların doğru ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun hastanede çalışıyor olması ve hastane çalışanları içinde de ağırlıklı kısmın hekimler olması araştırma sürecinde bazı meşakkatleri de beraberinde getirmiştir.

Görüşme teklif edilen bir hekim, araştırmacıya: “Ne çalışacaksın?”, “Sonuçta ne elde edeceksin?”, “Senin burada hocan kim?”, “Senin danışmanın kim?” gibi sorular sormuş, daha sonradan da araştırmacının görev yaptığı kurumdaki bir üst sorumluya şikâyette bulunmuştur. Bazı katılımcılar soruları görme şartıyla katılımcı olabileceğini söylemişlerdir. Görüşmelerin gizli kalması katılımcıların üzerinde durduğu en önemli konulardan bir olmuştur.

Genel olarak katılımcı olmak istemeyen kişiler

- Zaman darlığı,
- İş yoğunluğu,
- Konu hakkında bilgi sahibi olmama,
- Siyasi ve hukukî sebeplerden dolayı konuşmanın sakıncalı olması,
- Bir başkasının daha iyi yardımcı olabileceğini söyleyip, başka kişilere havale

etme gibi sebepler sunmuşlardır.

Bazı katılımcılarla görüşmek, önceden randevu alınmasına rağmen mümkün olmamış, daha sonra tekrar teşebbüs edilerek görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ayrıca görüşmelerin sağlıklı bir şekilde tamamlanması açısından katılımcılara istedikleri mekân ve saatte görüşülebileceği söylenmiştir.

Katılımcılardan bir kısmının görüşme bitip kayıt cihazı kapatıldıktan sonra derin bir nefes alıp rahatlamış olduğu gözlenmiştir. Bu durumun sebebinin ise birinin siyasi iktidar aleyhine konuşma ve kayıt altına alınma ihtimalinin kalkması, diğerinin ise konuşmada efor sarf edildiği için meydana gelen olağan yorgunluk olduğu kanaatine varılmıştır. Tedirginliğe rağmen katılımcıların genelinde görüşmeden memnun kalmış izlenimi gözlemlenmiştir. Bu durumun sebebinin ise bilgi aktarımından memnun kalma ve bilimsel bir araştırmanın parçası olmaktan duyulan haz olduğu düşünülmektedir.

8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Nitel veri analizi, dilsel veya görsel materyalin örtük ve aşikâr boyutlarını açıklayarak simgelediği şeyin sınıflanması ve yorumlanmasıdır (Flick, 2013: 5). Nitel verilerin analizinde araştırmacılar yeni kavramlar oluşturur ya da verilere dayalı kavramları rafine hale getirir. Kavram oluşturma veri analizinin varlığının yapısında bulunan bir parçasıdır ve veri toplama sırasında başlar. Dolayısıyla kavramsallaştırma, nitel araştırmacının verileri düzenleme ve onlardan anlam çıkarma biçimlerinden biridir (Neuman, 2006: 662).

Tematik Analiz

Katılımcılardan elde edilen verilerin tematik kodlama yoluyla analiz edilmesinin araştırmanın yapısına uygun olduğuna karar verilmiştir. Tematik analiz veri ile örüntüleri raporlama, analiz etme ve tanımlama yöntemidir. Ancak tematik analizde sık sık bundan da öteye gidilir ve çoğunlukla araştırma konusunun çeşitli yönleri yorumlanır (Braun and Clarck, 2006: 79). Yani verilerin kodlanmasıyla aynı biçimde kodlanmış veriler okunabilir ve öncelikle o kodun özünde ne olduğu bulunmaya çalışılır (Glesne, 2013: 259). Tematik analizde analiz edilen yazılı materyalin niteliksel yönlerine daha çok vurgu yapılır (Joffe and Yardley, 2004: 56).

Kodlama ve Tema Oluşturma

Kodlamanın ne olduğunun en genel cevabı, metin içindeki kodları ortaya çıkarmak şeklide verilebilir. Metnin içerisinde araştırma sorusuyla ilintili kavram ve fikirleri bulma işlemi de denilebilir. İki türlü kodlama yapılabilir: Birinci şekilde kodlar metnin sağ tarafına yazılarak anlamsal birlik sağlanır ve temalara ulaşılır. İkinci şekilde ise belirlenmiş temalara (kategorilere) denk düşen kodlar metin içinden çıkarılır (Bal, 2016: 267). Araştırmacının kodlamayı yaparken verilere dikkatini vererek temaların farkında olması gerekir. Temaların farkında olma ise verilerdeki örüntülerin farkına varma, sistemler ve kavramlar perspektifinden düşünme ve ilgili bilgilere sahip olma yetisine bağlıdır (Boyatsiz, 1998: 7-8). Kodlama, veri çözümlemesini başlatan ve çözümleme süresince devam eden belirli bir etiketleme veya damgalama faaliyetidir (Punch, 2005: 195). Nitel araştırmacılar kodlamaları bazen bütünlüklü bazen de ayrıntılı yapabilmektedirler. Bazı araştırmacılar her satır veya her birkaç kelimeyi kodlayabilir. Verilerin bazısı kodlanmaz ve değersiz ya da atıl olabilir. Kodlamanın detay derecesi, araştırma sorusuna, verilerin zenginliğine ve araştırmanın amaçlarına bağlıdır (Neuman, 2006: 666).

Temalar nitel araştırmalarda önemli bulgulardır ve çalışmanın bulgular kısmında başlıklar olarak kullanılır. Bireylerden elde edilmiş çoklu perspektifler temalar sayesinde sunulur (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 200). Tematik kodlama toplanan verilerin derinliği ve kapsamı göz önünde bulundurularak birkaç düzeyde yapılabilir. Yani kodların oluşturduğu tema sayısı fazla ise bu temaların ortak noktaları temel alınarak bir üst düzey kodlama yapmak gerekebilir. Bu şekilde genel temalar ve genel temaların altında alt temaları, alt temaların altında ise kodları belirlemek mümkün olur (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 237).

Çalışmada ham veriler önce manuel olarak kodlanmış ve bir veri kitapçığı oluşturulmuştur. Bu aşamadan sonra analize bilgisayar destekli nitel veri analizi yazılımlarından olan MAXQDA programının deneme sürümü (https://www.maxqda.com) ile devam edilmiştir.

9. ARAŞTIRMANIN İNANDIRICILIK VE TUTARLIĞI

İnandırıcılık

İnandırıcılık ya da geçerliliğin ne olduğuna dair kesin bir tanım bulunmamaktadır. Fakat çeşitli yazarların benimsediği görüşler mevcuttur. Guest ve

diğerleri (2012: 80) geçerliliği teorileştirmek, açıklanmak ya da tanımlamak istenen fenomenin özelliklerinin doğru bir şekilde beyan edilmesi, gerçeğe yaklaşım derecesi ve araştırmadaki bulgu, doküman ve verilerin doğruluğu olarak kabul etmektedirler.

Nitel araştırmalarda inanırdırıcılık bir geçerlik yöntemi sayılmaktadır. Eisner (1991; Akt., Creswell, 2015: 246) nicel araştırmalarda geçerlik terimi yerine nitel araştırmanın inandırıcılığı ele almaktadır. Bunun için inandırcılığı besleyen gözlemler, yorumlar ve sonuçlar hakkında araştırmacının kendine güvenmesini sağlayan kanıtların kesişme noktasının aranması gerktiğine vurgu yapmaktadır. Creswell (2015: 250-252) inandırıcılığa katkı sağlamada kullanılan sekiz yöntemden bahsetmektedir. Bunlar:

- Uzun süreli katılım ve gözlem,
- Üçgenleme,
- Akran incelemesi veya sorgulaması,
- Olumsuz durum analizi,
- Araştırmacı önyargılarının açıklanması,
- Üye kontrolü,
- Zengin yoğun betimleme,
- Dış denetimler.

Nitel araştırmacının ortak doğrulama ölçütleri olarak aşağıda bahsedilen maddeler araştırmacı için yardımcı bir rehber olabilir (Mayring, 2011: 145-147):

- Yol ve tekniklerin belirlenmesi: Öngörülerin, analiz araçlarının, veri işleme ve yorumlama biçimlerinin açık bir şekilde yazılması gerekmektedir.

- Yorumlama biçiminin argümantasyonu: Açıklamaların kuramsal çıkışla bağdaşması.

- Kurallı olması: Araştırmaya genel kurallar çerçevesinde devam etmek.

- Olguya yakınlık: Katılımcının doğal dünyasını paylaşmak.

- İletişimsel geçerleme: Katılımcılarla tekrar iletişime geçip sonuç ve yorumların onlarla tartışılması.

- Sacayağı: Sacayağının sabitliğinden mülhem nitel araştırmada araştırmanın kalitesinin artan analiz çeşitlenmesiyle sağlanabileceği.

Bu çalışmada aşağıdaki aşamalardan geçilmiştir:

- Pilot görüşme soruları literatür taraması, konu ile ilgili sosyal bilimcilerden alınan tavsiyeler ve araştırmacının zihin dünyasının kaynaşmasıyla oluşturulmuştur.
- Pilot görüşme sonrası görüşme soruları birkaç kez revize edilmiş asıl sorular meydana çıkmıştır.
- Veriler derinlemesine ve yüz yüze yapılan görüşmelerle toplanmıştır.
- Görüşme esnasında araştırmacının bilmediği ya da merak ettiği bir kavram söz konusu olmuşsa o anda sorulmaya gayret edilmiştir.
- Görşmeler olası veri kaybının önlenmesi için kayıt altına alınıp muhafa edilmiştir.
- Verilerin elde edilme süresi (07.03.2018- 07.04.2018) tam olarak bir ayı bulmuştur.
- Elde edilen bulguların ilgili literatür ile uyuştuğu ve literatüre ham olarak zenginlik sağladığı kanaatine varılmıştır.

Tutarlık

Nitel paradigmada test etme fikri bir bilgi edinme yolu olarak görünür. Nitel araştırmada test etme yöntemi tutarlık olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle herhangi bir nitel çalışmanın en önemli testi kalitedir (Eisner, 2017: 58). Nitel araştırmaların yeterliliği niceldeki gibi özne sayılarına bağlı olmayıp elde edilen veri miktarına bağlıdır. Yeterli miktarda veri toplandığında doygunluk sağlanmış olmaktadır (Morse, 1994: 230). Nitel araştırmalarda kesinlik; araştırmacı ile katılımcıların karşılıklı iletişimi, veri ve algıların yorumlanması ve zengin açıklamaya dayanmaktadır (Merriam, 2013: 157).

Nitel araştırmanın güvenilirliği için araştırmanın baştan sona tutarlı olması gerekmektedir. Tutarlık için aşağıdaki aşamaların tamamlanmış olması önem arz etmektedir (Neuman, 2013: 23).

1. Toplumsal benliğin kabul edilmesi,
2. Bir bakış açısı benimseme,
3. Çalışmanın tasarlanması,

4. Veri toplama,

5. Verileri analiz etme,

6. Verileri Yorumlama,

7. Başkalarını bilgilendirme.

Doğrulama nihai sonuçlara ulaşmak için kullanılan bütün prosedürlerin açıkça belirtildiğinin temin edilmesini içerir. Bu şekilde başka bir araştırmacı çalışmayı ve analiz sürecini potansiyel olarak tekrarlayabilir ve karşılaştırılabilir sonuçlara ulaşabilir (Berg and Lune, 2015; 76).

Nitel veri insanların hem söylediklerinden hem de yazdıklarından doğrudan alıntılar içermektedir (Patton, 2014: 28). Açık uçlu soruların kullanılması görüşme sürecine daha fazla esneklik kazandırmakta, görüşülenlere daha fazla konuşma imkânı vermekte, böylelikle de onların anlam dünyalarının daha detaylı bir biçimde ortaya çıkarılmasına yol açmaktadır (Kuş: 2012: 185).

Çalışmanın tutarlığına yönelik:

- Çalışmanın amacı açıklanmıştır.
- Çalışmaya dâhil olan katılımcıların dâhil olma kriterleri belirtilmiştir.
- Çalışmanın verilerinin toplanma yöntemi ve süreci açıklanmıştır.
- Çalışma sorularının amaca uygunluğunu ve niteliğini belirlemek üzere araştırmacı tarafından oluşturulan ilk taslak sorular 2016 yılının Aralık ayında soruları tartışmak ve gözden geçirmek üzere toplanmış bir komite ile açık olarak tartışılmıştır. Tartışma grubunda nitel araştırmalarda lisansüstü eğitim danışmanlığı yapmış öğretim üyesi, doktora tezlerini nitel araştırma ile tamamlamış öğretim üyeleri ve nitel araştırmalara ilgi duyup ilgili akademik tebliğlere sahip lisansüstü eğitime devam eden diğer öğretim elemanları ve öğrencilerden oluşan toplamda 19 kişi hazır bulunmuştur.
- Kodların ve temaların kontrolü ise nitel araştırmalara danışmanlık yapmış tez danışmanı, nitel araştırma ile doktoralarına devam eden iki araştırma görevlisi ve yine nitel araştırma ile yüksek lisans tez süreci devam eden bir yüksek lisans öğrencisinin katılımıyla sağlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN BULGULARI

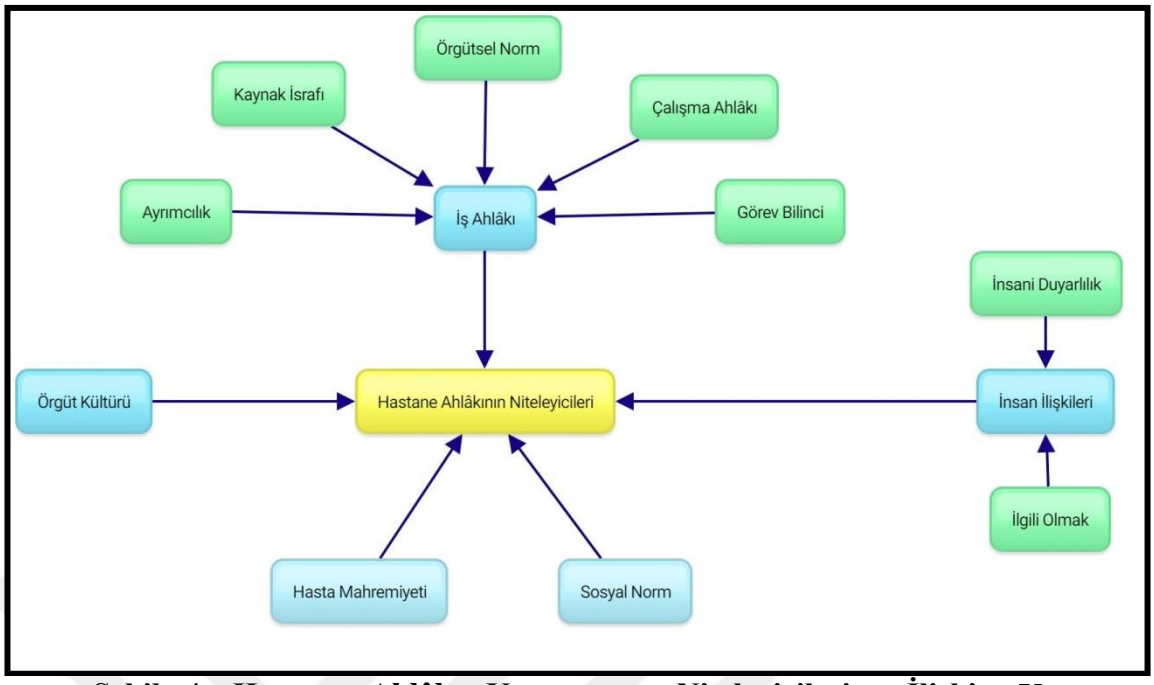
Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların "hastane ahlâkı" hakkındaki görüşlerinden elde edilen verilerin bulgularına ve yorumlarına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında dört temel soru sorulmuş olup, elde edilen veriler detaylandırıldıktan sonra ilgili konu ve bağlamları göz önüne alınarak belirli başlıklar altında temalaştırılmıştır.

1. HASTANE AHLÂKI KAVRAMIN NİTELEYİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Arştırmanın girizgâh kısmı da sayılabilecek bu kısımda kavram olarak "hastane ahlâkı" denildiği zaman katılımcıların zihinlerinde oluşan algı, ilişkilendirdikleri diğer konu, kavram, tecrübe ve tanımlamalara yer verilmiştir.

Katılımcılara "Hastane ahlâkı kavramının kapsamını nasıl değerlendiriyorsunuz?" temel sorusunun yanında tamamlayıcı ve açıklayıcı olarak "hastane ahlâkının neyi çağrıştırdığı" ve "hastane ahlâkının niteleyicilerinin neler olduğu" alt soruları sorulmuştur. Hastanelerde iş deneyimi sahibi ve hastalardan oluşan katılımcı grubunun cevaplarına göre kod ve temalar tespit edilmiştir.

Hastane ahlâkı kavramının niteliğine ilişkin düşünceler beş temadan müteşekkil olup temalar "insan ilişkileri", "hasta mahremiyeti", "iş ahlâkı", "sosyal norm" ve "örgüt kültürü" olarak oluşturulmuştur. Elde edilen temaların kavram haritası Şekil 4'de gösterilmiştir.



Şekil 4. Hastane Ahlâkı Kavramının Niteleyicilerine İlişkin Kavram Haritası

1.1. İnsan İlişkileri

"İnsan ilişkileri" teması kendi içinde "insani duyarlılık" ve "ilgili olmak" alt temalarına ayrılmıştır.

1.1.1. İnsani Duyarlılık

İnsani duyarlılık başlığının içeriğini "insanî görülme", "iyi muamele", "değer", "içtenlik", "canın kıymeti" ve "merhamet" unsurları oluşturmaktadır.

Hastane ahlâkının insani hassasiyetlerle olan münasebetlerine dikkat çekilen bu bölümde Mustafa Bey *"Hastaneye başvuran hastalarımızın başvuru anından taburculuğunun yapılacağı zamana kadar her alanda hasta* ***insani olarak görülüp*** *(...)"* diye devam eden demecinde hastalara her aşamada insancıl yaklaşılmasının önemine vurgu yapmıştır. Ali Bey "*hastaların* ***iyi muamele*** *görmesini anlıyorum*." derken, Fatma Hanım ise "***insan gibi davranmak*** *özellikle bence. İnsan olduğu için* ***değer vermek****, sonrasında da idari süreçler geldi birden aklıma*" ifadeleriyle insani duyarlılığa değinmiştir.

Ahmet Bey hastane ahlâkı ile aklına gelenin, hasta güvenliği unsurlarından özellikle can güvenliği olduğu fikrini şu şekilde beyan etmiştir:

> Hastanede öncelikle insanların, can, mal ve namus güvenliğinin, ve aynı şekilde her ne olursa **olsun insanların canının kıymetli olduğu** bilincinin doktorlarda, hemşirelerde ve diğer hastalarda oluşması fikrini, aklıma getiriyorum (Ahmet, Hasta).

Ahmet Bey'in can güvenliğine yaptığı vurgunun en temel insani duyarlılıklardan biri olduğu söylenebilir.

Diğer katılımcıların görüşleri ise aşağıda verilmiştir:

> Bazen yapılacak işlemler sözle ya da yazılı emirlerle yerine gelmiyor. İnsanın vicdanıyla yapmış olduğu ahlâkî değerleri göz önünde bulundurarak hizmet verdiği şeyler daha kıymetli oluyor. Bir insana siz yazılı olarak çok şeyi dört dörtlük yaptıramazsınız ama ahlâkî ölçütlerde kişi kendi değerlerini **karşıdakinin değerlerini** göz önünde bulundurursa insana vermiş olduğu hizmet en üst seviyededir (Dilek, Ebe).

Dilek Hanım'ın ifadelerinden anlaşıldığı şekli ile ast ve üst arasında karşılıklı değerler gözetildiğinde sunulan hizmet daha anlamlı ve kaliteli olacaktır.

> Gelen hastalara böyle gerçekten **içtenlikle**; "**günaydın, hoş geldiniz, nereye gideceksiniz? Biz yardımcı olabiliriz" (…)** Yani bunu benimseyerek söylüyorum, göz boyamak için falan değil. O yüzden yaptığım işten çok memnunum (İsmail, Sürekli İşçi).
>
> (…) Hasta mağdur oldukça kendini onun yerine koyaraktan çalışmaya başlıyorsun artık. Mağdur bir hasta yakının -senin yakının annen baban da olabilir bunlar- koşullarını düşünerekten biraz daha, biraz değil baya bir **merhamet** kazanıyorsun (İsmail, Sürekli İşçi).

Fatih Bey'in duyarlılık algısının hastaya içtenlikle yaklaşmak ve hastanın çalışanın yakını olabileceğini düşünmek üzerine temellendiği anlaşılmaktadır.

Fatma Hanım da hastalara duyarlılığın altını "*Hastayı insan gibi görmek lazım"* sözleriyle çizmektedir.

1.1.2. İlgili Olmak

"İnsan ilişkileri" teması altındaki diğer bir alt tema ise "ilgili olmak" alt temasıdır. Bu kapsamda sağlık çalışanının hastaya ilgisinin önemine ve sonuçlarına dikkat çekilmiştir. "İlgi", alâka", "iletişim", "hâl hatır", "anlaşılır dil", "hissettirmek", "saygı", "sevgi" ve "empati" ağırlıklı olarak ilgi çerçevesinde değinilen noktaları oluşturmaktadır.

Songül Hanım hastaların ilgi beklentisi içinde oldukarını *"(…) O kadar farklı bir ruh haline giriyorsun ki **ilgi bekliyorsun** sağlık personelinden."* cümlesiyle teyit

etmektedir.

Hasta pozisyonundaki katılımcılardan Serkan Bey ve hekim olan Ali Bey ilgi ve alâkanın aslî unsur olduğunu ve gerçek memnuniyet aracı olduğunu söylemektedirler:

> Yani **hizmet, ilgi, alâka yani insanlara davranış bu çok önemli**. Diğer işler zaten kendiliğinden oluyor (Serkan, Hasta).
>
> (...) Kaldı ki gerçek manâda tıptan memnun olmak için bir insana tabi ki **gerekli ilgi ve alâkanın gösterilmesi** lazım (Ali, Hekim).

Fatma Hanım ilgi bağlamında doğrudan iletişim ve bunun öneminden bahsetmiştir:

> **İletişim çok önemli**. Yani hasta ve hasta yakını ile doğru iletişim kurabilmek; sizin oradaki acil poliklinikte, kliniklerde. Biliyorsunuz, şiddet olayları çok çok arttı. Bunların iletişim ile yüzde altmış yetmişini azaltabiliriz. Bu insan faktörüdür, azaltılabilir. Birbirimizle; hekim-hemşire, hemşire-hasta yakını, personel hepsi içinde. Yani bu sadece hasta ve sağlık çalışanı arasında iletişim değil tüm çalışanlar arasındaki iletişimde aynı şeyi sağlıyor bize. Burada bir santraldaki memurla da olan iletişiminiz hastane ahlâkının içinde aslında (Fatma Hanım, Hemşire).

Mustafa Bey hastasıyla olan ilişkisini yaşadığı bir tecrübe ile aktarmıştır:

> Ben bir ilçede çalıştım. Ordayken bir tane hastam vardı. Hasta ilk başta hastalığı için geliyordu. Sonra benim **ilgimi alâkamı** görünce, gecenin 3'ünde meselâ nöbetçiyim. Gecenin üçünde muhabbet etmek için gelirdi (Mustafa, Hekim).

Hekim olan Mustafa Bey'in tecrübesi, samimi ilginin hastaya yansıtıldığında, zamanla hasta hekim arasında nasıl bir arkadaşlık ilişkisinin doğabileceğine güzel bir örnektir.

Mustafa Bey hastanede aynı zamanda yöneticilik de yaptığından dolayı hastane çalışanlarına empati telkininde bulunmaktadır:

> Hastane personelinden temizlik personelinden doktoruna hemşiresine idarecisine hasta bakım teknikerine kadar herkesin hastayı başta insan olarak değerlendirip… Genelde yani biz şöyle söylüyoruz: **Kendi ailenizden biri olarak anneniz babanız olarak görün** bu hastaları, o ölçüde hizmet edin (Mustafa, Hekim).

Ali Bey hastaya hitabın ve samimi ilginin önemine binâen *"Onların **anlayabilecekleri dilde hitap etmek**, o şekilde davranmak lazım. İşte kimine amca dersin kimine abi dersin kimine evladım dersin falan. **Doktorun hastaya** yani şöyle söyleyeyim tırnak içinde **dokunması lazım**."* demektedir. Yine Ali Bey'in ilgiyi hastaya hissettirmekle ilgili olarak kurduğu cümleler, ilginin hastanın tedavisine etkiyi anlatma bakımından kayda değerdir:

> Hastanın her türlü sorununa anlayışla, onun soracağı saçma sorulara bile -hani bize saçma gelse bile- onu ciddiye alarak cevaplandırmak ona önem verdiğimizi onunla **ilgilendiğimizi ona hissettirmek** son derece önemli. Yani hastayla konuşurken başka bir şeyle meşgul olmamak. Hastanın doktorun kendisini dinlediğine, kendisine önem verdiğine bir kere inanması lazım. Olmuyorsa zaten o doktorun yapacağı tedavinin de vereceği ilaçların da bir faydasının olması söz konusu değil (Ali, Hekim).

İlginin memnuniyet oluşturduğunu Ahmet Bey özel hastane deneyimi ile açıklamaktadır:

> Özel hastanede ameliyat oldum. İlgilendiler. E yani sonuçta devlet hastanesine göre **daha çok ilgi ve alâka**. Ve doktor hiç değilse açıklayıcı bilgiler verdi. Yani şu olursa şudur şu olmazsa şudur diyerekten bilgiler verdi. Devlet hastanesindeki kendi alanındaki kişinin yapamadığını özel hastanede alanının dışı bir adam yaptı. Bilgiyi verdi (Ahmet, Hasta).

Özel hastanelerle ilgili olarak bir başka yorum da şu şekildedir:

> "Özel hastaneler her zaman kaliteli mi? **İletişimden varya. İletişim**. Doktorlar insan gibi konuştuğu için insanlar gidiyorlar. Aynı tetkik isteniyor devletteki gibi. Gene aynı şey ama. Ne kadar iletişim önemli işte. Ahlâk, hastane ahlâkı: **Düzgün iletişim**. Aha bir unsuru da o ahlâkın oluşması için (Songül, Hemşire).

"Güler yüz", "sevgi / saygı" ve "empati" içerikli görüşler de bulunmaktadır:

> Hastane personelinin insanlara bakış açısı; davranışı, tatlı dil, güler yüz. **Tatlı dil, güler yüz** çok önemli hastanelerde. Zaten insanlar hasta; morali bozuk. İnsan bir şeyler bekliyor yani. Bir hastanın yüzüne güldüğün zaman psikolojik olarak sen zaten yüzde elli iyi ediyorsun. Bir de seni hastanede tam tersi azarladığı zaman zaten bitmiş artık, sıfırlıyor (Serkan, Hasta).

> Çalışanların kendi içlerinde birbirlerine karşı **sevgi saygı** duyması; birbirlerine, iş yüküne. Yoğunluk nedeniyle birbirlerini anlaması, birbirlerinin yerine koyabilmesi. Bir de ayrıca hastalarla ilgili hastalara daha saygılı davranmak. Ondan sonra kendi yakını olabileceğini düşünerek. Ben çocuk doktoruyum. Ya da kendi annen baban, kendi yakınının bu durumda olabileceğini düşünerek hareket etmek (Meryem, Hekim).

> Hasta haklarının iyi korunduğu, çalışan haklarının da iyi korunduğu; yani her ikisinin birden iyi korunduğu, tanı tedavi işleminin en iyi şartlarda yapıldığı -**saygı sevgi** çerçevesinde- işte **empati** içerisinde yürütüldüğü şeyi hatırlatıyor bana, ortamı. Bu şekilde yapılan işi hatırlatıyor bana. Benim, benim kafamda bunu çağrıştırıyor hastane ahlâkı (Hatice, Hekim).

1.2. Hasta Mahremiyeti

Hasta mahremiyeti; hastaların hastalık ve tedavi süreçleri ile özel bilgilerinin ifşa edilmemesi ve çalışanlar tarafından bu bilgilerin muhafaza edilmesi anlamına gelmektedir. Hastanın bilgilerinin gizli kalmasının hastanın doğal hakkı olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısıyla hasta mahremiyeti hasta hakları ile de ilişkilidir.

Katılımcılardan Mehmet Bey hastane ahlâkı kavramını genel ahlâk kavramıyla ilişkilendirerek mahremiyete değinmiştir:

> Hastane ahlâkı kavramını genel ahlâk kavramından bağımsız düşünmek doğru değil, mümkün de değil zaten. Tüm genel ahlâk kuralları çerçevesinde insan ilişkileri içerisinde sergilenen ahlâkî davranışların tamamının hastanede de sergilenmesi gerekiyor. Ama üstüne ilaveten biraz daha fazla özveri, fedakârlık ve **mahremiyet** gerekir. Çünkü hastanede kişi ile ilgili hastalık bilgileri ailevi bilgiler, sosyal bilgiler kayıtlar altına geçer ve bu bilgilerin **korunması** gerekir **mahremiyet gerektiren bir durum** var yani hastane ahlâkında (Mehmet, Hekim).

Sibel Hanım, Meryem Hanım ve Dilek Hanım da bilgilerin muhafazasına dikkat çekmektedir:

> Hastane ahlâkı denince yani hastanede çalışan tüm insanlar; yani bir güvenlik görevlisinden tutun da teknik serviste çalışan bir elemana kadar herkes hastane çalışanı sayılır. Kurum içinde çalıştığı sürece burada gördüğü, yaşadığı, duyduğu, hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili hiçbir şeyin **dışarıda paylaşılmaması** gerektiğini bilmeleri gerekiyor. Asıl kuralımız bu (Sibel, Hemşire).
>
> (…) Ondan sonra onların (hastaların) tabiki, onlarla ilgili bilgilerin gizli kalmasını da içeriyor; hasta ve hasta yakınlarının. **Mahremiyeti tabi içeriyor**. Değişik boyutları var tabi (Meryem, Hekim).
>
> Hastanın kendi hakları var. Onları koruyup kollamak, hastalığının dışarıya yansıtılmaması, istenmiyorsa **bilginin en yakınına bile söylenmemesi**, ya da hastanın hastalığıyla ilgili personelin yapması gerekenlerle ilgili, bu da hastane ahlâkına girmiş oluyor (Dilek, Ebe).

Bedensel mahremiyete vurgu yapan Emine Hanım, toplumun bu konuda hassasiyetine ve daha sonra hastaların hastaneye geliş tercihlerini etkileyebileceğine değinmiştir:

> **Mahremiyet konusuna gelince onu özellikle söylemek istiyorum toplumumuzun kadın ya da erkek, -hatta çocuk- akılbali olan herkesin çok hassas olduğu bir konu.** Meselâ yoğun bakımlarda bilinci açık olmayan hastalarımız var. İşte muayene sırasında uyulması gereken kurallar var; içeride bayan hasta soyunup giyinirken çağırılmayan bir hastanın girmesini engellemek. Meselâ bizim toplumumuz bu konuda hassas, eğer bunu yapmazsanız kurumunuza gelmez. Bir bayan hasta daha toparlanmadan kapıya bir erkek hasta doktor dışında sağlık çalışanı dışında birisi açıp girerse bir daha size güvenerek gelmez. Tıbbi tedavinize güvense de gelmez. Yani o yüzden o hani siz o çerçeveyi nasıl çizeceksiniz? Ahlâklı kurum veya kurum ahlâkını nasıl çizeceksiniz? Tam ben tanımlayamıyorum tabii ki ama eğer sizin mahremiyet konusunda kendine sunulacak diğer çözümler konusunda güvenmezse kafasındaki tanım olumsuz olacaktır (Emine, İdari Personel).

Emine Hanım *"İçeride bayan hasta varken soyunup giyinirken toparlanırken hani içeriye (…)* ***Mesela bizim toplumumuz bu konuda hassas****"* diyerek mahremiyetin

toplumsal bir ağırlığı olduğunu îma etmektedir.

Hekim olan Ayşe Hanım mahremiyetin kendisi için de önemli olduğunu ve riâyet etmeye gayret ettiğini söylemektedir:

> **Mahremiyet tabiki çok önemli bir konu benim için. Ben kendim meselâ hekimim ama bazı mahrem konulara dikkat edilmesi gerektiğini düşünüyorum.** Kendim mümkün olduğunca buna dikkat etmeye çalışıyorum. Bazen oluyor; işte hasta eşiyle beraber geliyor. Kayın validesiyle beraber geliyor. Ama meselâ eşinin yanında, kayın validesinin yanında benimle konuşamayacağı konular oluyor. Bu tarz konularda mümkün olduğunca hastayı tek başına içeri almaya gayret ediyorum. Ama çoğu zaman da direnç oluyor. İşte hani kişiler tarafından bazen yanlış anlaşılabiliyor. İşte diyor ki "ya beni dışarı kovdu". Bu da olmuyor her zaman. Onu da yapamıyoruz meselâ. O yüzden özel konuşmam gereken konu kısmına geldiği zaman "biz iki dakika bir yalnız konuşalım" şeklinde hani dışarı almaya. Öyle şeylere dikkat etmeye elimden geldiğince çalışıyorum (Ayşe, Hekim).

1.3. İş Ahlâkı

Her kurumda olduğu gibi hastanelerde de iş ahlâkı ile ilişkili kurallar ve çalışmaya karşı olumlu ve olumsuz tutumlar mevcuttur. Katılımcıların ifadelerine dayanarak iş ahlâkı başlığı altında "çalışma ahlâkı", "örgütsel norm", "görev bilinci" alt temaları oluşturulmuştur.

1.3.1. Çalışma Ahlâkı

Çalışma ahlâkı çalışmaya ilişkin tutumları ifade etmektedir. "Düzgün çalışma", "uyumlu çalışma", "görevi en iyi yapma", "işine bağlılık", "iş ahlâkı" ve "meslek ahlâkı" çalışma ahlâkının anahtar kavramlarıdır. Hastane ahlâkı kavramını nitelediği düşünülen çalışma ahlâkına ilişkin bulgular şu şekildedir:

> Hastane ahlâkı deyince hastaneyi oluşturan, hastanede çalışan tüm bireylerin; hekiminden, idarecisinden, hemşiresinden, personelinden, temizlikçisinden, veznecisinden, hepsinin doğru **düzgün dürüst çalışması,** ahlâklı olması, hakkaniyetli olması… (Songül, Hemşire).

> Hastane ahlâkı dersek, hastane içerisindeki bu tanımdan yola çıkarak olumlu **uyumlu çalışma** ortamı. Kişilerin hani bundan doğrudan iyi verim alması, performans alması. Bunlar geliyor hastane ahlâkı deyince aklıma (Özlem, Hemşire).

> (…) Biz zaten bu görevlere başlarken mezun olduğumuzda yeminle başlarız. **Görevimizi en iyi yapabileceğimize**, herkesi eşit tutabileceğimize, bilgilerimizi tekrar tekrar yenileyeceğimize dair. Hizmeti en üst seviyede verebilme adına.. Zaten bu göreve başlarken yeminle başlıyoruz (Dilek, Ebe).

> Benim için iyilik; **işine bağlılık.** Herkes için öyle olması lazım. Ben yapamadım deyip köşeye çekilmek! Ama senin yapamadığın işi bir başkası senin adına

> yapıyor ve sen o işten para kazanıyorsan hakka giriyorsun. Şunu demiyorsun "ben yapamadım, arkadaşım çok emek verdi, çok çalıştı, ona ekstra para verin." Hesaplarken, maaşını alırken o zahmette de bulunmuyor. Yani herkes hesabını yapıyor, ay sonunda ne kadar maaş aldığını biliyor (Sibel, Hemşire).
>
> Hastane ahlâkı deyince de aklıma herhalde şöyle düşünmek lazım: Hastalarımız, hasta yakınlarımız, çalışanlarımızın ahlâklı olması; yönetimin ahlâklı olması. Tabi herhalde bunlarla birlikte bir **iş ahlâkı** hastane ahlâkı diye söylemek daha mümkün galiba (Hülya, İdari Personel).
>
> Bizim işimiz bir inşaat; dışarıdaki bir yapı değil. Karşılaştığımız kişi insan, bize yardım talep eden insan, yardımcı olacağımız kişi yine insan. Bunda (sağlıkta) en ufak bir hata bile affedilemeyecek sonuçlar doğurabilir. O yüzden iş anlamında **iş ahlâkı** sağlık camiasında çok önemli. O nedir? Meselâ mesai saatinde gelmek, hastaya yeterli ilgi alâkayı gösterebilmek, tanı ve tedavisinde doğru yönlendirebilmek, bunların hepsi iş ahlâkına giriyor benim düşüncem (Dilek, Ebe).
>
> Devletin bana verdiği işte haklar ve görevleri uygulamam gerektiğini düşünüyorum. Yani benim **meslek ahlâkı, iş ahlâkı** böyle bir şey (Ayşe, Hekim).

1.3.2. Görev Bilinci

Görev bilincinin yasaların da ötesinde işgören personelin işi ile ilgili en temel ahlâkî yükümlüğü olduğu söylenebilir. Bu nedenle hastane ahlâkının niteliğinin özünde görev bilinci ve sorumluluk temel değer sayılabilir. Katılımcıların görev bilincini izah etmekte kullandıkları kodlar "kendi işini yapma", "yemin", "toplumsal fayda", "sorumluluk", "görev", "görev bilinci" ve "işini iyi yapma" şeklindedir.

Derya Hanım kurumdaki ahlâkın düzelmesinin şartını *"**Herkes kendi işini yapmış olsa** emin olun ahlâk da düzgün olur"* demeciyle çalışanların üzerine düşeni yapmasına bağlamıştır. Esra Hanım da *"Keşke çalışanlar 'yasal **sorumluluk**larımı, vicdan sorumluluklarımı yerine getirdim, evime giderken bunun huzuru ile gidebiliyorum' diyebilse."* sözüyle vicdanî olarak rahat olabilmek için sorumlulukların yerine getirilmesini gerekli görmektedir.

Özlem Hanım'ın, mesleğe başlama yeminini *"**Yemin ettik** çünkü biz. Yemin ederek işe başlıyoruz. Bilmiyorum sizlerde öyle mi? Ama biz yemin ediyoruz. Hemşirelik yemini var, Hipokrat yemini var, eczacı yemini var. Yani sağlıkla uğraşan herkesin ."* ifadesiyle ahlâkî bir ilke olarak benimsediği anlaşılmaktadır. Murat Bey'in düşünceleri de Özlem Hanım'ın düşüncelerine benzemektedir. Murat Bey *"En büyük ahlâksızlık **görevini ve sorumluluk**larını yerine getirmemek"* sözüyle görev ve sorumluluğu ihmâl etmenin kişinin ahlâk prestiji için büyük bir kayıp olduğunu vurgulamaktadır. Hatice

Hanım'a göre de görev bilinci doğrudan ahlâk ile ilişkilidir:

> **Görev bilinci** de birebir ahlâkla ilişkilidir. Ahlâkî değerleri yüksek olan, onlara değer veren kişilerin sorumluluk bilinci daha iyidir. İş ciddiyetinin de daha gelişmiş olduğunu görürüz yani. İster istemez görürüz (Hatice, Hekim).

Emine Hanım ve Ahmet Bey görev bilincini toplumsal fayda ile ilişkilendiren ifadelerde bulunmuşlardır:

> "Eğer **işimi iyi yapacağım,** aldığım ücreti de hak edeceğim, **toplumsal bir fayda** sağlayacağım diye düşünmüyorsanız çok ahlâklı olmazsınız (Emine, İdari Personel).
>
> "Ben şu kadar para kazanacağım" değil de, "hastaya yapabileceğim imkânların en fazlasını ne kadar yapabilirim" düşüncesi olmalı (Ahmet, Hasta).

Sibel Hanım çalıştığı kurumun halâ faaliyet gösteriyor olmasını *"İşini yapıp iyi giden insanlarımız yokmu? Elbette var. Dediğim gibi onların sayesinde hala bu kurum ayakta durabiliyor."* demeciyle işine sıkı sarılan personele dayandırmaktadır. Yine Sibel Hanım sağlık personelinin görevini ihmâl etmesinin meşru bir gerekçesinin olmadığını "*Ve sizin üzerinizde bir **görev** varsa; hemşiresiniz, hekimsiniz, teknisyensiniz. Yapmanız gereken ve bilmeniz gereken herşeyden **sorumlusunuz**. Bu konuda bilmiyordum haberim yok bilgim yoktu gibi şeylerle kanun karşısında böyle yırtmak ya da kanun karşısında masum çıkmak gibi bir hakkımız yok bunu bilmemiz gerekiyor"* ifadeleriyle açıklamaktadır.

1.3.3. Örgütsel Norm

Örgütsel norm kurum içinde benimsenmiş ve yerleşmiş ilkeleri ifade etmektedir. Kurum içindeki yasaya uygun kurallar da örgütsel normları oluşturmaktadır. Örgütsel norm alt temasınında "etik ilke", "kurallar" ve "mevzuat" kavramları öne çıkmaktadır. Hastanelerde düzen ve devamlılık bağlamında değerlendiğinde bu kavramların iş ahlâkının bir parçası olduğu söylenebilir. Katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibidir:

> Hastanede ahlâk deyince tabi **etik ilkelerimiz** var yani (Mustafa, Hekim)
>
> Bir yer de **kurallar** varsa ve kurallara uyulmadığında bir yaptırım yapılıyorsa orada gerçekten düzen çok güzel işler. Meselâ biz ne için Almanlara hayran kalıyoruz? Çünkü adamlar çok ciddi kuralcılar yani ve herkes kuralın ne olduğunu biliyor. Uymazsa başına nelerin geleceğini biliyor (Hülya, İdari Personel).
>
> Bizim personeller olarak, çalışanlar olarak yapmamız, **uymamız gereken kurallar** var. Bunu da düşününce hastane ahlâkına girmiş oluyor. Çok geniş kapsamlı bir şey. Hastane ahlâkı deyince çalışanlar, hastaneden hizmet alan insanlar ve onlara uygun şartlarda yapılması gereken işler olarak düşünüyorum

ben (Dilek, Ebe).

Meselâ kamuda çalışıyorsam eğer **mevzuata uygun davranmak** geliyor aklıma. Çünkü sağlık hizmetleri böyle geniş bir alan ya ve çok fazla mevzuat var aslına bakılırsa. Dolayısıyla burada biraz daha böyle mümkün olduğunca hani mevzuatlara uygun hareket etmek geldi (Fatma, İdari Personel).

Hastanenin zaten kuralları var, yazılı kuralları var. Yazılı kurallara uyuluyor mu uyulmuyor mu, o sorundur zaten (Ahmet, Hasta).

Yani hastane ahlâkı deyince sağlık hizmeti sunumunda özellikle sağlık profesyonellerinin diyeyim hekimlerin uygun davranması, **etik ilkelere** uygun davranması. Neler bunlar? İşte daha çok sağlık hizmeti üretirken işte ilaç, tıbbi malzeme, tıbbi teknoloji alımlarında işte etik ve ahlâk ilkelerine aykırı hareket edilebiliyor. İşte sağlık hizmeti sunumu esnasında işte hastalara bir takım şeyler söylenebiliyor işte. Veya işte istekleri olabiliyorlar. Veya işte bu biraz önce söylediğim üçüncü paydaşlar dediğimiz kişilerden hediyeler alınabiliyor. Dediğim gibi bunlar biraz sağlıkça belirlenmiş bizim temel ilkeler olan etik ilkelere aykırı hareket edilmesinde sağlık sektörü en yakın sektör diğer sektörlere göre (Murat, İdari Personel).

1.3.4. Ayrımcılık

Ayrımcılık iş ve sosyal yaşamda sıkça rastlanılan bir durumdur. Hastanelerde hem hasta ayrımcılığı hem de kurum içi personel ayrımcılığı olabilmektedir. Hastanelerle ilişkili olarak ayrımcılık "kıyafete göre", "şiveye göre", "coğrafyaya göre", "ekonomik duruma göre" ve "ideolojiye/siyasete göre" zuhur edebilmektedir. Katılımcıların ayrımcılıkla ilgili beyanları aşağıda verilmiştir:

Hastalara yönelik ayrımcılık hep var: İşte **kılık kıyafetine göre** davranma işte bilmem ne. **Konuşmasına göre, coğrafi bölgesine göre.** Dolayısıyla hani oysa biz diyoruz ki sağlık doğuştan kazanılmış bir hak, herkesin eşit olması gerekir. Bir kere burada aslında biz baştan kaybediyoruz insanları **dış görünüşlerine göre,** konuşmalarına göre ayırıyoruz bir kere. Bu kesinlikle en önemli problemlerden bir tanesi. Hani bu hekimler özellikle, ya da işte hemşireler diyelim, çünkü hemşirelerin davranışları da değişiyor (Fatma, İdari Personel).

Meselâ özel oda bence: Bu ahlâkî problem. Yani bir standartları yok. Hep araya birilerinin girmesi gerekir ya da işte şu benim hastam diye arama. Meselâ çok fazla işte "bak bu benim hastam buna şu markayı alalım" gibi bir bakış açısı oluyor. **Ayrımcılık her yerde var.** Temel problemimiz bu (Fatma, İdari Personel).

Ya da işte belirli bir gruba dâhil olmadığın için. Bizim arkadaş başhekimin yanına gittiğinde "bakın herkese bir cemaate dâhil olduğu için kadro verdiler, sorumluluk verdiler. Bana niye vermiyorsunuz" dediğinde, başhekimin "biliyorum ben senin aslında çok çalışkan olduğunu. Bu işi yapabileceğini de biliyorum ama yapamam. **Aynı görüşten değiliz"** dediğini biliyorum. Aleviydi kız. Dedi ki "yapamayız." Hak ettiğini de biliyorum, ama yapamam diyor (Fatma, İdari Personel).

Meselâ ben hastanede çalışıyorum diye bana **farklı davranılması** bile ahlâkî açıdan bir problemdir. Yani aslında bunların hepsi. Meselâ ben sırf orada

> çalışıyorum diye aradığında benim için inen bir uzman doktor, hasta geldiğinde inmeyebiliyor meselâ. Asistana baktırabiliyor (Fatma, İdari Personel).
>
> Ben bu hastaneye geleli dört yıl oldu. Normalde buralı değilsen… Burada işte bu ahlâksızlıklar var. "İzmir'den geldin, gavur İzmir'lisin, sen şusun, busun." Kimse senin 17 yıl işte lisans mezunu olmana ya da orada tecrübene hiçbir şeye bakmıyor. Hani hemen "buralı değilsin" kestirip atıyor. Ya da İzmir'den geldin **işte şundansın şu partidensindir** (…) Buralı olmaman bile insanlara acayip geliyor (Özlem, Hemşire).

1.3.5. Kaynak İsrafı

"Kaynak İsrafı" alt teması ahlâkî bakımdan hastanelerde israfın varlığı ve çeşitlerine yönelik bulgulardan oluşmuştur. "Kırtasiye", "yemek", "tıbbi malzeme (ilaç, serum, enjektör, abeslang)", "işgücü" ve "zaman" israfı katılımcıların bahsettiği kaynak israflarındandır.

Fatih Bey israfın hastanelerde kaçınılmazlığını belirterek bazı türlerini sıralamaktadır:

> Hastaneler büyük organizasyonlar genelde. İsrafın olmaması mümkün değil zaten. Yani **kırtasiye anlamından tut, yemeğe kadar**. İlaç olarak da yani şu an daha dikkat edilmeye çalışılsa da özellikle yani riskli ilaçlar anlamında şu an büyük çalışmalar yapılıyor hastanelerde israf edilmemesi, çok kullanılmaması konusunda. Ama **israf maalesef çok var ve kaçınılmaz** yani bir anlamda da (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Yemek israfı dikkat çeken bir başka israf türüdür:

> Tabi böyle büyük bir yerin hem temizliğinde olsun, hem yemeklerinde olsun, **israf mutlaka oluyor**. Neden oluyor? Çünkü sayı bazen tutmadığı zaman **yemekler mecburen çöpe gidiyor** (Fatih, Sürekli İşçi).
>
> Benim hastanemde muhtemelen **pişirilen yemeklerin yarısı israf**. Belki personel sayısı kadar kedimiz var. Hastanede kedi besliyoruz sadece. Yani pişen yemeklerin hiç yendiğini görmedim (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Yasemin Hanım özel hastanelerde malzemenin dikkatli kullanıldığını, hesabının sorulduğunu, buna karşılık devlet hastanelerinde daha savurgan bir durum olduğundan bahsetmektedir:

> Özellikle bu israf konusunda hani bizim çok rahat yaptığımız, bizim de alıştığımız bazı şeyler var. Onlar (özel hastane çalışanları) birşeylerin hesabını tutuyor. Yani devlette bir ilaç düşüp kırıldığı zaman oraya bir yere kırıldı yazarsın olur biter geçer. Ama özellerde ufak da olsa böyle şeylerin hesabını veriyorlar. Bu yüzden daha dikkatli çalışıyorlar. Yani bu israf konusunda. Bu ilaç da olabilir, malzeme de olabilir (…) Özelde çalışan biri şurda duran bir kalemi attığı zaman sıkıntı olabilir, ama devlette böyle değil, biraz **daha hor kullanılıyor**. Esnek… Aslında bu iyi de değil. **Çünkü israf çok fazla** bu açıdan. Alıyor atıyor, alıyor atıyor. Yani gereksiz bir şeyler gereksiz şeylere kullanılıyor. Yani o **enjektörün o ucu var ya, onun ucunu çay kaşığı olarak**

> **kullanan o kadar çok insan vardı ki** bundan bir süre önce. Hani özeldeki bir insan -örnek veriyorum- bunu yapamaz. Onun hesabını verir (Yasemin, Hemşire).

Enjektörün amacı dışında kullanımına benzer bir durumu da *"Tabi aynen öyle o tarz gerçeklikler de var; meselâ* ***abeslangla (boğaz muayenesinde kullanılan tahta çubuk) her türlü şey yemek yeme"*** sözleriyle Ayşe Hanım ifade etmektedir.

Fatma Hanım gereksiz alımlarla ilgili olarak bir anısını paylaşmıştır:

> Bir keresinde şey çok olmuştu; -eczacı yoktu o dönemde- **felâket bir ilaç ve serum aldılar**. Ya uyardığımız halde yapmayın etmeyin diye. Yeni bir hastane açacağız diye gerekçe gösterip. Yeni hastane açılıyordu, yatak sayısı artacak diye. Israrla söylediğimiz halde aldılar. Üç sene miadı olduğu halde üç senenin sonunda bir dünya serumu **çöpe atmak zorunda kaldılar**. Aldıklarını hatırlıyorum ben. Koyacak yer bulamamıştık (Fatma, İdari Personel).

Murat Bey insan gücü ve zaman israfına dikkat çekmektedir:

> Şimdi **insan gücü açısından israf var**. Kamuda en büyük insan gücüdür israf kaynağı. Yani özel hastanede normalde işte bir kişinin yapacağını burada üç kişi yapar yani. Niye? Nitelikli almamışlar, ikincisi kadro olduğu için, kendine güveni. En büyük israf kaynağı burada da, insan gücünde de vardır yani. Bu insan gücünün çalıştığı yürüttüğü faaliyetlerde vardır. İşte eğitimsiz olur, hastaya yanlış uygulama yapar sonra onu sağlığından eder veya işte ölümle sonuçlanabilir. Veya yanlış tedavi yapar, tekrar o yanlış tedaviyi hastayı kurtarmak için bir sürü tetkikler, tahliller, hastayı gereksiz yere hastaneye yatırır (…) Sonra **diğer israflar zamandır**. Yani özelikle kişilerin meselâ bir servisten bir servise gitmesi arasında baya bir yer vardır. Meselâ şehir hastaneleri buna örnektir (Murat, İdari Personel).

Songül Hanım deneyimlerini esefle paylaşarak israfın hasta bedenindeki tahribatını göz önüne sermektedir:

> Yıllar öncesi geldi aklıma. Dâhiliye kliniğinde çalışıyordum. Asistan var bir sürü. Hiçbirinin birinden haberi olmuyordu. Yıllar 2000'i söylüyorum. Yani ilk iki yılını 2002'ye kadarki süreci. Hastaların çok mağdur olduğu, biz çalışan hemşirelerin çok mağdur olduğu olaylar oluyordu iletişim kopukluğundan. Şöyle ki; çok hasta var; 70'e yakın hasta var. Asistanların birbirinden haberi olmadan bu hastalara kan tetkiki isterlerdi. Pıhtılaşma zamanı, yok hormon iste. İste tabiki, istenecek ama diyoruz ki "biz bunu aldık". "Ben al diyorum alacaksın!" Mesele sorumsuzluk, mesele hastayı düşünmemek. O **hastaları biz sürekli denerdik**. Ay bundan çok muzdaribiz. **Kolları çürük kalırdı**. Hastalarla muhatap olurduk. Şu açıdan: Hastalara sabahın köründe, sabah ezanında başlardık spotları, tüpleri hazırlardık. Bir sürü tüp. Her bir hastaya bir sürü tüp istenirdi. Hergün günde kaç bilmem kaç sefer. Hani endikasyonu olana da, olmayana da! **Sonuçlar bir yerde toplanır toplanır, kimse sonuçlara bakmaz**, tekrar isterler, tekrar isterlerdi. **Morluk içinde kalmış insanların kolları**. İnanın bize saldıran bile oldu yani bundan dolayı (Songül, Hemşire).

Tam hasta olmadan pahalısından yazılan ilaçların da israfa yol açtığını *"Bizim hastalarımızda çok fazla oluyor; "boğazım kaşınıyor gibi oldu ilerlemeden geldim."*

Veya antibiyotiğe ısrar. Bize antibiyotik yazdırılması. Veya işte bizim kendi içlerimizde de oluyor. Hasta geliyor ***on liralık bir antibiyotikle tedavi olabilecekken elli atmış liralık antibiyotik yazma****. Bu da bir israf benim gözümde"* sözleriyle Ayşe Hanım belirtmektedir.

Tıbbi cihazların atıl kalması veya çeşitli nedenlerle kullanılmamasının da hastanelerdeki israflardan biri olduğu aktarılmıştır:

> Ya tıbbi cihazlar bir tıbbi cihazda nasıl israf olabilir? Örneğin işte hekim aşağı MR cihazı diyelim, MR cihazı aslında 24 saat çalışabilecek bir cihaz. Ancak hekim orada kısıtlama yapıyor ben diyor ki 20 hastadan başka hasta almam, 30 tetkikten başka hasta almam diyor. Ama sen oraya hemşire koyuyorsun doktor koyuyorsun veya sen oraya ne koyuyorsun işte bir sürü çalışan var yani o cihazı bekleyen. Ama hekim kısıtlama yapıyor orada; **personelin hepsi boşa çıkıyor**, **atıl kalıyor**. Yataklar meselâ: Hekim yataklarda fazla uğraşmayım fazla hasta almayayım diyor. Yataklar boş olduğu halde hastayı başka yere sevk ediyor. En önemli israflardan bunlar (Murat, İdari Personel).

Malzemenin alınıp kullanılmaması da Türkiye'deki hastanelerin bir gerçeği olarak karşımıza çıkmaktadır:

> Doktor meselâ aldırıyor malzemeyi, sonrasında bir şekilde başka bir kuruma gidiyor. Aynı bölümde farklı bir doktor hekimin aldığı **malzemeyi kullanmıyor**, markayı (…) Meselâ yeni bir cihaz alıyorsun, sana malzemeyi aldırıyor, belki ihtiyaç duymadığı halde. Bilmiyorsun çünkü her ne kadar gerek olur bilmiyorsun sen. Sonrasında üzerinden zaman geçtiğinde **bakıyorsun ki o malzeme kullanılmamış** aslına bakılırsa (Fatma, İdari Personel).

> Meselâ hekim burada işte diyor ki "şu branşta diyor şu işi yapacağım" diyor. Şu donanımı aldırıyor; bir sürü makine şey yaptırıyor, yatırım yaptırıyor, tıbbi cihaz aldırıyor. İşte malzemelerini aldırıyor**. Sonra bir bakıyorsun o hekim iki ay sonra özel hastaneye geçmiş. Ve o işlemi yapmıyor**. Ya sen ne için devleti zararı uğratıyorsun? O kadar üzülüyoruz ki. Hani madem böyle bir şey yapmayacaksın ya da hani niyetin var devamını getirmelisin. En basitinden yıllar önce mide küçültme ameliyatıyla ilgili bir genel cerrah hocamız bir alt yapı yaptırdı. İşte şey aldırdı özel cihazlar, sadece o ameliyatta kullanılan, o kadar pahalı şeyler. Fakat o **hoca gidince onların hiçbiri kullanılmadı** (Hülya, İdari Personel).

1.4. Sosyal Norm

Bu temada sosyal ahlâk ve ahlâkın topluma bakan yüzüne işaret edilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda toplumun değer yargıları, beklentileri ve inançları ile mutabakat hastane ahlâkı kavramının niteleyicileri olurken, toplumun da sağlık hizmeti alımındaki bir takım davranışları, bilinci ve algısı yine hastane ahlâkı ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. "Örf adet", "kültürel yapı", toplumsal dinamik", "toplum etkisi", "toplumsal algı", ve "kamuoyu" sosyal norm temasının kodlarıdır.

Dilek Hanım hastane ahlâkını hastaların yaşam tarzına ve gelenek göreneklerine müsamaha ile yorumlamaktadır:

> (…) Ee gelenek **görenek örf ve adetlerimiz** -esasında, çünkü hepimiz Türkiye'de yaşıyoruz, çoğunluğumuz Müslüman- işte namaz kılma hakkı vardır, ona saygı gösterirsin. Büyük bir odada yatıyorlardır. Kendi gelenek göreneklerine göre değişik yaşam tarzları vardır hastaların, ona saygı göstermek zorundasın (Dilek, Ebe).

> Zaten hastanın gelmesi, ameliyat olması, ameliyat sonrasındaki dönemi, hastane içerisindeki yatışı, gelip tedaviyi görüyor olması; hepsi bunların tıbbi uygulamalar. Ahlâkî anlamda yapabileceğimiz şey sadece kişiye hani gelen her kişinin yapısına, **kültürel yapısına, özelliğine,** hastalığına saygı duyarak yardımcı olmak (Dilek, Ebe).

Mustafa Bey sağlık hizmeti sunumunda toplumsal gerçekliğe vurgu yapmaktadır:

> Devletimiz nasıl bizim çalışmamızı belirliyorsa aynı şekilde toplumsal gerçeklere de **toplumsal dinamiklere** de bizim önem vermemiz ve bu yönde hareket etmemiz lazım (Mustafa, Hekim).

> Öte yandan çalışanlar açısından düşündüğümüzde de başta doktorlarımız, sonra yardımcı sağlık personelimizin hastanın hastaneye başvuru anından taburculuğuna kadar gelişen süreçlerde mesleğini tam olarak t**oplumsal ve değersel yargılar** açısından tam olarak yapması olarak düşünüyorum hastane ahlâkını (Mustafa, Hekim).

Ayşe Hanım toplumun gücünü *"(...) Yani şöyle artık* ***toplum her anlamda etkili"*** diyerek özetlemektedir.

Emine Hanım hastane ahlâkını hastanenin toplum nazarındaki imajı olarak algılamaktadır:

> Hastane ahlâkı denildiğinde, bu cümleyi ilk duyduğumda kafamda şekillenen; hastanın hastane çalışanlarıyla iletişiminde, çalışanların birbiriyle iletişiminde oluşan **toplumsal algınız** diye düşünüyorum. Dışarıdan nasıl anlaşıldığınız diye düşünüyorum (Emine, İdari Personel).

Emine Hanım kamuoyu eylemlerinin de hastane ahlâkı için önemli olduğunu düşünmektedir:

> **Kamuoyu baskısı** meselâ. Hastane ahlâkında önemlidir. Neden? Hani eylemler vesaire, gösteriler, medya… Hassasiyetiniz artıyor. O konuda o güne kadar farkında değilsinizdir veya farkındasınızdır da algınız o yönde çok açık değildir. Ama o konudaki farkındalığınız, algınız açılır (Emine, İdari Personel).

Kamuoyu toplumca hassas görülen konularda resmî yöneticileri konu hakkında açıklama yapmaya ve toplumsal sorun haline gelmiş bir takım yanlış ve uygunsuz fiillerin önlenmesi için siyasileri kanun yapmaya sevk etme gücüne sahiptir. Bu nedenle

kamuoyunun ahlâkı nitelendirmede etkisinin görmezden gelinemeyeceği düşünülmektedir.

Emine Hanım bölgesel geleneklerin ve anlayışların sağlık hizmeti sunumunda dikkate alınması gereken bir husus olduğunu ifade etmektedir. Bu anlamda ahlâkın yorumunun bölgesel nüanslara sahip olabildiği söylenebilir.

> Türkiye deki bölgesel farklılıkları düşünün; geleneksel yargıları düşünün. Dini inançları, sosyal eğilimleri düşünün. **Türkiye'nin her yerinde aynı kurallarla sağlık hizmetini aynı kişilerle sunduğunuzu düşünün. Her bölgede aynı anlaşılır mısınız? Her bölgede aynı anlaşılmazsınız.** Yani her şeyi çok doğru, literatüre çok uygun yapabilirsiniz ama hizmeti sunduğunuz insanları göz ardı ederseniz, karşıdan doğru anlaşılmazsanız ve çok ahlâklı bir sağlık kurumu olarak da değerlendirilemeyebilirsiniz (Emine).

1.5. Örgüt Kültürü

Hastane ahlâkının nitelendirilmesinde "örgüt kültürü" temasına ait kodların "kurum kültürü", "yönetim ahlâkı", "yönetim kültürü" ve "çalışanın kurumu etkilemesi" olduğu göze çarpmaktadır.

- **Kurum kültürü**

> Aslında her hastanenin kendi kültürü var. Aslında **her birimin de kendi kültürü var**. Senin mesela çalışma şeklin başka bir hastaneyle uymaz. Her kurumda var bu mesela. Bölümden bölüme de değişir. Genel cerrahinin sorumlu hekimi orada çalışan personelden başka şeyler beklerken -mesela temizlik yaparken bilmem ne- işte dahiliyideki sorumlu hekim başka bir şey bekleyebiliyor. O tamamıyla oradaki baskın karakterlere ve neticelere göre değişiyor (Fatma, İdari Personel).

> Hani her **kurumun zaten kendine ait bir kültürü var** (Hülya, İdari Personel).

> Tabi **kurumun kültürünü, ahlâkını içinde çalışanlar oluşturuyor**. Burada bir kurum düşünürsek; hastanın mahremiyetine önem verilmiyorsa, hasta hakkında duymuyor diye bazı şeyler aleni konuşuluyorsa bunu bu şekilde öğrenen -doktor olsun diğer personel olsun- genelde bu şekilde devam ediyor (Fatih, Anestezi Teknikeri).

> Mesela buraya kapıdan giren hastaların "bizim **burda güzel aile ortamımızı;** birbirimizle konuşurken ederken, işte doktor ve hemşire arkadaşların birbirine karşı böyle sıcakkanlı güler tutumunu, dışardan gelip gören insan haliyle daha sakinliyor benim düşüncem (Ayşe, Hekim).

Songül Hanım "*Herkes kendi ahlâkî değerine uygun davranırsa bir hastane ahlâkı ortaya çıkar."* ifadesiyle kurumsal ahlâka sahip olabilmenin yolunu işaret etmektedir.

- **Yönetim ahlâkı**

> **Yönetici çok etkili** orada sen ne kadar düzgün çalışmaya çalışırsan çalış (Fatma, İdari Personel).
>
> Saygısız bir yöneticiyle mi çalışmak istersiniz? Yoksa sizi böyle hiç saymayan, hani sürekli aşağılayan bir yönetici ile mi çalışmak istersiniz? Saygılı, **beni bir insan ve çalışan bir birey olarak gören yönetici ile çalışmak isterim** tabiî ki de (Derya, Hemşire).
>
> Eğer yeni işe başladıysan hani çalışma şeklin eğer orada şekillenecekse sorumlu hemşirenin **bakış açısından etkilenirsin**. Çünkü düzeni orada öğreniyorsun ilk geldiğin de zaten hazır bir şey var ve oradaki insanlar hemşireler nasıl davranıyorsa hastaya sen de o şekilde davranmaya başlıyorsun (Fatma, İdari Personel).

Derya Hanım ve Fatma Hanım'ın ifadelerinden anlaşıldığı gibi yöneticinin ahlâkının da çalışanı belirli bir derece etkileyeceği düşünülmektedir. Yöneticilerin bazı özelliklerinin örnek alma yolu ile çalışan tarafından benimsenmesi de muhtemeldir.

- **Yönetim kültürü**

> Mesela bir sene **yönetim değişir, bir sene sonra bakarsın ki hastanenin hizmetlerinde kalite artmıştır;** memnuniyet artmıştır. Mesela personel daha memnundur (Fatma, İdari Personel).
>
> İş anlamında böyle kişiler bazında dediğim gibi yani, **yönetimin ya da hastanenin genel olarak tutunduğu bir sistem var, insanlar buna göre şekilleniyorlar** (Yasemin, Hemşire)
>
> Ben tamamen **yönetim kaynaklı diye düşünüyorum, ahlâksızlık olayını** (Yasemin, Hemşire).

- **Çalışanın kurumu etkilemesi**

Yöneticilerde olduğu gibi çalışanlar da karakterine göre kendi ahlâklarıyla sivrilebilmekte ve iletişimde bulundukları diğer kurum çalışanlarına ahlâklarını yansıtabilmektedirler. Hatice Hanım ve Dilek Hanım bu noktayı aşağıdaki ifadeleriyle açıklığa kavuşturmaktadırlar.

> Hemşire vardır, hemşire vardır; doktor vardır, doktor vardır. Girdiği yerin rengini kendine göre belirler yani. **Bir kişinin çalıştığı poliklinikte ya da ya da serviste o kişinin rengi yansır ister istemez** (Hatice, Hekim).
>
> Şöyle söyleyeyim; **ahlâkî yapıyı olumlu kişi düzeltir, olumsuz kişi de en ahlâklı ortamı bozabilir** (Dilek, Ebe).

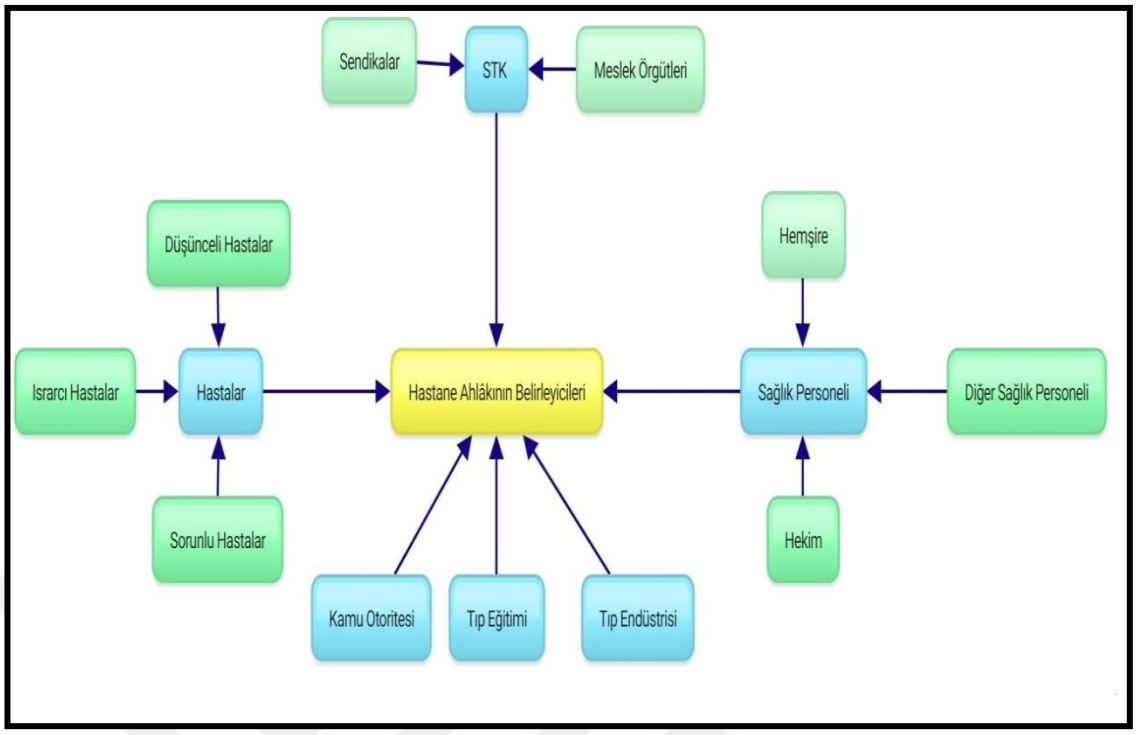
Örgüt kültürü tutumlar, davranışlar, ve örgütün hafızasında toplanmış bilgilerin, değerlerin ve normların toplamı olarak tanımlanmaktadır (Köse vd., 2001: 228). Her

örgütün kendine has, onu diğer örgütlerden ayıran bu özelliği yönetim kültürü, çalışanlar, yönetim ahlâkı ve kurum kültüründen bağımsız tutulamamaktadır. Bu sebeple katılımcıların hastane ahlâkını nitelendirmede örgüt kültürü ile ilişkili demeçleri tercih ettikleri düşünülebilir.

Hastane ahlâkı kavramının kapsam ve niteleyicilerinin incelendiği bu bölümde katılımcılar hastane ahlâkı kavramını insan ilişkilerinden bağımsız tutmamışlardır. Toplumsal değerlere uygunluğu ifade eden sosyal norm alt temasında toplumun ahlâkî yaklaşımının hastane ahlâkından kopuk olamayacağı katılımcıların vurguladıkları hususlardan biri olmuştur. Hastanelerde iş ahlâkı özellikle çalışanlar açısından, mahremiyetin ise hastalar açısından ahlâkı nitelediği görülmüştür. Örgüt kültürü hastanenin kurum iklimini ve kurum kültürünü yansıtması açısından hastane ahlâkını niteleyen bir değer faktördür.

2. HASTANE AHLÂKININ BELİRLEYİCİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

"Hastane ahlâkının belirleyicileri nelerdir?" sorusuna verilmiş cevaplar ve bu cevapların örneklendirmeleri ile açıklamalarından oluşan temalar hastane ahlâkının belirleyicileri olarak temalandırılmıştır. Bu temalar; "sağlık personeli", "hastalar", "sivil toplum kuruluşları", "tıp endüstrisi", "tıp eğitimi" ve "kamu otoritesi" olarak dizayn edilmiştir. Bahsi geçen tema ve alt temalar Şekil 5'de görselleştirilmiştir.



Şekil 5. Hastane Ahlâkının Belirleyicilerine İlişkin Kavram Haritası

2.1. Sağlık Personeli

"Sağlık Personeli" temasının altında "hekimler", "hemşireler" ve "diğer sağlık personeli" alt temaları bulunmaktadır.

2.1.1. Hekimler

Hekimler uzmanlık bilgileri nedeniyle hastanelerde hasta üzerinde karar verici mekanizma olarak en büyük otorite sayılabilir. Bilgi gücü ve pozisyonlarını kullanarak toplumca ve yasalarca hoş görülmeyen bir takım fiillerde bulunabilmektedirler. Bunun yanında mesleğin saygınlığı ve gerektirdiklerinden hareketle özveri olarak güzel karşılanabilecek hasletlere de sahip olabilmektedirler. "Hekimler" teması da "kişilik", "malpraktis" ve "maddi menfaat" olarak üç alt temaya ayrılmıştır.

- **Kişilik**

Bu alt temada katılımcıların, hekimlerin kurum içi veya kurum dışında hasta ve hastane ile ilgili kişiliklerinden (hırs, vicdan, kibir vb.) kaynaklanan ahlâkî durumlara yönelik düşünceleri dile getirilmiştir.

Kibir meselesi hekimlere yöneltilen eleştirilerden bir tanesidir. Songül Hanım hekimlerin tıp fakültelerinde öğrenciyken kendilerini aşırı özgüvenle beslediklerini

söylemektedir:

> (…) Doktorlar zaten öyleymiş ya; ta tıp fakültesinden itibaren eğitiminde "siz ve diğerleri" derlermiş. E öyle bir özgüven **aşırı bir özgüvenle** zaten onlar mesleğe başlıyor, okuyorlar. Öğrenciyken başlıyorlar. Tabi kişilikler farklı olunca kibirli olanlar olabiliyor. Onu davranışına yansıtanlar olabiliyor. Benim de çalıştığım yıllarda oldu çok. Çok alçak gönüllü, **çok ahlâklı, mütevazı** insanlar da var hekim olarak. Çok şey olan da; **ters, kibirli**; işte olanlar da oluyordu. Yani, insan farklı oluyor. Doktorlar arasında oluyor (Songül, Hemşire).

Yine kibirle ilgili olarak Ahmet Bey hekimlerin hastayı küçük görmelerine ilişkin yorumlarda bulunmuştur:

> Bir kere doktor hastayla kuracağı iletişimde hastayı **küçük görmemeli**, ezmemeli. Hasta onu korkutmamalı. Hastaya yaklaşırken bir kere doktorların bazıları korkuyor. Ki, haklı sebepler. Türkiye o seviyeye o olgunluğa gelmedi. Doktorların birçoğu da **hastayı küçük görüyor**. **Kendisini üstün bir konumda hissettirmeye çalışıyor**. Ve **kendini gerçekten üstün görüyor** ve bunu da yapmamalı. Bunlar zaten alt edildiği zaman düzgün bir hastane ortamının oluştuğunu da gözlemleyebiliriz Türkiye gerçekçiliğinde. Ama şuan itibariyle öyle bişey söz konusu değil (Ahmet, Hasta).

Üniversite hastaneleri ile ilgili olarak *"Çünkü özellikle üniversite hastanesinde çalışıyorsan eğer, meselâ akademik personel idari iş yapan personele bakarken sanki böyle **daha üsttenmiş** gibi davranır ve ben bunun çok ahlâkî olduğunu düşünmüyorum"* açıklamasında bulunan Fatma Hanım, hekimlerin kibrinin idari personele yönelik davranışlarında daha baskın olduğunu vurgulamaktadır.

Hekim kişiliği ile ilgili Songül Hanım hastane tecrübesini paylaşmıştır:

> Ben annemi götürüyorum. Anlatamıyorum derdimi yani. Anlatamıyorum. İletişimde sıkıntı var. Bir tane psikriyatri doktoruna gittik. Annemi götürdüm: Allah'ım Ya Rabbim, ayy kadın öyle bir basit bir laf konuştu ki, kullandı ki, yani çok özür dilerim. Sokak kadını nasıl konuşursa öyle. Annem bitti annem. Ya psikriyatri bu ya. Senin bir göz temasın önemli hastayla. Annem bitti, annem koptu yani. Ordan çıktık biz. Tedavi? Neyin tedavisi? Yani ne alâkası var, annem derdini söyleyecek, "hani çok üzülüyorum, her şeye kafamı takıyorum." İlaç kullanıyordu zaten. Onu yazdıracağız. **"Ne şikâyetin var? Eşin var mı senin? Yok. Ha "senin dırdırını kim çeker."** Haydaaaa! Annem de var ya, annem de okumuş kadın. Öyle şeyden hazzetmez yani. Çok önemli iletişim onun için. Bir sokak kadını ağzıyla kadını bitirdi, olayı yani. Bir de zaten kapı açık, başka hasta var kapıda. Sekreter de var personel. Yani ayyy. Kişilikle ilgili. Her doktor böyle değil. Tabiki değil. **Çok harika, çok harika insanlar da var hakikaten**; saygı duyulası (Songül, Hemşire).

Hekimlerdeki hiyerarşik düzen ve astını ezme davranışına dair Fatma Hanım ve Özlem Hanım aynı minvalde görüş belirtmişlerdir:

> (…) Çünkü adam diyor ki "ben" diyor "böyle gördüm" diyor. "Bana da böyle

yaptılar, ben de sana böyle yaparım" diyor ve kültür (araştırma görevlisi hekim-öğretim üyesi hekim ilişkisi) gerçekten de böyle aktarılıyor. **Çünkü sonrasında diyor ki "ben" diyor "böyle görmüştüm, ben de böyle yaparım diyor." Adam. Yani ben 8 aylık hamile bir kadına, çarşıdan hocasının yemek getirtip sırf onu seçtiğini biliyorum: Yürüyerek getirdiğini. Kadının nefes nefese kaldığını biliyorum. "Sen getireceksin" diyor meselâ, "sen alıp geleceksin" diyor.** Yani! "Çünkü" diyor "ben de bunları yaşamıştım" diyor. "Sen de yaşayabilirsin" diyor yani (Fatma, İdari Personel).

Bu adamlar bence hocaların altında ezilip hani özellikle küçük illerdeki arkadaşlar yeni uzman olmuşlar buraya atanıyorlar. Ne yapıyorlar? Bu adamlar hep eziliyor. 6 yıl boyunca eziliyor. Oradakiler eziyor eziyor eziyor. Adamlar buraya geliyor. Kendi profesör gibi; her bölümün doktoru profesör gibi çalışıyor. Altında bir sürü hemşire, sekreter, çoğu da bayan. E ezmek daha kolay oluyor, anladınız mı?(Özlem, Hemşire).

Hekimlerin çalışma şartları ve mesleği icra ederken karşılaştıkları zorluklar ile gösterdikleri özveriler ve yaptıkları iyiliklere ilişkin görüşler şunlardır:

Yani ahlâkî anlamda ben şunu söyleyeyim: Ameliyat ettiğimiz hastanın büyük kan kayıpları karşısında çoğu zaman ameliyatı yapan cerrahlar eğer kan grupları tutuyorsa çıkıp **hastasına kan vermiştir**. Sonra gelip ameliyatına devam etmiştir. Bu büyük özveri ve fedakârlıktır (Mehmet, Hekim).

Yabancı hastaya MR çekilmesi gerekiyor. **Çıkarıp cebinden o hastanın MR ücretini ödeyen arkadaşımız** veya işte bizim Filistinli hastalarımız oldu o savaş döneminde. Oradan geliyor adamlar yiyecek ekmekleri yok, ya da yapacakları bir şey yok. Hani hocalarımızdan bir tanesi meselâ beni çok duygulandırmıştı: **Bir zarfa koydu meselâ, bunu o hastaya götür diye**. Hani kendisi bile vermeden beni aracı koyarak işte hastaya böyle **yardımda bulunmak istemişti**. Açıkçası vicdanlı olduğunu düşünüyorum onların. Bir tek hastalık açısından değil de o kişinin farklı şeyleri ihtiyaçları açısından da. Hani bir tek para değil aslında **manevi olarak da destek var** (Ayşe, Hekim).

O iş sadece para aldım onun karşısında şunu yapmam gerekiyor gibi bir iş değil. **İşte gecenin 11'inde de aranabiliyorsunuz, gecenin 3'ünde de aranabiliyorsunuz**. Telefonun ucunda sizden bir şey bekleyen yardım bekleyen birisi var. Gecenin 3'ünde meselâ bir oto tamircisine gidin ne yapar? Adam "kardeşim yarın gel" der (Mustafa, Hekim).

(…) Tabi güzel davranışlar da var kesinlikle. **Gerçekten canla başla çalışan** hiç parayı umursamayan ben çok hekimlerle çalıştım yöneticilik yaparken. Hiç umurunda olmazdı yani. Paraya bakmazdı, yani yatırdığımız dönere. Maaşını bile bilmeyen insanlar var. Tamamen **kendini bilime adamış** bu alanda çok çalışmış **örnek gösterilebilecek çok, çok adam var** (Murat, İdari Personel).

- **Malpraktis**

"Malpraktis" temasının içeriğini hekimlerin bilgisizlik ve deneyimsizlikten kaynaklanan yanlış, eksik ve ihmâle dayalı uygulamaları oluşturmaktadır.

Hülya Hanım hekimlerin hastayı korkutarak gereksiz ameliyatlar yapabildiğini *"Performansa dayalı ödeme sistemi yüzünden bu tarz şeyler belki bıçak parası olarak*

değil de, gereksiz işlemlerin yapılması olarak karşımıza çıkabiliyor. Meselâ hastanın atıyorum ameliyat olmasına belki ihtiyacı yok ama hekim o dönemde kendi performansını arttırmak için hastayı korkutaraktan hani o ya ***ameliyata ikna edebiliyor hastayı****. Ya da gereksiz tahliller tetkikler yaptırabiliyor"* şeklinde açıklamaktadır.

Songül Hanım bizzat şahit olduğu dikkatsizlikten kaynaklanan yanlış bir ameliyat girişimini anlatmıştır:

> Ameliyathanede çalışıyordum; göğüs cerrahisinde. Ameliyata hasta geldi, hazırlandı. Baya uzun; onun ameliyat öncesi cerrahi öncesi anestezi hazırlığı. Pozisyon veriyor, sonda takıyor. Anestezi hazırlıyor; ona göre bir şeyler bağlıyorlar, takıyorlar. **Ameliyata çömez asistan başladı. Açtı, toraksı. Şefi çağırdı. Kıdemli geldi. Geldi filme baktı. "Oğlum ne yaptın sen?" dedi. "Yanlış yeri açmışsın" dedi.** "Bu taraf açılacaktı" dedi (Songül, Hemşire).

Ayşe Hanım hekim olarak kendi meslek grubunda istenmeyen hadiseler olabildiğini aktarmaktadır:

> **Bazen gerçekten bizim hatalarımız oluyor. Ben kendim meselâ hani doktor yakını olarak annemi götürüyorum. Bazı istemediğim şey muamelelelre de ben de karşılaştım.** Hani hiç istemeyeceğim, hiç karşılaşmak istemeyeceğim durumlar. Bu tarz durumlar da görülebiliyor hani (Ayşe, Hekim).

Aşağıda katılımcıların malpraktise ait deneyimleri yer almaktadır:

> Bazen çuvaldızı da kendimize batırmamız gerekiyor veya bazen oluyor. Dedim ya, günün yorgunluğundan ben bile yapıyor olabilirim bunu. **İşte gün sonu oluyor kafan allak bullak oluyor, hastaya yeterli, verimli olamayabiliyorsun, şey yapabiliyorsun. Bazen bizim de hatalarımız oluyor** (Ayşe, Hekim).

> Adam belinden rahatsız olup doktora gidiyor. Direkt ameliyata alıyor adam yani. Acil bir şekilde almak için de şöyle bir yalan söylüyor meselâ: Bu adam diyor felce gidiyor, ayakları tutmuyor falan diye şey yapıyor (…) **Ondan sonra kapatıp ameliyat etmiş gibi ameliyat etmediği halde ameliyat etmiş gibi davranan.** Ya bu adam bir hafta fizik tedavi görse iyileşecek yani (Fatih, Anestezi Teknikeri).

> Urfa'da çalışıyorum, çocuk hastanesinde. Down sendromlu bir çocuğumuz var. Eks oldu olacak. **Doktoru arıyoruz arıyoruz, doktora diyoruz ki hasta kötü gel. Doktor gelmiyor**. 10 defa falan aramışım en az doktoru. **En sonunda hasta eks oldu**. Doktora dedim ki : "Doktor hasta eks oldu" dedim. Doktor bey öyle geldi. Eee biz müdahale içindeyiz, müdahale yerindeyiz. Ölmüş hastaya doktor müdahale etti. Gerek ilaçları vs. "şunu çekin, bunu geçirin, bunu yapın." Hasta yakınları görsün diye (Derya, Hemşire).

> Kendim meselâ rahatsızlığım vardı. Cildiye uzmanına gittim. Hiç benimle ilgilenmedi. İlaç verdi gönderdi. O ilacı içtim akciğer ödemi oldum, bir sürü sıkıntılarım oldu. Sonrasına özel bir doktora gittim. Özele gittim burada. Dedi ki **yanlış ilaç vermiş** (Özlem, Hemşire).

> (…) **İşte hasta arrest oluyor yani solunumu duruyor, kalbi duruyor. Bu**

durumu hekime iletiyorsun tamam gelirim, gelirim! Ya da telefonu açmıyor. Hasta kaybediliyor (Özlem, Hemşire).

Yani gördüğüm şahit olduğum çok üzücü bir olay oldu. Vefatına bir tane doktor arkadaşımızın neden olduğunu düşünüyorum. Olay şuydu: **İhmal vardı olayda**. Gece takip ediliyor ama yeterli takip edilmemiş gece boyunca nöbet esnasında arkadaş **ayakta kalması gereken saatte uyuya kalıyor**. Ayakta kalması icap eden saatte gidip hastaya bakmadığı için normalde sezeryana alınması gereken bir hasta normal doğum için bekletiliyor. **Acil sezeryana alınması gerekiyor ama acil sezeryana alınmadığı için o iki saatlik süreçte hem bebek vefat ediyor, hem anne vefat ediyor**. Yani bu meselâ benim için çok üzücü bir deneyimdi (Ayşe, Hekim).

Boğazımda guatr çıktı. **Burada gittim hastaneye, kanser dediler** (…) Ankara'da bir bayan doktor buldum genel cerrah. Gittim görüştüm kendisiyle. Vardım baktı; "**Bunun kanserle ilişkisi yok**" **dedi.** Ve kadın profesör şu cümleyi kullandı: "O şerefsizlere varayım da sorayım, üniversitenin hangi kapısından almış diplomayı" dedi. "Hatta ben bir de sana epikriz yazayım" dedi; rapor. "Git mahkemeye ver" dedi. "Çok da para alırsın" dedi. Çünkü manevi olarak seni çökertiyor. Gerçekten sıradan bir insanın kulağına varıp da ya sen kansersin dediğin zaman yani. Hele 15 gün neler hissettiğini, nasıl bir psikoloji içerisinde olduğunu kimse anlatamaz (Serkan, Hasta).

- **Maddi Menfaat**

Bu kısımda bulgu olarak "maddi menfaat" alt teması altında hekimlerin gelirlerini performans ve diğer sistemsel/yasal boşlukları kullanarak ya da çeşitli şekillerde yasal olmayan "bıçak parası" gibi yollardan artırma, farklı şekillerde "menfaat elde etme" çabaları, "gelir azlığı şikâyeti" ve "maddiyata tamah" konularının toplandığı görülmektedir. Katılımcıların beyanları şöyledir:

Performans sistemi bazı katılımcılara göre hekimlerin maddi menfaat dürtülerine kaynak olmuştur:

(…) Daha sonra **ne kadar çok hasta bakabilirim onun derdinde** doktor. Çünkü bundan performans elde ediyor (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Meselâ bazı hekimlerimiz vardı. Bu performanstan önce yüz hasta muayene ederken, diğer hekimimiz ben yoruluyorum diyorum diye 20 hasta bakabiliyordu. Ama ne oldu sonra performans çıkınca? O 20 hasta bakan hekim de 100 hasta bakmaya başladı. Bu sefer **yarışa girmeye başladılar**. Bu sefer ne kadar verimli bakıyor? (Sibel, Hemşire).

Şimdi meselâ **performans için sık hasta çağırmalar** bakılan hasta sayısı yüzünden değil, kazandırdığından dolayı. Hani yapmadığın şeyi abartıp göstermeler, insanların şeyine göre değişiyor tabi (Meryem, Hekim).

Gelirimi nasıl daha fazla arttırabilirim? Örneğin işte birinci basamak yoğun bakım hastasını üçüncü basamağa sokabilmek zorlayarak oraya sokabilmek. Normalde o birinci basamak veya bir baypas ameliyatı bir sürü çeşidi var. Baypas ameliyatını en yüksek düzeyde puanlandırarak yüksek puan almak (Murat, İdari Personel).

21 yıllık çalışma hayatım bak diyorum ve en yakın birinci derece yakınımın da hekim olduğunu düşünerek bunu söylüyorum. **Para varsa ahlâk kayboluyor** bence. Her şey için geçerli, sadece sağlıkta değil yani (Özlem, Hemşire).

Bıçak parasının ülkede yerleşen olumsuz bir alışkanlık olduğu göze çarpmaktadır:

Hocanın bir tanesi şey yapıyor. Ameliyat yapacak ondan sonra tabi bu hoca hakkında duyumlar alıyoruz işte elden para alıyor falan diye. Söyleniyor ama hani biz çok itimat etmiyoruz. Yok diyoruz, o kadar değil hani. Sonra bir hastanın biri gerçekten zor durumda falan. Ameliyat olmak zorunda kalıyor. İşte bir şekilde ona ulaşılıyor. Diyor ki **"ameliyat yaparım fakat iki tane üçlü burma bileziğinizi alırım"** diyor. Burma bilezik alalım, bu kişiye ameliyatı kabul ettiğimizi söyleyelim, siz de gelin diyorlar. Hakikaten **o bilezikleri o alırken yakalandı** (Hülya, İdari Personel).

Bıçak parası olayları şu an oluyor hâlâ. Yani şu şekilde oluyor. Adam özel hastaneyle anlaşmalı oluyor, bu ameliyatı en iyi yapan insanlardan birisi oluyor. Devlet kurumunda normalde işte ücretsiz olması gerekirken adam diyor ki senin ameliyatını en iyi ben yaparım. Ama diyor işte elli milyar. Ya mecbur oluyorsun. Kanser ameliyatı oluyor, en iyi insana olmak istiyorsun (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Benim kayınpederin başına geldi. Dreni çekilecek (istenmeyen sıvının ait olmadı yerden tahliyesi) ameliyattan sonra. Hoca diyor ki "**benim adıma şu kadar para yatırıp gelsin" diyor**. Ameliyat bitmiş şey olmuş. Küçük bir ameliyat olmuş ama ondan sonra o da asistanı, hoca fark etmeden "gel ben çekeyim hocaya görünmeden git taburcu ol" diye öyle bir iyilik yapmış (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Kayın validemi ameliyat yaptırdık devlet hastanesinde. **Doktor bir de kendi-para istedi bizden, çıkarttık verdik** (…) Alınmaması gereken bir paraydı. Ya zaten devletten alıyor ki. Yani devlet sana gerekli maaşı veriyor, döneriyle veriyor; her şeyiyle veriyor zaten. Nöbet paranı veriyor, herşeyini veriyor. Senin bu hani, yasal olmuş olsa bir makbuz koyar devlet sana; makbuzu kes (Derya, Hemşire).

Hüseyin Bey hekimlerin ekonomik şartlarından memnun gözükmemektedir:

10 bin lira işte, diyorum ya döneriyle beraber nöbetiyle, nöbet parası bilmem nesi işte. Tuttuğun nöbetler falan hepsi birleştikten sonra 10 bin lira kazanabilirsin en fazla. Ki artık o da yok. **Giderek her seferinde düşüre düşüre şuan 7-8 bin lira anca kazanıyor** (Hüseyin, Hekim).

Sibel Hanım da kendi penceresinden hekim olan Hüseyin Bey'in düşüncelerini eleştirir tarzda fikrini beyan etmektedir:

Maalesef ki bu eğitim süreçleri o kadar o uzun ve zor bir süreç. **Sonrasındaki beklentileri çok da fazla. Halkın da ondan beklentileri fazla. İşte hekimseniz altınızda BMW'niz olmanız gerekiyor. Mercedesiniz olması gerekiyor. Hekim iseniz çok para kazanıyorsunuz, algısı var.** İster istemez bir süre sonra kendilerinde de "evet benim çok para kazanmam gerekiyor" psikolojileri oluyor. Bu da ne kadar ahlâklı oluyor? O kısmı soru işareti yani (Sibel, Hemşire).

2.1.2. Hemşireler

Hemşireler yardımcı sağlık personeli içinde hastaların en fazla muhatap olduğu çalışanların başında gelmektedir. Hemşirelerin ahlâkın belirleyiciliğine ilişkin bulguları "hemşireler" teması içerisinde verilmiştir.

Sibel Hanım hemşirelerin sorumluluktan kaçınmalarına ilişkin *"Ben kendim de hemşireyim. Meslektaşlarıma öz eleştiri bu: Bizler de şunu yapıyoruz; işimize kolay geliyor, sorumluluğu birine atmak. Yani "sorumluluk bende değil, hekim söyledi yaptım" demek çok kolay.* ***Ve yaşam şekli de böyle oluyor insanların. Çünkü bu sefer sorumluluk almıyorsunuz; "Hekim söyledi, yaptım." Ama hasta bakımı tamamen hemşirenin üzerinde aslında. Hastayla yüzyüze gelen ve yapması gerekeni bilmesi gereken de hemşire. Ve "hekim söylemedi, yapmadım" deyip kendimizi kenara çekmek çok ahlâklı davranış değil. Zaten doğru da değil. Olması gereken de bu değil."*** sözleriyle hemşirelerin sorumluluktan kaçınmalarını doğru bulmamaktadır.

Fatma Hanım'ın *"(...) Hemşireler için de aynı şey var. Nedense insanlar soru sorarken çekiniyorlar, sanki lütuf edecekler de… Böyle bir problem var bence yani"* ifadesi hemşirelerin bir korku objesi olarak algılandığı izlenimi vermektedir.

Songül Hanım ve Derya Hanım hemşirelerde alışılagelmiş nöbet olumsuzluklarını deneyimleriyle destekleyerek sunmaktadırlar:

> Ben nöbete gelirdim. Bakıyorum hastanın şeyleri stabil; tansiyon takibi meselâ. Tansiyonu meselâ 13/8. Arkadaş almış almış gündüz boyunca. Hep stabil seyrediyor. Ben geliyorum nöbete alıyorum; 19/10, 19/12; yüksek tansiyonu. Şimdi ben geldim diye birden bire mi çıktı bu hastanın tansiyonu? **Yüksek çıkan tansiyonu normal olarak yazıyor ki, uğraşmayayım diye.** Bu ahlâk olur mu? E ben onu başlıyordum, bütün gece uğraşıyordum ya. Benim nöbetim kötü geçerdi; berbat geçerdi arkadaş. Tüm nöbetim kötü geçerdi. 13/8 yazsam ben de, benim de stabil geçerdi. Meselâ! Ama ben ahlâk dışı davranmış olurdum (Songül, Hemşire).

> **Bir tane arkadaşımız vardı meselâ nöbetlerde, tansiyon almaz atardı (ölçmez, rastagele yazardı) meselâ.** Belli oluyordu zaten yaptığı da. Hastalardan her nöbet çıkışında şikâyet alıyorduk. "Bizim yanımıza bile gelmedi, tedavimizi bile yapmadı" diye (Derya, Hemşire).

Songül Hanım'ın hemşirelerin saygınlığı ve hatalarına ilişkin yorumu şöyledir:

> Hacettepe'de hep duyarım. Hemşire çok saygındır. Çünkü bilgilidir. Aslında onunla da ilgili. Çok bilgilidir, kendinden emindir. Herkes saygı duyar. Bilgi; güç, saygınlıktır. Hekim de sayar. Her yeri genellemiyorum ama bizim de hatamız var. **Hasta sana işte "şeker hastalığı nedir?" diye sorduğunda ben**

bilmem hekime sor" dersen tüh yani! O zaman tabi hemşire hiçbir şey bilmiyor! Niye ya? Sen bunun eğitimini aldın. Unuttun! Aç oku yani. Atıyoruz; "hekime sor!" (…) Biz de kendimizi öyle bir bilgisiz ve pasif ettik ki yani (Songül, Hemşire).

Katılımcıların diğer ifadeleri aşağıda verilmiştir:

Hani "gideceğim sadece tansiyon ölçeceğim, ateş ölçeceğim, onu da bir yere kaydettim. Doktorun söylediği iğneyi de yaptım bitti". Hayır! Meselâ hemşirelik bakım hizmetleri dendiği zaman bunun içerisinde hastanın psikolojisinden tutun beslenmesinden tutun; kültürü, konuşması her şey var (Emine, İdari Personel).

Hemşireler…**Yani hasta beni günde 24 saat görebiliyor ama doktoru iki ya da üç kez görüyor. Doğal olarak o aldığı hizmet, işte hastanenin ahlâkı ya da ahlâksızlığı konusundaki düşüncesi buna göre şekilleniyor çoğunlukla** (Yasemin, Hemşire).

Yoğun bakımda kaldığımda bir tane hemşiremiz vardı. Ben adını "pamuk hemşire" koymuştum. Gerçekten kız kapıdan girdiği zaman… İnsan yirmi dört saat güler mi ya? Hiç mi canın sıkılmaz veya hiç mi moralin bozulmaz? Güler, kim gelse bir şey isterse. Pamuk hemşire dedik mi gelirdi "buyur" diye. Ya hiç mi ağzından bir kırıcı söz çıkmaz veya ne bileyim moralin bozuk olmaz ya? Onun nöbetçi olduğu gece gerçekten sevinirdik (Serkan, Hasta).

2.1.3. Diğer Sağlık Personeli

"Diğer Sağlık Personeli" temasında özel olarak hekim ve hemşirenin dışında kalan personel veya bunlardan bahsedilmeyen, genel manâda sağlık personeline ait düşüncelerin yer aldığı görüşler bulunmaktadır.

Sibel Hanım *"Sadece hekim değil, tamamen hepsi bir yani. Şöyle düşünün, içerdeki ahlâkî yapıda sadece hekim olamaz, hekim, hemşire, temizlik personeli, güvenlik, hepsi içinde bir bütün olması gerekiyor"* diyerek ahlâkî yapının bütün personelin bütünleşmesi olduğunu anlatmaya çalışmaktadır.

Emine Hanım da hastane ahlâkını belirlemede bütüncül yaklaşımı benimsemektedir:

(…) İşe sahip çıkmayı, hastaya, hastaneye, kuruma sahip çıkmayı öğrenciyken sindirip öyle göndermek lazım sahaya. Ondan sonra ne yapıyor? **Hemşire olarak gelen tek görevini ateş ölçmek zannediyor. Sağlık yönetimi okuyan direkt müdür olarak geleceğim sendromuyla geliyor. Tıp bitirip gelen yarı tanrı sendromuyla geliyor.** Hastanenin ahlâkını kim belirliyor? Bu insanlar belirliyor (Emine, İdari Personel).

Mustafa Bey'e göre hastane personel sayılarının yüksek olması ve personelin

kişilik farklılıkları hastane ahlâkını etkilemektedir:

> Şöyle söyleyeyim bizim hastanenin toplam 1600-1700 kişi çalışıyor hastanemizde. 500 yataklı bir hastaneyiz. **Tabi insanların aile ortamları, bu 1600-1700 kişinin herkesin yetişme biçimi, doğumdan gelen kişilik özellikleri farklı. Bugün hastanemizde günlük 6000 hafta içi, hafta sonları 2000 sadece acil olarak hastaya hizmet verilmekte. Bu hastaların da hepsi belli değer yargılarından, belli yetişme ortamlarından geldiği için ister istemez kişiliklerin bu hasta ve hekim ilişkisinde personel ilişkisinde önemli yadsınamaz bir yeri var** (Mustafa, Hekim).

Serkan Bey hastaların daha fazla muhatap olduğu hekim harici sağlık personelinin imaj ve davranışlarının önemini *"Hemşire olur, sağlık bakıcıları olur, hasta bakıcıları vesaire. Bunlar da çok önemli. Çünkü sen doktorla belki günde bir sefer iki sefer muhatap oluyorsun vizit mizitte. Ama bakıcılarla hasta bakıcılarla veya şeylerle oradaki çalışan personelle devamlı iç içesin devamlı bunların bakışı çok önemli"* sözleriyle vurgulamak istemiştir.

Hatice Hanım sağlık çalışanlarının çoğunun empati, merhamet ve vicdanlı olduğunu düşünmektedir:

> On yıldır sağlık personelinin içindeyim iyi kötü. **Sağlık personellerimizin hemen hepsinin de empati sahibi olduğunu düşünüyorum.** Yani gelen hastayı kendi yerine koyabiliyor, hatta aşırı merhamet gösteren sağlık personelleri de var. Sanıldığı gibi de sağlık çalışanları öyle vicdansız değil. Tek tük bir tanesi çıkıyor, karalamaya yetiyor. Hani o kötü reklam ama sağlık çalışanlarının çoğunun empati gücü çok yüksek (Hatice, Hekim).

Mehmet Bey'e göre genç nesil sağlık çalışanlarının olumsuz davranışları yaşlı hastalar açısından sıkıntı oluşturabilmektedir:

> (…) Zaman zaman olumsuzluklarla karşılaşmıyor değiliz. **Özellikle genç nesil bunu çok anlamıyor. Çoğu zaman hastalara olumsuz cevap veriyor, ters cevap veriyor, bazen fırçalıyor**. Tabi yaşlı başlı insanların zoruna gidiyor bunlar (Mehmet, Hekim).

Özlem Hanım insanla uğraşmanın zorluğuna değinerek sağlık personeli için vicdanı şart koşmaktadır.

> **Ya sağlıkla ilgili uğraşıyorsanız, eğer sağlık camiasındaysanız birincisi zaten vicdanınız olmak durumunda. Vicdan olmadığı yerde olmaz**. Çünkü insanla uğraşmak kadar zor bir şey yok. Yani bir aletle bir şeyle şununla bununla uğraşırsın ama insanla uğraşmak apayrı bir şey; kesinlikle vicdan gerekiyor. Yani vicdanın olmadı mı her türlü şeyi yapabilirsin. Ne bileyim ilacını yere düşürebilirsin, ilacını geç vakitte yapabilirsin, yanlış ilaç yapabilirsin, bu tür şeyler. İnsanla çalıştığını unutmamak gerekiyor (Özlem, Hemşire).

Fatih Bey ise hekimlik başata olmak üzere sağlık personelinin fedakârlıklarına

vurgu yapmaktadır. Fedakârlığın ahlâkî bir haslet olduğu düşünüldüğünde sağlık personelinin ahlâkı belirlemedeki etkisi daha net anlaşılabilmektedir.

> Hekimlik özellikle ya da diğer sağlık mesleğinde olan bir insanlar… Zaten fedakârlıkla başarılı olabilirsin. **Fedakârlık yapmak zorunda kalıyorsun**. Hastayı bırakıp gidemiyorsun mesain bitiyor ama sen gidemiyorsun, ya da çoğunlukla ameliyatı yarım bırakamazsın. Yani bunu kapatayım da yarın gelince devam ederim diyemezsin, mecburen fedakârlık yapıyorsun. **Ya nelerden fedakârlık yapıyorsun? Kendi ailenden, zamanından, sağlığından fedakârlık yapıyorsun. Dışarıdan gelen insanlar çoğunlukla rapor almaya geliyor mesela ama sen hasta olduğun zaman rapor alamıyorsun yani**. Hasta hasta hastanede çalışmak zorundasın. Öyle hissediyorsun kendini. Yani fedakârlıklar çok fazla (Fatih, Anestezi Teknikeri).

2.2. Hastalar

Hastaların hastane ahlâkında belirleyici olmasına dair bulgular "düşünceli hastalar", "sorunlu hastalar" ve "ısrarcı hastalar" şeklindeki üç alt temadan oluşmaktadır.

2.2.1. Düşünceli Hastalar

"Düşünceli Hastalar"; "hakiki hasta", "minnettar olma", "kendini bilme", "hizmet aldığı kişileri arayıp sorma" kodlarıyla oluşturulmuştur. Katılımcıların görüşleri şunlardır:

> Bir gerçek hastalar var; adam **hakikaten hasta** bir doktorun ilgisine bakımına tedavisine tesellisine muhtaç. Ama bir de böyle hasta olmadığı halde çeşitli sebeplerle hastanelere gelen, acilleri işte şu son senelerde olduğu gibi meşgul edenler var (Ali, Hekim).

> Bir tane teyzemiz vardı. Çok böyle ileri KOAH'lı. Teyzem gerçekten çok sıkışık: Hani böyle artık son dönemleri; vefat edecek belli. Ben sürekli yanına gidip geliyorum, kadın bana dua ediyor. Diyor ki "kızım artık yanıma gelme, sen de çok yoruldun, git biraz dinlen." Bu o insanın **kendini bilmesi**. Biliyor ki kendi vefat edecek. Kendi de farkında aslında, kendi de bunun farkında, sizi yormaktan çekiniyor. Sizin hakkınıza girmekten çekiniyor (Sibel, Hemşire).

> Bir tane de erkek hastamız vardı. Bir insanın bakışından böyle minnettar olduğunu görmeniz de çok güzel bir şey. Meselâ bir hasta hiç nefes alamıyor. Artık karbondioksiti çok yükselmiş. Gece biz ona işte bazı cihazlar var onları taktık. O zaman hekim falan yok, sabaha kadar başında bekledik. Sabah o gözündeki hani kendine gelmiş hali; rahatlamış. O **minnettarlık…** Görmen yeter, yetiyor yani. İşte orda onu hissetmek beni acayip mutlu ediyor. Ne güzel. O insan gözleriyle teşekkür ediyor. Bu çok güzel bir şey (Sibel, Hemşire).

> Meselâ burada yardımcı olduğumuz bir teyzemiz var. **Arar sorar Allah razı olsun.** Köyde yaşıyor. Oradaki işte sürekli şey yapar çağırır. İşte size yemek hazırlayım; ondan sonra elinde ne varsa. Köylü vatandaş yani. Böyle güzel şeyler de oluyor yani (Mustafa, Hekim).

2.2.2. Sorunlu Hastalar

Sorunlu hastalarla ilgili sınıflandırılan bulgular "saygısızlık", "şiddet eğilimi", "ego", "anlayışsızlık" ve "şikâyet mekanizmasının suistimali" şeklindeki kodlardan oluşmaktadır.

> Sağlık çalışanlarının hepsinin üzerinde çok büyük yükler var (…) Gün içerisinde bir sürü **saygıyı bilmeyen, üslubunu bilmeyen, ahlâk sınırları olmayan**, saygı şeyini çok rahatlıkla aşabilen insanlarla karşılaşıyorlar (Hatice, Hekim).
>
> Adam dışarıda ağzına geleni sayıyor, içeri geliyor sus pus böyle. Sekreterlere sayıyor. Sana gelince sus pus. Ben artık birkaç demiyorum. Hani o sus pus kalmış artık. Diyeceğini demiş. Yani görülmediğini falan sanıyor, duyulmadığını. Dışarda konuşuyor: "**Bunları işte boşuna öldürmüyorlar**" İçeri giriyor böyle, hani sanki o lafları etmemiş gibi. Artık böyle siz de yüzsüzleşiyorsunuz (Meryem, Hekim).
>
> Öyle bir duruma geldik ki, **hasta geliyor istediği şeyin yapılmadığı anda şiddete başvurabiliyor. Saygısızlığa başvurabiliyor, sözel, fiziksel, her türlü şeye başvurabiliyor** (Hatice, Hekim).
>
> Biz çok eğitimli ve çok fazla bizi yoran insanlar da gördük. Meselâ **camı çerçeveyi indiren, hemşire hanımın odasına kendini kilitlediği** şeyler de yaşadık (Sibel, Hemşire).
>
> Sırf rapor vermediniz diye ilaç yazmadınız diye **bıçakla hekimlerimizin üzerinde yürüyen insanlar** da oldu (Sibel, Hemşire).
>
> Meselâ yaşadık bir tane, hasta diyaliz hastası kendisi. Ondan sonra burada diyalizdeki hemşireye "sen bakacaksın" diyor. O da diyor ki "bakın diyor biz hasta bölüşümü yaptık siz şu arkadaşımın hastasısınız, benim size bakmam doğru değil" falan. "Hayır ben sana bakacaksın dedim, ben hastayım ben ne dersem o olur" falan gibi böyle bir **efelenmeler**… Ondan sonra bakamam üzgünüm. **Elindeki pet şişeyi su şişesini alıp hemşireye fırlatıyor**: Olay savcılığa intikal ediyor. Meğer bu hasta zaten ilçedeki bir devlet hastanesinden diyaliz alıyorken oradan atılmış (Hülya, İdari Personel).
>
> (…) **Hangi birimizin can güvenliği var?** Zaten başta da demiştim, doktorlar korkmamalı, niye korkuyor doktorlar? Hasta yakınlarından korkuyorlar**. Can güvenliği adamın bir kere. Yani can güvenliği tehlikede. Belki kurtarılabilecek hastayı bile adam kurtaramıyor korkudan. Risk göze alamıyor**. Yani doğal görmüyorum ama bu ülke böyle bir ülke. Böyle yetiştirildik yani (Ahmet, Hasta).
>
> (…) İşte ego problemi oluyor. Nasıl oluyor? Yani ukalalık gibi algılanmasın ama ne yapsa ne etse buraya gelip benim yerime oturamayacak bu insan. Bunu da kendine ego problemi olarak yansıtıyor. Şey yapıyor, onu da bana farklı yansıtıyor. Hani işte kimisi beni **siyasi gücüyle ezmeye çalışıyor**. Kimisi işte dediğim gibi bu tarz **ukalalıklarla ezmeye çalışıyor**; kimisi **kaba kuvvetiyle ezmeye çalışıyor**. O tarz şeyler maalesef oluyor; takmamazlık gibi (Ayşe, Hekim).

- **Anlayışsızlık**

Acilde kanamalı hasta; trafik kazası, hayatını kaybedecek. Bir an önce damar yolunu bağlayalım, şehre ulaştıralım, daha büyük bir hastaneye diye tüm ekip çaba sarf ediyoruz. **Hastanın bir tanesi benim de işim acele dedi. İlaç yazdıracak!** Bence sözün bittiği yer burası. Bu anlattığım az değil yani biliyor musunuz? Yani şöyle bu anlattığım o kadar çok sık yaşanıyor ki (Hatice, Hekim).

Bazı hastalar var çok çirkef davranıyor. Biz bunlara da şahit olduk. Çok sabırsız; yani sanki doktorun elinde sihirli değnek var da hokus pokus anında iyi edecek. Arıyor, **"doktor bey sen bana bu ilacı verdin, hani ben iyi olmadım"**. Veya "sen şu operasyonu yaptın ama hani herhangi bir tedavi veya karşılık… (Serkan, Hasta).

- **Şikâyet mekanizmasının suistimali**

Maalesef hasta hakları çok fazla popularize edilerek artık hakkı olmayan kişiler bile onu kendinde hak görmeye başladılar. Bu şikâyet kanalları "BİMER"ler, "CİMER"ler çok güzel bir şey gerçekten. Yanlış ve kötü giden bir şey varsa illaki tabi bildirip düzeltilir ama artık o çığırından çıktı. Yani şu an meselâ şurada bekleyen hastalar diyor ki "Sen BİMER'e kaç tane yazdın? Ben on bir tane yazdım. Sen dokuz mu?" Artık şikâyet etmeyi kendileri aralarında bir prestij meselesi haline getirdiklerini görüyorsun. Sonra ne oluyor? Gerçekten problem olan şeyler arada kaynayabiliyor (Hülya, İdari Personel).

Ben sana SABİM'e düşen bi kaç tane örnek vereyim. **Şikâyet şu: Bahçede domates ekiyordu!** Şaka değil bu gerçek bir SABİM. Doktor bahçesine domates ekiyormuş yani. İş saatinde değil. Bahçesinde domates ekili görmüş. Diyor ki bahçeye böyle şey olur mu? Hani sağlık kurumunda domates ekilir mi? Sana ne lan? Adamın özel mülkü. Adam belki orda kalıyor. Bahçesinde eker biçer sana ne? Başka bir şey: "**Doktor çirkindi. Bana bakan bayan doktor çok çirkindi."** Şaka değil bunlar gerçek SABİM şikâyetleri (Hüseyin, Hekim).

(…) **Aslında hasta haklarını çok popülarize ettiler.** Bu sefer hakkı olmayan şeyler hak gibi görüldüğü için direk saldırıya geçildi. Hani bir tarafı yüceltirken öteki tarafı düşürdük biz (Hülya, İdari Personel).

BİMER'e de çok gereksiz şeyler oluyor (Meryem, Hekim).

2.2.3. Israrcı Hastalar

Israrcı hastalar rapor, ilaç, tahlil ve diğer tetkiklerin kendilerine verilmesini şiddetle arzulayan kesimi oluşturmaktadır. Bu durum hekimlerin en çok şikâyet ettiği ve hazzetmediği konuların başında gelmektedir. Bu şikâyetler "Usulsüz rapor", "tetkik tahlil emri", "ilaç yazdırma emri" olarak kodlanmıştır.

Katılımcıların ifadeleri şöyledir:

Bazen işte illegal istekler oluyor. Bunlara karşı da çok ciddi tepkilerim var. Bu konularda da zaten hastalarla ilgili sıkıntılarım oluyor. Meselâ en çok karşılaştığımız **usulsüz raporlar.** En çok bizi bu rahatsız ediyor. İkincisi de yani meselâ ilaç konusunda. Özellikle gidiyor hasta **meselâ bizim hiç kullanmasına önermeyeceğimiz grup ilaçları alıyor geliyor yazdırılmasını istiyor.** Bu tarz istekler de oluyor. O da bizi zora sokuyor sonuçta. Veya

gidiyor işte özel hastane reçetesini bize dayatmaya çalışıyorlar. Hani kimsenin reçetesinin altına imza atmak durumunda değiliz. Bu beni meselâ sinirlendiren kızdıran noktalardan (Ayşe, Hekim).

(…) Meselâ geliyor buraya hasta oturuyor. Diyor ki **"bütün tetkiklerimi istiyorum; hepsini, hepsini."** Benim en çok nefret ettiğim şeylerden biri budur. Israrla soruyorum: "Şikâyetin nedir? Şikâyete yönelik isteyeceğim. Atıyorum halsizliğim var diyorsa halsizliğe yönelik tahlil isteyeceğim veya atıyorum önceden şeker tanısı var, şeker tanısına göre tetkik isteyeceğim. Ama hasta geliyor: "Hepsini istiyorum, hepsini istiyorum!" (Ayşe, Hekim).

Meselâ hasta geliyor önüme. Reçeteyi koyuyor. **"Şunu yazacaksın"** diyor. Bunu demek bence bir ahlâksızlık. Abes yani; uslup bilmemek (Hatice, Hekim).

"Şu ilacı yaz!" Ya o ilacı yazıp yazılmayacağına sen karar veremezsin. Orada hekim ona karar verecek (Hülya, İdari Personel).

Geçen bana bir hastam geldi. Giderken tartıştık. Tartışma sebebimiz şu: **Tüm tahlillerini istedi.** Ben de tüm tahlilleri yapamayacağımı söyledim. Hastaya "şikâyetiniz neyse ona göre isteyin" dedim. Tabi ikna edemedim. Ee neyse bunun üzerine sıkıntı yaşandı. Giderken bana söylediği şey şu: "Muayenemi sil, benim muayenemden para alma". Ben hekimim, onca emek vermişim, bugün buraya gelmişim yani onun muayenesinden mi para kazanıyorum? Emeğimden mi para kazanıyorum? (Hatice, Hekim).

Bazı gelen hastalar da kontrolsüz davranıyor. Sanki karşısındaki o ne istiyorsa, işte reçeteyi yazmak istiyormuş gibi hasta ne istiyorsa, rapor istiyorsa rapor vermek zorundaymış gibi ne bileyim işte yani ne istiyorsa **karşıdaki onun talebini yerine getirmesi gerekiyormuş gibi davranıyor.** Böyle taleplerde bulunuyor. Şimdi doktorlar da hani "bir de şunu isteseydin, bir de şunu yapsaydın, bir de bunu yazsaydın…" bundan hoşlanmaz. Bir de böyle bilmiş hasta kesimimiz var. İnternet diye bir şey var. Hasta kendi çapında okuyor, yazıyor, geliyor. O okuduğunun onu onaylamasını istiyor veya orada bir ilaç ismi yazıyorsa onun kendisine yazılmasını istiyor. Ona göre rapor verilmesini istiyor. Yani çok bilinçli saygılı hastalarımız olduğu kadar bilinçsiz saygısız hastalarımız da var (Elif, Hekim).

2.3. STK (Sivil Toplum Kuruluşları)

"Sivil Toplum Kuruluşları" teması "Sendikalar" ve "Meslek Örgütleri" alt temalarının birleşimiyle oluşturulmuştur.

2.3.1. Sendikalar

Sendikaların hastane içinde amaçlarının dışında personelin genel olarak memnun olmadığı faalieyler yürütmekte oldukları bulgulardan anlaşılmaktadır. "Sendikaya yakınlık", "sendikaların aktifliği", "sendika delegeliği", "sendika üyeliği" ve "üyelerin kayrılması" elde edilen kodlardandır.

Fatma Hanım sendikalıların hastanelerdeki dokunulmazlık ve rahatlığını *"Sendikalar çok etkililer kamu kurumlarında özellikle.* ***Ve işte eğer o dönem siyasi***

iktidara yakın bir sendikanın üst bir yerindeysen kimse dokunamıyor sana. *Ben onu gördüm meselâ personellerin arasında. O iletişimi gördüm böyle. Adam böyle gayet şey bir şekilde geziyor hastanede."* sözüyle belirtmektedir.

Yönetimde sendikaların aktifliğine binaen Sibel Hanım *"Rotasyonlar tamamen, sendikanın sorunun da şuan ki son üç yıldır tamamen sendikalar, karar veriyor diyebilirim."* demektedir.

Özlem Hanım hastanelerde satın alma komisyonlarında kimlerin olması gerektiğine dair sendikaların karar verici olmasını *"**Sendika yakınlıkları satın alma komisyonunda isimlerin yazılmasında etkili.** Hani yani böyle siyasi yakınlar falan. O yüzden yüzde yirmi, yüzde on mutlaka komisyonda araya sokuyorlar. Her ayın on üçünde komisyon toplanır. Burada o komisyonda belirli kişiler var: Sendika temsilcisi, yönetici, işte hemşirelerin temsilcisi, hekimlerin temsilcisi, herkes belirli isimler verir. O isimlere yüzde yirmi para verilir. Yüzde yirmide ne kadar etkiler diyeyim: Senin 400 liran 1000 liran olur. 600 lira etkiler aylık. Aynı kişiler söylenir meselâ; hep aynı kişiler alır"* diyerek açıklamaktadır.

Katılımcıların diğer beyanlarında da görüldüğü üzere sendikaların hastane içi faaliyetlerinden rahatsızlık duyulmaktadır:

> **Burada sendikalı olmak her şey demek. Sendikanın delegesiysen özellikle Sağlık-Sen'in delegesiysen her şeysin; her şey sana verilebilir. Ne bileyim işte üniversiteden görevlendirme gelir; ders ücreti de alırsın, derslere girmene gerek kalmaz.** İşte staja çıkarsın. Hani bunların hepsini prim gibi görüyorlar (…) Dediğim gibi sendika bu yönde çok etkili. Sendika isterse sizi sorumlu yapabiliyor, sorumluluktan çekebiliyor. Herşeyi yapabiliyor; yani denetimlerde size ket de vurabiliyor (Özlem, Hemşire).
>
> **Sendikaların olması: Yani özellikle sağlıkta sendikanın olması. Ya bu performansı da etkiliyor, birçok şeyini etkiliyor.** Ben on yedi yıl üniversite hastanesinde çok yoğun birimlerde çalıştım ama burda bu kadar mutsuz olduğumu görmedim. Buraya gelince anladım (Özlem, Hemşire)
>
> **Ya burada işte konuştuğun zaman herkes bir liyakat çerçevesi çizmeye çalışıyor ama işte -bunu kendileri de kabul ediyor zaten- sendikalar devrede oluyor; siyaset devrede oluyor.** Zaten iktidar değişmese bile milletvekilinin değişmesiyle birlikte yani bu şeyleri kovalayan; başhekimlikleri, dekanlıkları kovalayan hekimlerin duruşları bile değişiyor (Fatih, Anestezi Teknikeri).
>
> Meselâ sendika bana tamamen uzak gelen bir şey. **Hiçbir sendikaya hiçbir zaman üye olmadım, olmayı da düşünmüyorum. Neden? Onun içinde tamamen siyaset dönüyor ve bu benim en nefret ettiğim şey** (Ayşe, Hekim).
>
> **Maalesef sendikalar da biliyorsunuz artık devletleşti. Sendikalar bizi**

> **savunmuyor, maalesef ki savunmuyor**. Kendi adamlarına yer edindirme dışında bir işe yaradıklarını görmedik. Bu sendikalara yakın olduğunuzda sizin de bir yerlerde bulunma ihtimaliniz artıyor ve bu da liyakatsiz insanların bir yerlere gelmesini sağlıyor. Maalesef çok daha iş ahlâkını, iş huzurunu bozuyor. Yani tamamen bozuyor insanlar. İnsanlarda artık şu yok: "Ben çalışırsam, emek verirsem", "çalışan insanlar bir yerlere geliyor ben de ilerleyebilirim" düşüncesi yok. Ama artık şu var: "Ben hükümetin yanındaki sendikadan olursam, sendikanın başındaki adama yardımcı olursam, gözükürsem, çalışmama gerek yok, ben bir yerlere gelirim." Kayırmacılık yani (Sibel, Hemşire).

> Ya onlar da sağlıksen hakkını korumaktan ziyade, **kendi üyelerini kayırma, bir yere getirme, o tür işlemler yapıyıorlar yani. Ya işte sendika benim adamım şey olsun, rahat etsin.** Sendikada aktif çalışan insanlar daha çok, ee ne bilitm yatış yeri yani daha rahat edeceği, daha şey yapacağı. Onların öyle çalışmalarını görünce sendikadan tiksinir hale geldiler. Benim sendikamdan olan sorumlu olsun, benim sendikamdan olan rahat yere geçsin, benim sendikamdan olan şey yapsın. Onlar hoş şeyler değil (Meryem, Hekim).

2.3.2. Meslek Örgütleri

Sağlık meslek örgütleri ve dernek faaliyetleri hakkında bazı katılımcılar olumlu görüş beyan etmişlerdir. Olumlu görüşler "etkin çalışma", "toplumda etkililik", "mesaj verme", "denetleme ve düzenleme" kodlarıyla isimlendirilmişken, "reklam yapma" ise olumsuz görüş bildiren ifadenin kodu olarak isimlendirilmiştir.

> **Meslek örgütleri oldukça etkin bir şekilde çalışmaktadır.** Sağlık Bakanlığı'nın etik konuları bu konuda etkili. Faal hasta hakları kurumları ve birimleri var. Etkili ve faal. **Tabip odaları ve mesleki dernekler bu konularda belli bir etik düzenin tutturulmasında oldukça etkin ve faal çalışmalar yürütmektedirler** (Mehmet, Hekim).

Hatice Hanım hekim olarak meslek dernekleri vasıtasıyla meslek çalışanlarının problemlerinin çözümü konusunda olumlu sonuçlar alabildiklerini ifade etmektedir:

> STK'ların hepsi toplum üzerinde etkili. **Sağlık camiasında da STK'lar çok etkili. Her açıdan: Hem topluma bir takım mesajlar vermek adına, hem sağlık çalışanlarına bir takım mesajlar vermek adına.** Olumlu hareketleri sinerjik enerjiyle artırmak adına birçok şey yapabilir STK'lar. Devletin halka gösterdiği o ütopik şey ile sağlıkta reel olan şey arasında aracı konum üstleniyorlar. Benim meselâ üye olduğum bir dernek var; Aile Hekimleri Derneği. Biz bir sıkıntımız olduğunda anca onlara dile getiriyoruz. Onlar da bakanlarla görüşüyor. Olumlu sonuç aldığımız zamanlar oluyor. Bunların mutlaka olması lazım (Hatice, Hekim).

Filiz Hanım meslek örgütlerini denetleyici ve düzenleyici rolünden dolayı desteklemektedir:

> **Kendi meslek erbaplarını denetleyebilmesi, belirli kuralları hem de toplumun isteklerini belirleyebilmesi açısından önemli.**Yani zamanında düzenli aralıklarla toplantılar yapıp hem mesleki gelişimlerini arttırabilir hem toplumun ihtiyaçları gerçekte neyse onu belirleyebilir. Yani mesleki örgütlerin

bu tarz çalışmalar yapması lazım (Filiz, Hekim).

Olumsuz bir görüş bildirerek, Ali Bey: *"Aslında meslek dernekleri kağıt üzerinde önemli ama bizde meslek dernekleri maalesef daha çok siyasi bir kurum gibi çalışıyorlar. Aslında bunların birincil olarak esas vazifeleri doktorların hakkını hukukunu gözetmek ve onlara yardımcı olmak olmasına rağmen adam terör işlerine arka çıkıyor. Öteki başka bir şeye arka çıkıyor falan. Yani destek örgütü gibi çalışmıyorlar. Doktorların hakkını korumuyorlar."* sözleriyle meslek örgütlerinin amacından sapmış olduğunu dile getirmektedir.

Hülya Hanım ise meslek derneklerini ticarete âlet olmakla suçlamaktadır:

> Şuna çok üzülüyorum: Meselâ atıyorum özel; hani ilaç olmayıp da takviye edici ürünler var ya. Meselâ atıyorum işte "Herbalife", "Solgar" falan. Meselâ kalkıyor diyor ki Kardiyoloji Derneği işte "Kalbinizi Herbalife ile koruyun." Aslında gerçekten araştırma yapılıp bir şey yapılıp bu sonuca mı varıyorlar? Hayır değil. Tamamen kişisel menfaatler doğrultusunda birçok insanı zarara uğratıyorlar. **Güvenilir bir derneğe bir ürünün reklamını yaptırarak menfaat sağlıyor. Fakat aradaki hasta ya da ne bileyim işte paydaşlarını düşünmüyor. O noktada çok üzücü** (Hülya, İdari Personel).

2.4. Tıp Endüstrisi

Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre tıp endüstrisinin kapitalizmin gereklerini yerine getirebilmesi için hekim ve hastaneleri kendi güdümlerine ve çıkarlarına kanalize etmeye dönük bazı eylemleri bulunmaktadır. "Hâkimiyet", "menfaat sağlama", "ilaç mümessilleri", "hediyeler", "logonun etkisi" tıp endüstrisi ile ilgili kodlardır. Katılımcıların beyanları şu şekildedir:

> (…) Şöyle: Bir kere bu günkü tıp eğitiminde **endüstrinin çok büyük hâkimiyeti var.** Bu önemli bir şey; bu kaçınılmaz da bir şey. Çünkü maalesef tıp-ilaç endüstrisi ve tıp malzemesi ve aletlerini üreten şirketler sayesinde gelişiyor. Dolayısıyla aralarında bir böyle çelişkili durum var. Üniversiteler maalesef bugün bütün dünyada böyle endüstriye teslim olmuş durumda (Ali, Hekim).

> Biliyorsunuz bu kongreler giden doktorların yüzde yüzü nerdeyse şirket tarafında götürülüyor; yeme içme, gelme gitme, kongre kayıt parası vesaire hani birkaç bin doları bulan para şirket tarafından veriliyor. Bunun karşılıksız olması mümkün mü yani? **Bu firmaların eğer bir menfaati yoksa bir kuruş bile vermezler.** Emek harcıyorsa demek ki kaşıkla verdiğini en azından kepçeyle geri alması gerekir (Ali, Hekim).

> Aslına bakarsan Avrupa'yla kıyasladığımızda bizim ülkemizin hastaneleri tahlil, tetkik çöplüğü vaziyetinde. Çok gereksiz yere isteniyor. Bunların kimisi, **bu tür ileri teknolojiler meselâ firmalar tarafından belirli bir şey karşılığında kuruluyor** (Filiz, Hekim).

(…) Meselâ kişi nöbet tutuyor. Nöbet tutarken medikal firmayı arayıp yemek istiyorlar, tatlı istiyor meselâ. Bu basiti de. **İşte kongreye gidebiliyor, hediye isteyebiliyor, arabasının bakımlarını yaptırıyor, işte evinin ihtiyaçlarını karşılatıyor.** Bazı hekimler bunu rahatlıkla anlatabiliyor başka arkadaşlarına (Murat, İdari Personel).

Yani bir fincan kahve ısmarlamak ne bileyim bir kalem, çünkü o kalemin üzerinde bir firmanın logosu yer alıyor bir ilacın adı yer alıyor. O kişinin nakş oluyor yani elinde olmadan da adam ilaç yazarken **ismini gördüğü logosunu gördüğü bir ilacın veya firmanın elinde olmadan farkında olmadan yazıveriyor** dolayısıyla. Hani bırak bilgisayarı, adam kaleme bile tav oluyor (Ali, Hekim).

Gereksiz ilaç… İşte mümessillerle olan ilişkiler doğrultusunda mümessilin **kotasını doldurmak adına hastanın ihtiyacı olmayan ilaçları reçete edilebiliyor** (Hülya, İdari Personel).

Buradaki en önemli en önemli faktör, başrol doktorlar. Bu tür istemler, alınacaklar, alınmayacaklar, alınmayacak olduğu halde alınanlar… **Bunların hepsi doktorlarla hekimlerle bu işi yapanların arasındaki ilişkilerle gelişen şeyler.** Yani çok gereksiz olduğu halde alınan malzemeler, yapılan işler ya da sarfı kısıtlanmayan şeyler var. Burda genel olarak bildiğimiz gördüğümüz şey gereksiz olduğu halde maddi getirisi olduğu için bir şeylerin yapılması ve yönetimin -ya her yönetimin, her gelen insan bunu biliyor- bildiği halde görmezden gelmesi veya görmemeleri. Meselâ bir cihaz, atıyorum 100 hastanın birinde kullanılıyor ve çok pahalı bir cihaz, yani bunun alınması çok elzem değil belki. Bu şehirde alınmasa da olur, bunu yapmak için Konya'ya da gönderebilirsin. Çok kullanılanlar için söylemiyorum bunu. Çok az kullanılıyor ve sırf ordan bir getiri elde etmek için kullanılıyor. Bunu yönetimdeki insanlar -hepsi için demiyorum ama- görmezden geliyorlar. Çok saf olduklarını düşünmüyorum. Görmezden geliniyor bence, çünkü çok yapılıyor. Ortopedide genel cerrahide böyle şeyler çok yapılıyor. Özellikle ortopedide dışarıdan medikallerle anlaşmalar, hastaları yönlendirmeler… (Yasemin, Hemşire).

Hastaya cerrahi bir girişim yapılıyor bırak kalitelisi yapılsın. Alanında iyi olduğu bilinen yapılsın. Buna saygı duyuyorum. Ama kaliteli üç tane mal varken orada firma gözetiliyorsa bu olmuyor. Bunu yapan hekimlerimiz yok mu? Evet (var). Türkiye bazında düşündüğümüz zaman bunu yapan hekimlerimiz yok mu? Var. Hani ödüllendirme olabilir, hediye olabilir, duyuyoruz. Birebir yaşadım mı? Yaşamadım. Çünkü ben biyokimya uzmanıyım (...) Bizim alanımızın dışında. Ama böyle şeyler bizim kulağımıza gelmiyor mu? Sizin kulağınıza geldiği kadar bizim kulağımıza da geliyor (Elif, Hekim).

Diyor ki mümessil bu ay şu kadar ilaç yazmaya ihtiyacım var. Doktor bey sizden rica ediyorum, yazabilir misiniz? O da tabi neyin karsılığında meselâ? Ona bir karşılık veriyorlar mutlaka ki. Evindeki bilgisayara kadar aldıklarını biliyorum. Öğle yemeklerini deseniz, ondan sonra tatiller deseniz. Yani beş yıldızlı otellerden tutun, üstündeki kıyafete kadar aldıklarını biliyorum. Bu çok eskiden çok duyduğum, şuanda uzaklıktayım bilmiyorum ama. Eskiden çok duyduk biz bunu yani. Birebir kendi doktorlarımızdan bile duyduk. Bir de şöyle olurdu; doktorlarımız, önceden bizim hani servis icap nöbetlerine kalırlardı böyle. Mutlaka o akşamki doktorun yemeğini getirirdi. Tatlısından tutun, her şeyini getirirdi yani (Derya, Hemşire).

Örneğin meselâ yine geçmişteki çalıştığım hastanede yaşadım. Meselâ adam malzeme istiyor senden örneğin işte göz ameliyatı yapacak işte, katarakt

ameliyatı yapacak onun için örneğin lens istiyor, baya bir şey istiyor, sonra bir bakıyorsun geçmişte bu adam kaç tane ameliyat yapmış diye sorguluyorsun. E bu adam çok az ameliyat yapmış. **Bir yıllık ihtiyaç istiyor, iki yıllık ihtiyaç istiyor. Ya hocam diyorsun sen bir yap, biz alalım sana hasta geldiğinde alalım. "Yok yok bunu alacağım". Sana baskı yapıyor. Sonra bakıyorsun ki hekim altı ay sonra üç ay sonra kongreye gitmiş, başka bir yere gitmiş, eğitime gitmiş**. O sebeple elinde patlayabiliyor. Dediğim gibi adam onu istetiyor ama arkasında bir etik ihlali olduğunu görebiliyorsun yani (Murat, İdari Personel).

Ama aaa doktorlarımızın geçmiş zamanda, hani şimdi yaptığını pek görmedim. Yani uzaktayım o yüzden bilmiyorum ama evindeki bilgisayara kadar aldıklarını biliyorum yani. **Doktorlar her istediklerini yaptırıyorlar yani mümessillere** (Derya, Hemşire).

(…) **Kaldı ki tatilmiş ev eşyasına kadar aldıran arkadaşım var biliyorum.** Çok doğru bulduğum bir şey değil yani… Kendi bir yerden bir yere gidecek, reprezanta kendini götürten. Bu tarz şeyler var. Dedim ya ev eşyasına evdeki mobilyasına kadar aldıran var duydum. Yani meselâ benim de yalan olmasın kongre desteği aldığım reprezantlar oldu asistanlık sürecimde. Ama bunlar kayıtlı kuyutlu. İşte nereye nasıl gittik, orada yaptığımız ettiğimiz. Her şey belliydi yani. Sadece kongre kayıt masrafını karşılattığım arkadaşımız oldu. Yalan yok yani. Hani iki taraflı dürüst olmak gerekirse ama bir uçak masrafımı karşılatmadım hani böyle bir şeye gerek duymadım. Sonuçta ben oraya gidiyorsam -kayıt tamam, onlar yapıyorlar- geri kalan masrafımı kendim karşıladım. Kayıt konaklama haricinde ben kendim karşıladım (Ayşe, Hekim).

Hastanede geziyorlar o adamlar. Bir ayakları sürekli hastanede. O kadar ki; ameliyata giren firmalar bile var yani. Ameliyata giriyor, doktora yardım ediyor. Orada işte "hocam şu malzemeyi böyle kullanıyoruz" diye gösterecek. Yani onun izniyle geliyor ama artık bir standart haline gelmeye başlıyor bu. Yani bir defa iki defa doktora gösterirsin malzemenin kullanılmasını olabilir ama artık her hastaya hekimiymiş gibi giren firmalar oluyor. Normalde giremez. Hatta bazı firmaların yani, hekim hasta buluyor, firma gelip yapıyor işlemini. Böyle firmalar da var yani. Normalde o hekim o uygulamayı yapamayacak. Bilmiyor ya da öğrenmemiş. Bunu gidip bir başka hekimden ya da bunun çok yapıldığı bir yerden öğrenmesi lazım. Ama firma diyor ki, "benim elemanım var onu bilir, gelsin yapsın" diyor. "Sen hastayı bul, karşılıklı kazanalım" diyor. "Ben malzeme satıp kazanmış olurum, sen ameliyatı yaparsın, ben de sana yüzde veririm". **Karşılıklı böyle ahlâksız şeyler oluyor yani. Tedavi çeşitlendikçe bunlar zaten çeşitleniyor giderek. Belki onun adı komisyon değildir de, belki kongredir; yurt dışı tatillerdir kongre adı altında. Yani bunu hekimleri zan altında bulundurmak için söylemiyorum, bu sektörün genelinde var (Fatih, Anestezi Teknikeri).**

2.5. Tıp Eğitimi

Edinilen bulgular dikkate alındığında tıp eğitiminde öğretim üyelerinin etkisi ve verilen eğitimin kalitesi ile müfredatı tıp öğrencilerinin meslek ahlâklarını etkileyebilmektedir. "Hipokrat Yemini", "eğitimin rolü", "ünlü bir hekimin öğrencisi olma", "örnek alma" ve "yakın ilgi" tıp eğitiminde ahlâkı etkilyen faktörler olarak ifade edilmiştir.

Ali Bey'e göre Hipokrat Yemini tıp ahlâkının temelini teşkil etmektedir:

> **Şöyle bir şey var: Tıp yemini (Hipokrat Yemini) diye bir şey var biliyorsun. Bu tıp yemini dediğimiz şeyin gerçek manâda yerine getirilmesi tabii ki tıp ahlâkının temelini teşkil ediyor** (Ali, Hekim).

Elif Hanım eğitimin önemini; "*Hem lisans hem de ihtisas sürecinin doğasında hastaya yaklaşım ile ilgili telkinlerin bulunduğundan hareketle "(...) Kendi adıma konuşayım; birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar, sonra ihtisasımda dört yıl boyunca bizim aldığımız derslerin her birinin bir kısmını bu hastane ahlâkı oluşturuyor. İşte hastaya geldiğinde şöyle davranmalıyız, böyle yaklaşmalıyız. Hasta yakınına hastaya hastalığını bu şekilde anlatmalıyız. Bizim eğitimimizin her aşamasında birinci sınıftan altıncı sınıf bitene kadar ve sonraki uzmanlık eğitimi sırasında hasta ahlâkımızın veya bilincimizin oluşmasında aldığımız eğitimlerin rolü çok büyük."* şeklinde açıklamaktadır.

Filiz Hanım geçmişte öğretim üyesi hekim ile birlikte hasta başında eğitimin ve ders alınan öğretim üyesinin hekimlerin özgeçmişlerinde isminin olmasının prestij meselesi olduğunu söylemiştir.

> Tabii benim öğrencilik yıllarımda profesörlerimiz tüm asistanlar daha çok hasta başında biz eğitim yapardık. Şimdi bunlar yok. Profesörün performansına dayalı sınavda özel hasta bakılırdı. Bu çok önemlidir tıp fakültelerinde. Diyorum ya hocasının yanında yetişmiş olmanın bir avantajı, bir şeyi vardır. Eskiden öyle yazılırmış özgeçmişlerde. Hiç görmüyorum öyle değerleri. **Eskiden falanca hocanın yanında yetişmiştir diye yazardı, çok önemli kriterdi.** Ama şimdi o tarz hocalar kalmadı. Bunlar çok önemliydi. Hekim tecrübesi bizim meslekte önemlidir. Çünkü hastalık yok hasta vardır (Filiz, Hekim).

Tıp eğitiminde öğretim üyesi- araştırma görevlisi ilişkisi ve öğretim üyesinin davranışının öğrenciye yansıması Filiz Hanım'ın önemsediği bir başka konudur:

> Şimdi ben tıpta usta-çırak ilişkisi tarzındaki eğitime çok inanırım. Yani bizim öğrencilik yıllarımızda hocalarımız falan kişinin yanında yetişmiş olmaktan dolayı isim yaparlardı. Bu çok iyidir. Hocandan ne görüyorsan elbette onu yaparsın. Aynen ailede yetişme gibi. Yani bir bebeğin doğumu gibi düşünün. Şimdi liseyi bitirmiş birisi tıp fakültesine giriyor. Sıfırdan orada doğuyor. Oradaki gördüğü hocalarıyla etkileşim içerisinde **O yüzden hani hoca ne öğretiyorsa nasıl davranıyorsa elbetteki öğrencisine de o yansıyor** (Filiz, Hekim).

Mehmet Bey de öğretim üyesi hekimlerin öğrenci tarafından örnek alınması konusunu dile getirmektedir:

> İnsanlar büyüklerinden, hocalarından ağabeylerinden gördükleri şekilde yetişirler. Çocuk nasıl annesinden babasından aldığı terbiyeyle kişiliği

> oluşuyorsa aynı şekilde o da söz konusu. **E şimdi bir doktorun hocası böyle dalavereciyse, üç kağıtçıysa çocuk da ondan onu öğrenir.** Ama hocası dürüstse doğru bildiklerini yapıyorsa onları öğrenir. Bu son derece önemli bir şey (Mehmet, Hekim).
>
> Hekimlik bir sanat olduğu için **usta çırak** ilişkisi. Hocaların da yaklaşımı iyi olması lazım ki sen de hocanı örnek alıp o nasıl davranıyorsa öyle şey yapman lazım (Meryem).

Songül Hanım "*Hastasından uzulsüz para alan hocalar asistanlara da **örnek oluyor**"* diyerek örnek almanın olumsuz yönüne dikkat çekmektedir.

Hülya Hanım öğretim üyesinin iyi ahlâkî melekelerinin görev yapılan birimlere yayılımını *"**Ustan ne kadar iyi olursa çırağın o kadar iyi olur** hani böyle böyle o kurumdaki ahlâkı böyle arttırabilirsin. Ya hani balık baştan kokar denir ya ya zaten şöyle biz bir bölüme gidiyoruz, ya hocası iyiyse o bölüm zaten sorunsuz oluyor"* sözleriyle ifade etmiştir.

Günümüz tıp eğitiminde bazı sorunlar olduğunu diğer katılımcılar şöyle açıklamaktadır:

> Eğitim o kadar önemli ki meselâ ben şimdi şunu gözlemliyorum. Çok fazla tıp fakültesi var. Meselâ buradan örnek verelim. Üniversite hastanesinde doksan öğrenci varken şu an iki yüz elli öğrenci var. Fakat iki yüz elli öğrenciye yetecek öğretim üyesi var mı? Yok. Bunlar intörnlük zamanında normalde üçer beşer kişi geliyorlardı. **Önce hoca bir fiil onlarla yakinen ilgilenirken, şu an yirmi otuz kişi geliyorlar. Hoca onların isimlerini bile bilmiyor. Yani hani tıp eğitiminin belirli bir standarta oturtulması gerektiğine çok inanıyorum.** Buradan her gelen yeni dönem öğrencinin daha boş, daha vasıfsız ve daha iyi niyetli olmadan geldiğini düşünüyorum. Çünkü kısa yoldan yorulmadan çalışmadan çok fazla para kazanmak niyetiyle geliyor (Hülya, İdari Personel).
>
> (…) Bizdeki eğitim pratisyen yetiştirmeye yönelik değil. Tıp fakültesine gelen bir öğrenci birinci sınıftan itibaren TUS'u kazanmayı hedefliyor. Ve buna göre çalışıyor. Dershaneye gidiyor. Dolayısıyla TUS'u da kazanamayınca zorunlu olarak pratisyen hekim kalıyor. Ama bu sefer de pratisyen hekimliğin gerektirdiği teorik bilgileri ve uygulamaları öğrenmemiş oluyor. Çünkü adamın kafası işte bilmem ne uzmanı olacağımda kalmış. Yani doğru dürüst bir beslenme, işte sağlıklı yaşama nasıl olur, bu konularla yeterli bilgi hemen hemen hiç verilmiyor. **Hekim yetiştirildiği yerde, yani hocasından nasıl görürse genelde o şekilde gidiyor** (Ali, Hekim).

Tıp eğitimi ile ilgili bahsedilen sorunlardan öğrenci kalabalığı, öğretim üyesi hekimlerin tıp öğrencilerine gerekli titizlik ve alâkayı gösterememesine neden olmaktadır. Dolayısıyla eksik bilgi ve tecrübeyle mezun olan hekimlerin muayene ve tedavideki eksik ve yanlışlarının hastanın hakkına girmeye sepep olacağı düşünülmektedir. Yine fakülteye girer girmez TUS'a odaklanan öğrencilerin meslek

yaşamında temel pratisyenlik uygulamalarını ihmâl etmesinin de hasta hakkına bir tecavüz olduğu aşikârdır. Hastanın hakkına girmek ise genel manâda kişinin hakkını ihlâl etme anlamını taşımaktadır. Bu nedenle tıp eğitiminin hastane ahlâkının belirleyicilerinden biri olduğu sonucuna varılabilir.

2.6. Kamu Otoritesi

Kamu otoritesinin "düzen oluşturma", "dışsal belirleyicilik", "yazı gönderme" ve "yasa yapma" işlevselliğiyle hastane ahlâkının belirleyicilerinden olduğu görülmektedir.

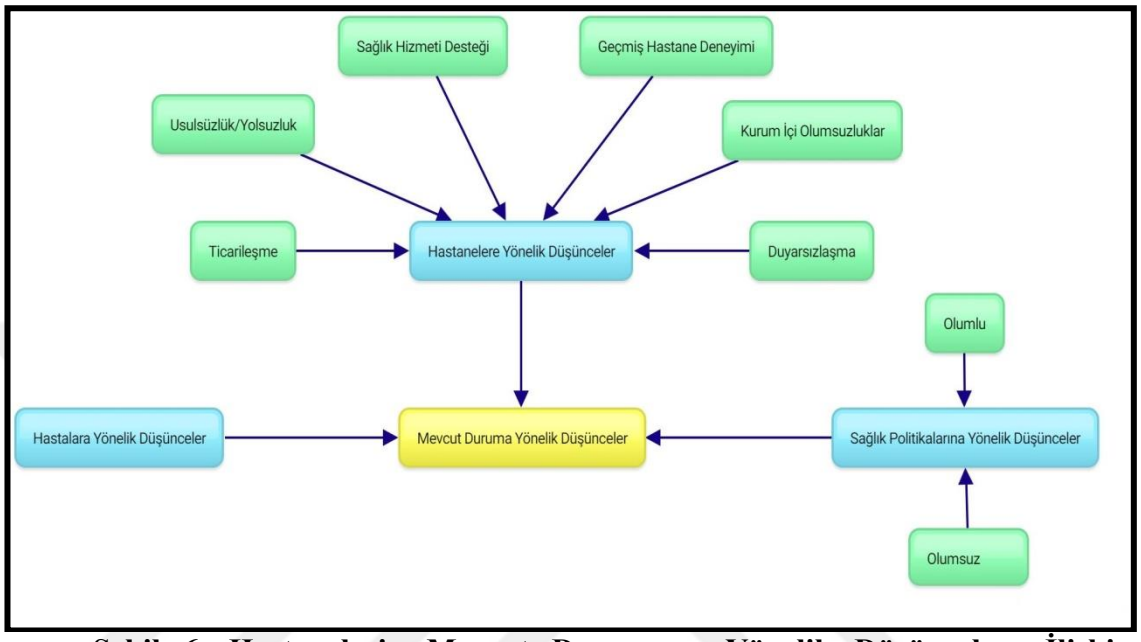
Katılımcılardan elde edilen bulgulara dayanarak kamu otoritesinin belirleyiciliği hakkında verilen ifadeler şu şekildedir:

> **Çıkarılan yasalar vesaire bu hastanelerde ahlâkî bir düzenin oluşması açısından bir belirleyicidir** (Ali, Hekim).
>
> Dışsal belirleyici olarak tabi ki Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu, söylemiş olduğu şeyler var. Yani **dış belirleyici** olarak bizim tabi olduğumuz Sağlık Bakanlığı'dır (Mustafa, Hekim).
>
> Aslında hani meselâ sağlık politikaları da ahlâkın şekillenmesine sebebiyet verebiliyor. **Sağlık politikalarının belirleyicilerinin bence etkisi var** (Hülya, İdari Personel).
>
> **Meselâ Sağlık Bakanlığı, işte sağlık müdürlüğü, hastaneler. İşte bizde böyle bir hiyerarşik düzen var. Bize düzenli olarak bakanlıktan; hastalara yaklaşım, tedavi şekli, karşılama şekli, hastalarla iletişim hakkında sürekli bize bilgilendirmeler yaptırılıyor**. Hatta şöyle bir şey de olur: Diyelim ki bizim ilimiz için söylemiyorum, başka illerde problem çıkmıştır. Bu göz önünde bulundurularak tüm hastanelere bakanlık tarafından ilgili **yazı gönderilir daha dikkatli davranılması hususunda** (Dilek, Ebe).
>
> Hastane ahlâkında da bir takım etik kurallar vardır ve bunların kanuni yaptırımları vardır. Hasta mahremiyetinin korunması kanunla güvence altına alınmıştır dolayısıyla **yasalar** belirleyicidir hastane ahlâkının belirlenmesinde (Mehmet, Hekim).

Bulgulara dayanılarak hastanelerde ahlâkın belirleyicilerinin; sağlık hizmetini sunan çalışanlar ile hizmetten yararlanan hastalar, STK'lar, tıp endüstrisi, tıp eğitimi ve kamu otoritesi olduğu sonucuna varılmıştır. Burada bir nevi içsel, dışsal ve melez belirleyiciler olarak da ayrılabilecek bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bu durumda hastane ahlâkının içsel belirleyicilerinin sağlık personeli; dışsal belirleyicilerinin hastalar, STK'lar, tıp endüstrisi ve kamu otoritesi; melez belirleyicilerin ise tıp eğitimi olduğu söylenebilir.

3. MEVCUT DURUMA YÖNELİK DÜŞÜNCELERE İLİŞKİN BULGULAR

Mevcut duruma yönelik düşüncelere dair kavram haritası Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Hastanelerin Mevcut Durumuna Yönelik Düşüncelere İlişkin Kavram Haritası

3.1. Hastanelere Yönelik Düşünceler

Hastanelere yönelik düşünceler "ticarileşme", "usulsüzlük/yolsuzluk", "sağlık hizmeti desteği", "geçmiş hastane deneyimi", "kurum içi olumsuzluklar" ve "duyarsızlaşma" olmak üzere 6 kategoriye ayrılmaktadır.

3.1.1. Ticarileşme

Özel hastanelerin ticari bir kuruma dönüştüğü ve hastalara kapitalist mantıkla yaklaşıldığı bulgulardan çıkarılan sonuçlardandır. Kamu hastanelerinde de benzer şekilde daha çok hasta ile daha çok getiri anlayışının yerleşmeye başladığı anlaşılmaktadır. "Kâr amacı", "müşteri mantığı", "ticarethane mantığı", ihtiyaç dışı hizmet" hastanelerde ticarileşmenin özet kelimeleri sayılabilir. Performans sistemi oluşan bu anlayışta temel faktör olarak önümüze çıkmaktadır.

- **Özel hastanelerde ticarileşme**

Özel hastaneler tabii ki esas olarak **kâr amacıyla kurulmuş** olan şirketler (Ali,

Hekim).

Özel hastanelerin sayısı artırılmış ve daha çok **olay ekonomiye döndürülmüş, gelire bağlanmış**. Bu da iş ve işleyişin ahlâksızlık boyutuna gelmiş oluyor (Dilek, Ebe).

Para meselesinden dolayı özel hastaneler artık müşteri… Yani **karşısına gelen müşteridir onun için** (Ayşe, Hekim).

Özel hastanelerin **hastaya bakış açısı biraz daha müşteridir.** Yani müşteri gözüyle bakar aslında. Bu bizim sağlık alanında çok hoş baktığımız bir durum da değil. Bizde öncelik hastadır. **Özel hastanelerde biraz daha hasta olarak değil de para** (Mustafa, Hekim).

Özel hastaneler açıldı. Özel hastaneler bütün **vatandaşları yürüyen para olarak görmeye başladı.** E bu da iş ahlâkını bozdu. Çünkü parayı arttırmak yönünde lüzumsuz yapılan bir yığın müdahale var. Kandırmacalar çoğaldı. Ha keza ona da işte bütün özel hastanelerin SGK ile anlaşmaları var. SGK tam karşılığını ödemeyince bu kez hastane yöneticileri hekimler üstünde baskı yapıyorlar. **Nerden, ne kadar para çıkarttırabilirsen o kadar.** O da bir başka ahlâksızlık boyutu oldu. Hani geçmişte ya illa "muayenehaneye uğrayıp da öyle gelmek gerekiyor" deniliyordu ama şimdi de özel hastaneye gidiyor vatandaş hizmet almak için. Ama bilmiyor ki orada **her adımını para olarak gören bir yönetim var** (Filiz, Hekim).

Özel hastanecilikte dejenerasyon çok fazla. Çünkü hepsi birer **ticarethane mantığı** ile çalışıyorlar. O yüzden hani oran verecek olursak hani %100. Ahlâkı bozuk %70-80'i bulur diye de düşünüyorum (Filiz, Hekim).

(…) Bir hizmet üretiyorsanız arzı ve talebi vardır. Talep varsa ki bunu talep eden müşteridir, arz ortaya çıkar. Özel hastaneler kurumsal devamlılığını sağlayacaksa ki para yatırmıştır ve **kâr etmek zorundadır.** O zaman **hastayı müşteri olarak görecektir** ve keşke müşteri olarak görse; müşteri veli nimetimizdir mantığı ile görse. Bunda sakıncalı bir şey yok. Ama dediğimiz gibi geçmişteki hayır kurumu mantığını, sağlık hizmeti sunmasını da beklemeyin. **Sağlık hizmetini sunan kurum yatırdığı paranın karşılığını alacak.** (…) Günümüz şartları maalesef bunu getirdi. Ve teknolojinin gelişmesi, gelişen o teknolojinin hastanın hizmetine sunulması bir maliyet getiriyor. Eğer siz bu maliyeti bir yerlerden finanse etmezseniz bir süre sonra o sağlık hizmetinin sunumu durur ve o güzelim özel hastaneler kapanmak zorunda kalır (Mehmet, Hekim).

Özellikle özel hastanelerde doktorların uyarıldığını biliyoruz. Yani **"siz şu tahlilleri istemezseniz bu hastane para kazanamaz, o zaman size de fazla ödeme yapamayız"** diye. Gereksiz olsa da, o testin sonucu pozitif gelse de gelmese de bir şey değişmeyecek. Ama o testi istiyorlar hastadan. Ekstra meselâ bir saat beklemesini istiyorlar: Adam kalp krizi geçirmiş özel hastanenin aciline gelmiş. Buna yapman gereken müdahale belli. Ya da sevk edeceksin. Ama diyor ki şu testleri yapacaksın bunun sonucu çıkacak, ondan sonra sevk edeceksin. Ya bu bazen hastanın hayatına bile mal olabilecek şeyler (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Özel hastaneler tamamen **kâr amacıyla kurulmuş hastaneler** mutlaka yılın sonunda hanelerine kâr yazılacak. Biz zarar yazsak da diyoruz, bu devletin hastanesi önemli değil diyoruz. Ama öbür taraftaki; bunların bir başarı örgütü rekabeti var piyasan silinmemesi gerekiyor. Bu yüzden sistemi delecek türlü şeylere girişebiliyorlar: **İşte ölmüş hastaya tetkik yapabiliyorlar.** Sistem hala

devam ediyor. Çünkü onun karnesini almış, TCKN'sini almış. İşte diyorlar ki "belirli periyotlarla şu hastalara giriş yapın" (Murat, İdari Personel).

İşte sütur atıyorum; baktım kısa bir şey kaldı böyle iğnenin arkasında. Hemşire onu verdi tekrar. 'Yavrum şuna adam gibi bir şey ver. Niye bunu veriyorsun?' dedim. 'Emin misin hocam?' dedi. 'Niye?' dedim. '**Hocam bunların parası sizden kesilecek.**' dedi. Düşünebiliyor musun (Filiz, Hekim)?

Ahlâkî anlamda özel hastaneler hastaya çok değer vermiş gibi görünse de, hiç **hizmete ihtiyaç olmadıkları halde bir sürü hizmet sunduklarını biliyoruz** (Fatma, İdari Personel).

Şimdi artık nefes almanın nefes vermenin parayla ölçüldüğü bir devre geldik. E tabi ahlâktan söz etmek zor. Paranın girdiği yerde her türlü pislik oluyor (Ali, Hekim).

- **Kamu hastanelerinde ticarileşme**

Performans sistemi hastane ahlâkını etkiler mi? Sen bir hastaya 10 dakika ayıracakken hasta "aaa'" diyor gidiyor. Dinlemiyorsun. Hani etkin tedavi, etkin ilaç, etkin takip sıkıntıya giriyor. O zaman bu da etkiler. Performans sistemi de etkileyebilir. **Ücret için o performansı doldurma yarışı oluyor**. O da ahlâklı oluyor mu o zaman? (Songül, Hemşire).

(…) Şimdi devlette olsun, özelde olsun sistem öyle sonuçta. **Hasta geldikçe kazanma üzerine kurulu bir sistem**. Hasta gelecek ki doktor kazansın. Hasta gelecek ki hastane kazansın. Anlatabiliyor muyum? Ya sonuçta sürekli bir şey var. Bir yandan sağlık harcamaları azalsın diye şey oluyor ama o yalan yani. Kimsenin azaltmaya niyeti de yok yani (katılımcı gülüyor). Ya o performans sisteminde; yani sen hasta baktıkça kazanıyorsun, hasta yatırdıkça kazanıyorsun. Belli bir tavan şeyi var. Normalde bütün doktorlar anlaşıp meselâ belli bir puan üstüne çıkmasa herkes tavandan alır. Sistem öyle bir şey. Ama mümkün olacak bir şey değil. Bir yandan gidiyor, kadın doğumcu diyelim 70-80 bin puan yapıyor. Sen de o çok yapınca ortalamanın altında kalmamak için gayret ediyorsun. Ortalama 45 binse falan, aslında o yaptığı 70-80 bin puanın hiçbir şeyi yok (Meryem, Hekim).

(…) Ya işte prostatı böyle elektrikli bir aletle kazıyorlar. O şekilde orayı açıyorlar. Şimdi asistanı yapıyor, hocası onu takip ediyor ya da düzgün olmayan yerleri kendisi yapıyor. Hoca diyor; **"yeter"** diyor**, "bu kadar olsun. Daha sonra seneye geldiğinde biraz daha yapalım"** diyor. Asistan da hocası gittikten sonra onu düzgün yaparak devam ediyor (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Ticarethaneye dönüştü olarak düşünüyorum ben hastaneleri performans gelince. Yani bir kişi normalde yaptığı işe göre ücretlendirilmeli, evet bu doğru ama bunu yaparken de performans göstereceğim diye ya da çok fazla ücret alacağım diye kalitesiz iş yapılabiliniyor (Özlem, Hemşire).

Hekimlerde şunu görüyoruz: Ayın birinde sıfırla başlıyorlar ayın sonunda topladıkları puan karşılığında para alıyorlar. Hani bu eskiden şey vardı ya fabrikalarda parça başı ücret. **Onun gibi hekimler de doğal olarak hastaları "bir mal" -ne kadar üretirsek hani o kadar çok para alacağız- olarak görüyorlar** (Hülya, İdari Personel).

Özellikle acil servis ve cerrahi. Bir yönden de şöyle bir şey oluyor: Sarı alana gelen hasta idarenin daha çok hoşuna gidiyor; müşahadede kaldığı için. Müşahadede kalan her hasta için ekstra para alıyorsun Sağlık Bakanlığı'ndan.

> Yeşil alandaki hastadan o kadar para almıyoruz. **Ya da yoğun bakımda ne kadar çok kalırsa hasta bizim için iyi. Çünkü günlük 1000 Lira para alıyoruz hasta başına.** O sebeple meselâ ne bileyim dört gün, beş gün ya da daha fazla kalsın mantığı… Ya da ameliyattan sonra yoğun bakıma alınabiliyor yani hastalar (Özlem, Hemşire).

Yukardaki ifadelerden anlaşıldığı üzere kamu hastanelerindeki işlemlerin parça başı ücret mantığına büründüğüne dair bulgular mevcuttur. Hastanelerin kazanmasının kamu hastanelerinde de arzulanan bir durum olduğu göze çarpmaktadır. Ticarethane mantığının ise sağlık hizmetinin sunumuna gölge düşürdüğünü söylemek mümkündür.

3.1.2. Usulsüzlük/Yolsuzluk

Katılımcılar hastanelerde usulsüzlük ve yolsuzluğu açıklarken "tutulmayan nöbetlerin tutulmuş gibi gösterilmesi", "ameliyat yapılmayan hastaya yapılmış gösterilmesi", "yalan beyan", "haksız kazanç", "iş yapmış gibi gösterme", "çalışıyormuş gibi gösterme", "mevzuata uydurma", "hastane malzemesini dışarıya taşıma", "firmayla anlaşma" "kişisel zaaflar", "sahte rapor" "acillerde fark ücreti alınması" şeklindeki ifadeleri kullanmışlardır.

> İşte meselâ **nöbet tutmadığı halde nöbetlerini tutmuş gibi göstermesi, hastaya ameliyat yapmadığı halde ameliyat yapmış gibi göstermesi**, işte hasta burada olmadığı halde ne diyeyim sana işte işlemleri yapması yani. Hasta evinde yatıyor ama burada her gün o hekime veya o hemşireye, o kişiye adına hizmet girmesi ve tabi bunun karşılığında da ek ödeme alması! Hem **haksız kazanç oluyor** hem de devleti, kamuyu zarara uğratmak oluyor. **Yalan beyan oluyor**. Sistem üzerinde tabi bunlar görünüyor; hasta burada yatmış gibi görünüyor, işte tedaviyi almış gibi görünüyor, malzemeyi almış gibi görünüyor. Adam ameliyat yapıyor ama "A" malzemesini kullandım diyor. Bakıyorsun hiç kullanmamış. **Hastaya MR çektim diyor ama hiç çekmemiş.** Bu gibi şeyler var sağlıkta (Murat, İdari Personel).

> Döner sermaye diye ek bir ücret alıyoruz. Bu ek ücreti diğer kurumlar ne bileyim ders verirse alıyor öğretmen ders vermezse almaz ama bizde öyle bir şey yok. Yani burada sen **iş yapmasan da iş yapıyor gibi gösterilebiliyorsun.** Ya da ne bileyim yüzde 10, yüzde 20 diye satın alma komisyonları var. İşte ne bileyim ben 400 lira döner sermayeden alıyorsam, bunu ben 1500'e kadar çıkarabiliyorum. Nasıl çıkıyor? İşte bana ekstra nöbet parası yazılıyor. Bir birim var: Ya diyaliz var meselâ. Diyalizdeki kişiler diyalize hasta çağırıyor gece 4 ten sonra. 4'e kadar bunların hepsi çalışıyor bu arkadaşlar. Bize gelen -yani ben idareciyken benim sürekli bunu reddettiğim bir gruptu- bu adamlar 4'ten sonra geldiği için ekstra nöbet parası alıyorlar. Ama geldi hasta, iki saatlik diyalizi var, iki saat sonra gidiyor adam evine. İcapçı yani, icap parası da alıyor mu bu adam (Özlem, Hemşire)!

> Meselâ şey yapıyorlar bazı bölümlerde sorumlulara daha yüksek döner sermaye ödenir. Alanda işi olmadığı halde başka bir yerde işte 13/B ile görevlendirip sanki **hastanede çalışıyormuşsun gibi döner sermaye verdikleri oldu**. Hiç

okula uğramadıkları halde hiç hastaneye uğramadıkları halde oluyor (Fatma, İdari Personel).

Baş hekimin bizzat bana "biz şu firmadan, malzemeyi, hizmeti almak istiyoruz dediğinde ben hocam bu mevzuata uygun değil dediğimde" **ben sana uygun mu değil mi diye sormuyorum. Bunu yapmanı istiyorum senden. Mezvuata uydur.**" dediğini biliyorum meselâ. Ahlâk mıdır? Bizzat kendi yaşadığım olay. Bu tür şeyler maalesef yaşanıyor. Başhekimler işleyişi bilmiyorlar. Herşeyin olacağını zannediyorlar. Yani "sen uydur" diyor adam. "Mevzuata uydur!" (Fatma, İdari Personel).

Yani performans sisteminin getirdiği bazı **haksız kazançlar** oluyor (Ayşe, Hekim).

Hastaneler anlamında söyleyecek olursak meselâ puan girme olayı var. Yine örnek vereyim: Şöyle olaylar olabiliyor meselâ: Hasta geliyor çok basit bir işlem yapılmış oluyor ama bunun yanında bir dünya işlem girilebiliyor misal. İlk bu performans sistemine girildiğinde performans sistemi onların maaşlarına resmen balyoz indirdi yani. E ne yapacak yani? O da bir şekilde kendince kurtuluş gibi görüyor ne yapıyor **yapmadığı işlemleri yapmış gibi gösteriyor**.

Bazen haneye **doktorlarımızın yapmamış işlemi -birkaç defa rastladım ben zaten- girdiğini gördüm.** Hasta kartına giriliyor meselâ. "Bunu da yaz, bunu da yaz, bunu da yaz deniliyor". Biraz da hani performans diyeyim size. Hani bu da SGK'ya yansıyor tabi, ordan ödenek fazla geliyor (Derya, Hemşire).

Meselâ burada "Gezi Parkı" oldu. Ekipçe komple mesaiden oraya gidiyorlarmış hastaneden. Bir de hastanede malzeme sıkıntısı var, malzeme yok, ilaç yok. Normalde bulamıyorsun temin edemiyorsun ama **elinde bulunanları oraları taşıyıp orada kullanıyorsun**. Bir de bu kamu malından ziyade bir de hastanede bulamıyorsun zaten bunu. Burdaki hasta yakınlarına aldırıyorsun. Diyorsun ki "ya şu ilaç yok bizim elimizde" diyorsun. "Sizin hastanıza kullanacağız bunu al gel" diyorsun. Adam da normalde almaması gerekirken devlet bunu temin etmekle yükümlü olduğu halde iyi niyetinden dışarıdan satın alıp geliyor. Bir de pahalı. Senin eline veriyor bunu. Sen bunu götürüp başka yerlerde kullanıyorsun (Fatih, Anestezi Teknikeri).

(…) İşini bilen de şöyle yapıyor: şartnameyi öyle bir hazırlıyor ki, "Aşevinin ordaki A Kliniğinde o en son odada oturan yeşil ceketli, yeşil gömlekli, mavi pantolonlu, mavi gözlüklü arkadaşı istiyorum ben" diye yazıyor: Adrese teslim**. Firmayla anlaşıyor**, **ihale ona kalırsa ordan payını alan doktor da var.** Bunu yapanlar da var (Hüseyin, Hekim).

(…) Dönen rakamlar, kurumların kullanılan malzemelere ayırdığı bütçe dudak uçuklatıcı. Yani bir ilaç ihalesine giriyorsunuz 15 milyon liralık, 20 milyon liralık bir seferde. Yani bir malzeme ihalesine giriyorsunuz; tıbbi cihazların fiyatları milyon dolarlarla ifade ediliyor. **Milyon dolarların döndüğü bir sektörde kişisel zaafların kullanılmaması diye bir şey yok** (Emine, İdari Personel).

Ya da meselâ raporlar meselesi var. Tanıdığıma rapor alacağım diye herkes geliyor zaten biliyorsun. Ve dediğim gibi sağlıkta her şeyi kullanabilirsin. Bunun için adamın **idrarına birkaç tane damlayı damlatıyorlar. Otuz gün, böbrek taşı diye otuz gün rapor veriyor** heyet raporu. Birçok kişi aldı bunu ve gözümle de gördüm bunu yani. Paralar mı dönmüyor? Paralar mı dönmüyor? (Özlem, Hemşire).

Acile gittiğinizde sizden pay almamaları gerekirken alıyorlar. Çünkü senin bilgisizliğinden yararlanıyor orada. Sana fatura kesiyor, sen de ödüyorsun bunu. Geçen haberlere çıkmıştı. Meselâ yoğun bakımda bana yapıldı bu. Ablam yoğun bakımda yatarken yoğun bakımda yatan hastadan ücret farkı almazsın, malzemeyi kendin sağlamak zorunda kalırsın. Bizden elden para aldılar özel hastane. İnformal! Al sana işte yani. Ahlâkî mi? Neden yararlanıyor? Senin hastana bunu takmazsak eğer 2 saat içerisinde, malzemeyi bulup gelmezsen hasta hayatını kaybeder diyor sana. Bende var bu malzeme diyor; 100 liralık malzemeyi 300 liraya sattı (Fatma, İdari Personel).

Artık **performans ahlâksızlığı** yapılıyor. Yani her türlü ahlâksızlık yapmak isteyen her türlü yapıyor (Ayşe, Hekim).

3.1.3. Sağlık Hizmeti Desteği

Sağlık hizmeti desteği hastane çalışanlarının, hastaları madden ve manen mutlu ederek onların tedavi ve hastanede kalış süresince kendini rahat hissedebilmesi için gönüllü faaliyetlerini içermektedir. Bunun dışında kurum olarak hastalara teknik destek vermek de sağlık hizmeti desteği olarak düşünülmüştür. "Hastaya yardım", "hediye verme", "hastayı rahatlatmak", "ihtiyaç sorma", "hastaya destek" ve "fedakârlık" sağlık hizmeti desteğine yönelik ifadeleri özetleyen kodlardır.

Hastaların yakınları hastaları eğer taşıyamayacak durumda iseler bizden yardım istiyorlar. Meselâ hasta sedyeliktir; tek kişi götüremeyecektir, sekreter arkadaşlar olsun diğer arkadaşlar olsun bizi arayıp **bizim yardım etmemizi istiyorlar. Biz de mutlaka hangimiz o esnada boşsak gidiyoruz** (İsmail, Sürekli İşçi).

Bizim işimiz sadece hastalığı tedavi etmek değil. Depresyon da, psikolojik rehabilitasyon da var (Mustafa, Hekim).

(…) Özellikle çocuk meselâ. Çocuk hematologda şöyle bir şey oldu. Ben bire bir orada değildim ama kutlama şeyini gördüm. **Asistan arkadaşlarımız çocuklar için bayramda şeker dağıtma, balon dağıtma gibi**. Bunlar meselâ mutlu edici şeyler. Ondan sonra hani sonuçta o çocuklar bayramdalar ama dışarı çıkamıyorlar. **Küçük çapta onları mutlu edecek kalem gibi defter gibi hediyeler şeyler alıp, dağıtmışlardı.** Güzeldi, hoş bir şeydi (Ayşe, Hekim).

(...) Yarası ya da ağrısı yüzünden meselâ kanserli evlere (kanser hastalarının evlerine) gidiliyor. Yani bir sürü aslından sevap işlemiş oluyorsun. Hani bizim toplumumuz öyle. % 90 Allah'a inanan bir toplum olduğumuz için **bunlar bizim için ne kadar önemli hani bir hastayı bir rahatlatmak** (Özlem, Hemşire).

Bizim son zamanlarda işleyiş açısından yaptığımız çok güzel uygulamalar var. İşte bizim sosyal hizmet birimimiz veya psikologlarımız servislerdeki **hastaları tek tek gezip -daha doğrusu ihtiyaç duyulan hastaları tek tek gezip- onları maddi ve manevi yönden sorgulayıp onların ihtiyacına yönelik bir planlama programlama için uğraşıyorlar.** Diğer kurumlarla birliktelik bunlar güzel uygulamalar (Mustafa, Hekim).

(…) Özellikle **hastane personelinin otoparktan itibaren ihtiyaç sahibi engelli hastaların hastaneye ulaşması için önemli destekler verilmektedir.**

> Bunlar beni duygulandıran çok insani davranışlardır. Yani gelen bir hastanın kapısının açılması elinden tutulması bir tekerlekli sandalyeye oturtulup gideceği yere götürülmesi önemli davranışlardır (Mehmet, Hekim).
>
> Şimdi batıyla kıyasladığımız zaman Batı'da hasta yoğunluğu çok fazla olmadığı için hastayla mesleki olarak daha fazla ilgileniliyor, daha çok bilgi veriliyor gibi gözüyor. Ama çoğunlukla batıdaki insanlar veya sağlık çalışanları hastayla kendilerini özdeşleştirmez. **Yani bizim insanımız daha fedakârdır; daha çok yardımcı olma arzusu ve hevesi vardır ve özveride bulunur. Batı'da bunu göremezsiniz.** (Mehmet, Hekim).

3.1.4. Geçmiş Hastane Deneyimi

Katılımcıların hastanelere dair geçmiş tecrübeleri "çalışan davranışları", "bıçak parası", "özel muayenehanecilik" ve "bürokrasi", "azarlama", "kavga", "eziyet" kodlarından oluşmaktadır. Kodlara ait bulgular şu şekildedir:

> Şimdi ben 90'ları da biliyorum, çocukluğumun geçtiği zamanlar. Allah için şimdi yani sigorta hastaneleri dönemini de biliyorum yani. Hani o hekimlerin insaniyet dışı davranışları hastalara… **Bıçak parasız ağızlarını açmadıkları dönemlerdi** (Songül, Hemşire).
>
> (…) Eskiden hekimlerin muayenehanesi varken işte **muayenehaneye para yatıran daha iyi hizmet alabiliyordu** (Filiz, Hekim).
>
> Gene eski ile yeniyi kıyaslayacağım: Yani bürokratik işleyiş diye bir şey; rezaletti eskiden. Rezaletti yani hakikaten. Ya yani **insanlar eczane kuyruklarında birbirini öldürüyordu gerçekten**. Hastane eczanelerinde ilaç bitiyordu, birbirlerine giriyorlardı (Songül, Hemşire).
>
> Ak Parti hükümeti öncesinde adamın muayenehanesi vardı; özel muayenehanesi. **Eee devlet hastanesine gittiğin zaman senin yüzüne bakmıyordu. Muayenehaneme gel diyordu. Ordan yolluyordu insanları. Hatta bir seferinde rahmetli babamın tanıdığı bir diş doktoru arkadaş -her zaman gittiği arkadaşı- hastanede babamı görüyor. Hiç muhatap olmuyor babamla. Her zaman konuştuğu her zaman gittiği o doktor hiç muhatap olmuyor. Sırf hastaneye gitti diye** (Ahmet, Hasta).
>
> Özel muayenecilik sistemi bilmem ne! Onların da çok yanlışları vardı kabul ediyorum. O SGK dönemlerini yaşadığımız için biliyorum. Kendi birebir yaşadığım şeyler. **Gidiyorsun hastaneye adam hani diyor ki özel muayeneme gelmeden buraya gelme, gerek yok diyor, özel muayenehanesine gidiyorsun. Ben biliyorum bundan on beş sene önce 80 Lira sadece kayıt ücreti verdik. İçeriye girme ücreti verdik özel muayeneye. Oraya 80 lirayı ödedik çıktık. Devlet hastanesine gittik. Devlet hastanesinde bakıldık. Bu saçma bir uygulamaydı.** Yani gerçekten o dönemler bunlar yapılan yanlışlardı kabul ediyorum (Ayşe, Hekim).
>
> (…) Şeymiş; işleyiş biraz zormuş ya. **Böyle doktor, hemşire, ebe, insanların daha çok çekindiği, çekinerek başvurduğu, sıkıntılarını paylaşamadığı, korkarak yanlarına geldiği kişilermiş.** Doktorun ne dediği de anlaşılmaz yazısı da anlaşılmaz. **İşte doğuma gidersin ebe seni çok azarlayarak gönderir. Hemşire sana çok kızar. İnsanlar bu konuda korkarlarmış** (Dilek, Ebe).

(…) Daha önceden bunu hepimiz yaşadık. Anlatılan öyküleri biliyoruz. **Biri bir şey sorunca hemen tartışmayla kavgayla cevap vermek**. Eskiden bu iletişim konusunda sağlık personeli zayıfmış (Dilek, Ebe).

Kazadan yattığımda felçtim. Bir ayaklarımı çekebiliyordum bir de kollarım oynuyordu bir de başımı oynatabiliyordum. Gelirdi hasta bakıcılar yanıma. **Çok özür dilerim şey atar gibi seni yuvarlamaları, eziyetleri**. Ama bunların -o zaman meşhurdu- cebine sigara veya bir şey atarsan senden kral kimse yoktu (Serkan, Hasta).

Hemşireler eskiye göre çok iyi. Eskiden hemşirelerin yanına yaklaşamazdık (Ahmet, Hasta).

3.1.5. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma alt teması "personelin eğlenmesi", "yoğun bakımlar", "monotonlaşma", "mekânik", "makine", "hastaya hekim eli değmemesi" kodlarından oluşmaktadır.

Fatih Bey, Hülya Hanım ve Songül Hanım yoğun bakımlarda hastaların mahremiyetinin ihlaline yönelik açıklamalarda bulunmuşlardır. Hemşirelerin yoğun bakımlarda rahat davranışları ve hastalarla dalga geçmeleri açıklamalardaki dikkat çeken ayrıntılardır.

Ya bizim açımızdan meselâ **ameliyathaneye** hastalar soyunup gelir; üzerinde sadece bir gömlek tarzı bir şey vardır. Yoğun bakımda tabi hastaların üstü de açık olabiliyor. Ekstra burda **hastalar zor durumdayken orada personelin eğlenmesi ya da yemek yemesi** gibi durumlarda tartışmalar olabiliyor (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Yoğun bakımlarda şöyle bir şey oluyor: Hep göre göre insanlar için o artık normal hale geliyor, hani hasta hasta yakını için çok önemliyken çok kıymetliyken artık orada çalışan insanlar duyarsızlaşıyor. Yoğun bakımlardaki hastane ahlâkıyla ilgili neler söyleyebiliriz? Yoğun bakımda işte insanlar o tarz hastaları göre göre çok fazla duyarsızlaşıyor, hani artık o bir insanlıktan çıkıp bir **meta haline geliyor**. Hani onun ölmesi, üzerinin açılması, acı çekiyor olması, çalışan için artık maalesef ki bir şey ifade etmiyor (Hülya, İdari Personel).

Basında çıkıyor. Özel hastanede hemşire yoğun bakım hastası **yaşlı dedenin ağzına sigara vermiş, onunla dalga geçiyor** (Songül, Hemşire).

Elif Hanım kendisinden örnekle hekim olarak hastalara karşı monotonlaştığını söylemektedir:

Gün içerisinde bir sürü girip çıkan oluyor farklı problemleri olan. Hani böyle bir tükenmişlik demeyeyim hani yorgunluk ya da sürekli bir kaygı endişe sürekli bir problem ile yüzsüze gelme**: Şöyle söyleyeyim belli bir süre sonra monotonlaşıyorsun** (Elif, Hekim).

Ali Bey muayenelerin artık mekânikleştiğini dolayısıyla hastalara karşı cansız

varlıkmış gibi duyarsızlaşıldığını söylemiştir:

> Artık böyle daha **mekânik.** Sanki bir araba tamirciliği gibi. Hani bozulan parçaya tamiriyle yenisini takarsın mantığıyla işleyen böyle bir hale geldi. **Hastalar sanki bir makine olarak görülüyor. Bir sayı olarak görülüyor. Onların ruhu, kişiliği, dünyası, çevresi hiç dikkate alınmıyor.** İnsanlar şimdi artık meselâ tiroidinde nodül olan bir hasta olarak görülüyor. Ama o hasta kadın erkek her neyse hani hayatında ne gibi olumsuzluklar var, ne oluyor, ne bitiyor onunla pek ilgilenilmiyor. Yani -uzmanlığın da getirdiği bir şey- sadece o tiroide odaklanıyor, karaciğerse karaciğere odaklanıyor. Ama o **kişinin diğer organları, kişinin kendisi, ruhu, çevresi, hep ihmâl edilmiş oluyor** (Ali, Hekim).

> **Biliyorsun birçok doktor muayenesi hastayı adam elini bile değdirmiyor,** kalbini dinlemiyor. "Başın mı ağrıyor, git film çektir, git idrar tahlili yaptır" gibi. Yani hastaya eli değmeden muayene yapmış oluyor (Ali, Hekim).

Sibel Hanım da Ali Bey ile aynı görüştedir:

> (…) Hekimlik aslında ilki muayenedir, klinik bulgudur. Ama biz bunu artık yapmıyoruz. Ne yapıyoruz? Tahlil, tetkik, çekimleri yapıyoruz, yani tahlilleri tetkikleri yaptırtıyoruz. **Reçetesini yazıyoruz, belki de hiç hastaya elimizi değemediğimiz zamanlar olabiliyor** (Sibel, Hemşire).

3.1.6. Kurum İçi Olumsuzluklar

Birçok kurumda olduğu gibi hastanelerde de olumsuzluklar olabilmektedir. "Mevcut durumdan hoşnutsuzluk", "ayak kaydırma", "kıskançlık", "çekememezlik", "çekişme" , "karalama", "hemşericilik", "sarkıntılık", "hırsızlık", ve "görevi dışında çalıştırılma" katılımcıların bahsettiği olumsuzluklardandır.

Özlem Hanım personelden yana kendi çalıştığı hastane için oldukça pesimist bir tablo çizmektedir:

> (…) Paran olsa özele gideceksin neden? İşte bunlardan dolayı: **Temizliğin yok, iyi hocan yok, iyi doktorun yok. Hemşirelerin kötü, sekreterlerin yüzüne bakmıyor, bir yönlendirme yok hastanede**. Bunlar çok önemli şeyler. Yönlendirme bile o kadar önemli ki bir hastanenin prestiji için, talep edilmesi için. **Bunların hepsi kötü bence**. Hastanenin çoğu kötü diye düşünüyorum. Yani dışarıdaki bina görülüp de, ya da içerisindeki malzemeler görülüp de bu hastane süpermiş denilmemesi gerekiyor (Özlem, Hemşire).

Sibel Hanım'ın "*Ama tabii ki şuanda çalıştığımız hastanede ve tüm hastanelerde* ***ne kadar hastane ahlâkına uyuluyor, bu konu tartışılır.****"* sözlerinden kendi kurumundan memnun olmadığı anlaşılmaktadır.

Hastanedeki personelin ayağının kaydırılmasına ilişkin olarak Meryem Hanım deneyimini aktarmıştır:

> Neler yaşadık bir bilsen! Bir tane kızı sorumlu yapmak istedim ben meselâ. Eski sorumlulardan -siyaset işte onun önüne birkaç konuyor, eskiden çok karışıyorlardı- onu yapamayınca onun yakın bir arkadaşını yaptık. Kız da destekleyecekti falan filan. Sonra kız, ilk o (ilk sorumlu yapılması düşünülen) arkadaşının ayağını kaydırdı (katılımcı keyiflice gülüyor). Kendine şey olarak gördü. O **kişisel sorun yaşadıklarını herkesi tek tek harcıyor** (Meryem, Hekim).

Emine Hanım *"Kurum içerisinde her unvanda; temizlikten üst yönetime kadar her unvanın arasında sebebini bir türlü anlayamadığım, "25 yıldır bunu neden yapıyor bu insanlar?" diye böyle hayretle izlediğim bir* ***çekişme*** *vardır. Ben bunu bakanlıkta da kendim az önce anlattığımı kendim yaşadım. Kendi yaşadıklarım da var, gözlemlediklerim de var."* diyerek çekişmenin hastanelerde kronik bir vaka olduğuna dikkat çekmiştir.

Murat Bey *"Kişi örneğin işte farklı davranışlar da sergileyebiliyor nedeni bazen para olmuyor, bazen işte* ***çekememezlik oluyor****, bazen işte birimde onun hastası fazla oldu olabiliyor işte"* ifadesiyle çekememezlik durumuna işaret etmektedir.

Derya Hanım işe yeni başlayan personelin eski çalışan personelin tarafından kıskanıldığını "*Meselâ şöyle söyleyeyim sana: "****Daha dünkü çocuk gelmiş bak en rahat serviste çalışıyor." Böyle deniliyor, kıskanıyorlar.*** *Yıllarını vermiş insanlar bakıyorsunuz çok yoğun yerlerde çalışıyor. Bazılarına bakıyorsunuz (genç ve yeni işe başlamış personel kast ediliyor) rahat... Daha yeni başlamış insanlar rahat yerlerde çalışıyor. Tabi ki bunda* ***kıskançlık*** *olur, olmaz mı?"* şeklinde beyan etmiştir.

Emine Hanım çalışma arkadaşlarıyla karalama yüzünden sorunlar yaşadığını aktarmaktadır:

> (…) Zaman zaman çalıştığım kurumlarda arkadaşlarımla sorun yaşadım ve şunu çok net ifade ettim: "Benim cesedimin üzerine basarak yükselmek yerine kendi merdivenini kur oradan tırman. Ben sana yeterli yükseklik sağlayamam. Bana kötü diyerek niye kendine prim yapmaya çalışıyorsun? Sen git kendi iyiliklerini o kadar ön plana çıkart ki, zaten iyi ol, **bana kötü diyerek prim yapma**. **Benim hatamı bulmaya çalışarak birkaç şey elde edemezsin**. Git kendini o kadar nitelikli hale getir ki senin iyiliğin fark edilsin" (Emine, İdari Personel).

Zeynep Hanım torpilsiz hastanede personel istihdamının mümkün olmadığını söylemektedir:

Derya Hanım kişinin tanıdığı olmasının hastanede işleri nasıl kolaylaştırdığına örnek vermektedir:

(…) Adamı olmayan insan kapı kapı dolaşır, öyle düşünün yani. Meselâ biz bugün muayene olduk. Biz arkadaşıma taramaya gittik meselâ. Biz arkadaşları tanıyoruz, doktoru tanıyoruz. Hemen girdik doktora halimizi arz ettik. Şunları şunları yaptırın hemen gelin dedi. Gittik, işte ultrason çekindik. Ultrasondaki doktorlara rica ettik "bizi alır mısınız?" diye. Hemen aldı. Bizim iş bizim işimiz bir saatte bitti. Köyden gelen bir hastayı düşünün: Orada bekleyecek, doktoru bekleyecek, doktorun tetkik vermesini bekleyecek; orada sıra bekleyecek, ultrasonda sıra bekleyecek, gün alacak. Adamı olan her taraftan girer yani (Derya, Hemşire).

Fatma Hanım daha evvel görev yaptığı hastanede başhekimin bacanağını nasıl kayırdığını anlatmıştır:

Meselâ bizim başhekim kendi bacanağını, hastane müdürünü görevden aldırdıktan sonra hülle yoluyla hastane müdürü olarak getirmişti hastaneye. Hâlâ hastane müdürü. Başhekim gitti, o orada kaldı. Adam eczane teknikeri ve hülle yapıp işte iki yıllık mezun açık öğretim bitirmiş belirli bir süre çalışması gerekiyor ya, bir meslek yüksekokulunda görevlendirip ondan sonra hastane müdürü olarak kadroya atadı. 10 sene boyunca emek veren müdür uzman kadrosundaydı ama işini iyi bilen bir adamdı. Onu alıp bir köşeye atıp ekarte etti. İş bilmeyen bir adam: Meselâ ne sağlık uygulama tebliği biliyor, ne idare biliyor. Sadece eczaneden çalışmış birisi. Sırf başhekimin bacanağı olduğu için oraya geldiğini biliyorum. Ahlâkî problem midir? Çok büyük! (Fatma, İdari Personel).

Özlem Hanım'ın şikâyet konusu hastanede hemşericiliğin var olmasıdır:

Ama sağlık yöneticilikleri gerçekten böyle! **Şu an meselâ yöneticilerimizin çoğu belirli bir ilçeden.** Belirli bir ilçeden, gerçekten oralıysan şanslısın bakılıyor (Özlem, Hemşire).

Katılımcıların ifadelerinde belirttikleri diğer olumsuzluklar ise dedikodu, mobbing ve taciz olmuştur:

"Dedikodu yapmıyorum" veyahutta "birinin arkasından konuşmam" diyebilecek insan tanımıyorum. Burda -hani hep bayanlar yapar derler ya, çoğunluk bayan bir ortamdayız- erkekler daha fazla yapıyor yani. Doktorlarımızın yaptığını biliyorum yani. **Bazı kişiler hakkında dedikodu yaptıklarını çok iyi biliyorum** (Derya, Hemşire).

Dedikodu büyük yerlerde çoktur. Bunu söylemeye gerek yok. Burada dedikodu çoktur, yani yok deyip de yalanlamanın bir anlamı yok. **Dedikodu çok** (İsmail, Sürekli İşçi).

Kesinlikle mobbing uygulanıyor; hekim tarafından uygulanıyor, yönetici tarafından uygulanıyor, sağlık müdürlüğü tarafından uygulanıyor (Özlem, Hemşire).

Ya mobbingle hastanelerde karşılaşıyoruz. Tıp fakültelerinde daha fazla karşılaşılıyor. Ki benim bulunduğum hastane biraz daha nasıl diyeyim, devlete muhalif insanların yoğun olduğu bir hastane. Yani sen bunların frekansında olmadığın zaman bunu uygulayabiliyorlar her şekilde (Fatih, Anestezi Teknikeri).

İki yıl önce işte. **Yemek dağıtan bir arkadaş hasta yakınına sarkmış meselâ.**

> Ve siz o gün nöbetçi idarecisiniz. Meselâ arıyorlar sizi diyorlar ki "böyle böyle bir durum var": Döver misin, öldürür müsün, ne yaparsın yani (Özlem, Hemşire)?

Derya Hanım "***Dolabımdan param çalındı mesela"*** diyerek hırsızlığın da hastanede gerçekleşebilen kurum içi ahlâk dışı bir davranış olduğunu ifade etmektedir. Yasemin Hanım ise "*Bu iş tanımı dediğimiz şey var ya. Birçok insan hastanede* ***iş tanımında olmayan şeyleri yapmak zorunda kalıyor"*** sözüyle kurum içinde iş tanımına uyulmadığını belirtmiştir.

İfadeler incelenediğinde kurum içi olumsuzlıkların sebebinin çoğunlukla bireysel ahlâkî karakter zaafiyetlerinden kaynaklı olduğu gözükmektedir. Bireyin madde ve makam sevgisi, hırsı ve yetiştiriliş tarzı kurumda bir takım huzursuzluklara yol açmaktadır. Ahlâkî çerçeveden bakıldığında hastanelerde ahlâk dışı yüz kızartıcı suçların işlenebildiği görülmektedir. Bu ahlâk dışı fiillerden ise yine en çok hastane çalışanlarının moral, motivasyon ve iş verimliliği açısından muzdarip olduğu söylenebilir.

3.2. Sağlık Politikalarına Yönelik Düşünceler

Sağlık politikalarına yönelik düşüncelerin olumlu ve olumsuz düşünceler olarak incelenmesi uygun görülmüştür.

3.2.1. Olumlu

Sağlık politikarına yönelik olumlu düşünceler "öncekinden iyi olma", "üst seviyede hizmet", "hastane seçiminde özgürlük", "farkındalık ve bilinç oluşması", "sağlıkta dönüşüm" ve "performans sistemi" kodları etrafında şekillenmiştir.

Songül Hanım geçmişle şimdiki durumu "**Eski yıllara nazaran gerçekten fark var** yani şimdi, Allah için var." Sözüyle kıyaslamaktadır. Emine Hanım da aynı şekil de *"Sağlık Bakanlığı'nda da evet belki on beş yıl önce değildi. Ama çok yenilikler oldu. Belki yeterli değil, daha da geliştirilmesi lazım. Ama* ***şu anda ki durumumuz bir öncekinden daha iyi****. Personelin korunması anlamında personelin lehine birçok iş yapıldı."* diyerek geçmişle mevcut durumu kıyaslamaktadır.

Hizmet sunum seviyesinin yeterli olduğunu *"Eğitimle sağlık, daha düzenli seviyelere gelmiş. Sağlığın önemli olduğunu, yerine evde yasa yönetmenlikler ile insana verilen değerler ve haklar, daha üst seviyeye çıkartılmış. Dünya Sağlık Örgütü'*nün

vermiş olduğu kurallar, kaideler bizim için önemlidir. Onlar daha ön plana çıkarılmış. Bu anlamda özellikle üstüne bastırarak söylüyorum, ***devlet hastaneleri ve resmi kurumlar daha üst seviyede hizmet sunar hale gelmiş****."* demeciyle Dilek Hanım dile getirmiştir.

Mustafa Bey, özel muayenehaneciliğin kaldırılmasının olumlu bir devlet politikası olduğu görüşündedir:

> Meselâ eskiden hepimizin işte yaşadığı şeyler vardı. Hastaneye gelirdik, özele yönlendirilirdik. Özelde para vermezsen hastanede ilgi göremezdin. **Şu an devletimizin güttüğü politikalarla, uyguladığı sistemle o olay bitti artık. İnsanlar isterse özel sektörü, isterse hastaneyi tercih edebiliyor.** Hastaneyi tercih ettiği zaman da ne bıçak ne göz parası ne işte el parası. Öyle bir uygulama şu anda yok. O açıdan ahlâkî manâda güzel bir ortamda çalışıyoruz (Mustafa, Hekim).

Yasemin Hanım *"(...) Bir sorun varsa bu illaki birilerine söyleniyor.* ***Bu şikâyet mekanizması hastanenin ahlâkî açıdan az çok düzene girmesine tabiki yardımcı olur****"* ifadesiyle şikâyet mekanizmalarını, Derya Hanım *"Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Spor Bakanlığı toplumda* ***farkındalık*** *yaratıyor meselâ.* ***Çalışanlar da bilinçleniyor, hastalar da bilinçleniyor****. Onları gördükçe böyle yapılanları gördükçe, etkinlikleri gördükçe çok çok daha iyi oluyor yani."* cümleleri ile ilgili bakanlıkların hastalar ve çalışanlar için farkındalık ve bilinç oluşturmasındaki rolünü takdirle karşılamaktadırlar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı Fatma Hanım tarafından başarılı olmuş bir plan olarak nitelendirilmektedir:

> **Sağlıkta dönüşüm programı aslında bence başarılı olmuş planlardan bir tanesi** sağlık açısından bakıldığında. Ahlâkî anlamda en azından bence, meselâ şu GSS'nin var olması ve tek bir teminat paketine tabi olarak insanların işte yatak ayrımı yapmaksızın falan hani hizmet almaları önemli. Çünkü daha önce birinci sınıf ya da ikinci sınıf yatak vardı. İnsanlar farklı farklı yararlanabiliyorlardı ve bence burada ahlâkî bir problem vardı. Çünkü sağlık ortak problem. Ama sen sırf emekli sandığı hastasısın diye ona daha farklı bir muamele yapabiliyordun daha önce. İşte SSK'lıysan..Yeşil kartlıları zaten adam yerine koyan yok (Fatma, İdari Personel).

Mehmet Bey performans sistemi uygulamasının hasta memnuniyetinde baş etken olduğunu ifade etmiştir:

> Şimdi belli bir maaş ödemesi; sabit bir ödeme yapılıyor hekimlere. E farklı bir ödeme, performans ödemesi yapılmadığı zaman, hekimlerin bir kısmı hizmet ve iş üretiyor, bir kısmı da daha geri duruyor hizmet üretmiyor idi. Buna tedbir olarak hizmet üretimine katkıda bulunan insanların ödüllendirilmesi yoluna

> gidilmiştir ve daha çok hasta bakana daha çok ödeme yapılmıştır. Bu nedenle **ülkemizdeki sağlık hizmetinde memnuniyetin artışının temelinde de performans uygulaması yatar** benim şahsi kanaatim bu. Çalışan ve hizmet üretenin ödüllendirilmesi gerekir (Mehmet, Hekim).

Murat Bey'in performans sistemine yönelik düşünceleri Mehmet Bey'in düşünceleriyle paralellik taşımaktadır.

> **Performansa dayalı ek ödeme hasta tatmini açısından iyi bir model**. Yani hasta kapıda geldiği zaman hastayla ilgileniliyor (Murat, İdari Personel).

3.2.2. Olumsuz

Hastanelerde kurum içi olumsuzluklarla ilgili "tıpta dejenersyon", "siyasi kayırmacılık", "liyakatsizlik", "performans sistemi", "performans baskısı" "özel hastaneciliğin yükselişi" ve "aşırı iş yükü" öne çıkan faktörler olmuşlardır.

Sağlık politikalarına yönelik olumsuz görüşlerin açıklandığı bu bölümde katılımcıların görüşleri şöyle sıralanmıştır:

Ali Bey genel manâda tıpta bir dejenerasyon olduğundan bahsetmektedir:

> Ama giderek böyle **tıp** da esasında bir usta çırak ilişkisine dayanan bir sanat olmasına rağmen **giderek bozuldu** (Ali, Hekim).

Ahmet Bey siyasi yakınlığın hastane yönetimi kadrolarında bulunmaktaki etkisini Türkiye'nin bir gerçeği olarak yorumlamaktadır:

> **Siyasi kariyerin varsa hastanede genel sekreter olursun, müdür olursun, şu olursun, başhekim olursun, o olursun** (…) Siyasetin el çekmesi lazım diye düşünüyorum. Bu Türkiye'nin ya da geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin bir gerçeği. Bu gelişmiş olan ülkelerin bir gerçeği değil. Çünkü o adamlar zaten ekonomik imkânları yerinde. Herkes olacağını olmuş. İşçi sınıfı kendini kabul etmiş, burjuvazi kendini kabul etmiş ama bizler kendini kabul edememişiz (Ahmet, Hasta).

Hüseyin Bey'e göre kurumsallığı yerleştirmiş olamamak devletin başlıca sorunudur. Liyakatin meşruluğunu kaybettiği, istihdam için etkili bir ismin yakını olmanın pirim yaptığı bir anlayış hâkimdir.

> **Kurumsal değiliz. Net! Kurumsal değiliz**. **Her şey siyasetle yönetiliyor**. **Liyakati olmayan insanlar heryerde**. Türkiye'nin şeyi bu şuanda. Bak şöyle; liyakati olanlar bile bir yerden referans almadan gidemiyor hiçbir yere. Hak ettiği halde referans veriyorsun. Öbür tarafta adamın bir tane yayını var, diğer tarafta yirmi tane yayını var adamın, yapmış gelmiş. Bu iki taraftan hangisini alırsın sen? Hayır bunu alırsın (1 yayını olanı)! Bilmem kimin yakını! Bitti! Türkiye'de olay bu şuan (Hüseyin, Hekim).

Sibel Hanım performans sisteminin çalışan ve çalışmayan hekimi reel olarak

ayıramadığını *"Çalışanla çalışmayanı ayıralım derken performansla bunu ayıramadılar.* ***Aslında kağıt üzerinde ayrılmış gözüküyor ama maddiyatta ayıramadığımız için ciddi bir kazanç kapısı oldu*** *hekimlere, performans üreten birimlere"* şeklinde sebeplendirirken, "*Performans sistemi doktoru doktora düşüren bir şey oldu. Diyorum ya herkes, başkası ne yapmış ne etmiş, nasıl şişirmiş onu takip ediyor"* cümlesiyle Meryem Hanım, sistemin hekimlerin birbirlerini takibe sevk ettiğine dikkat çekmektedir.

Ayşe Hanım performans sisteminin sağlık personelini sürüklediği duruma ilginç örneklerle dikkat çekmektedir.

> **İşte erkek hastaya sezeryan girilmiş**. Anladınız mı? Bu tarz yapılmayan işler çok abartı bir şekilde geliyor. Mesela aynı hastaya ameliyathaneye girmiş, vay efendim hem apandisti alınmış hem safrası alınmış hem bilmem nesi yapılmış, Ama aslında belki büyük bir çoğunluğu yapılmamış**. Performans sisteminin sürüklediği bir olay bu da yani** (Ayşe, Hekim).

Filiz Hanım performans sisteminin akademik kadrolardaki hocalara dayatıldığını, bunun öğrencinin eğitimine olumsuz yansıdığını ve devletin bu politikasının yanlış olduğunu ifade etmiştir:

> Klinisyen hocalara performans dayatması getirildi. "Para kazanmak istiyorsan hasta bakacaksın." E hoca da ne diyor bu kez: 'Ben para kazanmak için hasta bakacağım, zamanımı oraya ayırayım, öğrenciye ayırmayayım" diyor örneğin. Bu devlet politikası olarak yapılıyor ise bu bir yanlış (…) Ama şu an ülkemizdeki en ciddi sorunlardan bir tanesi **akademik kadrolara performans baskısı getirildi.** Para kazanmak istiyorsan hasta bakacaksın olayı. Bu kez hoca eğitimden elini eteğini çekmiş konumda (Filiz, Hekim).

Sağlıkta dönüşümle ilgili olarak Filiz Hanım özel muayenehanelerin kaldırılmasının özel hastane "patronlarının" elini nasıl güçlendirdiğini izah etmeye çalışmıştır:

> **Sağlıkta dönüşüm! Ne yapıldı? Hekim muayenehaneleri kapattırıldı. Bu kez nereye dönüştürüldü? Özel hastaneciliğe.** Ahlâkî dejenerasyon oldu. Yani sağlıkta dönüşüm şöyle olabilirdi: Tek tek hekim muayenehanelerini kapatmak yerine hekim muayenehaneleriyle de anlaşma yapabilirdi. Yani şu an SGK özel hastanelerle anlaşma yapıyor ya, hekim muayenehaneleriyle de yapabilirdi. **Hekim muayenehanelerini kapatınca ne oldu? Eskiden atıyorum on beş hekim on beş ayrı patron varken, şimdi bir tane iş adamına bağladınız bütün hekimleri. Onun işçisi konumuna getirdiniz. O da işveren konumunda. Diyor ki 'burası para kazanacak." (**Filiz, Hekim).

Üniversite hastanelerindeki hekimlerin bir yandan eğitim verirken diğer yandan poliklinikte çalışması hastalar açısından bazı mağduriyetleri beraberinde getirmektedir.

Konuya ilişkin Emine Hanım'ın açıklamaları şu şekildedir:

> **Şimdi dekanlık ve başhekimlik ayrı ayrı. Bu insanlar hem dekanlığın hocası, hem hastanenin doktoru. Üniversite hastanelerinin hepsinde var bu. Yani bir başhekim veya bir yönetici çıkıp da "hocam siz bugün poliklinik yaptınız mı?" diyemiyor**. Yasal olarak da diyemiyor. Meselâ bizde de randevu sistemi var. Hocalara randevu veremiyoruz çünkü hocaların çalışma planı belli değil, ya da esnek diyelim. Ya da şöyle diyelim bir saatlik diye planlanan bir vakaya girip dört saatte çıkabiliyor hoca. Çünkü bunlar aynı zamanda cerrah, aynı zamanda ders veren hoca. Hasta randevu sisteminden randevu alıyor. Biz de meselâ üç saat, beş saat, iki saat... Bekleme süresi belli değil hastanın. Ama sağlık bakanlığında MHRS'den randevu almışsanız en fazla yarım saat içerisinde muayeneye girebileceğini bilir hasta. Ve yüzden mecbur kalmadıkça üniversite hastanelerinin eline düşmek istemiyorlar. Doktorların hastayı muayene, teşhis ve tedavi sürecinde üniversite hastaneleri vatandaş için çok zorlayıcı (Emine, İdari Personel).

Elif Hanım aşırı iş yükünün hekimlerde ahlâksız davranışlara yol açabileceğini dile getirmektedir:

> Şöyle söyleyeyim yaklaşık 10 yıldır devlet hastanelerinde çalışıyorum. Devlet hastanelerinde yani özellikle perifer hastanelerde -taşra dediğimiz illerde- hastanelerde ister istemez bir doktor sıkıntısı var. Doktor sıkıntısı olduğu için, mevcut olan doktorlara çok fazla yük biniyor. Çok fazla yük bindiği için çok fazla sorumluluk bindiği için doktorlarımız yıpranıyor yıprandığında da kendine uygun olmayan aslında zamanında kendisinin de yakıştıramadığı hal ve hareketler tavırlar içerisine giriyor. Ama bunun bana göre en büyük nedeni uzman sayılarının, uzman doktor sayılarının, pratisyen hekim sayılarının azlığı. Üç kişinin yapacağı iş iki kişiye yıkılınca veya işte ne bileyim **dört kişinin yapacağı iş iki kişiye yıkılınca insanlar çalışırken bazen oto kontrolünü kaybedip kendisinin de uygun bulmadığı etik olmayan davranışlar sergileyebiliyor.** En büyük neden bu (Elif, Hekim).

3.3. Hastalara Yönelik Düşünceler

Hastalara yönelik düşünceler teması "tahammülsüzlük", "anlayış beklentisi", "saygınlığın azalması", "şiddet eğilimi" ve "suistimal" kodlarından oluşturulmuştur.

- **Tahammülsüzlük**

> Ben meselâ **polikliniğimizin kapısından kendim giremediğim zaman bilirim. İnsanlar birbirini dövecek yani o kadar o derece kalabalık** diyorum ki benim içeriye girmem lazım siz de girebilesiniz; kapıyı açacağım kilit bende ama giremiyorum, oraya ulaşamıyorum (Ayşe, Hekim).

> Geçen Ankara'ya gittim bir hastaya. Saat gece 01:00 olmuş. **Millet kapıya yığılmış ben göreceğim!** Arkadaşım adam açık yara. Ama bizimkiler nedense hücum! Bir söz vardır; "Kel ölür sırma saçlı olur, kör ölür ela gözlü olur" mantığı var. Zamanında adamın varlığından hiç kimsenin haberi olmamış, ama ne hikmetse başına iş gelince… **Bu hepimizde olan bir şey: "Göreceğiz!"**. Gördün mü eline ne geçiyor? Bu da bir hasta ahlâkı. İnsanların, hasta yakınlarının hastalara hastanelere personele davranışı da çok önemli (Serkan, Hasta).

- **Anlayış Beklentisi**

Biz yüzde yüz bir iş yapmıyoruz ki. Sihirbaz mıyız? Doktoruz. Falan gelmiş ölmek üzere. Müdahaleni yaparsın, kurtulamayabilir. Ha "doktor ihmâli var!" Çünkü diyorum ya toplumda ahlâk olmadığı için: "Doktor yanlış müdahale etti, babam ondan öldü." Ulan geldiğinde on tane kurşun yemişti. Kafasından vurulmuş yani ne bekliyordun? Ha atıyorum zaten son devre evre kanser. Bir de meselâ şöyle bir şey oluyor. **Ana baba bakmıyorlar tamam mı? Son döneme kadar adam çürümüş, ölmüş, bilmem ne hale gelmiş. Artık böyle komaya girecek hale gelmiş acile getiriyorlar: "Anam babam ölüyor, nerdesiniz? Ulan sen nerdesin? Sen bakmadığın için bu adam bu hale geldi.** O anda da artistik yapacakları tutar: Evlatlık yapacakları orda tutar hepsinin. Seni de hemen suçlu olarak görürler. Ya bir de orda direk muhatap sensin (Hüseyin, Hekim).

Hasta ve hasta yakınlarının da sağlıkçılara bakış açısının değişmesi gerekiyor. Hani, bizler de insanız, bizlerin de hasta olabileceğimizin bilinmesi gerekiyor. Yani karşındaki insanın da bir sıkıntısı olabilir. Sürekli güler yüzlü davranmayabilir ama işini yapıyorsa bu yeterlidir. Nasıl bir bankaya gittiğinizde güleryüz beklemiyorsanız burda da işini yapmasını beklemek gerekiyor. Bu algıyı geliştirmek için çalışmamız lazım aslında biraz daha (Sibel, Hemşire).

- **Saygınlığın azalması**

(…) Doktorlar saygın insanlar olarak görülürdü; mesleğin bir onuru vardı ama şimdi artık bunun giderek törpülendiğini görüyoruz. Eskiden meselâ bize hastalardan köylüler tavuk getirirdi, yumurta getirirdi, yoğurt getirirdi onu bunu getirirdi. Şimdi kimse getirmez oldu. Hani bunu şunun için söylüyorum. Bu adam yani bunu gönlünden gelerek yapardı. Hani doktor bana iyi baksın diye falan değil yani böyle hediyeler getirilirdi (Ali, Hekim).

(…) Sonuçta onlar bana değer verdiği için saygı gösterdiği için ben yükselecek ya da alçalacak değilim. **Ama hani insan mesleği için bu kadar verdiği emek için bir saygı bekliyor yani** (Ayşe, Hekim).

Eskiden hekime, sağlık personeline bir saygı vardı. Demin anlattığım gibi. Bu özverilere sahip insan, uykusundan feragat eden insan meselâ. Bayramda feragat eden insan. Bu insanlar bence her şeyden önce saygıyı hak ediyorlar (Hatice, Hekim).

(…) Ama atıyorum **çok duyarsız; teriyle, kirli, paslı, hani rahatsız ederim kaygısı taşımadan pat diye geliyor. İçerde hasta var, içeriye dalıyor. Buradaki işleyişi bozmuş oluyorsun sen. Bu da bir saygısızlık.** Bunlar da hep ahlâksızlık. Yani ne oluyor bu defa? Çalışan kesimin moral motivasyonunu düşürüyor. İşe olan sevgi saygısını azaltıyor. Öyle olunca da iş verimine yansıyor (Hatice, Hekim).

Toplum kısmı çok parçalanmış durumda. Yani ben daha çok onu görüyorum: İşin bir hasta kısmı var, bir de sağlık çalışanı kısmı var. Hasta kısmı çok hani tahrip olmuş durumda. Gerçekten hani **saygı, sevgi bitmiş durumda** (Hatice, Hekim).

Eskiden daha böyle şeydi doktora yaklaşım; daha saygılıydı. Şu anda biraz daha yine hekimlere yaklaşım, diğer sağlık personeline yaklaşımından daha iyi. Yani ahlâkî anlamda da daha daha iyi ama. **Eskiye göre, müthiş bir yozlaşma var gerçekten**. Yani direk **hekime böyle saygı anlamında azalma**. Müthiş bir

azalma var. Hekimlerse bizim çalışma arkadaşlarımız. Ben gittiğim zaman acaba yanlış birkaç söyler kırar mıyım diye düşünüyorum ama şuandaki hasta ve hasta yakınlarımızda o yok. Yani hekim bize bakmak zorunda algısı var. Bakmak zorunda ama karşısındakinin en azından yıllarını vermiş en az otuz yaşına kadar okumuş insan olduğunu, emeğin karşılığının orta oturduğunu bilmesi gerekiyor diye düşünüyorum (Sibel, Hemşire).

- **Şiddet eğilimi**

Geçen dilek şikâyet kutularını topluyorum. İsimsiz mektup vardı: **"Siz vurursunuz dikiş atarlar biz vururuz toprak atarlar."** Yani böyle bir şey var. Bu da resmen bir tehdit yani. Başka birkaç değil (Sibel, Hemşire).

Çocuk acildeyiz: **Kapıda sürekli bir sıra kavgası**. Bir tanesi sıra almış ne kadar bekledi bilmiyorum. Çocuğum çok ağlıyor diyerek öncelik hakkı istedi (…) Daha sonra böyle bir ortamda "tamam" dedim. Yani hani bakayım içeride çocuk var. En azından içerideki çocuğu çıkartıp onu alayım diye düşündüm. O sırada ateşini ölçtüm; normal. Biraz sakinlesin dedim, daha rahat muayene ederim diye. Ondan sonra içeri aldım, muayene ediyorum. İşte çocuk ağlıyor da bilmem ne de. Hala baba yüksek sesle konuşuyor. Benim söylediğim de şu: "Hiçbir çocuk ağladığı için ölmez". Başka bir şey demedim. Sonuçta yani bu bir gerçek bütün çocuklar ağlar. Yani ondan sonra vay efendim şöyle mi böyle mi… Bence haksızdı adam orada. Hani çocuğuna bakıyorum, şey de değil. O kadar şeyi göze almışım, kapıdaki kavgayı göze almışım. Çocuğun ağlaması hariç hiçbir aciliyeti yoktu. **Ama adam elini kaldırdı üstüme yürüyorken eşi araya girdi. Ben yan tarafa kaçtım falan. Öyle kurtardık**. (Ayşe, Hekim).

- **Suistimal**

Bazen böyle çok basit hastalıklarla aciller meşgul ediliyor. Ama o arada çok önemli hasta ve hastalık arada kaynayıp gidebiliyor. **Örneğin çok lüzumsuz bir hastalık nedeniyle ambulans çağırılıyor ama çok daha ağır ve acil bir hastaya gitmesi gecikebiliyor ambulansın.** Bu nedenle vatandaşın bunun planlamasını yapması lazım (Mehmet, Hekim).

Acile başvurmak bedava diye bir aydır burnu akan adamın gece yarısı bedava diye gitmesi vesaire gibi. Suistimal etmemeli, bu da önemli (Mehmet, Hekim).

Kadın devamlı hastaneye gidiyormuş. Her gün ve her gittiğinde bir sürü filmlerle tahlillerle ve bir torba ilaçla geri dönüyormuş. Devamlı gidiyormuş böyle. En sonunda çocuk demiş ki: "Ya baba, merak ediyorum, annemin ciddi bir hastalığı mı var? Nesi var?" demiş. "Yok yavrum merak etme" demiş. **"Annenin SGK'sı var."** demiş (Ali, Hekim).

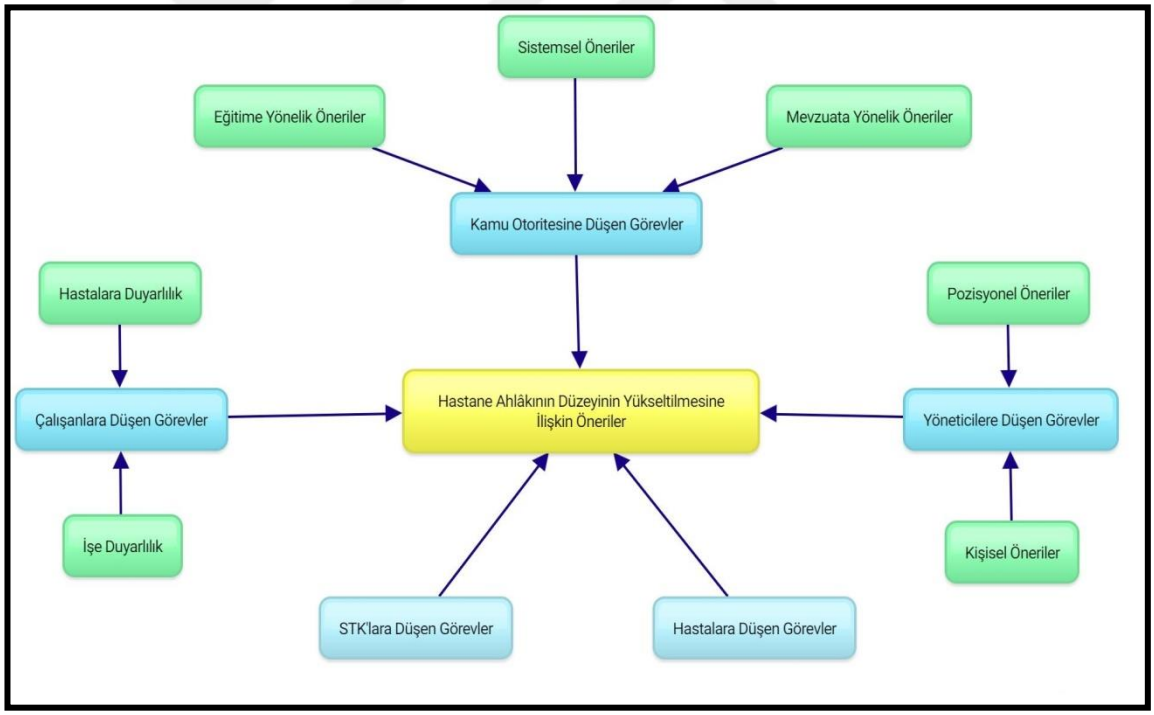
Meselâ önceden sağlık ocakları birinci basamaktı. Onları görmeden hastaneye sevkler yapılmıyordu. Bence çok doğru bir uygulamaydı ama şuanda herkes heryere gidebiliyor. Hastaneye gelebiliyor. Burada şu sıkıntı oldu. Meselâ hiçbir Avrupa ülkesinde yoktur 3000 hasta bakılan bir acil. **Biz de belki de günde 1000 hasta, 1500 hasta bakıyoruz. 1500 tane acil vakamız mı var bizim? Yok**. Çoğu poliklinik hastası. Reçetesini yazdıramayan aksam acile gelip reçetesini yazdırabiliyor. Bunu aile hekimine de yaptırabilir (Sibel, Hemşire).

Mevcut duruma yönelik katılımcılardan edinilen bulgulara bakıldığında hastanelere yönelik düşüncelerin başı çektiği söylenebilir. Hastanelerde çoğunlukla

ahlâk dışı oalrak kabul edilen davranışların varlığı dikkat çekmektedir. Mevcut sağlık politikalarına yönelik olumlu ve olumsuz düşünceler bildiren katılımcılar hastaların profillerinin de değiştiğine dikkat çekmişlerdir. Bu değişim hastaların sağlık personellerine karşı daha rahat ve daha ısrarcı olması biçiminde kendini göstermektedir. Nezaket çizgisini aşan hasta davranışları sağlık personelleri tarafından ahlâkî bulunmamaktadır.

4. HASTANELERDE AHLÂKİ DÜZEYİN YÜKSELTİLMESİNE DAİR ÖNERİLERE YÖNELİK BULGULAR

Hastanelerin nasıl daha ahlâklı hale getirilebileceğine ilişkin önerilerin yer aldığı bu bölüm, "devlete düşen görevler", "yöneticilere düşen görevler", "çalışanlara düşen görevler", "hastalara düşen görevler" ve "STK'lara düşen görevler" olmak üzere 5 temadan meydana gelmiştir.



Şekil 7. Hastanelerde Ahlâkî Düzeyin Yükseltilmesine Yönelik Önerilere İlişkin Kavram Haritası

4.1. Kamu Otoritesine Düşen Görevler

"Kamu Otoritesine Düşen Görevler Teması" teması "sistemsel öneriler",

"mevzuata yönelik öneriler" ve "eğitime yönelik öneriler" şeklinde üç alt temaya ayrılmıştır.

4.1.1. Sistemsel Öneriler

Sistemsel öneriler kapsamında elde edilen bulgular genellikle maddi şartların iyileştirilmesine yönelik önerilerdir. Bunların yanı sıra "çalışma ortamlarının iyileştirilmesi", "özlük haklarının geliştirilmesi", "ödüllendirme", "performans sisteminin kaldırılması", "çalışanların takdir edilmesi", "iş yükünün azaltılması", "şartlara uygun politikalar" ve "çalışanların onurlandırılması" sistemsel önerilerde değinilen başlıkları oluşturmaktadır.

> **Sınırlarının iyi çizilmesi lazım**. Bir hekim hakikaten; bir beyin cerrahı, bir kadın doğumcu günde ne kadar hasta bakmalı, iş verimi ne kadar olabilir? Yani insanları otuz altı saat çalıştırıp da "Leyla" gibi dolandırmanın da bir anlamı yok. Ki bu düzenlemelerin mutlak surette her kurum tarafından belirlenmesi lazım. Ama paraya endeksli değil hizmete endeksli. Bu hizmetin karşılığında da o hekimin belirli **hayat standardının oluşturulması gerekir.** Ardından da bunların denetlenmesi lazım, başıboş bırakmak yok (Filiz, Hekim).
>
> (…) Çalışana güzel olanaklar sunarsan çalışan daha güzel hizmet verir (…) Maddi açıdan insanları ahlâksızlığa hani dediğim gibi, ahlâksız insan yüz bin de versen milyon da versen ahlâksızlığı isterse yapar. **Ama maddi olanak açısından sen insanların durumunu iyileştirmen lazım**. Yetmeyen insanlar var meselâ hani. E ne oluyor? O insanı ahlâksızlığa sevk edebilir o açıdan diyorum (Ayşe, Hekim).
>
> Bu kesimin (hekimlerin) kesinlikle **(maddi) tatminlerinin sağlanması lazım**. Öteki türlü ne oluyor? İşte en basiti: Yakınımın biri üniversite sınavına girecek. Tıp fakültesini yazayım mı diye soruyor. "Yazma, aman yazma" dedim. Ben burda bıktığım için hekimlik yapmak istemiyorum ki. Ben çok severek mesleğime başlamış bir hekimim. Hastalarımla da olabildiğince ilgilenmeye çalışan bir hekimim. Hekimliğimin onuncu yılındayım. Ben bugün şuna karar vermiş durumdayım: Ömrümün sonuna kadar ben bu mesleği yapamam. Gerek yok; yani yıpratır beni. Bu şartlarda yaparsam ben benden biterim. Ben önce kendimden sorumluyum; çoluğumdan çocuğumdan, ailemden sorumluyum. Yani bunlar düşünülerek politikalar üretilmeli (Hatice, Hekim).
>
> Maddiyat! O insana doyurucu bir para vermediğin müddetçe elbette işini yarım yamalak yapacak. **Ama doyurucu bir imkân tanınırsa; maddi manevi imkânlar iyi sunulursa işini ben düzgün yapacağına inanıyorum** (Serkan, Hasta).
>
> **Çalışma ortamlarını iyileştirmek lazım**. **Özlük haklarının daha da geliştirilmesi lazım** bence (Derya, Hemşire).
>
> **Ödüllendirme yapılması lazım** bence. Yani biraz nasıl diyeyim motive etmesi lazım. Dediğim gibi ödüllendir hep böyle. Ben de demeliyim? "Ben de herkesin farkındayım, beni de, bakanlık beni gördü". Veyahutta ha "bana böyle böyle özlük hakları verildi" demem lazım ki ben de hani, işime sıkı sıkı sarılayım, her şeyimle çalışayım yani (Derya, Hemşire).

> Bence önce şu **performans olayı kaldırılmalı** (Yasemin, Hemşire).
>
> (…) İlk önce **personelin gerçekten gözünü doyurmak gerekiyor**. Vermek gerekiyor personel çalışıyorsa. Gerçekten zor ortamlarda çalışıyorlar. Yani o kişiler farklı ortamlarda çalışsa belki daha farklı kazanabilirler. Bu kişiler gerçekten seçilmiş kişiler. İşte yüzde birlikle tıp fakültesine giriyor. Hemşiresi de öyle. Bu birimleri okumak kolay değil. Ya bu kişilerin bir kere kaliteli yaşaması gerekiyor. Bunun için de etik ihlaline sebep olan temel faktörleri ortadan kaldırmak gerekiyor (Murat, İdari Personel).
>
> **Üzerimizden yükün biraz alınması lazım**. Biraz **desteklenmemiz lazım**. Nasıl yapılır nasıl edilir kısmının yani böyle geniş olarak konuşulması gerekiyor (Mustafa, Hekim).
>
> **Habersiz hülyalar görerek politikalar görerek politikalar üretilmemeli**. Oy kaygısıyla bunları bir parça anlayabiliriz ama arada uçurum olmamalı diye düşünüyorum. Ama en önemlisi sağlık çalışanının memnuniyeti olmalı ki yarın sağlıkta hizmet verebilecek yeterince personelimiz olsun (Hatice, Hekim).
>
> Gün boyunca o kadar çok insanlarla muhatapsın. Karşıdaki hasta geliyor ya tedavi görmek için. Bazen ondan daha fazla hasta olarak hizmet sunuyoruz. Bunların farkına varılması, belki bununla ilgili **personelin onurlandırılması gerekiyor** (Dilek, Ebe).
>
> İyi davranışlar **ödüllendirilmelidir** (Mehmet, Hekim).

Katılımcıların ifadelerine göre hastane personeline yönelik ücret politikaları tatmin edici değildir. İş yüküne oranla ücretlerin düşük olması, savsaklama, boşvermişlik ve ciddiyetsizlik gibi sağlık personeli arasında görülmesi muhtemel ahlâk dışı davranışlara kapı aralamaktadır. Ödüllendirme çalışma şevki açısından personelin iş tatminine etki edebilir ve üretilen hizmetin daha kaliteli yapılmasına zemin hazırlayabilir.

4.1.2. Mevzuata Yönelik Öneriler

"Kanunların iyi olması", "cezaların ağırlaştırılması", "cezaların caydırıcı olması" ve "sert yaptırımlar" kodları mevzuata yönelik önerileri oluşturan kodlardır.

> **Kanunların iyi olması lazım**. İyi düşünülerek yapılması lazım (Ali, Hekim).
>
> Yasaların gayet ciddi bir şekilde işletilmesi gerekiyor. Herkese aynı mesafede uygulanması gerekiyor. Adam kayırmadan. Ve insan sağlığı ile ilgili her şeyde gerçekten düzgün bir kural koyup yasa artık yasa kanun koyup herkesin uymasının beklenmesi lazım. **Cezaların ağırlaştırılması lazım** o zaman (Songül, Hemşire).
>
> Kesinlikle ve kesinlikle cezaların şiddetli olmasından yanayım. Hastanelerde özellikle daha da fazla olmasından yanayım. Doktor için de dâhil, hemşire için de dâhil. Bunu da kılı kırk yararak ortaya yapılmasından yanayım. Tabiî ki burda bir de yargı bağımsızlığı ortaya çıkıyor. Hepsi birbiri ile girift, bağlantılı şeylerdir. Ama kesinlikle hastane içerisinde şiddet unsurlarının önüne geçilmesi için **cezaların caydırıcı olması lazım** (Ahmet, Hasta).

Bazı şeylerin kanuna bağlanması, **sert yaptırımların olması**, bu konuda daha caydırıcı cezaların olması da olabilir yani (Fatih, Anestezi Teknikeri).

(…) Tabi ki sağlıkta bir düzeltmeler yapılması gerekiyor bu şart. Yapılan çok olumlu şeyler de var ama bunların yapacağı olumsuzlukları da ortadan kaldıracak **gerekli denetlemelerin yapılarak suçlu olanlara ihmâli olanlara gerekli uyarıların veyahutta cezaların verilmesi gerekir** (Ali, Hekim).

Kanunlarda hastaneleri ilgilendiren suçlara karşı yaptırımların caydırıcı olacağı düşüncesi ile olumsuz davranışlara ket vuracağı, bu sayede hastanelerde ahlâkî seviyenin yükselebileceği katılımcıların ifadelerinden anlaşılanlardır.

4.1.3. Eğitime Yönelik Öneriler

"Eğitime Yönelik Öneriler" teması "eğitimin önemi", "hizmet içi eğitim" ve "kamuya yönelik eğitimler" kodlarından meydana gelmiştir.

- **Eğitimin önemi**

Eğitim önemli ya. Ben, biz, siz hasta olduğumuz zaman neye dikkat ediyorsunuz? Doktoru araştırıyorsunuz, eğitimine bakıyorsunuz, çıktığı hastaneye (mezun olduğu fakülteye) bakıyorsunuz, deneyimlerine bakıyorsunuz. Ondan sonra siz hiç tanımadığınız insana güvenip kendi vücudunuzu, sağlığınızı, ömrünüzü, hayatınızı, annenizi, babanızı, çocuğunuzu, kendi ömrünüzü emanet ediyorsunuz. Tanıyor musunuz o insanı? Hayır. Neyine baktınız? Eğitimine. Ve o eğitimi göz önünde bulundurdunuz, sizi cesaretlendirdi, güçlendirdi. **Eğitim kaliteyi yükseltir, iş ahlâkını da, kişinin ahlâkını da yükseltir** (Hatice, hekim).

Yani insanı algılamanın sadece muayene olmadığı veya bir sağlık çalışanının görevinin sadece tansiyon ölçmek, sadece ateş ölçmek olmadığının işlenmesi lazım. Yardımcı sağlık eğitiminde 4 yıl mı eğitim, 4 yıl boyunca, tıpta 6 yıl mı 6 yıl boyunca böyle cerrahi gibi dâhiliye gibi anatomi gibi ana ders olarak öğretilmesi gerektiğini düşünüyorum. İnsana hizmet ediyorsanız sadece kalbini dinledim EKG'sini çektim diyemezsiniz, dememelisiniz (Emine, İdari Personel).

Tıp eğitiminin yeniden reforme edilmesi son derece önemli. Yani ben onu söylüyorum. Doktorlar ve tümüne aynı eğitim verilmemesi lazım. İşte ilk girenlere bir yıllık temel bir eğitim, sonra pratisyen olacaklara ayrı bir eğitim, cerrah olacaklara ayrı bir eğitim gibi böyle ayrı ayrı programlar uygulanması lazım (Ali, Hekim).

Hani ahlâk konusunda bu çocukluktan gelen bir süreç ama **tıp fakültesi eğitimine de ayrı bir ders olarak** (…) (Hülya, İdari Personel).

- **Hizmetiçi eğitim**

Beşer onar kişilik bir grup oluşturarak haftada ya da ayda ikişer saat vakit ayrılıp diğer amirlere, diğer hastalara, diğer memur arkadaşlarımıza tebessümle nasıl davranılacağını eğitmek gerektiğini düşünüyorum (İsmail, Sürekli İşçi).

Çalışma ortamında da hani ne deniyor? Eğitim yapılıyor. Çalışmayla ilgili

eğitimler yapılırken **ahlâkî eğitimler de yapılması lazım**. Hizmet içi eğitimlerde ya hiç değinilmeyen konular bunlar aslında ama (Fatih, Anestezi Teknikeri).

Çalışanlara işte eğitim ver. Hizmet içi eğitimler, planlar. Nasıl çalışacaksın, nasıl yapacaksın, memnuniyeti nasıl arttırabiliriz gibi konularda (Fatma, İdari Personel).

Kurumlarda **hizmetiçi eğitimlerle belli dönemlerle bu insanların bilgilendirilmesi lazım.** Dersler ve kurslar verilmesi lazım (Mehmet, Hekim).

İşte günümüzde malum hastane işletmeciliği gibi apayrı bir şey çıktı. Doktorlar ve hastalar arasındaki davlarla ilgili avukatlık hizmetleri çok önem kazandı. Avukatlar ve hâkimler de tabiki tıptan hiç anlayan insanlar değil. Nasıl anlasın adam? **Tıbbi davalara bakacak hâkimlerin de belli ölçüde tıp eğitimi almış olması lazım. Avukatlarında aynı şekil de.** Sağlık sigortacılığı diye bir bölüm var. **Tıp eğitiminin yani o bakımdan organize edilmesi şart** (Ali, Hekim).

- **Kamuya yönelik eğitimler**

İyi özelliklerimizin çok ön plana çıkması lazım. Bunun için de meselâ evde bakım videoları gibi videolar çıkartılmalı. İşte meselâ şimdi yeni yeni "antibiyotiği ısrarla istemeyiniz" diyor. **Toplumun da bilinçlendirilmesi lazım.** Bunun için bakanlığa, kamu spotlarıyla idarecilere işler düşüyor (Hatice, Hekim).

Böyle hastanelere gereksiz gitmenin onların faydasına değil tam aksine zararlı olabileceği nakşedilmeli, onlara anlatılmalı (Ali, Hekim).

Hasta bilgilendirmeye yönelik de eğitimler yapılması gerekir (Derya, Hemşire).

Hastaların bilgilendirilmesi lazım. Bu hani hasta bilinçlendirilmesi olayının ciddi manâda artırılması lazım. En büyük sıkıntılardan biri de hastaların bilinçsiz olması. Hasta profili gerçekten önemli (…) **O yüzden bence hastaların hem tıbbi açıdan hem de ahlâkî açıdan biraz bilinçlendirilmeleri lazım** (Yasemin, Hemşire).

Eğitimin kişinin inanç ve davranışına yön verme ve yapılandırma gibi bir fonksiyonu bulunduğu göz önğne alınaırsa genel manâda halka, özelinde ise hastalara verilen eğitimlerin ahlâkî gelişime katkısı olacağı kaçınılmazdır. Aynı katkı hastane içinde çalışan bütün personel için geçerlidir.

4.2. Yöneticilere Düşen Görevler

"Yöneticilere düşen görevler" teması ikiye ayrılarak "kişisel öneriler" ve "pozisyonel öneriler" başlıkları altında katagorize edilmiştir.

4.2.1. Kişisel Öneriler

Kişisel öneriler alt temasında "yöneticinin ahlâkî duruşu", "iyi ve güzele yönlendirme", "adaletli olma", "işleyişi bilme", "abi-abla olma" ve "personele iyi

davranma" yöneticilerin bireysel olarak hususiyetle üzerinde durmaları gereken noktalar olarak ifade edilmiştir.

> Ya oradaki (hastanedeki**) en büyük amir ahlâklı olursa disiplinli olursa bunun altında çalışanlar da mecburen bu ahlâka uymak zorunda olurlar** (Fatih, Anestezi Teknikeri).
>
> **Balık baştan kokar hesabı bizim baş olarak gördüğümüz başhekimden başlamak üzere başhekim yardımcıları, müdürler,** doktorlar, yardımcı sağlık personeli, işte temizlik personeli, güvenlik personeli, bunların toptan böyle iyileşmesi için bizim iyi olmamız lazım (Mustafa, Hekim).
>
> **Bizim insana yakışır şekilde davranmamız lazım**. İnsanların ihtiyaçlarını mantıklı çerçevede değerlendirip iyiye ve güzele yönlendirmemiz lazım (Mustafa, Hekim).
>
> Nasıl davranılması gerektiğini değil de, **hani iş verirken ilk önce kendisinin adaletli olması lazım bence. O adaletli olursa, o kendisi düzgün olursa, zaten senin otomatikmen hani,** bu böyle yapıyor, ben de böyle olurum diyebilesin. Onu örnek alabilirsin yani. Ya böyle iyi kişilerin olması gerekiyor müdür yardımcılığında. Seçilmiş kişiler olması gerekiyor. Örnek olması gerekiyor, düzenli olması gerekiyor (Zeynep, Diğer Sağlık Personeli).
>
> Yani bir yönetici, başhekimi tabiki hekim olur ama onu şöyle düşünmeniz gerekiyor: Bir **başhekim hastanelerin işleyişini bilecek**. Yani bir yere en az bir emek vermiş olması gerekiyor. Bir 10 yıl 15 yıl 20 yıl her neyse… Benlikleri bilecek: Hangi hekim arkadaşının hangi sıkıntılar var bilecek ki ondan sonra idareci olacak. Ki sahaya da onu yansıtabilsin. Hastaneye hâkimiyet olacak. Bu bütün müdürlükler için böyle aslında. Şimdi insanlarda da şu olacak; bir kere **abi ya da abla olacak**. Bu konuda kesinlikle bunun üzerine basa basa söyleyebilirim; abi ya da ablanın yaptırımı çoktur. (Sibel, Hemşire).
>
> **Biz yönetim kademesindekiler personele iyi davranırsak o personel de hastaya iyi davranır.** Ben hep böyle düşünürüm zaman zaman doktorlarla olan toplantılarımızda söyleriz: "Arkadaşlar hastalığı herkes tedavi eder, hastaya herkes bakar ama sizin farkınız hastalığı değil de hastayı tedavi etmek." bu yönde olması lazım hastaya hasta gibi insan gibi yaklaşırsak bence hastane olarak üzerimize düşen ahlâkî manâda görevi yapmış oluruz (Mustafa, Hekim).

4.2.2. Pozisyonel Öneriler

Yöneticilerin pozisyonlarına dayalı önerileri içeren ifadeler "personeli yönlendirme", "yaptırım uygulama", "liyakata önem", "eğitim planlama", "motive etme" ve "hastalara geri bildirim" kodları etrafında kümelenmiştir.

Fatma Hanım *"**Yöneticilerde bitiyor iş. Personeli sen yönlendiriyorsun**. Meselâ takip ediyorsun varsa olumsuz bir şey yönlendirmeye çalışıyorsun, işte engellemeye çalışıyorsun falan. Dolayısıyla yönetici çok etkili orada"* ifadeleriyle yönetici pozisyonundakilerin personeli takip etme ve yönlendirmesine dikkat çekmektedir. Hülya Hanım yöneticilerin kurallara ilişkin belirleyici olmaları *gerektiğini "Hani bu*

noktada yöneticiler hastane ahlâkıyla alâkalı kuralları belirlemeli ve yaptırım gücüne sahip olmalı" sözleriyle ifade etmektedir.

Ahmet Bey yöneticilerin nasıl gelmesi gerektiği ve çalışanları neyi esas alarak yargılaması gerektiği üzerinde fikir sunmuştur:

> Yöneticiler **torpilsiz gelmeli**. İdareciliği bilmeli. İdeolojik unsurları es geçerek liyakata önem vererek insanları değerlendirmeli (Ahmet, Hasta).

Yöneticilerin nasıl gelmesi ve olması gerektiğine dair Dilek Hanım daha kapsamlı bir öneri getirmektedir:

> **İşte A partisindenim, B'denim, C'denim, onun tanıdığıyım bunun tanıdığıyım diye sorumlu amir yapmamak gerekiyor. İşini bilen, işine hâkim olan; kontrollü, seviyeli insancıl, ahlâklı, bilgisinde eğitiminde donanımlı, doyumlu, iletişimde kuvvetli insanların idareci olarak başta olması gerekiyor**. İşi bilen insanların (Dilek, Ebe).

Çalışanlara yöneticilerin hizmet içi eğitim planlaması da Fatma Hanım'ın görüşüdür:

> Çalışanlara işte eğitim ver. **Hizmet içi eğitimler planla**. Nasıl çalışacaksın, nasıl yapacaksın memnuniyeti nasıl arttırabiliriz gibi konularda (Fatma, İdari Personel).

Yöneticilerin liyakate dikkat etmesi gerektiği ile ilgili olarak Dilek Hanım, Özlem Hanım ve Meryem Hanım'ın görüşleri aşağıda verilmektedir.

> Ben **üst seviyede bir yönetici bir görevli olmuş olsaydım, öncelikle iş ahlâkının ve işleyişinin dört dörtlük oluşunu ve o seviyede hizmet vermesini planlıyorsam, kişinin aldığı eğitime uygun, istediği bölümde çalışmasına olanak sağlardım.** Kişi istediği bölümde çalışınca psikolojisi de rahat olacak, verimi de güzel olacak, başarı seviyesi de yüksek olacak. Bir kişi istediği birimde çalışacak. Yoğun bakımdaki yoğun bakımda, çocuğu isteyen çocukta, acil isteyen acilde (Dilek, Ebe).
>
> **Ehli olana, işinin ehli olana vereceksin**. Bak bu çok önemli. Yani birinin yakını diye ya da şu siyasi partinin yakını diye olmaması gerekiyor (Özlem, Hemşire).
>
> **Bir de işi layığına vermek önemli**. Yapabilecek insan (…) (Meryem, Hekim).
>
> Şey yapılması gerekiyor: Tebrik edilmesi gerekiyor. Hani biz yapıyoruz meselâ işimizi tam. Hiçbir anlam ifade etmiyor. Hani yapıyorsun çırpınıyorsun, ama anlam, yani bir anlam ifade etmiyor meselâ. **Hani "aferin, ellerine sağlık, çok iyi yapmışsın…", ödül sistemi olması gerekiyor**. Uygulanmıyor zaten. Ki bir de hani, ödülden ziyade şey olması gerekiyor. Meselâ senin başında kim var; müdür yardımcısı. **Gaz vermesi lazım.** Gazla çalışan bir insanım ben (Zeynep, Tıbbi Sekreter).

Hastane personelinin yönetici tarafından takdir edilmesi, personelin hem motive olması hem de yönetici ile iyi ilişkilerin sürdürülmesi bağlamında ahlâkî iş yaşamının

devamlılığı açısından kayda değer hususlardandır.

Zeynep Hanım'ın yöneticilere yönelik geri bildirim tavsiyesinin hastalara yönelik güzel davranışlardan olduğu söylenebilir:

> Meselâ hastaların aranması gerekiyor. **Meselâ başhekim birkaç tane hastayı aramış: Nasıl memnun kaldınız mı? Nasıl oldunuz? İşte, meselâ bu çok güzel bir şey.** Geri dönüş sağlanmalı. Ne kadar güzel bir şey yöneticinin seni araması. Nasıl oldunuz, iyi misiniz demesi (Zeynep, Tıbbi Sekreter).

4.3. Çalışanlara Düşen Görevler

Çalışanlara düşen görevler "hastalara duyarlılık" ve "işe duyarlılık" alt temalarının birleşimiyle meydana gelmiştir.

4.3.1. Hastalara Duyarlılık

Katılımcılar hastalara duyarlılıktan bahsederken "iyi davranmak", "fedakâr olmak", "anlayışla yaklaşmak", "samimi olmak", "eşit davranmak", "iyi iletişim kurmak" ve "mahremiyete dikkat etmek" kodlarını kullanmışlardır.

Söz konusu kodların geçtiği bazı alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

> (…) **Ondan sonra hastalara düzgün davranılması geliyor. İyi davranılması** geliyor. Ondan sonra biz hasta olarak gittiğimiz aman tanımasa karşıdaki bizi böyle inanın insan gibi davranmıyorlar ki (Zeynep, Tıbbi Sekreter).
>
> Bir kere insanlar (hastane çalışanları) genel manâda **fedakâr olması lazım** (Ali, Hekim).
>
> (…) **Anlayışla yaklaşmak** lazım (Ali, Hekim).
>
> (…) Yani hastayla bir ilişki kurmak lazım ama bunun tabi hem **samimi olması lazım** hem ciddi olması lazım, laubalilikle bu işin olmaması gerekir (Ali, Hekim).
>
> Sağlık çalışanlarının **herkese eşit şekilde davranmaları lazım.** Yani hastayı hasta olarak görmek lazım ve bütün hastalara, herkese, yani çalışanlara gözünde eşit olması lazım yok, bu bunun hastasıymış ve ona özel davranalım bu, bunun şeyiymiş onu yapmamak lazım (Derya, Hemşire).
>
> Hastanın memnun kalabilmesi için onunla **iyi bir iletişim kurman**, değer vermen, ayrım yapmaman falan lazım (Fatma, İdari Personel).
>
> İşte meselâ hastane için konuşalım hasta **mahremiyetine dikkat edecek**, hasta bilgilerini başkalarıyla paylaşmayacak (Hülya, İdari Personel).

4.3.2. İşe Duyarlılık

İşe duyarlılık alt teması "faydalı olma", " iş- aile dengesi", "mesaiye riâyet", "ücretin hakkının verilmesi", "sorumluluk", "personel dayanışması" ve "nazik îkaz" unsurlarından oluşmaktadır.

Hekimlerin ismini duyurmaya endeksli davranışlarının işe duyarlılığı törpülediğini söyleyen Ahmet Bey, hekimler gibi diğer sağlık çalışanlarının da mesleğe sahip çıkma ve insanlara faydalı olma mesuliyetine dikkat çekmiştir:

> "Doktorlar tribüne oynamaktan ziyade… Meselâ Mollier'in bir tiyatrosu vardır: "Sevda Doktoru" adlı. O dönemlerde de demek ki sorunlar yaşıyormuş adam. Para için doktorluk yapmamalı. Tamam tabiî ki para için yapmıştır. Parayı kazanmak için toplumda sevilen sayılan konuma gelmek için doktor olmuştur ama in-san-lara (heceleyerek, üzerine basa basa) **faydalı olabilmek ve sevdiği bir mesleği yapmak unsurunun da beraber iç içe geçmesi lazım**. Hemşireler de keza. Hemşirelik de aynı şekilde olması lazım gelen bir meslektir. Kutsal bir meslektir (Ahmet, Hasta).

Derya Hanım iş yaşamında özel hayata ilişkin bilgilerin korunması gerekliliğini vurgulamıştır.

> **Özel hayatımızı biz yeri geliyor anlatıyoruz. Hani nasıl diyeyim size. Çok da derine girmemek lazım.** Belli bir sınırı olması lazım yani. Hiç kimse buranın kendi çalıştığı resmi bir kurum olduğunu unutmaması lazım (Derya, Hemşire).

Hülya Hanım *"(…) Ha çalışanlar da ne yapacak tabi ki uyacak. Vaktinde işine gelecek, vaktinde gidecek"* sözüyle mesaiye riâyeti, Elif Hanım *"Her aşamada çalışan sekreterinden, temizliğinden polisinden, doktorundan hepsi üstüne düşeni yapmalı"* ifadesiyle vazife bilincini öğütlemektedirler.

Zeynep Hanım personelin birbirini kibarca uyarması gerektiğini *"Böyle hani seni uyaran bir kişinin olması gerekiyor. Herkesin içinde değil de yanına alıp da 'böyle böyle yapma' hani, 'şöyle şöyle davranma' gibisinden."* sözleriyle açıklamaktadır.

Diğer katılımcıların beyanlarında işaret ettikleri noktalar "hak", "sorumluluk" ve "dayanışma" olmuştur.

> Çalışma şartlarını uygulamakta ya da yapmakta sana 36 saat görev verildi ve o görevde duruyorsan sonuçta az ya da çok para alıyorsun. Onun **hakkını vermek** gerekiyor diye düşünüyorum (Ayşe, Hekim).
>
> Aynı zamanda da devlet memuruysan bulunduğun kuruma karşı, özel çalışansan

bulunduğun, bağlı olduğun hastaneye karşı **sorumluluklarını yerine getirmek** (Fatih, Anestezi Teknikeri).

(…) İki kişi çalıştığım dönemler oldu. Sağolsun hemşire hanımlar hani beni rahatsız etmemek için yeri geldi çocuk aldılar. İşte bir durum olduysa "doktor hanım işte biraz gözledik, rahatlamadı" diye ararlar, şey yaparlar. Ama ben onlara o şeyi (insiyatifi) vermesem anında ararlar işte böyle böyle bir durum var diye. **Dayanışma önemli tabi** (Meryem, Hekim).

4.4. Hastalara Düşen Görevler

Hastane ahlâkının temel dinamiklerinden olan hasta grubunun sağlık hizmeti alımında uyması ve yerine getirmesi gereken bir takım davranışlar bulunmaktadır. "Uslüp", "saygı", "güven", "bencil olmama", "kamu malına itina" ve "temizliğine önem" hastalara düşen görevler kodlarını oluşturmaktadır. Bu beklentilere yönelik edinilen bulgular şu şekildedir:

Ülkemizdeki hekimlerin dünyada bir konumu var. İnsanların mesleğe, o branşa bakış açısı var. O meslek, o branşa bakış açısı ne parayla ne başka bir şeyle ölçülemez. O değerin, insanların gözünde o **saygınlığın kaybolmamasını istiyoruz** (Mustafa, Hekim).

Türk'ü de geliyor, yabancısı da geliyor, göçmeni de geliyor, sığınmacısı da geliyor. Bunların hepsi halk, halkın yapacağı şey nedir? **Karşıdaki çalışana güven duymak**, **saygı duymak**. İşte talebini uygun bir dil ile aktarmak (Dilek, Ebe).

(…) **Saygılı olması gerekiyor hastaların da**. Karşıdaki insan da saygılı olsun, hastalar da saygılı olsun derim ben. En önemli şey bu bence. Ondan sonra orda çalışanların kendi çocuğu, kendi kardeşi olabileceğini düşünsünler, **empati kursunlar**. Hani orda biz çalışsaydık nasıl olurduk gibisinden (Zeynep, Tıbbi Sekreter).

Üslubuna dikkat etmesi gerekiyor (Hülya, İdari Personel).

(…) Meselâ **en basitinden saygı bekliyoruz**. Ben kapıya kadar astım: İçeride telefonla konuşmanızı istemiyorum. Benim telefonum çaldığında çok çok acil olduğunu düşünmüyorsam, meselâ aileme ben söyledim en başından beridir, işe başladığımdan beridir. Ben mesaideyken çok acil değilken beni aramazlar. Eğer mesaideyken arıyorlarsa acil bir şey olduğunu düşünürüm, müsaitsem açarım veya iki dakika sonra aramak için şey yaparım. Bazen dediğim gibi bir problem mi var diyerekten "alo acil değilse kapatıyorum" deyip geri kapatırım. Ben kendim bunu yaparken hasta buraya geliyor oturuyor şuraya. O kadar çok yaşıyoruz ki bunu. Telefonla konuşmaya başlıyor (Ayşe, Hekim).

Meselâ vatandaşa çok şey düşüyor. Buraya geldikleri zaman ilk öncelik **bencilliklerinden vazgeçmeleri lazım** ilk önce. Vatandaşlarımızın çoğu bencil. "İlk önce ben". Ben duygusunu hani şey etmeleri lazım. Kendilerini törpülemeleri lazım mı diyeyim artık yani. Bencil olmamaları lazım. Bencil oldukları zaman da, zaten direk kavgalar çıkıyor. Sıra kavgaları daha çıkıyor meselâ (Derya, Hemşire).

Meselâ **hastane malına zarar vermeyebilirler bence**. En önemli problemlerden bir tanesi bu. Koltuk alıyorsun meselâ. İki gün sonra bakıyorsun,

bıçakla kesilmiş. Bu ciddi problemlerden bir tanesi (Fatma, İdari Personel).

Hep hekimin sorumluluğundan bahsediliyor ama hasta sorumluluğundan bahsedilmiyor ya bir kere **hekime muayeneye geliyorsun bir kere temiz yıkanıp gelmesi gerekirken en basiti bak en basitinden bunun bile bilincinde değil** (Hülya, İdari Personel).

4.5. STK'lara Düşen Görevler

Hastanelerde ahlâkî seviyenin yükseltilebilmesi için STK'lara düşen görevler katılımcıların aşağıdaki alıntılarında verilmiştir:

Sivil toplum kuruluşlarına özellikle hastalıkların tedavisi ve sağlık hizmetinin sunumu konusunda düşen görev şudur: **Çoğu zaman mali açıdan sıkıntıya düşmüş olan hastaların bulunup eksiklerinin giderilmesi onlara yardımda bulunulması ve tedavi almalarının sağlanması gerekiyor (…)** İşte biz bir vakıf medeniyetinin vakıf kültürünün torunlarıyız ve geçmişte bu ecdat bunu başarıyla uygulamıştır. Kendisine kayıtlı ihtiyaç sahibi yoksul insanlar olmuştur. Bu aynı uygulamayı yeniden hayata geçirebiliriz (Mehmet, Hekim).

STK'lar hasta ve hasta yakınları bilgilendirilebilir. Sürekli bilgilendirilmesi gereken bir grup aslında (Sibel, Hemşire).

STK'larla halk idarecileri yönlendirebilir. İnsanlar çok üzerinde durduklarında yönlendirebiliyorlar çok güçlü bir şekilde. Meselâ sendikalar burada çok etkili olabiliyor çoğu zaman. Ne bileyim işte STK lar olabilir işte bu BİMER olabilir, sosyal medya bile çok etkili şuanda. Adamlar tutuyorlar meselâ bir konuyla alâkalı tt'ye girmeye çalışıyorlar ve dikkat çekiyor. Bir süre sonra açıklama geliyor bu konu ile alâkalı. Tutuyor, açıklama yapıyor insanlar, dolayısıyla çok, birlikte hareket etmek önemli, bağımsız değil de. Burda da hani bence bu dernekler, birlikler falan etkili. Ses getirebilmek için (Fatma, İdari Personel).

Sivil toplum örgütleri nasıl diyeyim yani **doğru olan şeyi vurgulamalı**. Kendileri ile alâkalı alâkasız her şeyi vurgulamalı ki onların etkileyebileceği bir halk kesimi vardır illa ki. Dolayısıyla sivil toplum örgütleri bize bu konuda en çok yardım sağlayacak veya insanları bilinçlendirebilecek, saygı uyandıracak kesim gibi düşünüyorum (Elif, Hekim).

Hastanelerde ahlâkın iyileştirilmesi katılımcıların neredeyse tamamının ortak temennisi sayılabilir. Bu noktada devlete; sistemi, mevzuatı ve eğitimi revize ederek güçlendirmeye yönelik çeşitli görevlerin düştüğü beyan edilmiştir. Edinilen bulgulara göre yöneticiler kişisel olarak bir takım özelliklere sahip olmalı, pozisyonlarının gerektirdiklerini ahlâkî anlamda uygulamaya koymalıdır. Çalışanlar hastalara ve işe karşı duyarlılığa davet edilmişlerdir. Hastalara düşen en önemli görevin saygılı olmak olduğu çıkan sonuçlar arasındadır. STK'lara ise destek ve bilgi anlamında bazı öneriler getirilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

GENEL DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

1. GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışma hastane ahlâkının kapsamı, nitelendirilmesi, temellendirilmesi ve belirleyicileri ile mevcut durumda hastanelere ahlâkî bakışı içeren ve önerilerden oluşan, fenomonolojik desenin kullanıldığı ve tematik analizin yapıldığı nitel bir araştırmadır. Katılımcıların verilerinden titizlikle elde edilmiş bulguların yorumları bu kısımda verilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde araştırma bulgularından elde edilen sonuçlar, çıkarımlar, ilginç bulunan noktalar ve geliştirilmiş öneriler yer almaktadır.

1.1. Hastane Ahlâkı Kavramının Nitelendirilmesine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

"Hastane ahlâkı" hem kurum olarak hastaneyi hem de değer, tutum ve inanış çatısı olarak ahlâkı içeren bir kavram olması hasebiyle katılımcıları hem hastanelere ilişkin hem de ahlâkî değerlere ilişkin görüşlere sevk etmiştir. Katılımcılar hastane ahlâkının tanımını ve niteliğini de yine başka kavramlarla ilişkilendirme ve açıklama yoluna gitmişlerdir.

Katılımcıların hastane ahlâkı için yapmış oldukları en aşikâr nitelemenin insan ilişkileri olduğu görülmektedir. İnsan ilişkileri; insani değerler, ilgi, duyarlılık, empati ve saygı gibi günlük hayatın her alanını kuşatması gerektiğine inanılan faktörlerden oluşmaktadır. Kaya (2017) her meslek grubu için insan ilişkileri ve iletişim konusunda gerekli ve yeterli düzeyde kavramsal bilgi, anlayış ve teknik beceriye sahip olmanın vazgeçilmez bir zorunluluk olduğundan bahsetmektedir. Katılımcılar tarafından hastaların 'insanî görülme' arzusuna yapılan vurgular da bu zorunluluğu hastane personeli için doğrulamaktadır. Hastalara içtenlikle yaklaşıldığı müddetçe hasta kendisine değer verildiğini hissedecektir. Bir nevi acziyet içerisinde hastalıklarına devâ arayan hastalara merhametle yaklaşılması onların endişelerin bir nebze olsun giderilmesine yardımcı olacaktır. Böylelikle ahlâkî bir erdem yerine getirilmiş olacaktır.

Hastaların sağlık personeli ile arasındaki ilişkilerinde empati çok önemli bir süreçtir. Kutlu ve diğerleri (2010: 129)'ne göre hasta ve personel arasında etkili bir

görüşme için de personelin eğitimi, bilgi birikimi ve tecrübesi kadar empati yeteneği de önemlidir. Hastaya katılımcıların belirttiği gibi alâka ve saygı çerçevesinde yaklaşıldığında hasta da şikâyet ve meramını daha kolay ifade edebilecektir. Özel hastanelerin kamu hastanelerine nazaran ücret bakımından daha maliyetli olmasına karşı tercih edilmesinin en başta gelen sebeplerinden biri güleryüz ve saygı olduğu aşikârdır.

Hastalar da her insan gibi karşılıklı iletişimde bulunduğu bireyden belirli bir düzeyde ilgi beklemektedir. Konu ile ilgili Zaim ve Tarım (2010: 19)'ın araştırmasında kamu hastanelerinde hizmet kalitesini etkileyen müşteri memnuniyeti faktörlerinden beşinden üçünün "cevap verme, muhatabını anlama ve empati" olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada saygılı hizmet ve mahremiyete saygı hastaların genel memnuniyetini olumlu etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (Tezcan, 2014: 57).

İnsanın kişiliğine saygı ve empati odaklı bir iletişim anlayışı, hizmet veren ve hizmet alan iki tarafı da neticede memnun edecek ve taraflar arasında güvenin tesisine yardımcı olacaktır. Bu nedenle hastanelerde ahlâkî nitelendirmede insan ilişkileri temel basamak sayılabilir.

Kişisel bilgilerin muhafazası, özellikle bedenin dokunulmazlığı bu çalışmada sıkça dile getirilen bir durumdur. Buna dayanarak ifade edilebilir ki hastanın mahremiyetinin ve onurunun korunması hastaneyi ziyeret eden tüm hastalar için temel gereksinimdir. Hatta hasta istediğinde kendisine ait ölümcül bir hastalık bilgisinin dahi hastanın en yakınına söylenmemesi hasta mahremiyetine riâyetin göstergesi sayılabilir.

Kişisel sağlık verileri özel hayatın gizliliği gereği hasta mahremiyeti bağlamında yasal düzenlemeye tabi tutulmuş ve bu verilerin hukuka aykırı elde edilmesi Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak düzenlenmiştir (Arslan ve Demir, 2017: 215). Yasalarla beraber toplumun da mevzuya bakış açısı hassastır. Hastane personelinin de hastane mahremiyetine riâyeti önemsediğine dair belirtiler mevcuttur. Fakat yoğun bakımlarda mahremiyet ihlâllerinin yaşandığı da bir gerçektir. Bunun sebebinin de yoğun bakım ünitelerinin hastanelerdeki diğer birimlere nazaran daha tecrit edilmiş birimler olmasından dolayı personelin rehavete kapılması olduğu düşünülebilir.

Hasta kayıt sisteminin elektronik ortamda yapılıyor olması, ayrıca hastanın tıbbi bilgilerinin de bilgisayar ortamında kayıtlı olması nedeni ile hastanelerin görevlerinden biri de sistem güvenliğini sağlamak olmalıdır. Bu kapsamda hastane personeline

yönetim tarafından sözlü olarak hasta mahremiyetinin telkîni de mahremiyetin ahlâkî gözetimi bağlamında yerinde bir uygulama olacaktır.

Bir katılımcının ifade ettiği gibi hasta mahremiyeti genel ahlâk kavramından bağımsız değildir. Özellikle bayan hastalar için beden dokunulmazlığının toplumca içselleştirildiğini söylemek mümkündür.

Bir meslek hayatları boyunca kendilerine iş alanı olarak seçmiş kişilerin beyinlerinde ve gönüllerinde filizlenmekte, serpilmekte ve olgunlaşmaktadır. Bu nedenle meslek bilinci ve meslek sevgisi o mesleğe ilişkin ödevler, dağarcıktaki bilgi ve beceriler kadar önemlidir (Merih ve Arslan, 2012: 41). Hekim ve diş hekimlerinin sorumluluk ve meslek ilkelerine yönelik ülkemizde 19 Şubat 1960 Tarih ve 10436 Sayılı Kararla Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi yayımlanmıştır (Resmi Gazete, Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi, Sayı 10436). Bu kararnamede hekim ve diş hekimlerinin deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kâide ve esaslar dört kısımda açıklanmıştır: Birinci kısım umumi kâide ve esaslar, ikinci kısım meslektaşların hasta ile münâsebetleri, üçüncü kısım meslektaşların birbirleri ile ve paramedikal meslek grupları ile münâsebetleri, dördüncü kısım ise çeşitli hükümleri içermektedir.

Sağlık hizmetlerinde yeterliliğin koşulu görev ve meslek bilincinden geçmektedir. Yılmaz (2001: 73)'a göre ise hasta memnuniyeti hizmetin sürekliliği ve hizmet verenlerin yeterliliği ile ilgilidir. Dolayısı ile görev ve meslek bilinci ile hasta memnuniyeti arasında yakın bir ilişki olduğu söylenebilir. Bu çalışmada hastane çalışanlarının görev bilinci, mesleğinin gereklerini yerine getirmesi, işi önemsemesi ve iş yeri kurallarına uyması doğrudan ahlâkla ilişkilendirilmiştir. Çalışanların maaş hak etmelerinin işini düzgün yapmak ve kural ihlali yapmamakla doğru orantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İş ahlâkı unvan ve pozisyon fark etmeksizin tüm hastane çalışanlarının muhatap olması gereken bir mevzu olarak görülmüştür. Buradan yola çıkarak iş ahlâkına hakkıyla riâyetin, kurumların uzun vadede olma, başarı, büyüme ve gelişimi için önemli bir anlamı olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmaya ilişkin elde edilen bulgulardan görev bilinci, işe bağlılık ve meslek ahlâkı vurgularının dürüstlük ile yakından ilişkisi bulunmaktadır. Çünkü dürüst bir çalışan bitirmesi gereken işi aksatmamaya gayret edecek, kurumun kendisine verdiği görev ve sorumlulukları yerine getirmekle beraber aldığı maaşı hak edip etmediğini

vicdanen sorgulayacaktır. Çalışma ahlâkına sahip hastane personelinin bu tutumuyla hastayı yönlendirmekte, bilgilendirmekte ve tedavisine de yardımcı olmakta olumlu aktif rol oynadığı sonucuna varılabilir.

Görev bilinci herkesin üzerine düşeni yapması anlamını taşımaktadır. Bu noktada hastane personelinin her birinin kendi üzerine düşen işi layıkı ile yapacak olması hastane ahlâkının gelişimine katkı suncaktır

Hekimler ve hemşireler Hipokrat Yemini ve Hemşirelik Andı'nda mesleğe başlamadan evvel görev ve sorumluluklarını yerine getirileceğine dair yemin etmektedirler. Bu yeminlerin çalışma ahlâkına etkisinin bulunduğu düşünülmektedir. Nitekim hekim ve hemşire katılımcılardan bazıları meslek yeminlerine atıf yaparak görevlerinin kutsallıklarını belirtmişlerdir.

İş ahlâkının tesisinde dikkat edilmesi gereken konulardan biri ayrımcılıktır. Ayrımcılık türleri ve nedenleri farklı farklı olabilen ötelemeler olarak hastanelerde de görülebilmektedir. Yapılagelmiş çalışmalar ayrımcılığın çoğunlukla etnik, hastalığa yönelik ve cinsel eğilimle ilgili olduğunu göstermeketedir (Weech-Maldonado et al., 2012; Chavez et al., 2018; Brown et al.., 2018; Logie et al., 2018; Stepanikova and Cook, 2008; Lewis, 2012). Bu çalışmada katılımcıların belirttiklerine göre, hem hasta ayrımcılığı mevcut, hem de çalışanlar arası ayrımcılık mevcuttur. Alkan ve diğerlerinin 535 kişilik örneklem üzerindeki araştırmasında (2015: 73) kılık kıyafet, gelir, meslek, yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, ırk ve memleket ayrımcılığı bulgularına rastlanılmıştır. Köse ve diğerleri (2015: 145) çalışmalarında sağlık alanındaki öğrencilerin yaşlı hastalara karşı tutumunun olumsuz olduğunu ve yaşlılarla çalışmak istemediklerini belirtmektedirler. Bu çalışmada ise kıyafet, konuşma, yöre, yabancı ayrımcılığı çoğunlukla hastalara; ideolojik ayrımcılık ise çalışanlara karşı yoğunlaşmış vaziyettedir. Hastalara yönelik ayrımcılıklar da bitecek gibi gözükmemektedir. Yöresel ya da coğrafi ayrımcılık dışlama şeklinde kendini göstermektedir. Nitekim bir katılımcının *buralı olmaman bile insanlara acayip geliyor* ifadesi coğrafi ayrımcılığın nasıl kökleştiğini göstermektedir.

Ayrımcı tutumlar ayrımcılık yapılan kişinin kalbinin kırılmasına, kendini ezik hissetmesine ve sosyal hayattan geri durmasına neden olabildiği için çalışanlarda işe uyum sağlayamama, mutsuzluk ve soyutlanma davranışlarına sebep olabilir. Hastalarda

ise psikolojik eziklik ve o hastaneyi ya da hekimi gelecek sefer tercih etmemeye sebep olabilir. Bu nedenle ayrımcılık, türü ne olursa olsun ahlâk dairesinin içine sığmayacak bir eylemdir.

İnsan kaynağı başta olmak üzere kaynakların gerektiği gibi kullanıl(a)maması, gereksiz malzeme alımı, malzemede plansızlıklar, akılcı olmayan ilaç kullanımı, ihmâl ve ihmâlden doğan kayıplar hastanelerde israf ve savurganlık kategorisinde değerlendirilebilir (Öztürk, 2013: 45). Devlet kurumlarında israf kurumsal bir gerçekliktir ve bu halkanın içine hastanelerin de dâhil olduğu bulgularla teyit edilmiştir. Malzeme israfı, yemek israfı, iş plansızlığından kaynaklı insan gücü israfı ve hepsiyle ilgili olarak para israfı katılımcıların üzüntüyle açıkladıkları olumsuz durumlar olarak yorumlanmıştır.

Hastane yönetiminin ilaç ve tıbbi malzeme alımında önceden planlama ve hesaplama yaparak ihtiyaca binâen tedarikte bulunması gerekmektedir. Son kullanım tarihleri bulunan serum, ilaç ve diğer kimyasal malzemelerin stoklamasına hususi ile dikkat edilmelidir.

Hastanelerde israfa bütüncül açıdan bakıldığında israfın millî bir mesele olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü en ufak bir israfın telafisi ve ikâmesi aslında ülke ekonomisine ve halka zarar olarak yansımaktadır. Hastanelerde israfın nedenlerinden birinin personelin kaynaklara şahsen ücret ödememesi olduğu düşünülmektedir. Hastane içerisinde kullanılan malzemelerin kayıtlarının ne derece tutulduğu, hesabının sorulup sorulmadığı ya da ne şekilde sorulduğu da hastanelerde israfın çeşitlerini ve boyutlarını etkileyebilmektedir. İsraf vicdani bir mesele de olduğundan personelin kişiliğinin ve ahlâkî terbiyesinin de israfın varlığında etken faktörler olduğu çıkarımı yapılabilir.

Normlar belli durumlarda beklenilen davranış kalıplarıdır (Özkalp ve Kırel, 2013: 217). Norm yasa ile de ifade edilmekte ve iki kelime genellikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Aral, 2014: 17). Örgütsel norm ise yasalarla beraber kurum içinde oluşturulmuş sistematik, baskın ve uyulması gereken davranış kalıplarını ifade etmektedir. Hastaneler açısından kanunlarla beraber, mevzuatlar, yazılı kural ve ilkeler ve sağlık personeline yönelik yönetmenlikler hastanenin örgütsel normunu oluşturmaktadır. Ayrıca hastane içerisinde uyulması istenilen yazısız kurallar ve davranış kalıpları da hastanelerin örgütsel normunu oluşturan unsurlardandır. Hastane

içerisinde hasta ve hasta yakınları ile personel için çizilmiş bu sınırlar ahlâk kurallarını da içerdiğinden ve ahlâklı olmayı da nitelediğinden örgütsel norm da ahlâklı hastane nitelemesinde bir boyut kabul edilebilir.

Toplum içindeki insan davranışlarını düzenleyen sosyal normlar moda, görenek, âdet, teamül, örf ve töre şeklinde sayılabilir (Eroğlu, 2015: 300). Bu kapsamda sosyal norm açısından, hastane hizmetlerinin yürütülmesinde çalışanların toplumun beklentilerini ve değerlerini önemsemesi ile toplum bilincinin ve duyarlılığının da hastane hizmetlerinin ahlâkî sunumunda etkili olduğu gibi çift yönlü bir işleyişin olabileceği düşünülmektedir.

Toplumun yaşam tarzının uzantıları hastane içinde de kendini gösterebilmektedir. Türkiye'de toplumun büyük bölümünün müslüman olması nedeniyle inancının gereklerini yerine getirmek isteyenlere yönelik namaz kılmak için mescit ve annelerin daha rahat bir ortamda çocuk emzirmesi için emzirme odaları gibi mekânların bulunmasında toplumun inanç ve göreneklerine uyum yatmaktadır. Hastane personelinin de eğer farkında ise hastaların beklentilerine ve kültürüne göre hareket etmesi hastaya duyarlılık anlamında ahlâkî bir değer oluşturmaktadır.

Toplum bütün hassas konularda olduğu gibi hastane ile ilgili bir sosyal ahlâkî problem karşısında da doğal olarak tepki geliştirebilir ve yetkilileri ahlâk dışı vukuatların önlenmesi için göreve davet edebilir. Bu davetler basın açıklamaları, yürüyüşler, gösteriler ve mitinglerle olabilir. Söz gelimi; belli bir hastaneden çocuk hastalara yönelik birkaç kez tekrar eden taciz haberleri halk arasında duyulmaya başladığında büyük bir infiale sebep olur ve toplumun öfkesinin yatıştırılması için hukukî ve idarî işlemler ivedilikle uygulanmaya başlanır. Gerekirse yeni yasalar çıkarılarak aynı veya benzer ahlâk dışı bir vakanın yaşanmaması için tedbirler artırılır. İşte bu örnekten de anlaşılacağı gibi sosyal norm olarak toplumun kendindeki gizli güç hastane ahlâkının bir parçası olabilir.

Örgüt kültürü, örgüt içindeki çalışanların davranışlarını kanalize eden normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklardır (Öge, 2001: 134). Tamer ve diğerleri (2014)'nin Taylor (1958: 269)'dan aktardığına göre örgüt kültürü; *bir toplumun üyesi olarak insanın kazandığı bilgi, sanat, ahlâk, gelenek, ve benzeri alışkanlıkları kapsayan karmaşık bir bütünüdür*. Katılımcıların ifadeleri dikkate alındığında hastanelerin örgüt

kültürünün içinde yönetim kültürü ve yönetim ahlâkı da bulunmaktadır. Katılımcılardan ifadelerinen elde edildiğine göre her hastanenin hatta her birimin bir kültürü bulunmaktadır. Bu farklılıkların oluşumunda mesleklerin, uzmanlıkların ve işin doğasının yanı sıra yöneticilerin tutumu da etkilidir. Örneğin cerrahi birimlerde daha stresli bir iş kültürü hâkimken biyokimya gibi bir birimde daha durağan bir ortam bulunmaktadır.

Yönetim kültürü de örgüt kültürünü etkileyen bir diğer faktördür. Hastanelerde yönetimin değişmesiyle çalışanlarda da soyut ve somut değişiklikler gözlenebilmektedir. Bir katılımcının ifadesinde belirttiği gibi çalışanlar yönetimin tutunduğu sisteme göre şekillenmektedirler. Dolayısıyla hastane yöneticisinin ahlâkî tutumunun personelin üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır.

1.2. Hastane Ahlâkının Belirleyicilerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yapılan analizler neticesinde hastane ahlâkının belirleyicilerinin sağlık personeli, hastalar, sivil toplum kuruluşları, tıp endüstrisi, tıp eğitimi ve kamu otoritesi tarafından belirlendiği sonucuna varılmıştır.

Bursa Tabipler Odası'nın 1991-2014 yılları arasındaki kayıtlarının incelendiği bir çalışmada hekimlerle ilgili olarak haksız kazanç, gerçek dışı rapor, hasta haklarına saygısızlık, meslektaşlarla kötü ilişki ve görev ihmâli şikâyetleri dikkat çekmiştir (Pala vd., 2016: 135). Bir çalışmada katılımcılar, hekimlerin meslek ahlâkını çiğnemelerinin nedenlerini; hasta sayısının fazla olması, hekimlerin ön plana çıkmak ve çok para kazanma arzusu ile hekimler arası rekabet olarak zikretmişlerdir (Cirhinlioğlu, 2001: 65). Bu çalışmada sağlık personeli içinde hastanenin temel aktörleri olan hekimlerin ahlâkının belirlenmesinde başrolü oynadığı saptanmıştır. Maddiyat odaklılığın hekimlerin kişisel zaaflarından doğan problemlerden biri olduğu bulgulardan çıkarılan sonuçlardandır.

Hekimlerin hastayla ve kurum içindeki diğer personel ile olan ilişkilerinin ve çalışmaya karşı tutumlarının ahlâkî bir sonucu bulunmaktadır. Hekimin ahlâk dışı davranışları ihmâlden kaynaklanan tıbbi hatalara sebep olabilmekte ve maddi hırsı da kurumu, hastayı ve kendisini yıpratabilmektedir. Tersine kişiliği hassas olan, mütevazı, özverili, kanaatkâr ve kendini işe adamış hekimlerin kurumun hastane ahlâkının belirlenmesinde olumlu belirleyiciliği bulunmaktadır.

Hemşirelerin hastane ahlâkının belirleyici olmasının en temel sebibinin, muayeneden sonra hastanın bakımı, ilaçlarının verilmesi, tansiyon ölçme ve hastanın bağlı olduğu cihazları takip ve kontrol etme aşamalarında hekimlere nazaran hastalarla daha fazla vakit geçirmesi olduğu söylenebilir. Hemşirelerin nöbetlerdeki sorumluluklarına ve hastayla iletişimlerine önem vererek eskiden beri saygın olarak nitelendirilen mesleklerinin onurlarını korumalarının hastane ahlâkına da yansıyacağı bir gerçektir.

Hekim ve hemşire dışında genel sağlık personelinin de ahlâkın belirleyici olduğu açıkça beyan edilmiştir. Buradan net bir sonuca ulaşıldığı söylenebilir ki o da bütün hastane çalışanlarının az ya da çok hastane ahlâkının oluşmasında etkili olduğudur.

Katılımcıların ifadelerine dayanarak hastaların ahlâkî davranış türleri olarak düşünceli hastalar, sorunlu hastalar ve ısrarcı hastalar olarak ayrılması uygun görülmüştür. Düşünceli hastalar, hastalıkları için hastaneye gelen, muhatabını yormayan çalışanlara zorluk çıkarmayan ve karşılıklı iletişimde ahlâkî ilkelere elinden geldiğince uymaya çalışan grup olarak tanımlanabilir. Sorunlu hastalar egolu, şiddet ve şikayet eğilimi olan hasta grubudur. Bimer, Cimer ve Sabim gibi şikâyet kabul eden kurumların enerjisini tüketen hastalar sorunlu hastalardır. Hekimlerden ilaç ve rapor ısrarı Türkiye'nin en bilindik ve yerleşmiş sorunlarındandır. Katılımcılardan bu konuda muzdarip olmayan neredeyse yoktur. Bu durumun kurumsallaşmış olmamanın ortaya çıkardığı bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Hekimlere yapılan tür ısrarların hasta lehine olması durumunda, israf, usulsüzlük, sahtekârlık, kul hakkı gibi ahlâkî sorunların zuhur etmesi kaçınılmazdır.

Bulgulara dayanarak ifade edilebilir ki hastalar ahlâkın belirleyicileri olma noktasında çoğunlukla hastanelerde sorun çıkaran taraf pozisyonundadırlar. İlaç ve rapor yazdırma ısrarı hekimlerin şikâyetçi oldukları hasta davranışlarının başında gelmektedir. Yapılan görüşmelerde de bu ısrarların hekimin meslek onurunu incitici bir söylem ve eylem olduğu hissedilmiştir. Hekimlerin hoşlanmadıkları bir diğer davranış da hastaların: "senin maaşın bizim vergilerimizle ödeniyor" türü çıkışlarıdır. Katılımcıların ifadeleri de bu hissi doğrulamaktadır. Sorunlu hastaların en uç davranışı ise cinayete kadar uzanan şiddet davranışlarıdır.

STK'ların hastane ahlâkının belirleyicileri olması açısından sendikalar ve sağlık

meslek örgütlerinin bazı rolleri bulunmaktadır. Davas (2016: 55)'a göre normal şartlarda sendikalardan beklenen üyelerine iş stresi, tükenmişlik, mobing ve şiddetle ilgili sorunlarda ulusal, iş yeri ve çalışan düzeyinde çözüm önerileri geliş çözüm önerileri geliştirmeleridir. Ancak bu çalışmadan çıkan bulgulara göre ideal olan ile reel olan arasında bir mutabakat olduğunu söylemek isabetli görünmemektedir. Bulgulardan elde edilen sonuçlara bakıldığında sendikaların üyelerine hak arayışı ve destek verme amacını neredeyse yitirdiği, özellikle siyasi iktidara yakın olanların hastaneye personel yerleştirme gibi bir misyona büründüğü saptanmıştır. Sendikalar personel yerleştirme değil dokunulmazlık ve statüyü muhafaza edici kurumlar olarak nitelenmiştir. Buradan yapılacak çıkarım sendikaların var oluş amacını kaybetmeye doğru gittiğidir. Meslek örgütlerinin problemleri çözme ve meslek erbabını denetlemeye yönelik faaliyetleri oldukça kısır kalmaktadır.

Genel manâda Türkiye şartlarında hastanelerdeki sendikal faaliyetlerin ahlâkî görünmediğini söylemek mümkündür. Sendikalar liyakatin uygulanmasına ket vurmakta ve kendi mensubuna kurum içinde maddi ve manevi güç sağlamaktan öteye gidemez duruma gelmiştir. Ki bulguların yanında araştırmacı tarafından da yapılan gözlemler bunu net bir şekilde desteklemektedir.

Tıp endüstrisi medikal ve ilaç şirketleri vasıtasıyla hastaneler ve hekimler üzerinde güçlü bir hâkimiyet kurmuştur. Endüstri psikolojik anlamda hekimleri kontrol altına almak için bir takım "hediyeleri!" esirgememektedir. Firmaların amaçlarına ulaşmak için hekimlere yaptıkları "güzellikler!" kırtasiye malzemeleri, akademik kongre destekleri, ev eşyaları (mobilya, buzdolabı, bilgisayar, televizyon, vb.), kıyafet, tatil paketleri, yemekler, otellerde konaklama olarak sıralanmaktadır. Tıp endüstrisinin hâkimiyetinin kaçınılmazlığını katılımcılardan biri *(...) tıp eğitiminde endüstrinin çok büyük hakimiyeti var. Bu önemli bir şey; kaçınılmaz da bir şey. Çünkü maalesef tıp, ilaç endüstrisi ile tıp malzemesi ve aletlerini üreten şirketler sayesinde gelişiyor* diyerek açıklamaktadır. Ağalar ve diğerlerinin (2005: 281) belirttiği gibi Türkiye Avrupa ülkelerinin pek çoğundan daha büyük ilaç pazarı olan bir ülkedir.

Tıp endüstrisinin hastanelerde ahlâk dışı uygulamalara davetiye çıkaran büyük ve çok kollu bir organizasyondur. Endüstri kaz gelecek yerden yumurtayı esirgemediği için nefsine kapılıp bu çarkın kirli bir dişlisi haline gelen hekimler haatanelerde kol

gezmektedirler. Çalışmadan, üretmeden kazanç elde etmek ise asla ahlâkî bir kazanç yolu değildir.

Tıbbın temelde bir sanat olarak usta-çırak ilişkisine dayanmasına binâen, örnek alma ve öğretim üyesi hekim ile yakın ilişki içinde olmanın hastane ahlâkı bağlamında hekimin meslek ahlâkını etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Buradaki örnek alma olumlu olabildiği gibi olumsuz da olabilmektedir. Verilen bir demeçteki bebek metaforu tıp fakültesine yeni giren bir tıp öğrencisinin meslek ahlâkının şekillenmesi için yerinde bir misal olabilir: *Yani bir bebeğin doğumu gibi düşünün. Şimdi liseyi bitirmiş birisi tıp fakültesine giriyor. Sıfırdan orada doğuyor. Oradaki gördüğü hocalarıyla etkileşim içerisinde. O yüzden hani hoca ne öğretiyorsa nasıl davranıyorsa elbetteki öğrencisine de o yansıyor.*

Tıp eğitiminde hekim olacak öğrencilere ders veren hekimlerin davranışları öğrenciler için etkileyici olabilmektedir. Dış çevrede itibar edilen ve ünlenen bir hekimin öğrencisi olarak mezun olmak hekimler için gurur kaynağı olmaktadır. Usta-çırak ilişkisi mesleği geliştirmede olduğu gibi öğretim üyesi hekimin kişisel ahlâkının tıp öğrencisine yansıması açısından da önemlidir. Zîra öğrencilerinin gözleri önünde hastasını azarlayan ya da hastadan usulsüz para alan bir öğretim üyesi hekimin gayri ahlâkî davranışları bir süre sonra öğrenciler tarafından normalmiş ya da bu mesleğin doğasında varmış gibi algılanmaya başlanacaktır. Fakat belirtmek gerekir ki günümüzde tıp fakültelerinde yeterli öğretim üyesi bulunmamakta, üstelik öğrenci sayısı da bir hayli fazladır. Bu nedenle meslek ahlâkının aşılanması kalabalık ve yoğunluk nedeniyle arka planda kalmaktadır.

Devletin ağırlığı da denilebilecek kamu otoritesinin, yasalarla ahlâksızlığın önlenmesinde belirleyici olduğu katılımcılarca aktarılmıştır. Toplum nezdinde hastanelerde yankı uyandıran vukuatlar zuhur ettiğinde kanunlar ve yasa değişiklikleriyle ve kurumlara gönderilen resmi yazılarla vukuatın tekrarının önlenmesinin amaçlandığı sonucuna varılmıştır. Fakat yasaların ahlâkî melekeleri teşvikten ziyade ahlâk dışı fiilleri önleme işlevi ağır basmaktadır.

1.3. Mevcut Duruma Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi

Mevcut duruma yönelik düşüncelere dair bulgularının üç gruba ayrılması uygun görülmüş ve hastaneler, sağlık politikaları ve hastalara yönelik bulgular saptanmıştır.

Bu bölümün muhtevası gereği ayrı ayrı başlıklar altında değerlendirilmiştir.

1.3.1. Hastanelere Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırma bulgularının sonuçlarına göre özel hastaneler istisnasız ticari birer kurum haline gelmişlerdir. Maliyetleri minimize ederek kâr elde etme güdüsüyle faaliyet gösteren birer işletme olmuşlardır. Hastalar da müşteri pozisyonundadırlar. Bu da ahlâk dışı davranışların kapısını aralamaktadır. Bir yandan da sunulan hizmetin finansmanının sağlanması için bedel ödemenin makul karşılanabileceği elde edilen bulgulardandır. Fakat acil vakalarda hasta ve hasta yakınlarının zor durumlarından istifade edilerek illegal faturalar kesilebilmektedir. Nitekim Resmi Gazete'de yayınlanan 24. 03. 2004 tarihli 26463 Karar Nolu Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 14. Maddesinde; "Acil sağlık hizmeti kapsamında hastane öncesi ve hastaneler arası hasta nakil hizmetleri sırasında sunulan hizmetlerin bedeli, bağlı olduğu döner sermaye saymanlığı tarafından hastaların bağlı oldukları resmi veya özel sosyal güvenlik kuruluşlarına tahakkuk ettirilir ve tahsil edilir. Sosyal güvencesi olmayıp ödeme gücü olmayanlardan ücret talep edilmez (Resmi Gazete, 24.03.2004, 26463/14 Md.)" denilmektedir. İlginçtir ki ticarileşme mantığı kamu hastanelerinde de kök salmaya başlamıştır. Sistemin hem kamuda hem de özel hastanelerde hasta geldikçe kazanma üzerine kurulduğu görülmektedir. Bir katılımcının ifadesinde de belirttiği gibi kamu hastanelerinin acil polikliniğine gelen hastalar idareyi daha memnun etmekte, hatta hastanın müşahadede kalması idare tarafından daha çok istenen bir durum olmaktadır.

Kamu hastanelerinin ticarileşme eğilimine kanıt olarak, performans sistemi nedeniyle hasta bakma ve hastayı kendine bağlama yarışları örnek gösterilebilir. Yine hastalara yeterli zamanın ayrılmaması daha çok hasta bakma hırsıyla ilişkilendirilmiştir. Bulguların dili sistemin parça başı ücret mantığına doğru kaydığını söylemektedir. Dolayısıyla Taylorizmin hastanelerde hüküm sürdüğü söylenebilir. Çünkü hastaya yapılan işlemlerin her biri SGK'ya gönderilmek üzere faturalandırılmakta ve karşılığı alınmaktadır. SGK tarafından bu tür şişirme işlemlerin önüne geçebilmek amacıyla belli işlemler için paket fiyatlar belirlenmişse de sistemin boşlukları ahlâkî olmayacak şekilde istismar edilebilmektedir.

Kamu hastanelerinin kapitalist ve rekabetçi işletmelere doğru tedrici bir dönüşüm süreci içerisinde olduğu düşünülmektedir. Finansman sürdürülebilirliği noktasında bu değişimin makul olduğu düşünülebilir. Fakat sağlık hizmeti sunumunda ideal sosyal devlet anlayışının da tam olarak oturmadığı düşünülmektedir.

Usulsüzlük yolsuzluk olarak da bilinmekte; kamu gücünün özel çıkarlar için kötüye kullanılmasını ifade etmektedir (Özsemerci, 2003: 4). Şahin ve diğerlerinin (2009: 101) Sağlık Bakanlığı çalışanları üzerinde yaptıkları yolsuzluk araştırması (n=4075) bulgularına göre hastanelerde rüşvet, savsaklama, gereksiz reçete yazımı, irtikap, zimmete geçirme ve iltimas gibi yolsuzluklar bulunmaktadır. Bu çalışmadaki bulgulara bakıldığında hastanelerde bazı fiiller doğrudan ya da dolaylı usulsüzlük olarak değerlendirilebilir. Örneğin acillerde fark ücreti alınması, yalan beyan, tutulmayan nöbetlerden haksız kazanç, sahte rapor vermek vb.

Maddi kaygılar, rahat çalışma ve o an ki ihtiyacın giderilme isteğinin usulsüzlüğü tetiklediği açık bir gerçektir. Kişisel zaaflar da buna dâhil olduğunda bu gayri ahlâkî davranışların kolaylaştığı görülmektedir.

Hastalara standart hizmet sunumunun dışında ekstra destekler verilmektedir. Bu destekler hem maddi hem de manevi olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınını yönlendirme, sedyedeki hastayı taşıma, hastaların halini hatırını sorarak sevindirme, onlara içten gelerek fedakârca zaman sıkıntılarıyla uğraşmak hem bireysel hem de kurumsal olarak teşvik edilen uygulamalardandır. Hastane çalışanlarının insancıl hassasiyetlerini diri tutması açısından fedakâr eğilimleri çeşitlendirmenin ve sıklaştırmanın yararlı olduğu düşünülmektedir. Standartların dışında hasta ve hasta yakınlarının işini kolaylaştıran ve basitleştiren her türlü maddi ve manevi yardımın hastanenin ahlâk tablosu puanlarını artıracağı açıktır.

Düşünceleri daha açık şekilde ortaya koymanın yollarından biri mukayesedir. Bulgularda da görüleceği üzere katılımcılar hastanelerin geçmiş ve şimdiki durumlarını kıyaslamıştır. Geçmişte tasvip edilmeyen olgular bıçak parası, özel muayenehaneciliğin saltanatı, hastanelerdeki bıktırıcı bürokrasi olurken; sağlık personeline saygının şimdiye göre yüksek olduğu aktarılmıştır. Yine geçmiş dönemlerdeki yanlış davranışlardan birinin hastane çalışanlarının hastalara sert davranış olduğu aktarılmıştır. Günümüzde

hastalara daha ılımlı ve anlayışlı yaklaşımın sebebinin hasta ve çalışanların eğitim durumu ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Geçmiş olumsuz hastane deneyimlerinin, bugünün iyileştirilen hastane hizmetlerinin kıymetini anlamaya teşvik edici bir tarafı bulunmaktadır. Böylece ütopik hastane istekleri ve lüzumsuz şikayetlerin törpülenmesi olasıdır.

Bulgulara göre sağlık çalışanlarında duyarsızlaşma kendini en fazla yoğun bakımlarda göstermektedir. Yoğun bakımda görevli personelin eğlenceli ve rahat tavırlarının zaman zaman sınırı aştığı görülmüştür. Yoğun bakımlarda yemek içmek, göbek atıp halay çekmek ve narkozun etkisinden çıkamamış hastayla dalga geçmek araştırmacı tarafından duyarsızlaşma olarak yorumlanmıştır. Hastaların meta haline gelmesi yoğun bakımlar kadar olmasa da hekimin muayenesinde de varlığını hissettirmiştir. Hekim katılımcılardan biri, teşhis ve tedavinin "hekimlerin hastaya elini sürmeden, kalbini dinlemeden, ruhu ve kişiliği dikkate alınmadan" yürütülmeye çalışıldığını ve böylelikle hastanın meta durumuna düşürüldüğü görüşündedir.

Duyarsızlaşmanın sebebinin aynı iş biriminde sürekli çalışmak ve çalışılan mekânın kısmen tecrit ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Hekimler için mümkün olmasa da diğer sağlık personeli için rotasyon uygulamalarının duyarsızlaşmayı azaltabileceği umut edilmektedir.

Hastanelerde çalışanlar arasında mobbing, mobbinge bağlı işten ayrılma, ayak kaydırma, kıskançlık, karalama, çekişme, torpil ve kayırmacılık hep süregelen kurum içi olumsuzluklar olarak yansıtılmıştır. Birim sorumlusu çalışanların kendilerine rakip gördükleri arkadaşlarını saf dışı etme girişimi, hastası az olan hekimin hastası fazla olan hekimi çekememesi, genç personelin rahat birimlerde çalıştırılması ve kıskanılması deneyimlenmiş olumsuzluklar olarak saptanmıştır. Yine hastanelerde yüz kızartıcı suç olarak taciz olayları da yaşanabilmektedir.

1.3.2. Sağlık Politikalarına Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi

Sağlık politikası sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleri ile ilişkili kararlar ağıdır (İleri vd., 2016: 177). Sağlık politikaları ile ilgili olarak bulguların olumlu yüzüne bakıldığında bir takım köklü değişiklikler ve iyileştirmeleri görmek mümkündür. Kamu hastanelerinin hizmet

standartlarında gelişmeler olmuştur. Özel muayenehanelere yönlendirme anlayışının kaldırılması, bıçak paralarına darbe vurulması ve hastane seçiminde özgürlük takdir edilen politikalardandır. Hak aramanın yolları BİMER, CİMER, SABİM gibi kurumsal şikâyet kanalları ile genişletilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında SSK, BAĞKUR ve Emekli Sandığı SGK'ya devredilmiş, sigorta kurumlarının ayrımından doğan sorunlar sona ermiş gibi gözükmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamaya konulmuş, hizmet üreten hekimlerin motive olmaları ve bu sayede hastaların üzerine daha fazla eğilmeleri amaçlanmıştır.

Sağlık politikalarına olumlu bakanlar gibi olumsuz değerlendiren katılımcılar da bulunmaktadır. Bulgulara bakıldığında tıp eğitiminde bir yozlaşma tespit edilmiştir. Bunun sebebinin de yetişmiş öğretim üyesi hekim azlığı ve öğrenci sayısının fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hekimlerin maaşları yetersiz bulunmakta artış talep edilmektedir. Performans sistemi hekimi vicdan ve cüzdan arasında bırakmıştır. Fakat bu maaş azlığından dolayı veryansın eden hekim katılımcıların gayrı meşru yollardan gelir elde etme eğiliminin de araştırmacı tarafından garip karşılandığı belirtilmelidir. Çalışma şartları yorabilir fakat bu durum gayrı meşru yollara sapmak için meşru bir mazaret değildir. "Hekimin gözünü doyurmazsan vicdanla cüzdan arasında kalır" anlayışını, hekimler gayet meşru imiş gibi öne çıkarmaktadırlar. Bu durumun aşikâr bir ahlâk yozlaşması olduğunda şüphe yoktur.

Hastane yönetimi kadrolarına yapılan atamaların siyasi ilişkiler üzerinden yürümesinin liyakat ilkesini zedelediği söylenebilir. Liyakat olmayınca kurumsallaşma da olamamaktadır. Hastanelerle ilgili olarak iyileştirilmesi arzu edilen ve rahatsızlık duyulan politikalar mevcuttur. Lüzumsuz şikâyetlerden duyulan rahatsızlıklar bunlardan biridir. Performans sistemi de olumsuz görüşlerden nasibini almıştır. Sistem, sürekli hasta bakma yarışından dolayı yeterince hastayla ilgilenilmediği ve performans puanı için hastaların gereksiz tetkik ve tedaviye sevk edildiği gerekçesi ile tasvip edilmemiştir. Performans sisteminin bir dayatma olarak algılandığı da bulguların sonuçlarında görülmüştür.

Sağlık politikalarıyla geliştirilen özgürlük alanları ve hakların siyasi kaygılarla yapılıyor olmasının bizzat kendisi ahlâkî problemdir. İkinci olarak bu özgürlük alanlarının bireylerce istismar ediliyor olması bir diğer ahlâkî problemdir. Üçüncü

olarak denge unsurundan bahsetmek lazımdır ki, hastane personeli ile hizmet alan vatandaşın çatışmasına sebep olacak sağlık politikalarından kaçınmak gerekmektedir.

1.3.3. Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düşünce Bulgularının Değerlendirilmesi

Hastaların hastane ahlâkının belirleyicilerinden biri olduğu bulgusundan önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Hastaların hastane ortamlarında stresten kaynaklanan bazı tahammülsüz ve kavgacı davranışları olduğu saptanmıştır. Poliklinik kapısı önündeki kargaşa ve sıra kavgaları ile yatan hastayı yasak olmasına rağmen görme ısrarı hastane çalışanlarını zora sokmaktadır. Sağlık personeli hasta ve hasta yakınlarından anlayış beklentisi içerisindedir. Hasta ve hasta yakınlarının daimi güler yüz beklemelerinden vazgeçmeleri, çalışanın asgari görevini yerine getirmesinin kâfi görülmesi, arzulanan saptamalardandır. Hastaların saygınlığında ve hekimin algılanan itibarında ciddi bir azalma olduğu katılımcıların geneli tarafından onaylanmaktadır. Saygı konusunda vahim tablolar da çizildiği saptanmıştır. Toplumda hekimin ahlâkının hep gündem olduğundan ama hastaların ahlâkının tartışılmadığından yakınılmıştır.

Bencilce davranışlar, şiddet eğilimi ve can güvenliğinin olmayışı sağlık çalışanlarını endişelendiren ciddî bir husustur. Ülke genelinde sağlık personeline şiddet haberlerinden biri unutulmadan diğeri patlak vermektedir. Bu derece gerginlik ve tahammülsüzlüğün sebeplerinin saldırganların ekonomik düzeyi ve iş stresinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü bireyler günümüzde şehir hayatında hızlı ve koşturmacalı bir hayat yaşamaktadırlar ve öfkelerine hâkim olamamaktadırlar.

En sık görülen bencillik davranışı herkesin kendi hastalığının önemli ve işin acil olduğunu iddia etmesidir. Bir hastanenin dilek şikâyet kutusuna bırakılan "siz vurursunuz dikiş atarlar, biz vururuz toprak atarlar" yazısı da şiddet eğiliminde olan kesimin bakış açısını özetler niteliktedir. Bu özgüven nereden gelmektedir? Görülmektedir ki hastanelerde şiddet ve tehdidin sıradanlaştırılmasının artık edebiyatı yapılmaktadır. Ahlâka uygun düşmeyen bu tarz davranışlar ülkenin geleceğini de tehdit etmektedir.

Acil polikliniklerinin gelişigüzel kullanımı suistimal olarak nitelendirilebilir. Bu suistimaller israfa, sağlık hizmetlerinin aksamasına ve gerçek acil hastalarına müdahalenin gecikmesine yol açmaktadır. Türkiye'de kamu hastanelerinde acil polikliniklerine erişimin kolay olmasının keyfi kullanımı tetiklediği söylenebilir. Katırcı

(2008: 6)'nın ifade ettiği gibi Türkiye'de yıllık acil polikliniğe yapılan başvuru sayısı ülke nüfusunun çok üzerindedir. Söyük ve Kurtuluş (2017)'un acil servis sorunlarına yönelik niteliksel çalışmasında da İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde acil kriterlere uymayan çok sayıda başvuru olduğu ve bu başvuruların yoğunluğu arttırarak asıl sağlık hizmeti ihtiyacı olanların hizmetten faydalanmasına mani olduğu görülmektedir. Hakikaten acil olmadığı halde bu poliklinikleri işgal edenler; devlete maddi külfet, acil olan hastaların hakkına girme ve hastane personelini gereksiz meşgul etme gibi ahlâk dışı eylemlerde bulunmuş olmaktadırlar.

1.4. Hastanelerde Ahlâkî Düzeyin Yükseltilmesine Dair Önerilere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların beyanları analiz edildiğinde hastane ahlâkının iyileştirilmesine dair önerilerin belli konuların etrafında yoğunlaştığı görülmektedir. Kamu otoritesi bunlardan biridir. Kamu otoritesinin genel olarak sağlık sistemine dair yapması gerekenler öneri olarak sıralanmıştır. Bu öneriler sağlık çalışanlarının maddi şartlarının iyileştirilmesi, iş yüklerinin azaltılması, ödüllendirme, onurlandırma ve iş çerçevesinin netliği hususlarını içermektedir. Canbolat (2007: 9)'ın ifade ettiği gibi yeterli bir sağlık sistemi içinde belirgin bir ulusal sağlık ve ilaç politikası saptamak, halkı bilgilendirmek ve sağlık çalışanlarının eğitimini iyileştirmek devletin sorumlulukları arasındadır. Yine devletin sağlığı geliştirecek hizmetlerin sağlanması, bilgilendirme, değerlendirme ve düzenlemede yönlendirici rolü bulunmaktadır (Aktan ve Işık, 2018: 4). Bu rol ve sorumlulukların belirli bir sistemin işletilmesi ve düzeni sağlama anlamında ahlâkî düzene de yardımcı olabileceği beklenmektedir.

Maddi şartların iyileştirilmesiyle ahlâk dışı davranışların azalması bir dereceye kadar mümkün olsa da iyileştirmelerin çalışan ahlâkına, dolayısıyla hastane ahlâkına yansıyacağı düşünülmektedir. Benzer şekilde fiziksel ortam rahatlığı ve özlük haklarının geliştirilmesi iş verimi ve iş motivasyonunu artırabilir ve böylece daha enerjik bir çalışma ortamı oluşmuş olur. Ayrıca hastane çalışanlarının madden olduğu gibi manen desteklenmesinin de olumlu yansımaları olacağı düşünülmektedir.

Bireyin kurumun amaçları doğrultusunda motive edilmesininin yöntemlerinden biri ödüllendirmedir (Yürür, 2009: 236). Katılımcıların ödüllendirilme talepleri bu bakımdan makul görülmektedir. Performansa dayalı ödeme sisteminin kaldırılması

talebinin maddi getirinin önüne geçmek gibi bir gerekçesi bulunmakla beraber, performans sistemi olmadığında çalışan-çalışmayan ayrımına göre ücretlendirmenin nasıl olacağı konusu düşündürücüdür.

Mevzuat bazında sunulan öneriler arasında hastaneyi doğrudan ilgilendiren kanunların düşünülerek tasarlanması, hasta-hastane çalışanı dengesinin sağlanması ve hastanelerde işlenen suçlara ilişkinin cezaların caydırıcılığına yönelik öneriler saptanmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde cezaların ağırlaştırılmasının talepleri karşılayabileceği fakat neticede ne kadar işe yarayabileceği soru işaretidir.

Eğitime yönelik önerilerde hastane çalışanının hizmet içi eğitimine dikkat çekilmiş, bir nebze olsun ahlâka katkıda bulunabileceği ileri sürülmektedir. Bu eğitimlerin belirli periyotlarla gerçekleştirilmesi arzulanmaktadır. Bulgular eğitimlerin aynı zamanda kamuya yönelik olması gerektiğini söylemektedir. Kamu spotlarının kamuya yönelik eğitimlerde işe yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Hastanede çeşitli kademelerde yöneticilik yapan bireylere getirilen öneriler kişisel ve pozisyonel önerilerden oluşmaktadır. Kişisel özelliklere yönelik yöneticilerin iyi hasletlere sahip olması, güzel davranması, hâkimiyet kabiliyetine sahip olması gibi becerilerin peşinde koşmaları tavsiye edilmiştir. Bu bakımdan önerilerin yönetim ahlâkıyla birebir örtüştüğü söylenebilir. Hastanelerde yöneticiler sağlık personelinin kişilik haklarına saygı duyarak, kurum içi çatışmaları önleyerek, adaleti sağlayarak ve ahlâkî güzellikleri teşvik ederek ahlâkî bir yönetim anlayışı sergilemiş olacaklardır. Nitekim Yanık ve Naktiyok (2017: 297) da yaptıkları araştırmada ahlâkî liderliğin iş tatmini, örgütsel bağlılık, örgütsel adalet ve örgütsel güven üzerinde olumlu yönde etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Yöneticilerin göreve gelirken kayırma olmaksızın atanmasının pozisyonel önerilerin temelini teşkil ettiği söylenebilir. Astların takdir edilmesi, hastanedeki kuralların uygulanmasında takip ve titizlik gösterilmesi, hastalardan taburculuk sonrası geribildirim alma, görev dağılımının ehilliği esas alarak yapılması da statüyle ilişkilendirilmiş tavsiye bulgulardandır. Bu önerilere uyulduğu taktirde ulaşılabilecek sonuç hastane yöneticilerinin daha iletişimsel ve uyumlu bir yönetim tarzı sergileyeceğidir. Ayrıca kişisel saygınlıklarının da artabileceği düşünülmektedir.

Hastane çalışanlarına düşen görevler hastalar ve işe duyarlılıkla alâkalı iki

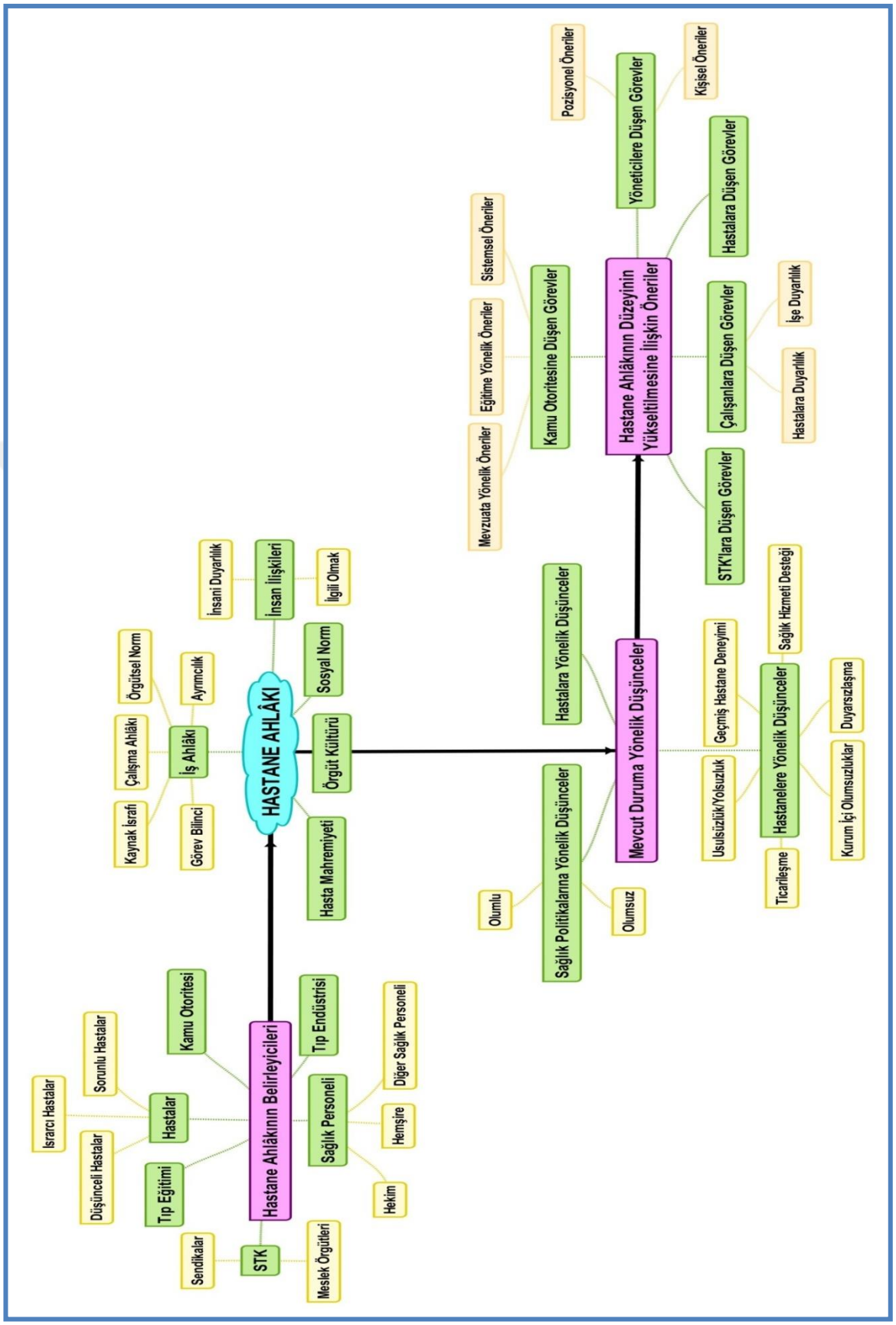
kısımda incelenmiştir. Çalışanların vicdanıyla hareket etmeleri, hastalara değer vermeleri ve ayrımcılık yapmamaları önerilmiştir. İşe duyarlılığın, hastane ahlâkının iş ahlâkını ilgilendiren tarafı için önerildiği düşünülmektedir.

Hastalara sunulan önerilerde hastane çalışanlarına saygılı olmak ilk sırayı almaktadır. Bencilliğin terk edilmesi, muayene/tedavi olmaya gelinirken temiz gelinmesi ve üsluba dikkat edilerek iletişim kurulması da hastalara öğütlenmiş öneriler arasındadır. Yaşanan şiddet içerikli olayların sıklığı ve çeşitliliği dikkate alındığında hasta grubunun bu önerileri yerine getirmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Hasta bilgilendirme ve hastalara maddi manevi destek önerisi STK'lara getirilmiş ahlâkı yükseltici öneriler olarak saptanmıştır. Denilebilir ki sivil toplum kuruluşları var olma amacını gerçek manâda yerine getirdiği zaman hastane içerisindeki liyakatsizlik sorunun azalmasıyla hastane personeli ahlâk dışı davranış sergilemekte informal güçlere (sendika yöneticilerine) yaslanamayacaktır.

2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın geneline dayalı bulgular ve değerlendirmeler ışığında hastane ahlâkı modeli elde edilmiş ve Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. Hastane Ahlâkı Modeli

Hastane ahlâkı modeline bakılarak hastane ahlâkının tanımı da yapılabilir. Buna göre: Oluşumunda hastaların, sağlık personelinin ve sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra tıp eğitiminin, tıp endüstrisinin ve kamu otoritesinin belirleyicileri arasında yer aldığı; nitelendirilmesinde sosyal normlara, iş ahlâkına, hasta mahremiyetine, insan ilişkilerine ve örgüt kültürüne atıf yapılan, hastanenin sahip olduğu ahlâkî değerlerin toplamına hastane ahlâkı denilebilir.

Tanımda da görüldüğü üzere hastane ahlâkının belirlenmesinde içsel, dışsal ve melez pozisyonda bireyler ve çeşitli büyüklükte örgütsel yapılar aktif rol oynamaktadır. Bu yapı ve bireylerin birbirleriyle ilişkileri ve diğer yerel, ulusal ve uluslararası farklı yapılarla olan bağlantıları düşünüldüğünde hastane ahlâkına küresel entegrasyon içinde bir konum da atfedilebilir. Gözden kaçırılmaması gereken bir nokta da hastane ahlâkının tarihsel bir süreç içinde olduğudur. Hastane ahlâkı geçmişten gelen uygulamalar ve tecrübelerden, gelecekte ulaşılması arzu edilen ideal ahlâk düşüncesine doğru uzanan bir olgu olarak görülebilir.

Bu çalışma ile hastanelerde ahlâk dışı eylemlerin neden kaynaklandığı, nasıl zuhur ettiği ve sonuçlarının neler olduğu açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışma; ahlâkın sağlık yönetimi alanında yapısı ve konumunu yeniden düşünme, hastanelerde ihmâl edilemeyecek bir olgu olduğunu hatırlatma, ahlâkî eksikliklerin fark edilerek giderilmesi ve insan odaklı hizmet anlayışında hastane yöneticilerine ve hastane çalışanlarına ahlâka dair mühim mevzuları açıklama anlamında katkı sunmaktadır. Ayrıca çalışmanın teoride ve uygulamada hastane, tıp ve genel manâda sağlık üzerine yapılacak bundan sonraki ahlâk çalışmalarına kavramsal açıdan katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma verilerinden elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile araştırma süreci içinde araştırmacının hastane ve katılımcıları gözlemleri sonucu hastane ahlâkı için bir takım öneriler getirilmiştir. Öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Hastane personelinin ihmâl ve hata oranının azaltılmasına yönelik personelin çalışma verimliliği artırmak için dengeli bir iş yükü dağıtımı yapılarak özlük hakları iyileştirilmelidir.

- Sağlık poltikaları dengeli ve kuşatıcı bir şekilde, ilgili resmi kurum ve sivil örgütlerden görüşler alınarak tasarlanmalıdır. Böylece toplumun bazı kesimlerinin mağdur olması önlenmelidir.
- Hastane personeli ahlâkî çerçevede düzenli hizmet içi eğitimlere tabi tutulmalıdır.
- Hastane personelini ahlâklı davranışa teşvik için "yılın ahlâkî çalışanı" uygulaması başlatılarak seçilen personel ödüllendirilebilir.
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi artı ve eksileri ile yeniden düşünülerek şikâyetler çerçevesinde revize edilmelidir.
- Hastanelerde şiddet ve gerilimi azaltmak üzere cezaların yaptırımı ağırlaştırılmalıdır.
- Hastaların tıbbî ve kişisel bilgilerinin muhafazası için elektronik ortamda kayıt altına alınmış verilere usulsüz ulaşımları engellemek için hasta kayıtları çeşitli güvenlik yazılımları ile korunmalıdır.
- Hastanelere müdür, başhekim vb. atamalarda ve kurum içi yönetim kademelerinde sorumluluk verilecek kişilerin belirlenmesinde liyakat ilkesine göre hareket edilmelidir.
- Hastane yöneticileri çalışanlar arasında adaletin, huzurun ve güvenin inşasına yönelik yönetim anlayışı sergilemelidirler.
- Toplumun hastane kurallarına riâyet etmesi ve hastane hizmetlerine çeşitli şekillerde mâni olmasını önleme amaçlı kamu spotlarıyla bilinçlendirme faaliyetleri yapılmalıdır.
- Sendikalar kamu hastanelerinde asli görevleri olan mesleki hak ve çıkarları korumalı, hastanelere personel istihdamında kayırmacı yapı pozisyonundan sıyrılmalıdırlar.
- Hastane çalışanları hastaların mahremiyetine gereken özeni göstermeli, hastaya ait görüntü, ses ya da videoları sosyal medya kanalıyla internet ortamında ifşa etmemelidir.
- Hastane personeli ve yönetimi hastalara yaklaşımda ayrımcılık ve ötelemeden uzak, eşitlikçi ve kuşatıcı bir söylem geliştirmelidir.
- Hastaneye tıbbî cihaz ve malzeme alımlarında ihtiyaca göre ihaleye çıkılmalı, ihale süreci mevzuata uygun ve objektij ve şeffaf şekilde yürütülmelidir.

- Hastane yöneticileri zaman zaman taburcu olmuş hastaları telefonla arayarak ya da evlerinde ziyaret ederek memnun etmelidirler.
- Hastane içinde kanun ve kurum ahlâkına uygun olmayan davranışların önüne geçebilmek için iş ahlâkı sorun bildirim sistemi kurulabilir.
- Hastanelerde gelişmiş ve yerleşik bir kurum ahlâkının tesisi için Sağlık Bakanlığı tarafından "hastane ahlâk karnesi" uygulaması başlatılabilir.
- Hastalar, ilaç ve rapor yazılması ile tetkik ve tahlillerin istenmesinde hekimlere ısrar etmemeli, hekimin uygun gördüğü değerlendirmeye saygı göstermelidir.
- Kanamalı ya da durumu acil yaralılar olabileceği için acil poliklinikleri keyfiyete göre acil olmayan şikâyetlerle meşgul edilmemelidir.
- Hekimler (varsa) medikal şirketler ile çıkar ilişkilerini sona erdirmelidirler.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Bulgulardan çıkan netice dikkate alındığında örgütsel bağlılık, motivasyon ve psikoloji bağlamında hastane çalışanlarının aşırı iş yükü (nöbet, icapçı olma vb.) araştırmacılar tarafından ele alınabilir.
- Hekimlerin kazanç ve iş yükü orantısızlığı iddiaları teorik olarak tartışılabilir. Pratikte ise açıklayıcı ve ölçücü araştırmalar yapılabilir.
- Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde daha köklü ve işlevsel çözüm ortaya koyan akademik çalışmalar tavsiye edilmektedir.
- Tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastanelerinde öğretim üyelerinin uzmanlık eğitimi gören araştırma görevlisi hekimler üzerinde tahakküm kurması ve bunun olumsuz sonuçları araştırılmaya değer konulardandır.

KAYNAKÇA

Abbaszadeh, A., Nakhaei N. and Borhani, F., (2013), *The Relationship Between Moral Distress and Retention in Nurses in Birjand Teaching Hospitals*, Iran Journal Medical Ethics History of Medicine, Volume 6, p. 57-66.

ACEP, (American College of Emergency Physicians), (2010), *Code of Ethics for Emergency Physcians*, Annals of Emergeny Medicine, July 2017, Volume 70, Issue 1, p. 17-25.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair 24.03.2004 Tarihli 26463/14 Karar Nolu Yönetmelik, http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/03/20040324.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/03/20040324.htm, (Erişim tarihi: 21.06.2018).

Adorno, T. W., (2001), *Problems of Moral Philosophy,* (Trans. R. Livingstone), Stanford: Stanford University Press.

Ağalar, C., Ağalar, F. ve Sayek, İ., (2005), *Hekim ve İlaç Şirketleri Arasındaki Etkileşimler,* Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Cilt 48, s. 273-283.

Aiken, L. H., Clarke, S. P. and Sloane, A. C., (2002), *Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings*, Nursing Outlook, Vomule 50, No 5, p.187-194.

Akdoğan, A., (2011), *Kur'an ve Sünnetten Örneklerle Sosyal Ahlâk,* İstanbul: Pınar Yayınları.

Akın, M. H., (2011), *Toplumsallaşma Sözlüğü,* Konya: Çizgi Kitabevi.

Akpınar, A., (2013*), Klinik Etik Hastane Etik Kurulları*, Asistan Etik Eğitimi, 12- 13 Eylül 2013, http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/aset_13_guz/sunular/hastane_etik_kurullar.pdf, (Erişim Tar.19.08.2018).

Aksoy, R. ve Bayramoğlu, V., (2008), *Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri,* Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 4, Sayı 7, s. 85-96.

Aktan, C. C. ve Işık, A. K., *Halk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmeti Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitesinin Artırılması,* http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/halk-saglik.pdf, (Erişim Tarihi: 15.07.2018).

Alkan, A., Erdem, R. ve Çelik, R. (2015), *Hastane Çalışanlarının Hastalara Yönelik Ayrımcı Tutum ve Davranışları Üzerine Bir Araştırma,* Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, Sayı 22, s. 47-80.

Alkan, A., *Hastalar Açısından Sağlık Çalışanlarının Hastalara Yönelik Ayrımcı Tutum ve Davranışları Üzerine Bir Çalışma*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2013.

Alkibay, S., (1998), *Hastanelerde Halkla İlişkiler Anlayışı ve Uygulamaları,* Amme İdaresi Dergisi, Cilt 31, Sayı 1, s.153-164.

Altun, G. ve Yorulmaz, A. C., (2010), *Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis*, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 27, Sayı 1, s. 7-12.

Annette, M. B., (2013), *Moral Distress and Psychological Empowerment in Critical Care Nurses Caring for Adult at End of Life*, American Journal of Critical Care, Volume 22, No. 2 1, p. 143-151.

Aral, V., (2014), *İnsan ve Norm*, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, Cilt LXXII, Sayı 1, s. 17-42.

Arda, B. ve Pelin, S. Ş., (1995), *Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları,* Ankara Tıp Mecmuası (The of Journal of the Faculty of Medicine), Cilt 48, s. 323-336.

Arda, B., (2010), *İş Ahlâkı Açısından Tıp: Neredeyiz? Nereye Gidiyoruz?,* 1. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi, (Yay. Haz. Murat Arıcı vd.) Ankara, ODTÜ, s.103-111.

Arpacı, F. ve Aybala, D., (2011), *Sağlık Hizmeti Pazarlamasında Tüketici Memnuniyeti: Yaşlıların Hastane Hizmetlerine İlişkin Görüşleri*, Vocational Education, Volume 6, No 4, 120-129.

Arslan, A., (2009), *Felsefeye Giriş,* 11. Baskı, İstanbul: Adres Yayınları.

Arslan, M., (2012), *İş ve Meslek Ahlâkı: Dünya ve Türkiye Örnekleri,* 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Aslan, S. ve Erdem, R., (2017), *"Hastanelerin Tarihsel Gelişimi"*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,bCilt 2, Sayı 27, s. 7-21.

Atıcı, E., (2007), *Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı,* Uludağ Üniveristesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 33, Sayı 1, s. 45-50.

Atilla, G., Oksay, A. ve Erdem, R., (2012*), Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma,* İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 43, s. 23-37.

Aydın, B. O. ve Şahin, E., (2016), *Hastanede Hasta ve Hasta Yakınları Düzeyinde Görülen İletişim Problemlerinin Çözümüne Yönelik Bir Model Önerisi,* Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, s. 64-94.

Aydın, E. *Tıp Etiğinde Temel İlkeler,* 1. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi, (Yay. Haz. Murat Arıcı vd.) Ankara, ODTÜ, S, 133-137.

Aydın, E., (2003), *Tıp Fakültelerinin Hizmet İşlevi ve Etik*, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 25, Sayı 4, s.16-19.

Aydın, İ., *Yönetsel, Mesleki ve Örgütsel Etik,* (2016), 7. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

Aydın, M., (2011), *Güncel Kültürde Temel Kavramlar*, İstanbul: Açılım Kitap.

Ayhan, B. ve Canöz, K., (2006), *Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri,* II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu 21. Yüzyılda Halkla İlişkilerde Yeni Yönelimler, Sorunlar, Çözümler, 27-28 Nisan, s. 71-90.

Ayverdi, İ., (2011), *Misalli Büyük Türkçe Sözlük,* Birinci Cilt, 4. Baskı, İstanbul: Kubbealtılugatı.

Bakan, Ö., (2015), *Kurumsal İmaj,* Konya: Tablet Kitabevi.

Bakırcıoğlu, R., (2012), *Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü,* Ankara: Anı Yayıncılık.

Bal, H., (2016), *Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, İstanbul: Sentez Yayıncılık.

Basavanthappa, B. S., (2004), *Fundemental of Nursing*, New Delhi:RBSI International.

Baş, T. ve Akturan, U., (2008), Nitel *Araştırma Yöntemleri: NVivo 7.0 ile Nitel Veri Analizi*, Ankara: Seçkin Kitabevi.

Bayın, G. ve Önder, Ö. R., (2014), *Sağlık Kurumlarında İmaj Üzerine Bir Araştırma*, Sağlık Kurumlarında İmaj Üzerine Bir Araştırma, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 11, Sayı 7, s.141-158.

Bektaş, Ç. ve Köseoğlu, M. A., (2008), *İş Etiği ve İş Etiğinin Yayılım Süreci*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Cilt 13, Sayı 1, s. 145-158.

Bello, S. M., (2012), *Impact of Ethical Leadership on Employee Job Performance,* International Journal of Business and Social Science, Volume 3, No. 11, p. 228-236.

Berg, B. L. and Lune, H., (2015), *Nitel Araştırmayı Desenleme* (Çev: Y. Bulut ve B. Ercan), İçinde: Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, (2015), (Çev. Ed. H. Aydın), Konya: Eğitim Yayınevi.

Bergson, H., (2013), *Dinin ve Ahlâkın Kaynakları,* (Çev. M. Özdil), İstanbul: Sayfa Yayınları.

Berwick, D., (2007), *Will is the Way to Win the Patient Safety War*, Health Service Journal 2007, Volume 117, p.18–19.

Bıçak, A., *Ahlâk ve Dinin Sınırları Bağlamında Müeyyide Sorunu, İçinde: Ahlâk ve Müeyyide-Ahlâkın Anlamı ve Sınırı Üzerine Konuşmalar,* (2017), (Ed. Ö. Türker), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Bickerdyke, I., Dolamore, R., Monday, I. And Preston R., (2002*), Supplier-Induced Demand for Medical Services,* Canberra: Productivity Commission Staff Working Paper.

Bircan, H. Ve Baycan, S., (2004), *Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği*, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Volume 28, No 2, s.173-185.

Birol, L., (2011), *Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım,* 10. Baskı, İzmir: Etki Yayınları.

Bogdan, R. C. and Biklen, S. K., (1992), *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods,* Boston: Allyn and Bacon.

Bowman, J. S., (1976), *Managerial Ethics in Business and Government*, Business Horizons, October, p. 48-54.

Boyatsiz, R. E., (1998), *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Börk, A. ve Kavas, E., (2015), *Yahudilik, Hristiyanlık, ve İslam Geleneklerinde İş Ahlâkı: Karşılaştırılmalı Bir Analiz*, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt 6, Sayı 13, s.89-101.

Brauchle, P. E. and Azam, S., (2014), *Relationships Between Selected Demographic Variables and Employee Work Ethic as Perceived by Supervisors,* Journal of Industrial Teacher Education, Volume 41, No 1, p. 1-12.

Braun, V. and Clarke, V., (2006), *Using Thematic Analysis in Psychology, Qualitative Research in Psychology,*Volume 3, Issue 2, p:71- 101.

Brazil, K., Kassalainen, S. snd Marshall, D., (2010), *Moral Distress Experienced by Health Care Professionals Who Provide Home-Based Palliative Care,* Social Science Medical , Volume 71, p. 1687-1691.

Brown, M.E., Trevino, L.K. and Harrison, D. A., (2005), *Ethical Leadership: A Social Learning Perspective for Construct Development and Testing,* Organizational Behaviour and Human Decision Processes, Volume 97, p. 117-134.

Brown, T. T., Partanen, J., Chuong, L., Villaverde, V. And Mendelson, A., 2018), *Discrimination Hurts: The Effect of Discrimination on the Development of Chronic Pain,* Social Science & Medicine, Volume 204, p. 1-8.

Bulakbaşı, M., (2015), *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu,* https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Hastane-Y%C3%B6netimi-ve-Organizasyonu3.pdf, (Erişim Tarihi: 15.08.2018).

Bulut, M., (1996), *Sosyolojik Açıdan Ahlâk ve Ahlâk Eğitimi*, Diyanet İlmi Dergi, Cilt 32, Sayı 1, s. 97-105.

Bynum, W., (2014), *Tıp Tarihi*, (Çev. N. Gökçeoğlu), Ankara: Dost Kitabevi.

Camacho, A. O. (2008), Toward a Model of HIV/AIDS Education and Service Delivery from the "Bottom-up, In: Emerging Perspectives in Health Communication: Meaning, Culture, and Power, (Ed., H. M. Zoller, M. J. Dutta), New York&London: Routledge.

Canbolat, F., (2007), *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda İlaç Kullanım Alışkanlıklarının ve Reçete Maliyetlerinin Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi*, T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji Ve Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı, Konya.

Canöz, K., (2002), *Halkla İlişkiler Faaliyetlerinin Başarıya Etkisi: Örnek Kuruluş Bayındır Tıp Merkezi*, Selçuk İletişim, Cilt 2, Sayı3,125-137.

Castlen, J., et al., (2017), *The Changing Health Care Landscape and Implications of Organizational Ethics on Modern Medical Practice,* World Neurosurgery, Volume 102, p. 420-424.

Cevizci, A., (2008), *Etiğe Giriş*, 2. Basım, İstanbul: Paradigma Yayıncılık.

Cevizci, A., (2013), *Uygulamalı Etik*, İstanbul: Say Yayınları.

Cevizci, A., (2016), *Uygulamalı Etik*, 2. Baskı, İstanbul: Say Yayınları.

Charmaz, K., Constructing Grounded Theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis, New Delhi: SAGE Publications.

Chatterjee, C. and Vasanthi S., Ethical *Issues in Health Care Sector in India,* IMB Management Review, Volume 25, Issue 1, p. 49-62.

Chavez, K. E., Palfai, T. B., Squires, L. E., Cheng, D. B., Saitz, R. and Travaglini, C. L., (2018), *Percieved Discriminatin, and Drug Involvement Among Black Primary Care Patients Who Use Drugs,* Addictive Behaviors, Volume 77, p. 63-66.

Cirhinlioğlu, Z., (2001), *Sivas'ta Hekim-Hasta İlişkileri-II,* Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 25, No 1, s. 49-79.

Covey, S. R., (2005), *8'inci Alışkanlık Bütünlüğe Doğru,* (Çev. S. Soner ve Ç. Erendağ), Sistem Yayıncılık: İstanbul.

Cowton, C. J. and Paul, T., (200), *Do Codes Make a Difference? The Case of Bank Lending and the Enviroment,* Journal of Business Ethics, Volume 24, p. 165-179.

Creswell, J. W., (2013), *Araştırma Deseni: Nitel,Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*, (Çev. S. B . Demir), Ankara: Eğiten Kitap.

Creswell, J. W., (2015), *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşıma Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni,* (Çev. S. B . Demir), 2. Baskı, Siyasal Kitabevi: Ankara.

Cuff, E. C., Sharrock, W. W. and Francis, D. W., (2013), *Sosyolojide Perspektifler*, (Çev. Ümit Tatlıcan). İstanbul: Say Yayınları.

Cüceloğlu, D., (2016), *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 33. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çağrıcı, M., (2013), *İslam Düşüncesinde Ahlâk*, 5. Basım, İstanabul: Dem Yayınları.

Çamdibi, M., (2014), *Güzel Ahlâk ve İnsan İlişkileri,* 2. Baskı, İstanbul: Çamlıca Yayınları.

Çelebi, N., (2004), *Ahlâk, Etik ve Toplum,* Bilge Dergisi, Sayı 39, s. 3-11.

Çelenk, S., (2010), *Ayrımcılık ve Medya*, (Ed. B. Çaplı ve H. Tuncel), Televizyon Haberciliğinde Etik, Ankara: Fersa Matbaacılık.

Çınar, Ş. ve Demir, Y., (2009*), Toplumdaki Hemşirelerin İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 12, Sayı 2, s. 24-33.

Çınaroğlu, S. ve Şahin, B., (2013), *Özel Ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması*, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Cilt 9, Sayı 18, s.283-298.

Çınaroğlu, S., (2015), Ankara Metropolitan Alanda Bulunan Hastanelerin İtibar ve İmaj Algısı Açısından Kümelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 20, Sayı1, s. 277-290.

Çıraklı, Ü., Gözlü, M., ve Gözlü, K., (2014), *Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma,* Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 7, s. 61-82.

Çıraklı, Ü., Uğurluoğlu, Ö., Şantaş, F. ve Çelik, Y., (2014), *Etik Liderlik Davranışlarının Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi: Hastanede Bir Uygulama,* İşletme Bilimi Dergisi, Cilt 2 Sayı 2, s. 53-69.

Çilingir, L., (2014), Ahlâk Felsefesine Giriş, Ankara: Elis Yayınları.

Çolak, M., Kaymakoğlu, B. ve Ersoy, K., (2006), *Türkiye'de Özel Hastanelerin Web Sitelerinin Değerlendirilmesi*, 3. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 16-19 Kasım 2006, Antalya, s. 12-18.

Çüçen, A.,(2008), *Felsefeye Giriş,* 5. Basım, Bursa: Asa Kitabevi.

d'Ettorre, G. and Mariarita G., (2015), *Healthcare Work and Organizational Interventions to Prevent Work-Related Stress in Brindisi, Italy,* Safety and Health at Work, Volume 6, Issue 1, p.35-38.

Daft, R. L., (2015), *Örgüt Kuramlarını ve Tasarımını Anlamak*, (Çev: Ömür, N. T. Özmen), Ankara: Nobel Yayınevi.

De George, R. T., (1982), Business Ethics, 2nd. Ed., New York: Macmillan Publishing.

De George, R. T., (2015), *History of Business Ethics,* https://www.scu.edu/ethics/focus-areas/business-ethics/resources/a-history-of-business-ethics/ , (Erişim Tarihi: 27.08.2017).

Demir, Ö. ve Acar, M., (1997), *Sosyal Bilimler Sözlüğü*, Ankara: Vadi Yayınları.

Demir, Ö., (2013), İktisat ve Ahlâk, 2. Baskı, Ankara: Liberte Yayınları.

Demirel, B., (2005). *Hekimin Yasal Sorumlulukları,* Gazi Tıp Dergisi, Cilt 16, Sayı 3, s. 99-106.

Derin, N. ve Demirel, E. T., (2010), *Kurum İmajının Kurum Kimliği Açısından Açıklanabilirliği: İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 13, Sayı 2, p. 155-193.

Derin, N. ve Demirel, E. T., (2011), *Hasta Görüşlerine göre Oluşan Kurum Ünü İle Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt 21, Sayı 2, s. 208-235.

Devlet Memurları Kanunu, 657 Kanun Numaralı, Tertip 5, Resmi Gazete Tarihi: 15.04.2015, Sayısı 29327 http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657-20150327.pdf (Erişim Tarihi: 11.07.2018).

Doğan, S. ve Karataş, A., (2011), *Örgütsel Etiğin Çalışan Memnuniyetine Etkisi Üzerine Bir Araştırma,* Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 Sayı: 37, s. 1-40.

Donev, D., Kovacic L. and Laaser U., (2013), *The Role and Organization of Health Systems,* p:3-14, In: Health: Systems - Lifestyles – Policies, (2013), 2nd. (Ed. G. Burazeri and Z. Kragelj), Lage: Jacobs Publishing Company.

Dooly, M., and Moore, E., (2017)., *Introduction: Qualitative Approaches To Research On Plurilingual Education.,* In: Qualitative Approaches to Research on Plurilingual Education In E. Moore and M. Dooly (Eds), (p. 1-10).

Droit, R., (2013), *Kısa Felsefe Tarihi*, (Çev. İ. Yerguz), İstanbul: Say Yayınları.

Durğun, S., (2008), *İnsan Sermayesinden İnsan Yeterliliklerine: Ahlâk, İnsan ve Eğitim Olgularının Değerlendirilmesi*, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, s. 128-150.

Durkheim, E., (1986), Meslek Ahlâkı, 3. Basılış, (Çev. M. Karasan), İstanbul: Milli Eğitim Basımevi.

Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, *İnsanlar Üzerine Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeler*, https://www.etu.edu.tr/files/dosyalar/2017/01/18/0a03973f139ff66fcac725517b5019d9.pdf, (Erişim Tarihi: 03.09.2017).

Edwards, N. and Harrison, A., (1999), The Hospital of the Future, Planning Hospitals with Limited Evidence: A Research and Policy Problem, *British Medical Journal*, Volume 319, p.1361–1363.

Eğri, T. ve Sunar, L., "Türkiye'de İş Ahlâkı Çalışmaları: Mevcut Durum ve Yönelimler", İş Ahlâkı Dergisi, 2010, Cilt 3, Sayı 5, ss: 41-67.

Eisner, E. W., (2017), *The Enlightened Eye: Qualitative Inquiry and the Enhancement of Educational Practice, Reissued with a New Prologue and Foreword*, New York & London Teachers College Press.

Ekins, A. H., (2000), *Ethics in In-Service Training.* In Handbook of Administrative Ethics, p. 79-103, (Ed.T. L. Cooper), New York: Mercel Dekker Inc.

Elliot, R., Fischer, C. T., and Rennie, D. L. (1999), *Evolving Guidelines For Publication Of Qualitative Research Studies in Psychology And Related Fields*, British Journal of Clinical Psychology , Volume 38, p. 215-229.

Elmalı, O., (2004), *Bazı Tanrısız Dinler Örneklemesiyle Etik Yaptırım Üzerine,* Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, s.181-191.

Encylopedia of Industrial and Organizational Psychology (EIOP), Edit by Steven G. Rogelberg, Volume 2, Sage Publications.

Encylopedia of Industrial and Organizational Psychology, Edit by Steven G. Rogelberg, Volume 1, Sage Publications.

Engin, O. ve Sevinç, A., (2005), *Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti ve Konya'da Hizmet Veren Hastanelerde Bir Uygulama*, Verimlilik Dergisi, Sayı 3, s. 145-159.

Erdem, E., (2014), *Doğal Yasa Teorisi Ve İbn Sînâ'nın 'Sünnet(Ullah) Anlayışı,* Diyanet İlmi Dergisi, Cilt 50, Sayı 1, s. 51-66.

Erdoğan, İ., (2015), *Divânu Lügati't-Türk'te Bulunan Ahlaâkî Terimler*, İçinde: Geçmişten Geleceğe Ahlâk (Uluslararası Katılımlı Sempozyum) 13-14 Mayıs 2015 Bartın, (Ed. A. Ünal), Bartın, 2015, s. 397-415.

Eren, S., (2007), *Toplumsal Norm, Ahlâk ve Din*, Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 11, Sayı 2, s. 298-316.

Erkal, M. E., Baloğlu, B. ve Baloğlu, F., (1997), *Ansiklopedik Sosyoloji Sözlüğü,* İstanbul: Der Yayınları.

Eroğlu, E., (2015), *Geçmişten Günümüze Sosyal Normlar,* Akademik Bakış Dergisi, Sayı 50, s. 299-308.

Ertem, G., Oksel, E. ve Akbıyık A., (2009), *Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme,* Dirim Tıp Gazetesi, Sayı 1, s. 1-10.

Ertuğrul, F., (2008), *Paydaş Teorisi Ve İşletmelerin Paydaşları İle İlişkilerinin Yönetimi*, Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 31, s. 199-223.

Esmaelzadeh, F., Abbaszadeh, A., Borhani, F., and Peyrovi, H., (2017), *Ethical Sensitivity in Nursing Ethical Leadership: A Content Analysis of Iranian Nurses Experiences,* The Open Nursing Journal, Volume 11, p. 1-13.

Fairchild, H. P., *Dictionary of Sociology*, (1944), Maryland : Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Fama, E. F., (1980), *Agency Problems and the Theory of the Firm*, Journal of Political Economics, p. 288-307.

Farris, G., (2015), *Approach to the Medical, Ethics Consultation*, Hospital Medicine Clinics, Volume 4, Issue 1, p. 98-105.

Feldman, F., (2013), *Etik Nedir?*, 2. Baskı, (Çev. F. B. Aydar), İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Ferrel, O.C., Fraedrich, J. and Ferrel, L., (1994), *Business Ethics: Ethical Decision Making and Cases,*: Boston, Houghton: Mifflin Company.

Flick, U., (2006), *The Sage Handbook of Qualitative Data Analysis*, London: Sage.

Frankel, M., (1989), *Professional Codes: Why, How, and With What Input?,* Journal of Business Ethics, Volume 8, p.109-115.

Frankena, W. K., (2007), *Etik*, (Çev. A. Aydın), Ankara: İmge Kitabevi.

Freeman, R.E. and Stewart, L., (2006), *Developing Ethical Leadership*, A Bridge Paper of Business Roundtable Institute for Corporate Ethics.

Fritz, J. M. H., Arnett, R. C. and Conkel, M., (1999), *Organizational Ethical Standards and Organizational Commitment*, Journal of Business Ethics Volume 20, p. 289-299.

Gaarder, J., (2013), *Sofie'nin Dünyası: Felsefe Tarihi Üzerine Bir Roman,* 36. Basım, (Çev. S. Yücesoy), İstanbul: Pan Yayıncılık.

Geray, H., (2006), *Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemlere Giriş İletişim Alanından Örneklerle,* 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Gerrits, T., Reis, R. Braat, D. D. M., Jan, A. M., (2013), *Bioethics in Practice: Adressing Ethically Sensitive Requests in a Dutch Fertility Clinic,* Social Science and Medicine, Volume 98, p. 330-339.

Gildenhuys, J. S. H., (2004), *Ethics and Professionalism: The Battle Against Public Corruption*, Stellenbosch, South Africa: African Sun Media.

Glesne, C. (2013), *Nitel Araştırmaya Giriş,* (Çev. A. Ersoy ve P. Yalçınoğlu), 3. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.

Gökberg, M., (2011), *Felsefe Tarihi*, 22. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Görgün, T., *İnsan Olmak ve Ahlâk,* İçinde; Ahlâkın Temeli (Ed: Ömer Türker), s.1-40, Ankara: Nobel Kitabevi.

Guest, G., MacQuen K. M. and Namey, E. E., (2012), *Applied Themetic Analysis*, London & Los Angeles & New Delhi: Sage Publications.

Güçlü, A. B. vd., (2002), *sarp erk ulaş Felsefe Sözlüğü,* Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Gül, H. ve H. Gökçe, *Örgütsel Etik ve Bileşenleri,* Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 13, S. 1, s. 377-389.

Gül, İ. I. ve Karan, U., (2011), *Ayrımcılık Yasağı Kavram, Hukuk, İzleme ve Belgeleme*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Güler, H., Kayral, İ. H., Demir, M. ve Atasever, M., (2014), *Yönetici Performansı Ölçüm Modeli ve Uygulama Başarısı*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 8, s. 1-25.

Günay, M. (2010), *Metinlerle Felsefeye Giriş,* 2. Baskı, Adana: Karahan Kitabevi.

Gündüz, M., (2005), *Ahlâk Sosyolojisi*, Ankara: Anı Yayıncılık.

Güney, S., (2006), *Ahlâkî Liderliğin Kavramsallaştırılması ve Ahlâkî Yönetimde Liderliğin Rolü*, Yönetim ve Ekonomi, Cilt 13, Sayı 1, p. 135-148, s. 143.

Güngör, E., (2008), *Ahlâk Psikolojisi ve Sosyal Ahlâk*, İstanbul: Ötüken Neşriyat.

Gürsoy, K., (2015), *Etik ve Tasavvıf: Felsefi Diyaloglar,* 2. Baskı, Ankara: Aktif Düşünce Yayıcılık.

Halawany, H. S., AlTowiher, O. S., AlManea, J. T., Abraham, N. B. and Almaflehi, V. J. N., (2016), *Awareness, Availability and Perception of Implementation of Patients' Rights in Riyadh, Saudi Arabia,* The Saudi Journal for Dental Research,2016, Volume 7, Issue 2, p. 132-137.

Hançerlioğlu, O., (1996), *Toplumbilim Sözlüğü,* 2. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, 1996.

Haq, S., *Ethics and Leadership Skills in the Public Service*, (2011), Procedia Social and Behavioral Sciences, Volume 15, p. 2792-2796.

Harris, J. A., (1977), *The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications*, The Bell Journal of Economics, Volume 8, No 2, p. 467-482.

Harris, J. E., Gleason, P. M., Sheean, P. M., Beto, J. A. and Bruemmer, B., (2009), *An Introduction to Qualitative Research for Food and Nutrition Professionals,* Journal of the American Dietetic Association, Volume 109, No 1, p. 80-90.

Harrison, S. R., (1995), *The Most Natural Thing To Do*, Management Accounting, Volume 76, No 9, p. 22–26.

Haslanger, S., (2005), *Moralite ve Doğru Davranış: Etik Bencillik,* http://www.acikders.org.tr/file.php/114/LectureNotes/Ders21.pdf, (Erişim Tarihi: 12.09.2017).

Hasta Hakları Yönetmenliği, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=

0&sourceXmlSearch=hasta%20hakları, Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420 (Erişim Tarihi: 06.09.2017).

Hatun, Ş., (2012), *İnsancıl bir Tıp İçin*, İstanbul: İletişim Yayınları.

Hazlitt, H., (1994), The Foundations of Morality, New York: The Foundation for Economic Education Irvington-on-Hudson.

Heimsoeth, H., (2012), Kant'ın Felsefesi, (Çev. T. Mengüşoğlu), 5. Baskı, Ankara: Doğu Batı Yayınları.

Hekimoğlu, L., Tekiner, A. S. ve Peker, G. C., (2015), *Kamuya Ait Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ayaktan ve Yatan Hasta Memnuniyeti*, Konuralp Tıp Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, s.1-5.

Hill, R. and Petty, G. C. (1995), *A New Look at Selected Employability Skills: A Factor Analysis of Occupational Work Ethic,* Journal of Vocational Educational Research, Volume 20, No 4, p. 59-73.

Hintea, C., Mora, C. and Ţıclău, T., (2009*), Leadership and Management In The Health Care System: Leadership Perceptıon In Cluj County Children's Hospital*, Transylvanian Review of Administrative Sciences, 27E/2009, p. 89-104.

Hirschfeld, R. and Field, H., (2000*), Work Centrality and Work Alienation: Distinction Aspects of General Commitment to Work*., Journal of Organizational Behavior, Volume 32, No 7, p. 789-800.

Honer, S. M., Hunt, T. C. and Okholm, D. L., (2003), *Felsefeye Çağrı Sorunlar ve Seçenekler,* (Çev. Hasan Ünder), 2. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi.

http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekimhastailiskisi.pdf, (Erişim Tarihi: 12.10.2017).

https://en.oxforddictionaries.com/definition/malpractice, (Erişim Tarihi: 04.09.2017).

https://istanbulftr.saglik.gov.tr/hastane_kurallari/refakat_ve_ziyaret01.pdf, (Erişim Tarihi: 27.09.2017).

İbn Bahtişü, (2014), *Tıp Sanatı ve Nefsin Halleri*, (Çev. A. Coşkun), İstanbul: Litera Yayıncılık.

İbn Miskeveyh, *Tezhîbu'l-Ahlâk,* (2013), 2. Baskı, (Çev. A. Şener, İ. Kayaoğlu, C. Tunç), İstanbul: Büyüyenay Yayınları.

İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H., (2016*), Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'deki Sağlık Politikalarının İncelenmesi*, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, Sayı 12, s. 176-186.

İzci, F. ve Saydan, R., (2013), *Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sadakat İlişkisi (Van Bölge Hastanesi Uygulaması)*, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 14, Sayı 1, s. 199-219.

James, B. C., (1989), *Quality Management for Health Care Delivery, The Hospital Research and Educational Trust of the American Hospital Association,* Chicago: Illinois.

James, W., (2003), *Faydacılık,* (Çev. T. Göbekçin), Ankara: Yeryüzü Yayınevi.

Jensen, K. B., (2002), *The Qualitative Research Process,* In: A Handbook of Media and Communication Research: Qualitative and Quantitative Methotdologies, (2002), (Ed. K. B. Jensen), Newyork: Routledge.

Joffe, H. and Yardley L., (2004), *Content and Thematic Analysis,* In Research Methods for Clinical and Health Psychology, (Ed. D. F. Marks, L. Yardley), London & Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.

Johnston, D., (2015), *Felsefenin Kısa Tarihi*, (Çev. B. Yalçınkaya), İstanbul: İnkılap Kitabevi.

Jubb, P. B., (1999), *Whsteblowing: A restrictive Definition and Interpretation,* Journal of Business Ethics, Volume 21, p. 77-94.

Kale, N., (2009), *Felsefiyat,* Ankara: Pegem Akademi.

Kalvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G. and Westerholm, P., (2004), *Living With Conflicts-Ethical Dilemmas and Moral Distress in The Health Care System*, Soc. Sci. Med., Volume 58, p. 1075-1084.

Kant, I., (2015), *Ahlâk Metafiziğinin Temellendirilmesi*, 6. Baskı, (Çev. İ. Kuçuradi), Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.

Kapoor, B. P., (2011). *Why Quality in Healthcare?,* Medical Journal Armed Forces India, Volume 67, No 3, p. 206-208.

Karagün, Ö. Ş., (2006), Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, T. C. Çukuroava Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana.

Karataş, M. ve Yakıncı, C., (2010), *Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 13, Sayı 3, s. 233-236.

Katırcı, Y., (2018), *Kimsesizlerin Kimsesi: Acil Tıp, Peki Ya Acil Tıbbın Kim Sesi?,* http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/v4KzIkJiIeEv.pdf, (Erişim Tarihi, 15. 07. 2018).

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S., (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, A., Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim, 10. Baskı, 2017, Ankara: Pegem Akademi.

Kesgin, A., (2009), *Etik Üstüne,* Dini Araştırmalar Dergisi, Cilt 12, Sayı 35, s. 143-160.

Khoiee, E. M., Vaziri, M. H., Alizadegan, S., Motevallian, S. A., Kashani, O. M. R., Goushegir, S. A. and Ghoroubi, J., (2008), *Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses*, Iran Journal Psychiatry, Volume 3, p. 55-58.

Khuong, M. N. and Thai, H. Q., *The Effects of Organizational Justice and Ethical Leadership on Employee Performance in Binh Duong's Industrial Parks, Vietnam*, Journal of Economics, Business and Management, Volume 4, No. 4, p. 327-333.

Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N. ve Burmaoğlu, S., (2015), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği*, Yönetim ve Ekonomi, Cilt 22, Sayı 2, s. 483-500.

Kıdak, L., Berber, İ. C., Hüccetoğulları, Z. Ö. ve Burmaoğlu, S., (2016), *Hastanelerde Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği,* 10. Sağlık Ve Hastane İdaresi Kongresi, 1-3 Aralık 2016, Kızılcahamam, Ankara, s. 178-179.

Kılıç, M. ve Öztürk, H., (2006), *Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması*", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 9, Sayı 1, s. 55-79.

Kılınç, İ. ve Ağraş, S., (2001), *İş Etiği*, İçinde: Örgütsel Davranışta Güncel Konular, s. 65-77., Bursa: Ekin Yayınevi.

Kırılmaz, H. ve Kırılmaz, S. K., (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Etik İkilemlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları,* İnsan ve İnsan, Sayı 1, s. 35-44.

Kizer, K. W., (2001), *Establishing Health Care Performance Standards in an Era of Consumerism,* Journal of the American Medical Association, Volume 286, No 10, p.1213–1217.

Knouse, S. B. and Giacalone, R. A., (1992), *Ethical Decision-making in Business: Behavioral Issues and Concerns,* Journal of Business Ethics, Volume **11**, p. 369–377.

Korkmaz, M. (2012), *Kurumsal Etik Ve Türkiye Posta İşletmeleri Kurumsal Örneği* Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, Cilt 1, Sayı 4, s. 370-379.

Korkmaz, Ö., (2010), *Müşteri İlişkileri Yönetiminin (CRM) Önemi: Bir Hastane Uygulaması*, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı Ekonometri Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Kömürcü, N., Durmaz, A., Bayram, N., Koyucu, R. G., Karaman, Ö. E. ve Toker, E., (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı 7, s. 95-114.

Köse, G., Ayhan, H, Taştan, S., İyigün, E., Hatipoğlu, S. ve Açıkel, C. H., (2015), *Sağlık Alanında Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının BelirlenmesiGülhane Tıp Dergisi,* Cilt 57, s.145-151.

Köse, S., Tetik, S. ve Ercan, C., (2001), Örgüt Kültürünü Oluşturan Faktörler, Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, s. 219-242.

Kuçuradi, İ., (2011), *Etik*, 5. Baskı, Ankara: Türkiye Felfese Kurumu.

Kumral, B. ve Özdeş, T., (2013), *Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler*, Uluslaarası Temel ve Klinik Tıp Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, s.83-93.

Kunde, J., (2002), *Şirket Dini: Kişilikle ve Şirket Ruhuyla Güçlü Bir Şirket Kurmak,* (Çev. N. Ulusay ve N. Eruysal), İstanbul: MediaCat Kitapları.

Kuran-ı Kerim, Hud Suresi, 85. Ayet.

Kuş, E., (2012), *Nicel-Nitel Araltırma Teknikleri,* 4. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.

Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z. P., (2010), *Hekim Hasta İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, s. 127-143.

Küçükkalay, M., (1997), *Endüstri Devrimi ve Ekonomik Sonuçlarının Analizi,* Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 2, s. 51-68.

Küçükusta, A. R., (2011), *Kalbime Koy Başını Doktor!,* İstanbul: Hayykitap.

L. V. Ersoy, (2014*), Tıbbi Malpraktis*, Toraks Cerrahisi Bülteni, Cilt 5, Sayı 1, s.29-32.

Lee, L. M., (2018), *Ethical Competencies for Public Health Personnel*, Ethics, Medicine and Public Health, Volume 4, p. 21-26.

Lewis, P. V., (1985), Defining *'Business Ethics': Like Nailing Jello to a Wall*, Journal of Business Ethics, Volume 4, p. 377-383, 1985.

Lewis, T. T., Yang, F. M. and Fittchet, G., (2012), *Racial/Ethnic Differences in Responses to the Everyday Discrimination Scale: a Differential Item Functioning Analysis*, American Journal of Epidemiology, Volume 175, Issue 5, p. 391-401.

Linacre, J. M., (2005), *Measurement, Meaning and Morality,* International Symposium On Measurement and Evaluation, p. 1-7.

Logie, C. H., Wang, Y., Duncan, A. L., Wagner, A. C and Loutfy, M. R., (2018), *HIV-related stigma, racial discrimination, and gender discrimination: Pathways to physical and mental health-related quality of life among a national cohort of women living with HIV,* Preventive Medicine, Volume 107, p. 36-44.

Mackie, J. L., *Ethics: Inventing Right and Wrong*, (1990), London: Penguin Books.

Maclagan, P., (1995), *Ethical Thinking Organizations, Management Learning*, Volume 26, No 2, p. 159-177.

Maclagan, P., (2007), *Hierarchical Control Or İndividuals' Moral Autonomy? Addressing a Fundamental Tension in The Management of Business Ethics,* Business Ethics: A European Review, Volume 16, No1, p. 48-61.

Mahfuzi, A. A., (2015), *Temel İlkeleriyle Ahlâk,* (Çev. A. Görel), İstanbul: Tesnim Yayınları.

Mayring, P., (2011), *Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş,* (Çev. A. Gümüş ve M. S. Durgun), Ankara: BilgeSu Yayıcılık.

McGovern, C., (2016), *Medical Ethics: Principles of Medical Ethics,* Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine, Volume 3 p. 330-334.

McNaughton, D. and Rawling P., (1990), *Ethics In Practice*, (2007), p. 31-44., (Ed. H. LaFollette), 3th. Ed., Melden&Oxford&Victoria: Blackwell Publishing.

Meffert, J. J., (2009), Ethics? Morals? Values?", Clinics in Dermatology, Volume 27, p. 327–330.

Mendick, N., Young, B., Hocombe, C. and Salmon, P., (2010), *The Ethics of Responsibility and Ownership in Desicion-making about Treatment for Breast Cancer: Triangulation of Consultation with Patient and Surgeon Prespectives,* Social Science and Medicine, Volume 70, Issue 12, p. 1904-1911.

Merih, Y. D., ve Arslan, H., (2012), *Hemşire ve Ebelerin Mesleki Bilinç-Örgütlenmeye Yönelik Görüşlerinin ve İş Doyumlarının Belirlenmesi,* Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, Cilt 9, Sayı 3, s. 40-46.

Metin, Y., (2012), *Özel Hastanelerde Markalaşmanın Hasta Potansiyeline Etkisi*, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Mil, B., (2017), *Nitel Araştırma Tekniği Olarak Görüşme,* İçinde: Nitel Araştırma: Neden, Nasıl, Niçin?, s.3-26, (Ed. A. Yüksel, B. Mil ve Y. Bilim), Ankara: Detay Yayıncılık.

Modern Toplumsal Düşünce Sözlüğü, (2008), (Ed. W. Outhwaite), İstanbul: İletişim Yayınları.

Morse, J. M., (1994), *Designing Funded Qualitative Research. In Handbook of Qualitative Research,* (Ed. N. K. Denzin and Y. S. Lincoln), p. 220-235. Thousand Oaks, Sage Publications.

Mücahid, H. T., (2012), Farâbi'den Abduh'a Siyasi Düşünce, 3. Baskı, (Çev. V. Akyüz), İstanbul: İz Yayıncılık.

Nayır, D. Z., (2012), *Kurumsal Etik ve Whistleblowing*, İstanbul: Pozitif Yayınları.

Neuman, W. L., (2013), *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*, 1. Cilt, İstanbul: Yayınodası.

Neuman, W. L., (2013), *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*, 2. Cilt, İstanbul: Yayınodası.

Nigro, F. A. and Nigro, L. G., (1989), *Modern Public Administration* (7 th ed.). New York: Harper and Row .

Nuttal, J., (2011), *Ahlâk Üzerine Tartışmalar: Etiğe Giriş,* 2. Basım, (Çev. A. Yılmaz), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Oktay, A. S., (2004), *Kant'ta Evrensel Ahlâk Yasaları ve Global Etik'e Katkıları,* İçinde: Muğla Üniversitesi Uluslararası Kant Sempozyumu, s. 392-400, Muğla 6-8 Ekim 2004, Muğla Üniversitesi Uluslararası Kant Sempozyumu Bildirileri, (Ed. N. Reyhani), Ankara: Vadi Yayınları.

Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T. and Abu-Zidan, F., (2013), *The Practice of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in the United Kingdom,* BioMed. Cenrtal Medical Ethics, Volume 14, No 42, p.1-6.

Öge, S., (2001), *Örgüt İklimi,* Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, Cilt 1, Sayı 4, s. 132-143.

Öktem, Ü., (2007). *Kant Ahlâkı,* Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi, Cilt 20, Sayı 18, s. 1-10.

Önsüz, M. F. vd., (2008), *İstanbul'da Bir Tıp Fakültesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi,* Marmara Medical Journal, Cilt 21, Sayı 1, s. 33-49.

Özata, M. ve Özer, K., (2016), *Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Yönelik Uygulamalarının Sağlıkta Kalite Standartları Bağlamında Değerlendirilmesi: Konya Örneği,* The Journal of Academic Social Science Studies, No 45, Cilt 3, s.11-33.

Özeren, E., (2015), *Allah-Ahlâk-İnsan,* Ankara: DNT Ortadoğu Yayıncılık.

Özgener, Ş., (2016), *İş Ahlâkının Temelleri: Yönetsel Bir Yaklaşım*, 4. Basım, Ankara: Nobel Yayıncılık.

Özkalp, E. ve Kırel, Ç., (2004), *Örgütsel Davranış,* 2. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Özkalp, E. ve Kırel, Ç., (2013), *Örgütsel Davranış,* Bursa: Ekin Yayınevi.

Özlem, D., (2010), *Etik-Ahlâk Felsefesi*, 2. Baskı, İstanbul: Say Yayınları.

Özsemerci, K., (2003), *Türk Kamu Yönetiminde Yolsuzluklar, Nedenleri, Zararları ve Çözüm Önerileri,* Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü: Ankara.

Özturan, H., (2011), *Etik ile Ahlâk Arasında: Türkçe Ahlâk Felsefesi Literatürüne Dair Etik Kavramı Kullanımı Üzerinden Bir Değerlendirme,* Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi, Cilt 9, Sayı 17, s. 169-202.

Özturan, H., (2015a), *Ahlâk Felsefesinin Temel Problemleri: Seçme Metinler,* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Özturan, H., (2015b), *İnsanın Kendini Gerçekleştirmesi Olarak Ahlâk*, İçinde; Ahlâkın Temeli, s. 89-105, (Ed: Ö. Türker), Ankara: Nobel Kitabevi.

Öztürk, H., (2010), *Tıpta Aydınlatılmış Onam Öğretisi Bağlamında Hekimin Rolü*, 1. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi, (Yay. Haz. Murat Arıcı vd.) Ankara, ODTÜ, 267-273.

Öztürk, H., (2010), *Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışı ve Bir Araştırma,* T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarından Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Öztürk, O., (2009), *Folklor ve Mitoloji Sözlüğü,* (Ed. E. Çelik), Ankara: Phoenix Yayınevi.

Öztürk, R., (2013), *Değişik Yönleriyle Sağlık Alanında İsraf,* İçinde: Sağlıkta İsraf, s. 44-55, (Ed. R. Öztürk, İ. Ekmekçi, ve T. Erkoç), İstanbul: İstanbul Araştırma ve Eğitim Vakfı Yayınları.

Padem, H. Göksü, A. ve Konaklı Z., (2012), *Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı,* Sarajevo International Burch University Publications.

Pala, K., Çakır, R. ve Civaner, M. M., (2016), *Sağlık Politikaları ile Meslek Ahlâkı Arasında İlişki Var mı?Bursa Tabip Odası'na Yapılan Başvurular Örneğinde Bir Değerlendirme,* Turkish Journal of Public Health, Volume 14, No 3, p. 135-151.

Paradies, Y., (2006), *A Systematic Review Of Empirical Research On Self-Reported Racism And Health*, International Journal of Epidemiology, Volume 35, No 4, p. 888-901.

Parand, A., Dopson, S. and Vincent, A. R. C., (2014), *The Role of Hospital Managers in Quality and Patient Safety: A Systematic Review*, British Medical Journal, p. 1-15.

Parker, M. and Hope, M., (2005), Problem Cases in Medical Ethics, Medicine, Volume 33, Issue 2, p. 22- 24.

Patthoff, D. and D. Ozar, (2010), *The Names on the Door: Organizational Ethics in Practice*, AGD IMPACT, p. 18-21.

Patton, M. Q., (2014), *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri,* (Çev. M. Bütün, S. B. Demir), Ankara: Pegem Akademi.

Pauly, B. M., Varcoe, C. and Storch, J., (2012), *Framing the Issues: Moral Distress in Health Care*, HEC Foru., Volume 24, No 1, p. 1-11.

Peterson, M. et al., *Akıl ve İnanç: Din Felsefesine Giriş*, (2016), 6. Baskı, (Çev. R. Acar), İstanbul: Küre Yayınları.

Pew Research Center, (2014), Worldwide, Many See Belief in God as Essential to Morality, March, 2014. Retrieved from http://www.pewglobal.org/2014/03/13/worldwide-many-see-belief-in-god-as essential-to-morality/2/ (Erişim Tarihi: 14.10.2017).

Polaris, J. J. Z. and Lehmann, L. S., (2016), *Euthanasia and Assisted Suicide*,Encyclopedia of Freonsic and Legal Medicine (Second Edition), p. 321-329.

Poole, R., (1993), *Ahlâk ve Modernlik*, (Çev. M. Küçük), Ayrıntı Yayınları: İstanbul.

Poyraz, H., (1996*), Dil ve Ahlâk*, Ankara: Vadi Yayınları.

Poyraz, H., (2015), *İnsanın Kendini Gerçekleştirmesi Olarak Ahlâk,* İçinde; Ahlâkın Temeli, s. 55-66, (Ed: Ömer Türker), Ankara: Nobel Kitabevi.

Pryor, G. and Davies, R., (1989), *A Comparison of Conceptualizations of Work Centrality,* Journal of Organizational Behavior Volume 10, p. 283-289.

Puiu, S., (2015), *Ethics Management in Public Sector–Background and Tools*, Procedia Economics and Finance, Volume 23, p. 604 – 607.

Punch, K. F., (2005), *Sosyal Araştırmalara Giriş,* (Çev. D. Bayrak, H. B. Arslan ve Z. Akyüz), Ankara: Siyasal Kitabevi.

Püsküllüoğlu, A., (2006), *Tükçe Sözlük,* 7. Basım, İstanbul: Can Sanat Yayınları.

Quach, T., Nuru-Jeter, A., Morris, P. Shema, S. J. and Winters, J. K., (2012), *Experiences and Perceptions of Medical Discrimination Among a Multiethnic Sample of Breast Cancer Patients in the Greater San Francisco Bay Area, California*, American Journal of Public Health, Volume 102, No 5, p.1027-1034.

Quintelier, K., Speybroeck, L. V. And Braeckman J., (2011), *Normative Ethics Does Not Need a Foundation: It Needs More Science,* Acta Biotheoretica, Volume 59 p. 29-51.

Rakich, J., Longest, B. and Darr, K., (1992), *Managing Health Services Organizations*, Maryland: Health Professions Press, Inc. Baltimore.

Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswel, B. and McKee M., (2009), *İnvesting in Hospitals of the Future,* Copenhagen: European Health Property Network.

Renz, D. O. and William, B. E., (1996), *Organizations, Ethics, and Health Care: Building an Ethics Infrastructure for a New Era,* Bioethics Forum, p. 29-39.

Robbins, S. P. and Judge, T. A., (2015), 14. Basım, (Çev. İ. Erdem), *Örgütsel Davranış,* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Robinson, D. and Garratt, C., (2012), *Etik,* (Çev. B. Doğan), 2. Baskı, İstanbul: NTV Yayınları.

Rosenbloom, D. H., (1989), *Understanding Management, Politics and Law in the Public Sector,* (2nd ed.), N. J, Random House Inc. United Nations Department of Economic and Social Affairs, (1999). Public Service in Transition: Enhancing İts Role, Pofessionalism, Ethical Values And Standard. New York: UN.

Runzo, J., (2011), *Pluralism and Relativism* p. 61-76, In: The Oxford Handbook of Religious Diversity (Ed. C. Meister), New York: Oxford University Press.

Sağesen, S., (2013), T.C. Sağlık Bakanlığı Denetim Hizmetleri Başkanlığı http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/3830,malpraktip-2013pptx.pptx, (Erişim Tarihi: 04.09.2017).

Salman, A. N. ve Uydacı, M., (2011), "Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri", Öneri Dergisi, Cilt 9, Sayı 35, s. 45-50.

Salvador, J. T., (2016), *Revisiting The Philosophical Under Pinnings of Qualitative Research*, International Education & Research Journal, Volume 2, Issue 6, p. 4-6.

Sancaklı, S., (2013), *Hadisler Çeçevesinde İsraf Olgusunun Analizi,*İnönü Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, Cilt 4, Sayı 1, s. 1-25.

Savulescu, J., (2005), *The Ethics of Cloning,* Medicine, Volume 33, Issue 2, p. 18-20.

Saygın, T. *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Tıbbi Hatalar Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2014.

Scanlon, T. M., (2016), *Individual Morality and the Morality of Institutions*, Fılozofija I Društvo XXVII (1), p. 3-19.

Schöllhammer, H., (1977), *Ethics in an International Business Context,* Management International Review, Volume 17, No 2, p. 23-33.

Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., R. Dubê, Taleghani, C. K., Burke, J. E. and Williams, S., (1999), *The Effect Of Race And Sex On Physicians Recommendations For Cardiac Catheterization*, The New England Journal Medicine, Volume 340, No 8, p. 618-626.

Schyve, P. M., (2009), *Leadership in Healthcare Organizations: A Guide to Joint Commission Leadership Standarts*, San Diego: The Governance Institute.

Sena, C., (1970), *İnsanlar ve Ahlâklar*, İstanbul: Okat Yayınevi.

Sert, A., Elçi, M., Uslu, Tanyeri and Şener, i., (2014), *The Effects of Organizational Justice and Ethical Climate on Perceived Work Related Stress,* Procedia-Social and Behavioral Sciences, Volume 150, p. 1187 -1198.

Sevimli, Ş. (2010), *Tıbbi Sosyal Hizmet Etiği,* 1. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi, (Yay. Haz. Murat Arıcı vd.) Ankara, ODTÜ, s. 280-286.

Seyyar, A., (2007), *İnsan ve Toplum Bilimleri Terimleri Ansiklopedik Sosyal Bilimler Sözlüğü,* İstanbul: Değişim Yayınları.

Seyyar, A., *Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım,* 2. Baskı, İstanbul: Rağbet Yayınları, 2010.

Slatery, M., (2008), *Sosyolojide Temel Fikirler,* 8. Baskı, (Çev. Ü. Tatlıcan vd.), İstanbul: Sentez Yayıncılık.

Smedley, B. D., Stith, A. Y. and Nelson, A. R., (2003*), Unequal treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: Institute of Medicine.

Smith, D. and Drudy, L., (2008), *Corporate Culture and Organisation Ethics*, In: Leadership and Business Ethics, (Ed. G. Flynn), Springer Science +Business Media B.V.

Sökmen, A., (2016), *Meslek Etiği (Örgütsel ve Yönetsel Etik Kurumsal Sosyal Sorumluluk)*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Söyük, S. ve Kurtuluş, S. A., (2017), *Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi,* Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 6, Sayı 4, s. 44-56.

Stepanikova, I. and Cook, K. S., (2008), *Effects of Poverty and Lack of Insurance on Perceptions of Racial and Ethnic Bias in Health Care,* Health Services Research, Volume 43, Issue 3, p. 915-930.

Studdert, D. M., Mello, M. M. and Brennan, T. A, (2004), *Medical Malpractice,* The New England Journal of Medicine, Volume 350, No 3, p. 283-299.

Sucu, G., Cebeci, F. ve Karazeybek, E., (2009), *Acil Servisteki Kritik Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Karşılanma Durumu*, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, Cilt 15, Sayı 5, s. 473-481.

Sütçü, G. B., (2008), *Araştırma Bize Ne Öğretir? Yönteme ve Araştırmacıya Eleştirel Bakabilmek,* Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, Cil 5, Sayı 3, s. 45-57.

Şahin, B., Çelik, Y. ve Tengilimoğlu, D., (2013), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, (Ed. B. Şahin), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Şahin, İ., Özbek, M. A., Güran, C. ve Tosun, U., (2009), *Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının Yolsuzluk Algılamaları,* Amme İdaresi Dergisi, Cilt 42, Sayı 4, s. 101-136.

Şahin, T. K., Bakıcı, H., Bilban, S., Dinçer, Ş., Yurtçu, M. ve Günel, E., (2005), *Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması*, Genel Tıp Dergisi, Cilt 15, Sayı 4, s. 137-142.

Şahman, İ., Tengilimoğlu, D. ve Işık, O., (2008), *Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması,* Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt10, Sayı 2, s. 1-23.

Şatır, Ç. ve Sümer, F. E., (2008), *Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Üreten Bir Kamu Kurumunda İç Paydaşlar İtibarı Nasıl Algılıyor?*, Selçuk İletişim, Cilt 5, Sayı 2, s.15-25.

Şeker, A., (2017), *Etik Bağlamda Tıbbi Sosyal Hizmet ve Hasta Hakları,* s.15-32, İçinde, Tıbbi Sosyal Hizmet, (Ed: S. A. Özden ve E. Özcan), Ankara: Nobel Yayıncılık.

Şengün, M., (2015), Ahlâkî Düşünce ve Yargı, Ankara: Nobel Kitabevi.

Şeref, A., (2012), *Ahlâk İlmi*, (Günümüz Türkçesine Aktaranlar: M. Uyanık ve A. Akyol), Ankara: Elis Yayınları.

Şimşek, M. Ş., (2009), *Yönetim ve Organizasyon,* 11. Baskı, Konya: Adım Ofset Matbaacılık.

Şimşir, İ., Bağış, M., Kurutkan, M. N. ve Oğuz, B., (2013), *Sağlık Hizmetlerinde İsraf Yönetimi*, T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, IV. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Cilt I, Nisan 2013, Ankara: Pozitif Matbaa, s. 21-38.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Meslekleri Etiği, Ankara: 224TF0007.

Tamer, İ., İyigün, Ö. ve Sağlam, M., (2014), *Örgüt Kültürünün Örgüte Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Bir Parekende İşletmesi Çalışanları Üzerinde Araştırma*, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 5, Sayı 8, s. 187-202.

Tannenbaum, D. G., and Schultz, D., (2013), *Siyasi Düşünce Tarihi,* 8. Baskı, (Çev. F. Demirci), Ankara: Adres Yayınları.

Tanyol, C., (1970), S*osyolojik Açıdan Din, Ahlâk, Laiklik ve Politika Üzerine Diyaloglar*, İstanbul: Okat Yayınları.

Taylan, S. ve Arslan, S., (2017), *Hastane Öncesi Alanda ve Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Ekibinin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi,* Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 10, Sayı 2, 2017, s. 100-112.

Taylor, P. W., (1975), *Principles of Ethics: An Introduction,* California: Dickerson Publishing Co., Inc., Encino.

Teke, K., Demir, C., Fedai, T. ve Ersoy, T., (1999), *Gata Eğitim Hastanesine Başvuran Hastalara Sunulan Halkla İlişkiler Hizmetlerinin Değerlendirilmesi,* Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, s. 43-50.

Tekgüç, H. ve Güneş, Z. N. A., (2015), *Sağlıkta Bireysel ve Sorumluluk Toplam Maliyetleri Neden Düşürmez?,* Amme İdaresi Dergisi, Cilt 48, Sayı 1, s. 141-171.

Tenbrunsel, A. E. and D. Chugh, (2015), *Behavioral Ethics: a Story of Increased Breadth and Depth,* Current Opinion in Psychology, Volume 6, December, p. 205-2010.

Tengilimoğlu, D., Işık O., ve Akbolat M., (2011), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi,* 3. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tepe, H., *20. Yüzyılda Etik*, (2013), İçinde: Etik, (Ed. İ. Kuçuradi ve D. Taşdelen), 3. Baskı, , Ankara: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Tepecik, F. Yazıcı A., (2012), *Sağlık Sektöründeki Etik Problemlerinin Nedenleri,* International Conference on Eurasian Economies, p. 382-388, https://www.avekon.org/papers/449.pdf, (Erişim Tarihi: 04.09.2017).

Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T., (2014), *Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti,* Pamukkale Tıp Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, s. 57-62.

Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi, 657 Kanun Numaralı, Tertip 5, Resmi Gazete Tarihi: 19.02.1960, No 4/12578, Sayısı 10436.

Tınaz, P., (2009), *Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar,* 2. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Tınaz, Z. D., *İş Ahlâkı ve Tokat Orta Öğretim Kurumlarında Görev Yapan İdareci Ve Öğretmenlerin Meslek Ahlâkına İlişkin Algılarına Yönelik Bir Uygulama*, T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2011.

Tietze, A., (2016), *Tarihi ve Etimolojik Türkiye Türkçesi Lugati*, Birinci Cilt, , Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.

Tillich, P., (2014), *Ahlâk ve Ötesi*, 2. Basım, (Çev. A. Çınar), Ankara: Elis Yayınları.

Toor, S. and George, O., (2009), *Ethical Leadership: Examining the Relationships with Full Range Leadership Model, Employee Outcomes, and Organizational Culture,* Journal of Business Ethics, Volume 90, p. 533–547.

Topçu, N., (2010), *Ahlâk*, 2. Baskı, İstanbul: Dergah Yayınları.

Tosun, H., (2016), *Sağlık Uygulamalarında Etik Değerler*, 6. Baskı, s. 74-86, İçinde: Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, (Ed. F. A. Ay), Nobel Tıp Kitabevleri.

Townley, P., (1992), *Business Ethics…An Oxymoron?,* Canadian Business Review, Volume 19, p. 35-37.

Tsalikis, J. and David F., (1989), *Business Ethics: A Literature Review with a Focus on Marketing Ethics,* Journal of Business Ethics, Volume 8, p. 695-743.

Tuncer, D., Ayhan, D. Y. ve Varoğlu, D., (2014), *Genel İşletmecilik Bilgileri,* 6. Baskı,Ankara : Siyasal Kitabevi.

Turan, E. Z., (2015), *Ahlâk (Moral) Derslerinin Bir Unsuru Olarak Değerler Eğitimi Uygulamaları: Belçika Örneği*, Değerler Eğitimi Merkezi Dergisi, Sayı 1, s. 653-673.

Turhan, M., (2007), *Genel Ve Mesleki Lise Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışlarının Okullardaki Sosyal Adalet Üzerindeki Etkisi*, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Elazığ.

Turla, A., Şirin, E. ve Köprülü, H., (2006), *Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, Cilt 7, Sayı 3, s. 223-229.

Turner, B. S., (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev. Ü. Tatlıcan), Bursa: Sentez Yayıncılık.

TÜİK, (2017), *Doğum Tarihine Göre En Çok Kullanımda Olan Erkek İsimleri ve İlk 100 İsim İçindeki Sıralaması,* Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları.

Türer, C., (2017), Ahlâk ve Müeyyide, *Ahlâk ve Dinin Sınırları Bağlamında Müeyyide Sorunu,* İçinde: Ahlâk ve Müeyyide-Ahlâkın Anlamı ve Sınırı Üzerine Konuşmalar, (2017), (Ed. Ö. Türker), Ankara: Nobel Yayınları.

Türker, D. ve C. Altuntaş, (2014), *Analysis of Unethical Behaviors in Social Networks: An Application in the Medical Sector,* Procedia-Social and Behavioral Sciences, Volume 150, p. 1177-1186.

Türker, Ö., (2017), Ahlâk ve Müeyyide-Ahlâkın Anlamı ve Sınırı Üzerine Konuşmalar, (Ed. Ö. Türker)., Ankara: Nobel Yayınları.

Türkmen, Z., (2016), *Hemşirelerde Ahlâkî Sıkıntının İşe Adanma Davranışı Üzerine Etkisi,* Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta.

Upchurch, R. S. and Sheila, K. R., (1996), *The Organizational Bases of Ethical Work Climates in Lodging Operations as Perceived by General Managers,* Journal of Business Ethics, Volume15, p.1083-1093, 1996.

Uslu, C., (2011), *Doğal Hukuk ve Doğal Haklar: İnsan Haklarının Felsefî Temelleri,* , 2. Baskı, Ankara: Liberte Yayınları.

Usta, A., (2012), *Kamu Örgütlerinde Meslek Etiği ve Çalışma Ahlâkı Üzerinde Bir Değerlendirme,* Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 17, Sayı 1, s. 403-421.

Ülgen, H. ve Mirze, S. K., (2007), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 4. Basım İstanbul: Arıkan Yayıncılık.

Ünal, A., (2011), *Çalışma Ahlâkı Kavramına Kültürel Bir Bakış ve Türkiye'de Çalışma Ahlâkı* İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Sayı: 44, s. 125-145.

Üstün, Ç., (2013), *Yaşamın İçinden Etik ve Ahlâk,* İzmir: Zeus Kitabevi.

Varjus, S., Leino-Kilpi, H. and Suominen, T., (2011), *Professional Autonomy of Nurses in Hospital Settings-A Review of The Literature,* Scandinavian Journal of Caring Sciences, Volume 25, Issue 1, p. 201-207.

Victor, B. I. and Cullen, J. B., (1987), *A Theory and Measure of Ethical Climate in Organizations,* Research in Corporate Social Performance and Policy, Volume 9, p.51-71.

Wallace, R. A. and Wolf, A., (2013), *Çağdaş Sosyoloji Kurumları*, (Çev. L. Elburuz ve M. R. Ayas), Ankara: Doğu Batı Yayınları.

Wart, M. V., (2003), *Codes of Ethics as Living Documents,* Public Integrity,Volume 5, No 4, p. 331-346.

Weber, M., (1999), Kapitalizmin Ruhu ve Protestan Ahlâkı, (Çev: Z. Gürata), Ankara: Ayraç Yayınları.

Weech-Maldonado, R., Hall, A., Bryant, T., Jenkins, K. A., and Elliot, M. N., (2012), *The Relationship Between Percieved Discrimination and Patient Experiences with Health Care,* Medical Care, Volume 50, No 902, p. 1-15.

White, A. D. M., Posade, S. T. and Dillon, W., (2003), *Using Nominal Group Technique to Assess Chronic Pain, Patients, Perceived Challenges and Needs in a Community Health Region,* Health Expectations, Volume 6, p.44–52.

WHO, World Health Organization, http://www.who.int/hospitals/en/, (Erişim Tarihi: 07.09.2017).

Williams, J. R., (2005), *Medical Ethics in Contemporary Clinical Practice,* Journal of the Medical Association, Volume 68, No 11, p. 495-499.

Yanık, O. ve Naktiyok, A., (2017), *Etik (Ahlaki) Liderliğin Çalışanların İş Tatminine, Örgütsel Bağlılığına ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde Örgütsel Güven ve Örgütsel Adalet Algısının Aracı Rolü,* Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Cilt 8, Sayı 15, s. 297-324.

Yaran, C. S., (2015) *İnsanın Kendini Gerçekleştirmesi Olarak Ahlâk*, İçinde Ahlâkın Temeli, (2015), s. 67-78, (Ed. Ö.Türker), Ankara: Nobel Kitabevi.

Yaşar, G. Y., (2007), *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi,* Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Yataklı Tedavi İşletme Yönetmenliği, Madde 4, http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav (Erişim Tarihi: 11.09.2017).

Yayla, A., (2003), *Siyasi Düşünce Sözlüğü*, Ankara: Liberte Yayınları.

Yazıcı, S., (2014), *Felsefeye Giriş,* 5. Baskı, İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Yeşiltaş, A. ve Erdem, R., (2017), *Hastanelerin Kurumsal Sosyal Sorumluluk Faaliyetlerine Yönelik İçerik Analizi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 10, Sayı 2, s.113-124.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H., (2008), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri,* 7. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, G., Özden, D. ve Karagözoğlu, Ş., (2013), *Ahlâkî Sıkıntı: Türkiye'de Sağlık Alanında Gündeme Gelmeyen Bir Boyut*, Cumhuriyet Tıp Dergisi, Cilt: 35, s. 318-325.

Yıldırım, H. H., (1999), *Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları,* Amme İdaresi Dergisi, Cilt 32, Sayı 1, s.123-134.

Yılmaz, E., (2011), *Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama,* Marmara Sosyal Araştırma Dergisi, Sayı 1, s. 1-19.

Yılmaz, K., Polat, O. ve Kocamaz, B., (2014), *Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi,* Türkiye Adalet Akademi Dergisi, Sayı 16, s. 19-51.

Yirik, Ş. ve Ekici, R., (2014), *Medikal Turizm Kapsamında Yaşanan Genel Etik Problemler ve Bölge Pazarında Yaratmış Olduğu Olumsuzluklar (Akdeniz Bölgesi Örneği)* s.1586-1599, 15. Ulusal Turizm Kongresi Bildiriler Kitabı Editör: Arzu Kılıçlar, 13-16 Kasım 2014, Ankara.

Yurdakul, N. B. ve Öksüz, B., (2007), *Hastanelerde Bir Tanıtım Aracı Olarak Web Siteleri: İzmir İli Eğitim Hastaneleri Ve Özel Hastanelerin Kurumsal Web Sitelerinin Kıyaslamalı Analizi,* Selçuk İletişim, Cilt 5, Sayı 1, s. 118-134.

Yurdakul, N. B., Coşkun G., ve Öksüz B., (2007), *Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örnekleminde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, s. 31-46.

Yüce, A., (2007), *Yöneticiler Açısından Ahlâk Olgusu: Kavramsal Bir İrdeleme,* Bilim Eğitim ve Düşünce Dergisi, Cilt 7, Sayı 1.

Yüksel, M., (2013), *Modern Toplumda Hukuk Kültürü,* Journal of Yaşar University, Cilt 8, s. 2339-2361.

Yürür, S., (2009), *Ödüllendirme Sistemi Yapı ve Süreçleri ile Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkilerin Analizine Yönelik Bir Araştırma,* Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cil 11, Sayı 1, s. 235-260.

Zaim, H. ve Tarım, M., (2010), *Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması,* Sosyal Siyaset Konferansları, Cilt 2, Sayı 59, s. 1-24.

Zhang, Z., (2011), *On Moral Hazard of Construction Project Visual Organization*, Procedia Engineering, Volume 12, p. 156–162.

Zoubul, C. S., (2014), *Health Care Institutional Ethics: Broader Than Clinical Ethisc* (Editors Eileen E. Morrison and Beth Furlong), Health Care Ethics Critical Issues the 21st Century, Third Edition, Jones&Barltett Learning, USA.

EKLER

EK 1. KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE YAZILI İZİN FORMU

Merhaba, ismim İzzet Erdem. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Prof. Dr. Ramazan Erdem danışmanlığında *"Yöneticiler, Çalışanlar Ve Hastalar Perspektifinden Hastane Ahlâkı: Hastanelerde Kurumsal Ahlâkın Oluşumuna Dair Nitel Bir Çalışma*" başlıklı bir tez çalışması yürütmekteyim.

Bu çalışmada amaç, hastane ahlâkı kavramını hastane çalışanları ve hastalardan yola çıkarak anlaşılır kılmak ve hastanelerde kurumsal ahlâkın temellerini ve yapısını incelemektir. Çalışmanın sıhhati ve bilimselliği açısından siz katılımcıların görüşleri ve verdiğiniz bilgiler araştırma için oldukça önem arz etmektedir.

Görüşmeler gizlilik esasına göre muhafaza edilecektir. Araştırmacı ve danışman dışında hiçbir kimse tarafından bilinmeyecektir. Araştırmanın hızlı ve pratik yürütülebilmesi için görüşmeleri izninizle ses kayıt cihazına kaydetmek istiyorum. Görüşme bittikten sonra kaydı dinleyebilir ve istemediğiniz kısımların silinmesini talep edebilirsiniz.

Görüşmenin ortalama 1 saat sürmesi beklenmektedir. Ancak görüşmenin gidişatına göre belirtilen sürenin uzama esnekliği bulunmaktadır. Müsadenizle görüşmeye başlayabiliriz.

Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı çok teşekkür ederim.

Yukarıdaki metni okudum. Bu çerçevede gönüllü olarak bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih/İmza

EK 2. GÖRÜŞME FORMU

Bu görüşme formu Prof. Dr. Ramazan Erdem danışmanlığında Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora öğrencisi İzzet Erdem'in "*Yöneticiler, Çalışanlar ve Hastalar Perspektifinden Hastane Ahlâkı: Hastanelerde Kurumsal Ahlâkın Oluşumuna Dair Nitel Bir Çalışma*" konulu tez araştırması için hazırlanmıştır. Her türlü soru, görüş ve önerileriniz için izzeterdem42@gmail.com mail adresi ile irtibata geçebilirsiniz**.**

……Bey/Hanım

Daha önce katılımcı bilgilendirme ve yazılı izin formunu okudunuz ve araştırmaya gönüllü olarak katıldığınızı beyan ettiniz. Yapacağımız görüşmenin ses kayıt cihazına kaydedilmesinde sizin için bir sakınca var mı?

……..

Teşekkür ediyorum. İzin verirseniz görüşme sorularına geçmek istiyorum.

Mülâkat Soruları aşağıdaki gibidir:

1. Hastane ahlâkı kavramının kapsamını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sonda: Hastane ahlâkı kavramının zihninizde çağrıştırdıkları nelerdir?

Sonda: Hastane ahlâkının niteleyicileri nelerdir?

2. Hastane ahlâkı kavramının belirleyicileri nelerdir?

Sonda: Hastane ahlâkının içsel belirleyicileri nelerdir?

Sonda: Hastane ahlâkının dışsal belirleyicileri nelerdir?

3. Türkiye'deki hastane ahlâkı hakkında ne düşünüyorsunuz?

Sonda: Mevcut durumun resmini çizebilir misiniz?

Sonda: Hastalara yönelik düşünceleriniz nelerdir?

4. Hastanelerin ahlâkî düzeyini yükseltmek için neler yapılabilir?

Sonda: Hastane çalışanlarına düşen görevler nedir?

Sonda: Sağlık çalışanlarına düşen görevler nedir?

Sonda: Devlete düşen görevler nelerdir?

5. Hastane ile ilgili gördüğünüz duyduğunuz ya da yaşadığınız ahlâka dair bir vaka anlatabilir misiniz?

Görüşmemiz burada sona erdi. Zaman ayırdığınız için tekrar teşekkür ederim.

EK 3. ARAŞTIRMA ETİK KURUL İZNİ

Aksaray Üniversitesi - Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü
- Aksaray Üniversitesi Rektörlüğü
29.12.2017 17:15
Sayı: 34183927-101.01-E.00000241014
00000241014

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Sayı : 34183927-101.01
Konu : Başvurunuz Hk.

SAYIN : İzzet ERDEM

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. M. Bahaüddin VAROL
Kurul Başkanı

Not: Ek: 111

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.aksaray.edu.tr adresinden 0715d64e-d41c-4438-a09a-62725eed23e2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu Belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

Tarih	*Toplantı Sayısı*	*Karar No*
28.12.2017	*7*	*2017/95-113*

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulu **28.12.2017** tarihinde saat **15.00**'de Kasım-Aralık 2017 dönemindeki başvuruları görüşmek üzere toplanarak aşağıdaki kararları almıştır:

Karar 2017/111: Yürütücülüğünü İzzet ERDEM'ın yaptığı ve Ramazan ERDEM'in katkı verdiği *"Yöneticiler, Çalışanlar ve Hastalar Perspektifinden Hastane Ahlakı: Hastanelerde Kurumsal Ahlakın Oluşumuna Dair Nitel Bir Çalışma"* başlıklı araştırma ile ilgili 2017/111 protokol numaralı başvuru Kurulumuzca incelenmiş, Üniversitemizin İnsan Araştırmaları Etik Kurul Yönergesinde belirtilen etik ilkelere **uygun olduğuna** toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

	Prof. Dr. M. Bahaüddin VAROL ***Başkan***	
Doç. Dr. Hüseyin ÜNLÜ ***Üye***	***Doç. Dr. Mehmet KARACA*** ***Üye***	KATILMADI ***Yrd. Doç. Dr.*** ***Sevilay USLU DİVANOĞLU*** ***Üye***
KATILMADI ***Yrd. Doç. Dr. Arzu YÜKSEL*** ***Üye***	***Yrd. Doç. Dr.*** ***Funda VARNACI UZUN*** ***Üye***	KATILMADI ***Yrd. Doç. Dr. Gaye BULUT*** ***Üye***

Evrakın elektronik imzalı suretine https://e-belge.aksaray.edu.tr adresinden 0715d64e-d41c-4438-a09a-62725eed23e2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu Belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: İzzet ERDEM

Doğum Yeri ve Yılı: Selçuklu-1989

Medeni Hali: Evli

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü (2012)

Yüksek Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2014)

Doktora Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2014-2018)

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi:

1. İngilizce (Orta Düzey)

İş Deneyimi: Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi (2015-…)

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

1.Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makale

- **Erdem, İ.** ve Keklik, B., "Sigara Kullanımı Hastane Çalışanlarının Kişisel İmajlarını Nasıl Etkiliyor?", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2015; 18 (2): 161-182.

2. Ulusal toplantıda sunularak tam metin olarak yayımlanan bildiri

- Çelik R., N. Bardak, E. Akkaş, R. Erdem, A. Alkan, **İ. Erdem,** "Doçentlik Sürecinin Karoşi (Karoshi) ve Yoğun Çalışma Çerçevesinde Değerlendirilmesi", 22. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 22-24 Mayıs, s. 563-572, Konya, 2014.

3. Uluslararası toplantıda sunularak özet metin olarak yayınlanan bildiri

- Erdem, R., N. Bardak, **İ. Erdem**, E. Akkaş, B. Keklik; Sağlık Sektörü Çalışanlarının Sağlık Yöneticiliğine Bakış Açılarının Değerlendirilmesi ", 3. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Antalya, Aralık 12-15, 2012.

- **Erdem, İ.,** "A Study on the Relationship Between the Health Care Personnel and the Manager in Health Services in Context with Drapetomania", Humanities and Social Sciences Conference, Barcelona, Spain 26-29, January 2017 ,Casa Convalescència.
- Taş, F., Akkaş, E., Yılmaz, N., **Erdem, İ.**, "The Ministers of Health in Turkey from Past to Present", Berlin International Social Sciences and Humanities Conference Berlin Humboldt University, Berlin 18-21 May, 2017
- **Erdem, İ.**, İspirli, A., Taş, F., "Whic Health? : A Content Analysis Evaluation on the Syria and Yemen Civil Wars", 4. Internatioanl Journal of Administration and Educaiton Congress (Sanitas Magisterium), Sarajevo, Bosnia Herzegovina, 27-29 April, 2018.

4. Uluslararası toplantıda sunularak tam metin olarak yayınlanan bildiri

- Taş, F., **Erdem, İ.**, İspirli, A., "Turkey's Aid Policy to Syrian Refugees", 7. International Conference on Law and Society (ICLAS 7), Universiti Malaysia (USM), Kota Kinabalu, Sabah, 11-13 April 2018.

5. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

- Taş, F., Erdem, R., Yılmaz, N., **Erdem, İ.**, "The Ministers of Health in Turkey From Past to Present", Journal of International Health Sciences and Management, 2018, 4 (6), 1-17.

6. Kitap Bölümü

- Erdem, R., İzgüden, D., **Erdem, İ.,** "İnformalitenin Kavramsal Çerçevesi ve Yönetim Düşüncesindeki Yeri, İçinde: Yönetimde İnformalite: Buz Dağının Görünmeyen Yüzü (Editör: Ramazan Erdem), Beta Yayınları, Ankara, 2017.