

Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlakı Bir Sorun Olarak İnsandışlaştırma

Ahmet Coşkun^a

Erciyes Üniversitesi

Öz

Temel misyonu insana hizmet olan ve ahlakla çok kadim ve güçlü bir irtibatı olan sağlık hizmetleri sektöründe çalışanların zaman zaman hastalara yönelik gayri ahlakı davranışlar sergilemesinin veya öyle olmasa bile bu davranışların hasta tarafından gayri ahlakı olarak algılanmasının temel nedeni nedir? Hastanın insani özelliklerini yadsıyan bir paradigmanın sağlık sektörüne hâkim olması, sağladığı faydalar yanında, gayri ahlakı davranışları da kolaylaştırmakta mıdır? Eğer öyleyse çözüm için neler yapılabilir? Bu soruların cevabının arandığı çalışmada sağlık hizmetleri sektöründe iş ahlakı bağlamında son yıllarda gündeme gelen insandışlaştırma (dehumanization) kavramı, literatürden istifade edilerek çeşitli açılardan incelenmiştir. Çalışmada, insandışlaştırma olgusunun kavramsal çerçevesi, tutum ve algı yönleriyle nasıl ele alındığı, iş ahlakı bağlamında hangi araştırma yöntemleriyle irdelendiği, animalistik - mekanistik türleri ve dikey - yatay boyutları, sektörel, örgütsel ve ilişkisel sebepleri, olumlu ve olumsuz sonuçları ve olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaya yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler

İş Ahlakı, İş Etiği, Tıp Ahlakı, Tıp Etiği, Sağlık Hizmetleri, İnsandışlaştırma

^a Arş. Gör. Ahmet Coşkun, Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Kayseri

Çalışma alanları: İş ahlakı, güven

Elektronik posta: ahmetcoskun@erciyes.edu.tr

İnsandışılaştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Türkçe literatürde canavarlaştırma, insan gibi görmeme, insansızlaştırma, insanlıktan uzaklaştırma, insandışılaştırma gibi terimlerle karşılanan “dehumanization” kavramı ülkemizde oldukça az sayıda bilimsel yayına konu olmuştur. Başta hekim ve hemşireler olmak üzere sağlık hizmetleri sektöründe çalışanların hastalarla ilişkilerinde ortaya çıkan bir olgu olarak insandışılaştırma konusunda ise Türkçe bilimsel bir çalışmaya rastlamadık. Bu çalışmanın amacı söz konusu kavramı sağlık hizmetleri sektöründe iş ahlakı bağlamında incelemek, bir sektörü veya mesleği toptancı bir yaklaşımla suçlamadan, bu olgunun neden ortaya çıktığı üzerinde durmak, olumlu ve olumsuz sonuçlarına işaret etmek ve olumsuz taraflarını ortadan kaldırmaya yönelik çözüm önerileri sunarak konunun tartışılmasına katkıda bulunmaktır.

İnsandışılaştırma olgusunun insandışılaştıran ve insandışılaştırılan şeklinde iki tarafı, *insandışılaştırma tutumu* ve *insandışılaştırılma algısı* şeklinde iki yönü vardır. Sağlık hizmetleri sektörü açısından bakıldığında insandışılaştırma tutumu sağlık personelinin -kendisi farkında olsun veya olmasın- hastaya yönelik sahip olduğu tutumu, insandışılaştırılma algısı ise hastanın -gerçekte böyle bir tutum olsun veya olmasın- sağlık personeli tarafından kendisine karşı böyle bir tutum olduğunu hissetmesini ifade etmektedir.

Bir tutum olarak insandışılaştırma, kişinin, muhatabı olan kişi veya grubun sahip olduğu insani özellikleri kısmen veya tamamen inkarı anlamına gelir (Oliver, 2011). İnsandışılaştırma kavramı literatürde önce, kişiler veya gruplar arasında ortaya çıkan şiddet eylemlerinin meşrulaştırılmasını sağlayan bir etken olarak incelenmiştir (Haslam ve Loughnan, 2014). Kişi veya gruba yönelik şiddet eylemine başvuranlar, kurbanlarının kendilerinden farklılıkları üzerine bina ettikleri, muhatabı insandışılaştırma tutumlarıyla bu kişilerin insani kimliklerini yadsımakta, onlara dair merhamet duyma kapasitelerini azaltmış olmakta ve şiddet eylemlerini kendileri için kolaylaştırmaktadır.

İnsandışılaştırma tutumu muhatabın insanîyetini, haysiyetini, hislerinin olduğunu ve merhamete layık olduğunu inkar etme yoluyla ortaya çıkar (Opatow, 1990). Ahlakî dışlamaya maruz kalan muhatap, adalete ilişkin değerler, kural-

lar ve değerlendirmelerin uzağında tutulur. İnsandışılaştırmanın sebep olduğu dışlama sonucunda insanların, muhataplarına yönelik eylemlerinin ahlaki boyutuyla bağlantısını koparabildikleri (Bandura, 1999), eylemin ahlaki içeriğine dair nötrleştirme yaptıkları (Sykes ve Matza, 1957) ve böylelikle sıradan insanların dahi ahlaki olmayan eylemleri kendilerince haklı göstererek rahatsızlık duymadan gerçekleştirdikleri ifade edilmiştir.¹

İnsandışılaştırma kavramı 2000’li yıllara kadar daha ziyade şiddet ve savaş suçları gibi ahlaki yoğunluğu yüksek eylemleri açıklamak için kullanılırken, son yıllarda iş hayatındaki ilişkiler açısından da ele alınmakta, iş ahlakı alanında çalışan bilim adamları için konunun önemine dikkat çekilmekte ve araştırma çağrıları yapılmaktadır (örn. Trevino, Weaver ve Reynolds, 2006). Kavramı iş ahlakının hayati önem arz ettiği sağlık hizmetleri sektöründe ele alan çalışmalar artmaktadır (gelişmelerin değerlendirilmesi için bkz. Haque ve Waytz, 2012).

Bütün ahlaki konular gibi, insandışılaştırmayı da ölçmek zordur. Değişken, tutum ve algı olduğu için gözlem yapma imkanı neredeyse yoktur. Sıklıkla kullanılan öz-bildirime dayalı anket tarzı nicel ölçüm araçlarının sosyal istenirlik gibi yanlılıkların etkisinde kalma ihtimali yüksektir. Bu sebeplerle son zamanlarda araştırmacılar daha ziyade senaryoya dayalı karar verme (örn. Lammers ve Stapel, 2010), deney yapma (örn. Gwinn, Judd ve Park, 2013; Twenge, Baumeister, Tice ve Stucke, 2001; Waytz ve Epley, 2012), ileri beyin görüntüleme (functional magnetic resonance imaging-fMRI) (örn. Harris ve Fiske, 2006; Jack, Dawson ve Norr, 2013) veya örtük çağrışım testi (implicit association test-IAT) gibi yeni yöntemleri (örn. Capozza, Andrichetto, Di Bernardo ve Falvo, 2012; Martinez, Rodriguez-Bailon ve Moya, 2012) deneme eğilimindedir. Araştırma konusunun iş ahlakı alanına uyarlanması yeni olduğu için, bu alandaki teorik zemininin sağlamlaştırılmasına ve farklı sektörlerde araştırılmak üzere yeni modeller geliştirilmesine yönelik nitel çalışmalara da ihtiyaç olduğu fark edilmiştir.

¹ Bu dönüşümün nasıl gerçekleştiğine dair çarpıcı örnek, Philip Zimbardo’nun yürütücüsü olduğu, psikoloji tarihinin en çok ses getiren çalışmalarından biri olan Stanford Hapishane Deneyidir. Üniversite öğrencilerine fakülte binasının altında yerleştirildikleri yapay hapishanede mahkum ve gardiyan rolleri ile görev tanımları dağıtılmıştır. Başlangıçta normal seyreden deney kısa süre sonra gardiyan rolündeki deneklerin mahkum rolündeki deneklere uyguladığı kötü muamele sonucu kontrolden çıkmış ve altıncı günün sonunda bitirmek zorunda kalmıştır. Zimbardo’nun yıllar sonra kaleme aldığı kitabı, İncil’de geçen ve Latince “gün yıldızı” anlamına gelen en üstün melek Lucifer’in nasıl İblis’e dönüştüğünden hareketle, sıradan, hatta iyi insanların kendilerinde vehmettikleri rollere ve bulundukları ortamdaki sosyal normlara bağlı olarak nasıl şeytanca davranışlar sergileyebildiğini gözler önüne sermektedir (bkz. Zimbardo, 2008).

İnsandışılaştırmanın Türleri ve Boyutları

İnsandışılaştırma tutumu iki türlü ortaya çıkabilir (Haslam, 2006): Animalistik insandışılaştırma, insanı hayvanlardan ayıran yüksek bilişsel kapasite, nezaket ve ahlaki hassasiyet gibi özelliklerin inkarını; mekanistik insandışılaştırma, insanı robot gibi cansız varlıklardan ayıran hayatiyet ve duygusallık gibi özelliklerin inkarını ifade eder.

Çeşitli araştırmalarla (örn. Haslam, Kashima, Loughnan, Shi ve Suitner, 2008; Jack ve ark., 2013; Martinez ve ark., 2012) desteklenen bu ikili modele göre, toplu şiddet eylemlerinde muhatapları hayvan gibi görmek animalistik insandışılaştırma ile, teknoloji ve tıp gibi alanlarda muhatapları soğuk, pasif, makine gibi görmek ve aralarında niteliksel fark gözetmemek mekanistik insandışılaştırma ile açıklanabilir (Haslam, 2006; Haslam ve Loughnan, 2014).

Bunun yanında araştırmacılar insandışılaştırmanın iki boyutu olduğunu belirtmektedir. Dikey boyutta muhatap, tutum sahibi kişiye duygusal yakınlığı (sıcaklık) ve maddi göstergelerdeki başarısı (yetkinlik) açısından “düşük” veya “yüksek” şeklinde bir derecelendirmeye tabi tutulmaktadır.² Harris ve Fiske’nin (2006) fMRI yöntemini kullandıkları araştırmada kişilerin sıcaklık ve yetkinlikten oluşan bu dikey skalada en altta (düşük-düşük) yer alan muhataplarını grup dışı addettikleri ve insandışıştırdıkları tespit edilmiştir. Yatay boyutta ise muhatapın tutum sahibi kişiye olan uzaklığı ve onunla ilişkisinin bulunmayışı etkili olmaktadır. Bu tür insandışılaştırma özellikle sağlık hizmetleri sektöründe söz konusudur (Haslam ve Loughnan, 2014). Sağlık personeli muhatapın çektiği acıyla arasına duygusal mesafe koymakta ve onun hayatiyet, duygusallık gibi insani özelliklerini yadsımaktadır (Leyens, 2014).

İnsandışılaştırmanın Nedenleri

Sağlık hizmetleri sektöründe insandışılaştırmanın ortaya çıkmasına neden olan unsurlar *sektörel*, *örgütsel* ve *ilişkisel* olmak üzere üç kategoride incelenebilir.

² Buna göre mesela uluslararası başarı sağlamış milli sporcular hem sıcaklık, hem yetkinlik açısından (yüksek-yüksek) dikey skalanın en üstünde yerilirken, evsiz uyuşturucu bağımlıları hem sıcaklık, hem yetkinlik açısından (düşük-düşük) dikey skalanın en altında yer almaktadır (Harris ve Fiske, 2006).

Sektörel Nedenler

Sağlık personelinin hastaları insandışılaştırması bilinçli bir tercih olabileceği gibi, sektördeki çalışma şartlarının ve iş ortamındaki yaygın uygulamaların sonucu gayriihtiyari bir şekilde de ortaya çıkabilir (Haque ve Waytz, 2012). Pawlikowski (2002) insandışılaştırmanın sağlık hizmetleri sektörüne has içsel nedenleri olduğunu iddia etmektedir.

Tıp Bilimine Hâkim Olan Yaklaşım: Geleneksel tıp okulları insanı hem bir bütünün parçası hem de kendi içinde bir bütün olarak değerlendirmiştir. Bu bütüncül yaklaşım modern dönemde yerini yalıtmacı ve indirgemeci bir yaklaşıma bırakmıştır (Canton, 1980). Modern paradigma, sağladığı faydalar yanında, hekimin hastayı psikososyal dünyasından yalıtarak ve hastalıklı bir organa veya bozuk bir gene indirgeyerek insandışılaştırmasına zemin hazırlamaktadır (Pawlikowski, 2002). Son dönemde bu yaklaşıma yönelik eleştiriler ve geleneksel / tamamlayıcı / alternatif tıp yöntemlerinin ilgi çekmesiyle canlanan biyopsikososyal nitelikli *hasta merkezli tıp* yaklaşımı, hastanın duygu, düşünce, değer ve ihtiyaçlarıyla bütün bir insan olarak dikkate alınmasına öncelik verirken; hâlen tıp eğitiminde ve klinik uygulamalarda hâkim paradigma olan biyomedikal nitelikli *kanıt temelli tıp* yaklaşımı hastanın insan olarak biricikliğine vurgu yapmadan, pozitivist ve ekonomik bir bakışla, doğru tedavi kararının verilebilmesi için en uygun kanıtın sunulmasına öncelik verir (Bensing, 2000; White III ve Chanoff, 2011). Bu yaklaşım, sağlık uygulamalarındaki insandışılaştırmanın asıl sebeplerindendir (Haque ve Waytz, 2012; Haslam, 2006). *Hasta merkezli ve kanıt temelli tıp* şeklinde idealize edilebilecek ve iki yaklaşımın üstünlüklerini sentezleyecek bir model, ahlak – fayda dengesi için imkan olabilir.

Yoğun Teknoloji Kullanımı: Daha 1700'lü yıllarda hastanın kalbini ve göğsünü kulakla değil de stetoskopla dinlemenin veya 1900'lerin başında tansiyon aleti kullanmanın hekimle hasta arasına mesafe koyarak insandışılaştırmaya sebep olup olmadığı tartışılmıştır (Bailey, 2011). Teknoloji kullanımı arttıkça bu tür tartışmalar da artmış, olumlu ve olumsuz görüş belirtenler olmuştur. Olumsuz eleştirilere cevap mahiyetindeki bir görüşe göre, teknoloji kullanımı işleri hızlandırarak hekime hastayla ilgilenmesi için zaman kazandıracak, hasta bilgilerine erişmeyi kolaylaştıracak ve daha insani bir hekim-hasta ilişkisine

imkan tanıyacaktır (Shortliffe, 1993). Bu iyimser tahminler kısmen gerçekleşmiş olsa da, özellikle radyoloji, patoloji gibi alanlarda teknoloji kullanımı yüzünden hastalar, içinde bulundukları sosyal ve duygusal bağlamdan kopuk, soğuk, cansız nesneler gibi algılanır hale gelmiştir (Haslam, 2006; Opotow, 1990).

İleri Düzeyde İşbölümü ve Uzmanlaşma: MÖ 4. yüzyılda Eflatun'un bir gereklilik olarak ifade ettiği işbölümü ve uzmanlaşmayı, 18. yüzyılda sanayi devrimi tartışmalarına bağlı olarak Adam Smith verimlilik kavramı üzerinden savunmuş, 19. yüzyılda Karl Marx ise yabancılaşma kavramı üzerinden eleştirmiştir. Günümüzde özellikle sağlık hizmetleri sektöründe uzmanlar, Gandhi'ye atfedilen bir sözde vurgulandığı gibi "daha az şey hakkında gitgide daha çok şey bilen, sonunda da hiç hakkında herşeyi bilen" kişiler haline gelmiştir. Bu gidişi eleştirenler, aşırı uzmanlaşmanın hastaların -bir tek hastalık için dahi- bakımını parçalara ayırdığını ve sürekliliğe mani olduğunu, farklı alanlardaki uzmanlar arasında iletişim kalitesini düşürdüğünü ve özellikle birden çok kronik rahatsızlığı olan yaşlı hastalarda bir rahatsızlığı iyileştirmeye çalışırken başka olumsuz sonuçlar ürettiğini belirtmektedir (Detsky, Gauthier ve Fuchs, 2012). İşbölümü ve uzmanlaşma performans üzerinde olumlu etkiler gösterirken, hastaya bütüncül bakışı engelleyerek insandışılaştırmaya yol açmaktadır (Pawlikowski, 2002).

Altyapı Sorunları: OECD'nin (2013) yayınladığı rapora göre Türkiye, 2000 yılından beri sağlık alanında en çok iyileşme yaşanan ülkelerden birisi olmasına rağmen, hekim, hemşire ve yatak sayısı açısından hâlâ durumu en kötü ülkeler arasında yer almaktadır. Bu durum sağlık personelinin iş yoğunluğunun artmasına, hastaların uzun süre beklemlerine ve buna rağmen daha kısa süreli ve düşük nitelikli sağlık hizmeti almalarına neden olmaktadır. Hastaların niteliği düşük hizmet almaları insandışılaştırıldıkları algısına hizmet ettiği gibi, sağlık personeli de iş yoğunluğuna bağlı ortaya çıkan yüksek stres düzeyinin süreklilik arz etmesi ve kalıcı hale gelmesi sonucunda hastalarına karşı insandışılaştırıcı tutuma sahip olabilmektedir. Yorgun hekimler hastalarını insan olarak görmek yerine bedenlerden ibaret görebilmektedir (Haslam ve Loughnan, 2014). Bir araştırmada, işyerinde sürekli yüksek stres ortamında çalıştıklarını belirten kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının %15'i insanların sorunla-

rına karşı duyarsız hale geldiğini, %25'i işlerinde daha çok "teknik personel", daha az "insan" olduğunu, %33'ü işyerinde biraz çalıştıktan sonra daha "sert" hale geldiğini ve bu durumu hemen her gün yaşadıklarını ifade etmişlerdir. İlginç bir bulgu da hekimlerin %25'inin işlerini kaybetmemek için bu şekilde "sertleşmeleri" gerektiğini hissetmeleridir (Bortoletti ve ark., 2012).

Örgütsel Nedenler

İnsandışılaştırmanın nedenlerinden bir bölümü, hastanenin bir örgüt olarak sahip olduğu özelliklere bağlanabilir. Bu özelliklerden ilki hastanenin *örgüt kültürü*dür. Örgüt kültürü, örgüt üyelerinin sahip olduğu ve onları yönlendiren ortak değerler, inançlar ve eylemler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Schermerhorn, Hunt, Osborn ve Uhl-Bien, 2010, s. 366). Örgüt kültürünün etkileri -bir piramit gibi- yukarıdan aşağıya üç katmanda ortaya çıkar (Schein, 2010): (i). Ritüeller, kullanılan dil, fiziksel öğeler, gözlemlenen davranışlar gibi görünen unsurlar; (ii). Doğru/yanlış ve iyi/kötü ile ilişkili paylaşılan değerler ve hedefler; (iii). Bilinçdışını inşa eden, paylaşılan temel varsayım ve inançlar. Hastanedeki örgüt kültürünün üç katmanı da hastaların insandışılaştırılmasına etki yapabilir.

Kullanılan Dil: İşyerindeki konuşmalarda tercih edilen kelimeler, kavramlar, deyimler ve üslup kişilerin ahlaki değerlendirmelere ilişkin duygusal süreçleri üzerinde etkide bulunarak muhataplarını insandışılaştırmalarını mümkün kılar. Örgütlerde kullanılan dilin yaygın biçimde çalışanların karar ve davranışlarının ahlaki yönünü örttüğüne, ahlaki açıdan kör noktalar oluşturduğuna ve sonuçta kötü ahlaki kararlara sebep olduğuna işaret edilmektedir (Bazerman ve Tenbrunsel, 2011). Bir çalışmada³ deneklerin bazılarının anadillerinde, bazılarının da iyi bildikleri bir yabancı dilde yazılmış, insanların hayatlarına dair ölümcül sonuçları olan bir ahlaki ikilem örneği okutulup karar vermeleri istenmiş; yabancı dili kullananlardan çoğunun, anadilini kullananlardan farklı olarak, duygusal süreç yaşamadan, salt rasyonel/faydacı ahlaki kararlar verdikleri görülmüştür (Costa ve ark., 2014). Hastanede yabancı kelime ağırlıklı

3 Bu çalışma, ahlaki karar alma konusunda oldukça meşhur olan "tramvay problemi"nin bir versiyonudur. Problemin ahlaki açıdan yapılan bir tartışması için bkz. Thomson, 1985.

mesleki bir dil kullanılması ve hastaların kişisel olmayan tabir ve kısaltmalarla, yatak numarasıyla, hastalık adıyla veya bedenin hastalıklı kısmıyla anılması, sağlık personeli arasında hastaların insani yönlerini fark etmelerine yarayacak duygusal süreçleri devreden çıkaran ve alınan kararların ahlakiliğini örterek hastaları insandışılaştıran, hastalarda da insandışılaştırılma algısı oluşturan bir kültür üretmektedir⁴ (Haque ve Waytz, 2012; Leyens, 2014). Muhatabın insani özelliklerine vurgu yapmayan dil, hem tutum, hem algı yönüyle insandışılaştırmaya neden olmaktadır (Haslam, 2006).

Fiziksel Öğeler: Özellikle kamu hastanelerinin dış ve iç mimarileri, yerleşim planları, kullanılan ölçüler, tercih edilen (ve edilmeyen) eşya, dekorasyon tarzı, renk seçimleri, bina içindeki yazı, işaret ve semboller, sağlık personeline ait üniforma ve hastalara giydirilen (örn. vücudun bir kısmını açıkta bırakan) kıyafetler hem hastalar hem personel üzerinde insandışılaştırmacı etki oluşturmaktadır (Haque ve Waytz, 2012).

Gözlemlenen Davranışlar: Bandura (1977) sosyal öğrenme kuramında, bireylerin kompleks davranışlar geliştirmek için gözleme dayalı modelleme yoluyla öğrenme yaptıklarını ifade eder. Örgütlerde liderlerin/yöneticilerin ve grup-içi çalışma arkadaşlarının gözlemlenen davranışları, özellikle kuvvetli bir ahlaki kimliğe sahip olmayan çalışanların ahlaki karar ve davranışları üzerinde dönüştürücü etki yapar (Trevino, den Nieuwenboer ve Kish-Gephart, 2014). Usta-çırağ ilişkisinin oldukça önemli olduğu sağlık hizmetleri sektöründe öğrenicilik yıllarından itibaren hocalarının ve hastane yöneticilerinin hastalara karşı insandışılaştırmacı tutumlarına şahitlik eden sağlık personeli aynı tutumu geliştirebilir. Çalışma arkadaşlarının hastalara karşı insandışılaştırmacı davranışları da olumsuz nitelikte bir alt kültür oluşturarak benzer bir etki yapabilir. Sağlık hizmetleri sektöründe yapılan bir araştırmada çalışma arkadaşları ve yöneticilerin ahlaki davranışlarının sağlık personelinin ahlaki davranışları üzerinde anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Deshpande, Joseph ve Prasad, 2006).

Paylaşılan Değerler ve Hedefler: Birçok örgüt, bu unsuru misyon, vizyon, değerler ve -son zamanlarda- etik kod şeklinde yazılı olarak çalışanları ve kamu-

⁴ Vefat eden bir hasta için kullanılabilecek “öldü” tabiri ile “ex oldu” tabiri, çok farklı anlam dünyalarına referans vermektedir ve anlam dünyamızdan beslenen ahlaki tercihlerimizi etkilemektedir. Bir hekim vefat eden yakını için gözyaşı dökerken “ex oldu” diyemiyorsa, hastalarıyla ilgili kullandığı dilin hem kendine hem de hasta ve hasta yakınlarına etkileri konusunda düşünmesi gerekir.

oyuyla paylaşmaktadır. Fakat aslolan bunların çalışanlarla paylaşılması değil, çalışanların bu değer ve hedefleri paylaşmasıdır. Ülkemizde sağlık kuruluşlarının hemen hiçbiri müstakil bir etik koda sahip değildir. Bunun muhtemel nedeni sağlık hizmetleri meslek gruplarının, işlerinin doğasındaki ahlakî hassasiyet itibarıyla zaten kendilerini bağlayan meslek etiği kodlarına sahip olmasıdır. Ancak bu kodların sağlık kuruluşlarının örgüt kültüründe ne kadar yeri olduğu önemlidir. Bir araştırmada, kendi kuruluşları için etik kod hazırlayan sağlık personelinin dahi bu etik kodu benimsemedikleri ortaya çıkmıştır. Katılımcılardan biri etik kodu “sahip olduğunuz fakat gün içinde kullanmadığınız şeylerden bir tanesi” olarak tanımlamıştır (Montaya ve Richard, 1994).

Temel Varsayım ve İnançlar: Bu unsur çoğunlukla kurucu veya liderin sahip olduğu felsefe tarafından şekillendirilir ve örgüte daha sonra katılanlar tarafından sosyalleşme sürecinde benimsenir (Schein, 2010). Örgüt kültürü piramidinin en altında yer alan bu katman, görünmemekle birlikte en çok hissedilen ve insandışılaştırma üzerinde en fazla etkili olan örgütsel unsurdur. Günümüzde sağlık sektörünün hemen hemen tamamında hâkim olan ve insanı değil hastalığı, hatta Bensing’in (2000) ifadesiyle hekimi merkeze alan felsefi yaklaşım terk edilerek, hasta merkezli yaklaşıma yakınlaşılmadıkça hastaların insandışılaştırılmaktan kurtulması mümkün gözükmemektedir.

Performans Yönetimi: Belirli niceliksel hedeflerden ibaret performans sistemlerinin olduğu ortamlarda, kişilerin hedeflerini gerçekleştirmek için muhataplarının insani özelliklerini yadsıyarak onları araçsallaştırdığı ve sahip oldukları güç arttıkça buna daha çok başvurdukları tespit edilmiştir (Gruenfeld, Inesi, Magee ve Galinsky, 2008). Ülkemizde bu tür niceliksel hedefler üzerinden oluşan performans baskısı önceleri daha ziyade özel sağlık kuruluşlarında hissedilirken, 2004 yılında yürürlüğe giren “performansa dayalı ek ödeme sistemi” nedeniyle artık kamu sağlık kuruluşlarında da hissedilmektedir. Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2011) konuyla ilgili yaptığı çalıştayın raporunda belirtildiği gibi, performans sisteminin esas itibarıyla işlem puanına dayalı, “niteliğe değil niceliğe önem veren yapısı” sağlık personelinin “insan yaşamına, sağlığına ve esenliğine özen gösterme sorumluluğunu” zorlamakta, “hekimlik uygulamalarında ve tıp eğitiminde bütüncül yaklaşım

korunamamakta” ve sistem bu haliyle “hekim-hasta ilişkisinin insancıl yönü ve hekimlik moral ve insani değerleri ile örtüşmemekte”dir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hastaların mevcut sosyal güvenceleri ile özel sağlık kuruluşlarından da hizmet alabilmesini fırsat bilen sağlık kuruluşu yöneticileri, devletin karşıladığı tıbbi işlemleri -gerekli olup olmadığına bakmaksızın- uygulamaları konusunda sağlık personeline baskı yapacak kadar hastaları insandı-şılaştırmaktadır.⁵ Ülkemizde yapılan bir araştırmada katılımcıların %42,5’inin “hekimler kendi kazançlarını önemsedikleri kadar hastalarını önemsemiyor” diye şikayet etmesi, hastaların maddi kazanç uğruna insandı-şılaştırıldıkları yönündeki algılarını ortaya koymaktadır (Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu, 2012).

İlişkisel Nedenler

Güç Mesafesi: Hekim ile hasta arasında, hekimin uzmanlığının getirdiği *bilgi asimetrisi* ve hasta bedeni üzerindeki tasarrufunun getirdiği *hiyerarşik üstünlük* ile ortaya çıkar (Haque ve Waytz, 2012). Tıpkı Zimbardo’nun (2008) hapishane deneyinde gardiyan rolündeki deneklerle mahkum rolündeki denekler arasında kurgulanan güç mesafesinin insandı-şılaştırmaya sebep olması gibi, iş ortamında kendilerinde yüksek güç olduğu algısına sahip kişilerin, düşük güce sahip olduğunu düşündükleri kişilere yönelik insandı-şılaştırma yaptıkları tespit edilmiştir (Gwinn ve ark., 2013). Bir araştırmada, daha yüksek güç algısına sahip sağlık personelinin (hemşireye göre hekimin, asistana göre uzmanın) hastaları insandı-şılaştırmaya daha çok başvurduğu bulunmuştur (Lammers ve Stapel, 2010). Araştırmacılar, daha yüksek güce sahip sağlık personelinin, verdiği nispeten daha zor nitelikteki kararları gerekçelendirebilmek için böyle davrandığını düşünmüştür.

Yüksek Statü: Farklı statü gruplarının üyeleri farklı ahlaki tavırlar gösterebilmektedir. Örneğin, düşük sosyo-ekonomik statü grubundaki kişilerin, beklenenin aksine, yüksek statü grubundaki kişilere nazaran (cömertlik, hayırseverlik, güvenme, yardım etme gibi davranışlar açısından) daha fazla pro-sosyal yönelimde olduğu bulunmuştur (Piff, Kraus, Cote, Cheng ve Keltner, 2010). Bir araştırmada, katılımcıların, kendileriyle aynı sosyo-ekonomik statüdeki muha-

5 Örneğin ülkemizde yapılan MR çekimlerinin sayısı 2008 yılından 2011’e gelinceye kadar iki katına çıkmış ve dünyada üçüncü sıraya yükselmiştir (OECD, 2013).

taplarına kendilerinden farklı sosyo-ekonomik statüde bulunan muhataplarına nazaran daha az insandışılaştırma tutumu geliştirdikleri ortaya çıkmıştır (Le-yens ve ark., 2001). Bir başka araştırmada, yüksek statü grubundaki kişilerin düşük statüdeki muhataplarına yönelik insandışılaştırma tutumuna sahip olduğu, fakat düşük statü grubundaki kişilerin yüksek statüdeki muhataplarına yönelik böyle bir tutumu olmadığı tespit edilmiştir (Capozza ve ark., 2012). Hekimlerin yüksek sosyo-ekonomik statüleri özellikle düşük sosyo-ekonomik statüdeki hastaları insandışılaştırmalarına neden olabilir.

Cinsiyet, Etnisite, Dini İnanç ve Kültürel Farklılıkları: Etik kodlara rağmen farklılıklar yüzünden hastaya ayrımcılık yapılabilir veya hasta tarafından böyle algılanabilir. ABD’de yapılan bir araştırmada, Afro-Amerikanlar, Hispanikler ve Asyalılar, beyazlara göre daha kötü sağlık hizmeti aldıklarını ve sağlık personeli tarafından ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Lee, Ayers ve Kronenfeld, 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin hemen hemen tamamı hastalar arasında ayrımcılık yapılamayacağını ifade etmişse de (Şahinoğlu-Pelin ve Arda, 1998), bu tür vakaların yaşandığı gerçektir⁶ ve bir araştırmanın konusu olmalıdır. İnsandışılaştırma çoğunlukla açık değil zımni bir şekilde ve bilinçdışının bir ürünü olarak ortaya çıkmakta ve tutum sahibi kişi farkında olmasa da muhatap bu tutumu hissetmektedir. Çoğunluğu üniversite öğrencisi olan bir grupla (bilinçaltında sahip olunan önyargıları ortaya çıkaran) örtük çağrışım testi kullanılarak yapılan çalışmada, katılımcıların beyaz ve siyah tenli insanlar arasında fark etmedikleri bir ayrımcılık eğilimine sahip olduğu, siyah tenlileri maymunlarla eşleştirerek insandışılaştırdığı, beyaz tenlilere göre suça daha çok ilişkilendirdiği ve beyaz tenliler için haklı görmediği (ölüm cezası dahil) şiddeti siyah tenli şüphelilere karşı haklı gördüğü tespit edilmiştir (Goff, Eberhardt, Williams ve Jackson, 2008). Sağlık personelinin hastalara dair sahip olduğu -çoğunlukla örtük- ayrımcı tutumları da onları insandışılaştırmalarına neden olabilmekte ve bunun algılanması sağlık personeli - hasta ilişkisine zarar vermektedir (Hausmann ve ark., 2011).

Grup-İç İlişkiler: Grup-İç ilişkilerin güçlü olması, ters bir etki olarak grup-dışı addedilen kişilere yönelik insandışılaştırmaya neden olmaktadır. Bir araş-

6 Başörtülü olduğu için, sarhoş olduğu veya uyuşturucu kullandığı için, erkek veya kadın olduğu için, Türkçe bilmediği için, kıyafetleri kötü koktuğu için, transcinsiyet sahibi olduğu için sağlık personelinin sağlık hizmeti alamayan veya kötü sağlık hizmeti alan kişilerin varlığı bilinmektedir.

tırmada, kişilerin grup içinde sahip oldukları yakın ilişkilerden tatmin olmaları halinde, grup-dışı gördükleri kişilere yönelik insandışılaştırmaya daha çok başvurdukları tespit edilmiştir (Waytz ve Epley, 2012). Grup-içi sosyal ilişkilerinden tatmin olan sağlık personeli de, yine sağlık personeli veya yakını olan (grup-içi) hastaya karşı geliştirmedeği insandışılaştırma tutumunu sağlık personeli yakını olmayan (grup-dışı) hastaya karşı geliştirebilir. Hastanelerde işlem, muayene veya tedavi için sıra bekleyen (grup-dışı) hasta ve yakınları, (grup-içi) hastanın sıra beklemeksizin sağlık personelinin hizmet ve sıcak ilgisine mazhar olmasıyla kendilerinin insandışılaştırıldığını hissedebilir.

İletişim Tarzı: Hasta hastalığıyla damgalandığı hissine kapılırsa, kendisini hastalığı olan bir insan gibi değil, hastalığın kendisi olarak görmeye başlamakta; hekim hastanın bedensel noksanlığını (hastalığını), teşhis ve tedavi süreçlerinde etkin rol alan katılımcı birey olmasını engelleyecek daha büyük bir noksanlığa hamledeirse hasta pasifize olmakta ve her iki durumda da insandışılaştığını düşünmektedir (Haque ve Waytz, 2012).

Ahlaki Sıkıntı: Kişinin ahlaki olarak yapması gerektiğine inandığı doğru hareketi, çeşitli nedenlerle yap/a/maması durumunda ortaya çıkan tutarsızlık ahlaki sıkıntıya neden olur (Raines, 2000, s. 30'dan akt., Kalvemmark, Höglund, Hansson, Westerholm ve Arnetz, 2004). Örneğin normal yolla doğumun sezaryen doğuma göre daha sağlıklı olduğunu bilen hekim, normal yolla doğum yapmak isteyen anneyi tıbbi bir gerekçe olmadan, performans sistemi nedeniyle sezaryen doğuma ikna ederse, bilgisi ve davranışı arasındaki tutarsızlığı nedeniyle ahlaki bir sıkıntı yaşar.⁷ Festinger (1957), bilişsel tutarsızlık dediği bu tür durumların ortaya çıkardığı sıkıntıyı insanların sürekli taşıyamayacaklarını, bundan kurtulmak isteyeceklerini, bunun için de çeşitli yöntemlere başvurabileceklerini ifade etmektedir. Yöntemlerden biri, gerçekleşen davranışla uyuşmayan tutuma ilişkin değişiklik yapmaktır. Ahlaki olarak uygunsuz tıbbi uygulamalarda bulunan sağlık personeli, hastayı insandışılaştırırsa davranışının ahlaki niteliğini görmeyeceği için tutarsızlığın sebep olacağı ahlaki sıkıntıdan kurtulacaktır (Haque ve Waytz, 2012).

⁷ OECD (2013) raporuna göre ülkemiz sezaryen doğum oranı en yüksek ülkeler arasındadır. Oranın bu derece yüksek olmasının bir nedeni, birçok vakada annenin ve bebeğin insandışılaştırılması ve gereksiz ameliyatla sağlıklarının olumsuz etkileneneğinin ihmal edilmesi olabilir.

Empati Düşüklüğü: Muhataba dair duygusal zenginlikten yoksun sığ bir algıyı ifade eden empati seviyesi düşüklüğü, insani ilişkilerde hayati bir eksikliklerdir. Çok kötü ahlaki karar ve davranışlara sahip olan psikopatların ortak özellikleri, işlerinde oldukça başarılı profil çizen zeki insanlar olabilmelerine ve ahlaki olarak neyin doğru, neyin yanlış olduğunu bilebilmelerine rağmen kurbanlarına yönelik empati yapma kabiliyetlerinin olmamasıdır. Böylelikle zarar verdikleri kişilerin duygularını yadsıyarak, yani onları insandışılaştırarak akıl almaz eylemler gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Lerner, 2009). Bir fMRI çalışmasında katılımcılara ahlaki nitelikte olan ve olmayan senaryolar okutulup, üçüncü kişilere dair karar vermeleri istenmiştir. Ahlaki nitelikte olan senaryoları okuyup karar verenlerin beyinlerinin empati duygusu ile ilgili kısımlarında, ahlaki niteliği olmayan senaryoları okuyup karar verenlere nazaran, anlamlı derecede daha fazla aktivasyon olduğu yani empati duygusunun ahlaki kararlarda önemli olduğu gözlemlenmiştir (Reniers ve ark., 2012). Empati duygusu sağlık hizmetlerinde önemli bir etkiye sahiptir. Empati seviyesi yüksek olan tıp öğrencilerinin hasta öyküsü almada, standart fiziksel muayenede ve klinik becerilerde diğer öğrencilerden daha yetkin olduğu, empati seviyesi yüksek hekimlerin hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu, hastaların bu tür hekimlerin tedavi önerilerine daha sadık kaldığı (Haslam, 2007) ve daha yüksek oranda iyileşme kaydettikleri bulunmuştur (Hojat, ve ark., 2011). Fakat hekimlerin empati seviyesinin tıp eğitimleri ve meslek hayatı boyunca düştüğü saptanmıştır (Neumann ve ark., 2011). Neticede ortaya çıkan empati eksikliği de hastaya yönelik mekanistik insandışılaştırmaya sebebiyet vermektedir (Haslam, 2006).

İnsandışılaştırmanın Sonuçları

Sağlık hizmetleri sektöründe insandışılaştırmanın çok sayıda ve önemli olumsuz sonuçları yanında bazı olumlu sonuçları da bulunmaktadır. İnsandışılaştırma (askerlik gibi) başka mesleklerde de görülmekle beraber, ahlaki olarak olumlu sonuçlarından bahsedilebilecek yegane alan sağlık sektörüdür. Fakat görebildiğimiz kadarıyla olumlu sonuçlar yalnız tutum yönüyle ilgilidir.

Zor Kararları Kolaylaştırma

Haque ve Waytz'ın (2012) belirttiğine göre, empati yaparak hastanın duygularını anlamaya çalışmak ve hastalığın çözümüne dair bilişsel bir problemle uğraşmak beyinde aynı sinir bölgelerinin kullanılmasını gerektirmekte ve birinin kullanımındaki artış diğerine rağmen gerçekleşmektedir. Dolayısıyla hastanın insandışılaştırılarak empati yükünün hafifletilmesi, hasta için kritik olan kararlarda kullanılacak bilişsel kaynak kapasitesini arttıracaktır. Sağlık personelinin özellikle hastaya acı verebilecek ama sonuçları itibarıyla faydalı olabilecek uygulamalara karar verebilmesi için insandışılaştırma tutumu geliştirmesi işlevseldir (Haslam, 2006).

Mesleki Tükenmişlikten Koruma

Hastalarla uygun durumlarda ve yeteri kadar, yani kontrollü empati yapan sağlık personelinin mesleki performansının ve merhamete bağlı iş tatmininin arttığı tespit edilmiştir (Conrad ve Kellar-Guenther, 2006). Öte yandan özellikle acil servis, yoğun bakım, onkoloji, psikiyatri gibi dallarda hizmet veren sağlık personelinin üzücü öykülere sahip hastalarla sürekli empati yapmaları durumunda bir süre sonra merhamet bitkinliğine ve buna bağlı tükenmişlik sendromuna yakalandıkları bulunmuştur (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel ve Reimels, 2010). Bazı durumlarda yeteri kadar insandışılaştırma tutumu bu durumu engelleyerek sağlık personelinin performansını arttırmaktadır (Vaes ve Muratore, 2013).

İnsandışılaştırmanın olumsuz sonuçları ise hem tutum hem algı yönünde görülebilir.

Ahlaki Sıkıntı

İnsandışılaştırma tutumuna başvurma nedenlerinden biri olan ahlaki sıkıntı bazı durumlarda bu tutumun sonucu da olabilir. Örneğin hemşirelerin yaşam destek ünitesine bağlı hastalara fayda sağlayacağına inanmadıkları hal-

de bakım hizmeti vermeye devam etmeleri onları insandışılaştırdıkları ve çektikleri acıları uzattıkları düşüncesiyle ahlaki sıkıntıya yol açmaktadır (Russell, 2012). Performans hedefini gerçekleştirmek için hastalarına gereksiz işlemler uygulayan sağlık personeli de onları kendi çıkarları için araçsallaştırdıklarını ve insandışılaştırdıklarını düşünüp ahlaki sıkıntıya kapılabilir.

Saldırgan Davranışlar

Hastalar sağlık kuruluşlarında varlıklarının dışlandığını, hasta yakınları değerli addettikleri bir insana kayıtsız kalındığını düşündüklerinde insandışılaştırdıkları hissine kapılmakta (Bastian ve Haslam, 2010), kendilerine insani özellikleri olmayan bir obje gibi davranıldığını düşündüklerinde büyük rahatsızlık duymakta ve sinirlenmektedir (Bastian ve Haslam, 2011; Haque ve Waytz, 2012). İnsandışılaştırdığını düşünen kişilerin bu tutumun sahibini cezalandırma isteğinde ve saldırgan davranışlarında artış olduğu tespit edilmiştir (Moor ve ark., 2012; Twenge ve ark., 2001).

Dünyada ve ülkemizde işyerinde şiddet vakası en çok sağlık hizmetleri sektöründe yaşanmakta ve sağlık çalışanları başka meslek gruplarına göre 16 kat daha fazla şiddete maruz kalmaktadır (Büyükbayram ve Okçay, 2013). İlhan ve arkadaşlarının (2013) hastalarla yaptıkları bir araştırmada, sağlık personeline yönelik şiddetin nedeni olarak katılımcıların %63'ü muayene sırasında fazla beklemiş olmayı, %43'ü tedaviden memnun kalmamış olmayı, %42'si kötü haber almış olmayı, yine %42'si iletişim sorunlarını göstermiştir. Katılımcıların %23'ü sağlık personeline şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20'si de sağlık personelinin şiddeti hak ettiğini belirtmiştir. Bunun nedeni olarak da -çoktan aza doğru- yetersiz ilgilenilmesini, bilgi verilmemesini, kötü davranılmasını, yüksek sesle tepki gösterilmesini ve muayene için bekletilmeyi göstermişlerdir.⁸ İnsandışılaştırılma algısı saldırganlığı tetiklerken, şiddet gören sağlık personelinin, kızgınlıklarını bütün hasta ve yakınlarına karşı öteki-

8 "Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet" başlığıyla yayınlanan bu makalede, sağlık çalışanları açısından özeleştirici imkanı sunan çok önemli bulgular olmakla birlikte, tartışma kısmında yazarlar bu bulgulardan istifade etmeyi adeta reddederek, başkalarını suçlamaya varan savunmalar yapmışlardır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada (bkz. Sucu, Cebeci ve Karazeybek, 2007) şiddet sonrası yaşadıkları sorulduğunda "Neden ben?" şeklinde sorgulama yaptığını söyleyen sağlık çalışanlarının oranının %8 düzeyinde kalması, sorunun çözümü için ümit kırıcıdır.

leştirci bir dışlamaya dönüştürerek insandışılaştırma tutumunu arttırması, bir insandışılaştırma - şiddet kısır döngüsüne sebebiyet verebilir.

Memnuniyet Düzeyinin, Sağlık Personeline Güvenin, Tedavi Başarısının Düşmesi

İnsandışılaştırma sağlık personelinin alınan hizmete dair memnuniyeti ve sağlık personeline güveni azalttığı gibi, hastanın teşhis ve tedavi sürecine aktif katılımını ve tedaviye uyumunu da azaltmaktadır (Haque ve Waytz, 2012). Ayırıcılığa dayalı olarak insandışılaştırıldığını ve daha kötü sağlık hizmeti aldığını düşünen hastalar, hastaneye gitmeyi istememekte ve ertelemektedir (Lee ve ark., 2009). Bu durum hastalıkların ağırlaşmasına ve sağlık sistemi üzerindeki yükün büyümesine neden olabilir.

Öneriler

Sağlık hizmetleri sektöründe insandışılaştırmanın olumlu sonuçlarını ortadan kaldırmadan olumsuz sonuçlarını azaltmak için bireysel, örgütsel ve merkezi düzeyde yapılabilecekler vardır.

Bireysel düzeyde yapılabileceklerden ilki sağlık personelinin empati ve bilişsel kabiliyetlerini dengeli bir şekilde kullanmaya çalışmasıdır (Haque ve Waytz, 2012). Örneğin bir cerrah ameliyat yaparken iyi bir performans için gerektiğinde empatisini bastırabilmeli, fakat muayene sırasında hasta ve yakınlarına karşı üst düzey empati gösterebilmeli; bir psikiyatrist terapilerinde hastasına empatik yaklaşımda bulunurken, akut kriz durumlarında empati yapmaktan kaçınabilmelidir.

Empatinin arttırılıp insandışılaştırmanın azaltılmasının üreteceği faydalar bazı araştırmalarla ortaya konmuştur. Onbeş radyologla yapılan bir araştırmada, radyologların hastaların filmlerini önce hasta fotoğraflarını görerek, üç ay sonra aynı filmleri bu kez hasta fotoğraflarını görmeden değerlendirmesi istenmiş, hasta fotoğrafları gösterildiğinde hekimlerin empati seviyelerinin arttığı,

filmleri daha hassas okudukları ve beş kat daha fazla bulguya rastladıkları tespit edilmiştir (Turner ve Hadas-Halpern, 2008). Bir başka araştırmada, yoğun bakım hastalarının yataklarının yanına onlara ait fotoğraflar konmuş, bu durumun hekim ve hemşirelerin hastaları birey olarak algılamalarına, hastalarla iletişimlerinin artmasına ve zihinlerinde hasta bakımına dair hedeflerini berrak tutmalarına yardım ettiği gözlenmiştir (Andersson, Hall-Lord, Wilde-Larsson ve Persenius, 2013).

Bireysel düzeyde yapılacak iyileştirmelerden birisi de hastayla kurulan iletişimin nicelik ve nitelik yönünden zenginleştirilmesi olabilir. Hasta bakımında, vizitlerde veya hastaya müdahale öncesinde sağlık personeli, hastayı hastalığı üzerinden damgalamadan, hastalığına dair verdiği bilgiler yanında kişisel bilgilerine de vurgu yapabilir (Haque ve Waytz, 2012). Hastaya aynı tür rahatsızlıkları olan bir hasta grubunun birbirinin aynısı üyelerinden biri olarak değil, benzerlikleri olsa da hiç kimsenin aynısı olmayan biri olarak davranıldığında, hasta kendisine bir kişilik olarak kayıtsız kalınmadığını hissedecektir. Özellikle şeker, kalp hastalığı, romatizma, MS gibi kronik rahatsızlıkları olan hastalara sağlık problemlerine saplanıp kalmamaları ve kendilerini daha büyük bir yaşam dünyası içerisinde anlamlandırmaları için destek olmak, yalnız hastalığıyla ilgili bir hayat kesiti yerine, geçmişini ve geleceğini içeren, süreklilik arz eden bir hayat hikayesine sahip olduğunu hatırlatmak insandışılaştırılma algılarını ortadan kaldırabilir (Todres, Galvin ve Holloway, 2009).

Hastalığa dair hekimin ve teknolojinin bulguları kadar bizzat tecrübe eden hastaya da itibar etmek, onu objeleştirmemek, sağlığına dair inisiyatif almada bir aktör olarak sürece katılımını sağlamak insandışılaştırmayı azaltmak için faydalı olabilir. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde aşırı indirgemeci nedensellik anlayışı yerine, geleneksel / tamamlayıcı / alternatif tıp yöntemlerini de içeren bütüncül bir yaklaşıma sahip olmak mevcut sistemin mekanistik insandışılaştırıcılığını azaltıcı etkilerde bulunabilir (Todres ve ark., 2009).

Sağlık personeli farkında olmadan gerçekleştirdiği insandışılaştırmanın önüne geçebilmek için bazı farkındalık egzersizleri yaparak hastalara yönelik bilinçaltındaki ayrımcı tutumları ayıklayabilir. Bir Afro-Amerikan olarak -sağlık hizmetleri sektörü dahil- insandışılaştırmalara maruz kalan ve hastalara yönelik

insandışılaştırmaları gözlemleyen Harvard Üniversitesi tıp hocası White III ve Chanoff⁹ (2011), sağlık personeline, hastaların kültürel ve bireysel farklılıklarına karşı hassasiyet göstermelerini, onları basmakalıp, tek tip değil, müstakil fertler olarak görmelerini, hatta onlara aile fertlerinden veya arkadaşlarından birisi gibi yaklaşmalarını, buna engel olan (performans baskısı, yoğun çalışma temposu gibi) çevresel stres unsurlarının ve bilinçaltının ürettiği yanlılıkların farkına varmaya çalışmalarını tavsiye etmektedir.

İnsandışılaştırmanın olumsuz sonuçlarını engellemek için alınabilecek örgütsel önlemlerin ilki, sağlık personeli henüz mesleki hayatına başlamadan, eğitim alınan okulda gerçekleştirilecek yapısal değişikliklerdir. Örneğin Pawlikowski (2002) sağlık personelinin hastalara karşı farkındalıklarının gelişmesi için mevcut tıp eğitiminin ahlak, felsefe, tarih, sosyoloji hatta edebiyat gibi sosyal bilimlerle daha insanileştirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ancak tıp eğitiminin hekim adayları üzerindeki etkisi resmi/yazılı müfredatla sınırlı olmadığından bu yeterli değildir. Hafferty ve Franks'ın (1994) vurguladıkları gibi, tıp okullarında öğrenciyi sosyalleştiren, okuldaki kültürün meydana getirdiği örtük bir müfredat da bulunmaktadır ve bunun davranışlar üzerindeki etkisi daha fazladır. O yüzden bu okullarda -anatomi, fizyoloji, biyokimya gibi yazılı müfredat üzerinden- "ne?" olduğumuz sorusuna verilen önem kadar -ahlaki kimliğimizi inşa eden- "kim?" olduğumuz sorusuna da önem verilmelidir. MEB, YÖK ve okul yönetiminden başlamak üzere öğretim elemanları ve öğrenciler dahil bütün tarafların bu değişim konusunda farkındalık, sahiplenme, katılım, sabır ve gayretleri gerekir.

Mezuniyet sonrası çalışılan sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetinin niteliğine dair inanç ve varsayımlardan başlayarak, temel hedefler ve değerler ile görünen unsurlar dahil olmak üzere örgüt kültürünün bütün katmanlarının insandışılaştırmayı azaltacak şekilde yapılandırılması şarttır. Bunun için, öncelikle sağlık hizmetinin merkezinde insanın yer aldığı konusunda yöneticiler başta olmak üzere bütün personelde ortak bir anlayış olmalıdır. Bu anlayış etrafında inşa edilen ve çalışanlar tarafından paylaşılan değerler sistemi ile buradan

9 ABD'de Afro-Amerikan'ların sivil haklar mücadelesine tanık olmuş siyahi bir hekim olan White III'in, çocukluğundan Harvard'da profesör oluncaya kadar yaşadıklarını anlattığı kitabı, sağlık hizmetleri sektöründeki uygulayıcılar için oldukça önemli ahlaki tespitler içermektedir.

beslenen bir amaç ve hedefler birliği bulunmalı, süreçler, uygulamalar ve fiziki unsurlar buna göre tasarlanmalıdır. Örneğin hastanede hastanın tecrit hissine kapılmasını engelleyecek, sosyal aidiyet duymasını temin edecek bir bakım ortamı oluşturulmalı ve hem ayaktan hem yatan hastalara sağlık hizmeti verilen ortam, kişiye mekandan kopukluk hissi yerine aşinalık ve sükûnet hissi verecek şekilde bina edilmelidir (Todres ve ark., 2009).

Kanada'daki bir üniversite hastanesinin kadın doğum servisinde yapılan araştırmada, personelin genel olarak insan merkezli bir değerler sistemini sahiplendiği, yöneticilerin daha insani bir doğum hizmeti vermek konusunda istekli olduğu, hastaların memnuniyet, güvenlik ve rahatlığını hedefledikleri, farklı kültürden hastaların inanç ve ihtiyaçlarına saygılı olmayı önemsedikleri, bakım hizmetine aile üyelerinin de dahil edildiği, esnek ziyaret ve refakatçilik uygulamaları bulunduğu ve hastane fiziksel olarak bir otel gibi tasarlandığı için hasta ve hasta yakınlarında kendilerine ve ihtiyaçlarına değer verildiği hissini oluşturduğu, bütün bu özelliklerin sağlık hizmetinin alınmasında kolaylaştırıcı unsurlar olarak algılanarak takdir edildiği saptanmıştır (Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser ve Misago, 2013).

Başka bir araştırmada Benin Cumhuriyeti'ndeki bir kadın doğum ve çocuk hastanesinde, hastane yönetiminin inisiyatifıyla örgüt kültürünün insandışılaştırıcı yönünü aşmak için başlatılan proje incelenmiştir. Projede mevcut iş ortamı daha insani hale getirilmiş, çalışanlara konuyla ilgili düzenli eğitimler verilmiştir. Çalışanların bir kısmı başlangıçta bu değişime kaygılı yaklaşmış, bir kısmı kayıtsız kalmışsa da yönetimin desteğiyle projeyi sahiplenmişler ve proje sonunda hastalarla iletişimin iyileşmesi, çalışan ve hasta memnuniyetinin artması, çalışanların özgüven ve özsaygılarında yükselme, kendilerinin ve diğerlerinin davranışları üzerindeki farkındalıklarının artması, ahlaki tatmin ve iş motivasyonunun yükselmesi gibi niteliksel gelişmelerin yanında komplikasyonlarda ve ilaçla tedavi ihtiyaçlarında azalma gibi niceliksel performans ölçerlerinde de iyileşme olduğu belirtilmiştir (Fujita ve ark., 2011).

Bu örnekten görüldüğü gibi kurumdaki performans yönetim sisteminin insandışılaştırma konusunda personele baskı oluşturmayacak şekilde tasarlanma imkanı bulunmaktadır. Özel hastanelerde de, performans sisteminin mevzuat

tarafından belirlendiği kamu hastanelerinde de bu türlü bir iyileştirme yaparak insandışılaştırmaya yol açan mevcut yapıdan kurtulmak mümkündür. Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetleri sektöründeki performans sistemine dair yayınladığı kitapta (Sağlık Bakanlığı, 2006) sağlık sisteminin çıktısı “doğrudan insan mutluluğu” olarak tanımlanır ve “performansı ödüllendirme ölçütlerinin belirlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır” (s. 31) denirken, performans değerlendirmesinde hasta memnuniyetinin bir ölçüt olarak neredeyse hiç öneminin bulunmaması anlaşılır değildir.¹⁰ Sağlık hizmeti performansının yapılan işlem üzerinden değerlendirilmesi, sağlık personelinin nitelik yerine niceliği öncelikli amaç edinmesi gibi istenmeyen bir sonucu doğurabilir. İnsandışılaştırma tutumu üreten performans yönetim sisteminin eksiklikleri giderilmeli ve hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesini arttırmaya önem veren bir performans yönetimi politikası tercih edilmelidir.

Sağlık Bakanlığı nezdinde geliştirilecek politikalar ve buna bağlı uygulamalar da hastalara yönelik insandışılaştırmayı azaltabilir. Bunların ilki, hastaların sorunlarını yakından takip eden, onlara rehberlik eden ve özel bir uygulama gerektiğinde uzman hekimlerin koordinasyonunu yapabilecek aile hekimliği uygulamasını daha etkin hale getirmek olabilir (Pawlikowski, 2002). Sağlık kuruluşlarının insan gücü ve teknik koşulları iyileştirilmeli, personel üzerindeki iş yükü hafifletilmelidir. Özellikle insandışılaştırmının en çok algılandığı bölümlerden biri olan acil servislere mesai-nöbet-mesai uygulamasına son verilmeli, hastalara kaliteli hizmet sunum kapasitesi arttırılmalıdır. Engelli ve yaşlı hastaların evde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmalıdır.

¹⁰ Yukarıdaki cümlemin “Ancak sadece hastanın algısına dayanan bir ölçüm, bilgi asimetrisinin çok fazla olduğu sağlık alanında ve özellikle eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumlarda yeterli olamaz” (s. 31) şeklinde devam etmesi, insanımızın algılarına ve duygularına verilen düşük değerin, yani Bakanlık vasıtasıyla yapılan insandışılaştırmının üzücü bir göstergesidir.

Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector

Ahmet Coşkun^a

Erciyes University

Abstract

What is the main reason for the unethical behavior of workers in the health services sector, whose primary mission is to offer services to people and who have an ancient and strong connection with ethics. Alternatively, what is the main reason for this perception in patients, rather than the absence of such behavior? Does the dominant paradigm in the health sector, which negates the humanity of patients, facilitate unethical behavior in addition to benefits? If so, how can it be resolved? In this study, which seeks to answer these questions, the recently popular concept of dehumanization is investigated from various perspectives based on the literature on business ethics in the health services sector. In this study, a conceptual framework for dehumanization is developed, attitude and perception aspects of the concept is examined, and research methods in the business ethics domain is investigated. Furthermore, animalistic and mechanistic types of dehumanization, vertical and horizontal dimensions of dehumanization, as well as sectoral, organizational, and relational reasons for dehumanization are discussed. Finally, recommendations are proposed to eliminate the negative effects of dehumanization.

Keywords

Professional Ethics, Business Ethics, Medical Morality, Medical Ethics, Health Services, Dehumanization

a Correspondence

Ahmet Coşkun, Erciyes University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business, Kayseri, Turkey
Research areas: Business ethics, trust
Email: ahmetcoskun@erciyes.edu.tr

Conceptual Framework of Dehumanization

The term “dehumanization,” which is equivalent to “bestializing, not holding in esteem, social exclusion, and ostracism” in the Turkish scientific literature, has not received much attention in scientific publications in Turkey. We were unable to find Turkish scientific studies on dehumanization as a phenomenon that emerges in the relationships between health services sector staff, especially doctors and nurses, and patients. The aim of this study is to examine dehumanization within the context of business ethics in the health services sector; it intends to emphasize why it has emerged, without accusing a sector or vocation. A deductive approach is adopted to identify positive and negative effects and contribute to the discussion of this issue by offering recommendations to eliminate negative actions.

There are two aspects of dehumanization, namely the “dehumanizer” and “dehumanized.” There are also two aspects, namely “*dehumanization attitude*” and “*dehumanization perception*.” From a health services sector perspective, dehumanization attitude refers to the conscious or unconscious attitude of healthcare personnel toward a patient. Dehumanization perception refers to patients’ feelings that such attitude is directed toward them, regardless of whether the attitude has occurred.

The term “dehumanization” as an attitude refers to a person’s partial or total denial of the humanistic features of a correspondent person or group (Oliver, 2011). The concept of dehumanization was investigated as a factor that legitimates acts of violence emerging between individuals or groups (Haslam & Loughnan, 2014). Through their dehumanizing attitudes, those who direct acts of violence toward others deny the humanitarian identities of such people. These attitudes are based on perceived differences between them and their victims, and acts of violence are conducted through a decreased feeling of pity on victims.

The attitude of dehumanization emerges by denying the humanity and dignity of correspondents, their feelings, and compassion for them (Opatow, 1990). Correspondents subjected to moral exclusion are isolated from values, rules, and evaluations pertaining to justice. Consequent to exclusion through

dehumanization, people may disengage the moral dimension of their acts against correspondents (Bandura, 1999), may neutralize the moral content of these acts (Sykes & Matza, 1957), and even “ordinary” people may act without conscience by legitimizing the unethical action.¹

Until the 2000s, the term “dehumanization” was used to explain morally intense actions such as violence and war crimes. More recently, it is used to investigate relationships in business life, and has become a key focus area for business ethics researchers. In addition, calls for scientific research have increased (e.g. Trevino, Weaver, & Reynolds, 2006). An increasing number of studies are now conducted within the health services sector, wherein business ethics is vital (see Haque & Waytz, 2012 for a review).

Like all ethical issues, it is difficult to measure dehumanization, and almost impossible to observe the variable as it is attitude or perception. Furthermore, it is likely that quantitative measurement tools such as self-report questionnaires will be affected by bias such as social desirability. Therefore, researchers tend to try different methods like scenario-based decision making (e.g. Lammers & Stapel, 2010), social experiments (e.g. Gwinn, Judd, & Park, 2013; Twenge, Baumeister, Tice, & Stucke, 2001; Waytz & Epley, 2012), functional magnetic resonance imaging (fMRI) (e.g. Harris & Fiske, 2006; Jack, Dawson, & Norr, 2013) and some novel tools such as implicit association test (IAT) (e.g. Capozza, Andrighetto, Di Bernardo, & Falvo, 2012; Martinez, Rodriguez-Bailon, & Moya, 2012). Dehumanization recently adopted a business ethics perspective, and as such, qualitative studies aimed at developing new models are needed to strengthen the theoretical base and conduct research in various sectors.

1 A striking example of this transformation is the Stanford Prison Experiment conducted by Philip Zimbardo, which impacted the field of psychology. University students were divided into prisoner or prison guard roles in an artificial prison located in the basement of a faculty building. The experiment, which first ran according to plan, became uncontrollable over time as guards began mistreating prisoners. The experiment was ended on the sixth day. Zimbardo's consequent book shows that ordinary, even good people may demonstrate demonic behaviors depending on their roles and social norms in the environment, as is the case in the transformation of Lucifer, mentioned in the Bible as the most privileged angel, into a devil (see Zimbardo, 2008).

Types and Dimensions of Dehumanization

The attitude of dehumanization can be viewed in two ways (Haslam, 2006). The first is animalistic dehumanization, the attitude of denying the features that distinguish people from animals such as high cognitive capacity, niceness, and ethical sensitivity. The second is mechanistic dehumanization, the attitude of denying the features that distinguish people from non-living things, such as robots. These features include vital agency and emotions.

Aligned to this dual model, which numerous studies support (e.g. Haslam, Kashima, Loughnan, Shi, & Suitner, 2008; Jack et al., 2013; Martinez et al., 2012), the act of viewing correspondents as animals in mass violence actions can be described as animalistic dehumanization. Furthermore, the act of viewing correspondents in the field of technology and medicine as cold, passive, and mechanical, and seeing no qualitative difference between them, can be described as mechanistic dehumanization (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014).

In addition, researchers note two dimensions of dehumanization. In the vertical dimension, the correspondent is rated as “low” or “high” in terms of emotional intimacy (warmth) for the actor and achievement regarding material indicators (competence).² Using the fMRI method, Harris and Fiske (2006) found that people exclude and dehumanize correspondents ranked at the lowest end of this vertical scale, which is based on warmth and competence. In the horizontal dimension, the distance between correspondent and actor and the absence of any relations between them are effective. This type of dehumanization is evident in the health services sector (Haslam & Loughnan, 2014). Health personnel emotionally distance themselves from patients’/correspondents’ pain and in so doing, deny their humanitarian features such as vital agency or emotions (Leyens, 2014).

² Accordingly, for example internationally successful national sportsmen are ranked highest on the vertical scale in term of both warmth and competency (high – high), while homeless drug abusers are at the bottom of the vertical scale in terms of both warmth and competency (low – low) (Harris & Fiske, 2006).

Reasons for Dehumanization

Elements causing dehumanization in the health services sector can be discussed in three categories: *sectoral, organizational, and relational*.

Sectoral Reasons

The act of dehumanizing patients by health personnel may be a conscious choice or an involuntary result of work conditions in the sector and widespread applications in the work environment (Haque & Waytz, 2012). Pawlikowski (2002) asserts there are characteristic reasons for dehumanization specific to the health services sector.

Dominant Approaches in Medical Science: Traditional medical schools deemed the human as a part of the whole and as a whole in himself. This integrated approach's place was taken by a reductionist and isolationist approach in the modern period (Canton, 1980). In addition to its benefits, the modern paradigm paved the way for dehumanization by ensuring a situation in which doctors isolate patients from their psycho-social world and reduce them into a diseased organ or an impaired gene (Pawlikowski, 2002). Addressing more recent criticism against this approach, the bio-psycho-social patient-centered medical approach focuses on traditional or supplementary alternative medical methods, prioritizing a holistic evaluation of patients including their feelings, ideas, values, and needs. Yet, the bio-medical evidence-based medical approach, the dominant paradigm in medical training and clinical practices, prioritizes the best evidence to guide decisions regarding appropriate treatment. As such, the uniqueness of patients as humans is neglected, and the approach focuses instead on positivist and economic viewpoints (Bensing, 2000; White III & Chanoff, 2011). This approach is a major reason for dehumanization in health practices (Haque & Waytz, 2012; Haslam, 2006). An ideal model for patient-centered and evidence-based medicine that can synthesize the advantages of these approaches is an opportunity for ethics in terms of balancing benefits.

Intensive Technology Use: The act of listening to a patient's heart or chest using a stethoscope and not the ears in the 1700s and the act of using a blood pressure monitor in the early 1900s has been discussed in terms of dehumanizing patients by distancing them from doctors (Bailey, 2011). The number of these discussions—both positive and negative—is increasing alongside growing technology use. Positive arguments focus on the timesaving features of technology in terms of expediting patient examinations, facilitating access to patient data, and ensuring a humanitarian doctor-patient relationship (Shortliffe, 1993). However, this optimism is often only partially evident, and especially in some medical fields like radiology and pathology, due to the heavy technology use, patients are sometimes perceived as cold, lifeless beings disconnected from their social and emotional contexts (Haslam, 2006; Opatow, 1990).

Advanced Level of Division of Labor and Specialization: The terms “division of labor” and “specialization,” defined by Plato in the 4th century B.C. as a necessity, was defended by Adam Smith through his “productivity” in alignment with discussion on the industrial revolution in the 18th century, and criticized by Karl Marx in the 19th century through his concept of “alienation.” Today, especially in the health services sector, experts have become individuals “who know more and more about less and less until he knows everything about nothing,” according to Ghandi. Those criticizing this statement contend that over-specialization subdivides treatment into pieces –even for a single disease-, thus preventing continuity, decreasing the quality of communication between experts from various fields, and negatively impacts patients, especially those with more than one chronic disease (Detsky, Gauthier, & Fuchs, 2012). While division of labor and specialization can positively impact performance, it can cause dehumanization by preventing a holistic patient outlook (Pawlikowski, 2002).

Infrastructure Problems: According to a report published by the OECD (2013), despite numerous improvements in the health sector since 2000, Turkey still has bad conditions regarding doctors, nurses, and the number of beds. This increases the workload of health personnel, and thus, the waiting period for patients. On the other hand, the time and quality of health services are decreasing. Low-quality services to patients generate the perception of

being dehumanized. Furthermore, health personnel may exhibit dehumanizing behaviors toward patients, because of constant high levels of stress emerging from overly workload. Tired doctors view their patients as bodies, not as humans (Haslam & Loughnan, 2014). In one study on obstetricians and gynecologists working in a high-stress environment, 15% reported having “hardened” against people’s problems; 25% reported being more a “technical personnel” and less a “person” in the workplace, and 33% reported becoming more violent—almost daily—after working for a while. Further results indicate that 25% of doctors feel they should be rough so as not to lose their jobs (Bortoletti et al., 2012).

Organizational Reasons

Part of dehumanization can be attributed to the features of a hospital as an organization. The first feature is the hospital’s organizational culture. Organizational culture is defined as the body of common values, beliefs, and actions held by organization members that lead their conduct (Schermerhorn, Hunt, Osborn, & Uhl-Bien, 2010, p. 366). Like a pyramid, the impacts of organizational culture emerge in three layers from top to bottom (Schein, 2010): (i) Visible elements such as rituals, language, physical elements, observed behaviors; (ii) Espoused values and targets related to right/wrong and good/bad; and (iii) Underlying assumptions and beliefs that constitute the unconscious. In a hospital, these three layers of organizational culture can impact the dehumanization of patients.

Language: The preferred words, concepts, idioms, and styles regarding speech in the workplace may make it possible to dehumanize correspondents by affecting emotional processes related to the ethical evaluations of people. The language used in organizations commonly veils the ethical content of decisions and behaviors, creates ethical blind spots, and causes inappropriate moral decisions (Bazerman & Tenbrunsel, 2011). In a study³, some participants were read a sample of an ethical dilemma with fatal results in their mother tongue, while others were read the ethical dilemma in a well-known foreign language.

3 This study is a version of the well-known “trolley problem” in making ethical decisions. See Thomson (1985) for a discussion of the problem.

They were then asked to make a decision. In contrast to the “mother tongue” group, results indicate that most of the “foreign language” group made only rational or pragmatic moral decisions (Costa et al., 2014). Using an occupational language full of foreign words and referring to patients using impersonal terms and abbreviations, bed numbers, the names of diseases, or the name of the diseased organ, creates a culture in hospitals that removes emotional processes that may help health personnel notice the humanitarian aspects of patients, dehumanizes patients by veiling the morality of decisions, and generates dehumanization perception⁴ (Haque & Waytz, 2012; Leyens, 2014). Language that does not emphasize correspondents’ humanitarian features dehumanizes them in terms of both attitude and perception (Haslam, 2006).

Physical Elements: Patients and personnel can be dehumanized through hospitals’ interior and exterior architectural design, layout, measurements, preferred (or non-preferred) furniture, decor, color selection, inscriptions, signs and symbols in the building, health personnel’s uniforms, and patients’ clothing (e.g. clothes revealing any part of the body) (Haque & Waytz, 2012).

Observed Behaviors: According to social learning theory, people learn through modeling observed behaviors of others to generate complex behaviors (Bandura, 1977). In organizations, the observed behaviors of leaders/managers and in-group colleagues modify ethical decisions and the behaviors of employees who do not have a strong ethical identity (Trevino, den Nieuwenboer, & Kish-Gephart, 2014). In the health services sector, wherein the master-apprentice relationship is very important, student health personnel who witnessed professors and hospital managers enacting dehumanizing behaviors toward patients may develop the same attitude. Likewise, colleagues’ dehumanizing behaviors toward patients create a similar impact by generating a negative subculture. A study conducted in the health services sector determined that colleagues and managers’ ethical behaviors significantly impact the ethical behaviors of health personnel (Deshpande, Joseph, & Prasad, 2006).

⁴ The terms “the patient died” and “the patient has passed” used to refer to a dead patient have quite different meanings (in Turkish) and affect our ethical choices. If it is not easy for a doctor to say “my mother has passed” while mourning, he/she should consider the impact of language used both on the patient and the patient’s relatives.

Espoused Values and Targets: Many organizations embody this element as the mission, vision, values, and the more recent ethical code in documents shared with workers and the public. However, what matters is not the act of sharing these with workers, but that workers share these values and targets. In Turkey, almost none of the health institutions have a private ethical code. Possibly, this is because, due to very ethical nature of their job, health services occupational groups have binding professional ethical codes. However, it is important that how much these codes have place in organizational culture. One study found that even the health personnel who prepare an ethical code for their own institutions do not adopt it. One participant defined the ethical code as “one of the things that we have, but we do not use in daily life” (Montaya & Richard, 1994).

Underlying Assumptions and Beliefs: This element is generally shaped by the founder or leader and adopted by those participating in the organization during the socialization period (Schein, 2010). This element, at the bottom of the organizational culture pyramid, is not seen, but felt. In addition, it has the greatest impact on dehumanization. Today, unless the dominant philosophical approach in most segments of the health sector that focuses on disease or even doctors (Bensing, 2000) is abandoned and the patient-centered approach adopted, it does not seem possible for patients to be free from dehumanization.

Performance Management: In environments where performance systems comprise only quantitative targets, people instrumentalize correspondents by ignoring their humanitarian features to achieve their targets. As the power they have increases, this action is increasingly practiced (Gruenfeld, Inesi, Magee, & Galinsky, 2008). Quantitative targets create the performance pressure, and this is especially felt in private health institutions in Turkey. It is also felt in public health institutions because of the “performance-based supplementary payment system” enforced in 2004. A report on the workshop conducted by the Turkish Medical Association (TTB-UDEK Ethical Study Group, 2011) states that the structure of the performance system, mainly based on a transaction score, emphasizes quantity and not quality, and “strains the responsibility of health personnel to be attentive to life, health and peace of person”, and “the integrated approach can not be protected both in medical training and

practice.” Thus, this system does not correspond to the “humanitarian aspect of doctor-patient relationships and to doctors’ morality and humanitarian values.” Health institution managers, who take advantage of those patients whose social insurance pay for the treatment at private health institutions within the “Health Transformation Program” framework, dehumanize patients by forcing health personnel to perform medical transactions whether they are necessary or not.⁵ A Turkish study found that 42.5% of participants complained that “doctors do not pay as much attention to patients, as they pay to their own gains.” This indicates patients’ perceptions of dehumanization in the process of monetary gain (Çarkoğlu & Kalaycıoğlu, 2012).

Relational Reasons

Power Distance: This emerges between the doctor and patient, because of the information asymmetry stemming from the doctor’s expertise and hierarchical superiority arising from the doctor’s entitlement regarding the patient’s body (Haque & Waytz, 2012). It was confirmed that, very like prison guards in Zimbardo’s (2008) prison experiment, people who have a perception of possessing high power in the workplace dehumanize those deemed to have less power (Gwinn et al., 2013). One study determined that health personnel perceived as having higher power (doctor versus nurse, specialist versus assistant) tend to dehumanize patients more than others (Lammers & Stapel, 2010). Researchers thought that health personnel with higher power act this way to justify more difficult decisions.

High Status: Members of different status groups may demonstrate different ethical attitudes. For example, it was found that people from a low socio-economic status group have more pro-social inclinations (e.g. generosity, charity, reliability, helpfulness) than higher status groups (Piff, Kraus, Cote, Cheng, & Keltner, 2010). Research determined that participants have less dehumanization attitude toward correspondents from the same socio-economic status than they have toward those from different statuses (Leyens et al., 2001). Another study

⁵ For example, the number of MR imaging in Turkey doubled in the period from 2008 to 2011, leading to our ranking as number 3 in the world (OECD, 2013).

revealed that those from higher status groups have dehumanizing attitudes toward those from lower status; however, those from lower status groups do not share this attitude toward those from higher status groups (Capozza et al., 2012). Doctors' socio-economic statuses may cause them to dehumanize patients, especially those from lower socio-economic statuses.

Gender, Ethnicity, Religious Beliefs, and Cultural Differences: Despite ethical codes, patients may be discriminated against based on their differences, or at least the patient may feel this way. In a US study, African-Americans, Hispanics, and Asians reported receiving lower-quality health services than white people, noting that health personnel discriminate against them (Lee, Ayers, & Kronenfeld, 2009). In a study conducted in Turkey, most doctors stated that there was no discrimination against patients (Şahinoğlu-Pelin & Arda, 1998). However, in reality, cases of discrimination are experienced⁶, and this should be the topic of further study. Dehumanization is usually not obvious, but implicit as an unconscious product. However, correspondents perceive this attitude even when the one who exhibits this attitude is unaware of it. A study using the implicit association test on a group comprising mostly university students determined an unconscious discriminative inclination of them against black people. They dehumanized black people by equating them with monkeys, linked them to more crimes than they linked the white people, and considered using violence (including the death penalty) against black people as just, while they did not consider so against white people (Goff, Eberhardt, Williams, & Jackson, 2008). The mostly implicit discriminative attitudes of health personnel toward patients may dehumanize them, and when perceived, this may damage the health personnel-patient relationship (Hausmann et al., 2011).

In-group Relationships: Strong in-group relationships may have a reverse effect as dehumanizing those considered “outsiders.” One study found that people dehumanize those viewed as outsiders if they are satisfied with close in-group relationships (Waytz & Epley, 2012). Health personnel, satisfied with in-group social relationships, may demonstrate dehumanizing behaviors toward patients who are “outsiders” to the group, while they do not show the same

⁶ It is known that some people receive bad service or no health services from health personnel just because they are wearing a head scarf, being drunk or using drugs, having a special gender, not being able to speak Turkish, not smelling good, or being transsexual.

toward other health personnel or in-group patients. Patients and their relatives waiting for a transaction, examination, or treatment at the hospital may feel dehumanized after witnessing in-group patients being examined and cared for without waiting.

Communication Type: If patients perceive they are being stigmatized based on their disease, they may start viewing themselves as not patients, but as the disease. As such, the patient may be passive toward the doctor's actions, which hinders the patient's role as a participant in diagnosis and treatment. Consequently, patients may begin perceiving themselves as being dehumanized (Haque & Waytz, 2012).

Moral Distress: The dissonance emerging when people know the morally right thing to do but somehow do not/can not demonstrate that behavior for various reasons, may cause moral distress (Raines, 2000, p. 30 as cited in Kalvemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004). For example, if a doctor knows that vaginal delivery is healthier than caesarian delivery, yet performs a caesarian without medical reason—but for the performance system—for the mother who also wanted vaginal delivery, that doctor has a moral distress because of the dissonance between knowledge and behavior.⁷ Festinger (1957) contends that people are not able to continuously carry the stress caused by this cognitive dissonance, and they may choose to relieve it in various ways. One method is to change attitudes that are not consistent with behavior. If health personnel, who conduct unethical medical practices, dehumanize patients, they can escape moral distress which emerges as a result of dissonance, because they cannot see the ethical side of that behavior (Haque & Waytz, 2012).

Low Empathy: Low empathy, which refers to shallow perceptions and a lack of emotional richness toward correspondents, implies restricted human relations. The common features of psychopaths, who do not demonstrate sound ethical decisions and behaviors, include intelligence, success in their careers, and yet a lack of empathy for their victims, despite their knowledge about ethically right or wrong behaviors. They perform cruel acts by ignoring the feelings of those

⁷ In accordance with the OECD (2013) report, Turkey is among those countries with a high caesarian delivery rate. One reason is the dehumanization of mother and baby in many incidents, and their health conditions are ignored as evident in unnecessary surgery.

they harm, in other words, by dehumanizing them (Lerner, 2009). In an fMRI study, participants were asked to read moral and amoral scenarios, and then to make decisions regarding third persons. Substantially more activation was observed in the empathy related parts of the brains of participants who read the moral scenarios and made decisions, compared to those who made decisions after reading the amoral scenarios. In other words, a sense of empathy is important in ethical decisions (Reniers et al., 2012). Furthermore, empathy has an important impact on health services. It was found that medical students with higher empathy levels are more competent in learning patient history, performing standard physical examinations, and clinical abilities, compared to other students. In addition, doctors with more empathy ensure better patient satisfaction, their patients tend to be more accepting of recommendations for treatment (Haslam, 2007), and they have a higher rate of recovery from disease (Hojat et al., 2011). However, it was determined that the empathy levels of doctors decrease during medical training and over the course of their careers (Neumann et al., 2011). The resultant lack of empathy causes mechanical dehumanization toward the patient (Haslam, 2006).

Effects of Dehumanization

In addition to several and important negative effects of dehumanization in the health services sector, there are also positive effects. Dehumanization is evident in other occupations (e.g. the military); however, the only field in which positive ethical effects are evident is the health sector. That said, positive effects are only related to attitudes.

Facilitating Difficult Decisions

Haque and Waytz (2012) state that the acts of understanding patients' feelings through empathy and solving a cognitive problem related to the solution of the disease use the same nerve fields in the brain. Thus, lessening the empathy load by dehumanizing the patient increases the cognitive source capacity of the

health personnel used in critical decisions. In order health personnel to make decisions about practices which are helpful for patient, while being painful, dehumanization attitude has a functional role (Haslam, 2006).

Protection from Burnout

The job performance and compassion satisfaction of health personnel increases as they adequately empathize with patients in appropriate situations (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). However, it was also confirmed that health personnel, especially in emergency services, intensive care units, oncology, and psychiatry departments may experience compassion fatigue and burnout syndrome, because they continuously empathize with patients who have emotional stories (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010). In such cases, dehumanization attitude may prevent this and increase the performance of health personnel (Vaes & Muratore, 2013).

The negative effects of dehumanization manifest in attitudes and perceptions.

Moral Distress

Moral distress, a reason for referring to dehumanization attitudes, may be the result of this attitude in some cases, as well. For example, the acts of nurses continuing to provide care services to patients connected to life support units, despite not believing in any benefit, may cause moral distress, as they may think they dehumanize the patients and maintain their pain (Russell, 2012). Health personnel who implement redundant transactions on patients to achieve performance goals may experience moral distress, because they instrumentalize and dehumanize them for their own gains.

Aggressive Behaviors

Patients perceive dehumanization when their existence is excluded. Patients' relatives feel the same when they think that someone they deem important is ignored (Bastian and Haslam, 2010). Furthermore, they are disturbed and become angry when they consider themselves treated like an object without human features (Bastian & Haslam, 2011; Haque & Waytz, 2012). People who perceive themselves as dehumanized want to punish those who demonstrate this attitude; consequently, they act aggressively (Moor et al., 2012; Twenge et al., 2001).

Worldwide and in Turkey, cases of violence are reported mostly in the health services sector. As such, health personnel are 16 times more subject to violence than other occupational groups (Büyükbayram & Okçay, 2013). In a study conducted by İlhan et al. (2013), 63% of patients said they attribute the aggressive behaviors toward health personnel to long waiting periods for examinations, 43% mentioned not being satisfied with treatment, 42% mentioned receiving a bad prognosis, and 42% mentioned communication problems. Furthermore, 23% of participants considered violence against health personnel as appropriate in some situations, and 20% thought that health personnel deserved violent treatment. Reasons given included insufficient attention, having information withheld, bad attitudes, yelling at patients, and having to wait to be examined.⁸ While the perception of dehumanization triggers aggression, the increasing dehumanizing attitudes of health personnel subject to violence toward all patients and patients' relatives may also cause dehumanization and result in a vicious cycle.

Decrease in Satisfaction, Trust in Health Personnel and Successful Treatment

Dehumanization decreases satisfaction with and trust in health personnel, patients' active participation in diagnosis and treatment, and adaptation to treatment (Haque & Waytz, 2012). Patients who perceive dehumanization due to discrimination and receiving low-quality health services do not want to go

⁸ This article, "Violence towards Health Personnel from the Eye of Society," highlights important findings regarding self-criticism in terms of health services. But the authors deny using such findings, and defend themselves by accusing others. In another study on health personnel subjected to violence (see Sucu, Cebeci, & Karazeybek, 2007), it is also disappointing that only 8% of health personnel ask themselves after experiencing violence, "Why me?"

to hospital and tend to delay this need (Lee et al., 2009). This may increase the severity of the disease and the load on the health system.

Recommendations

Measures can be taken on an individual, organizational, and governmental level to remove negative impacts without removing the positive impacts of dehumanization in the health services sector.

First, on an individual level, health personnel should use empathy and cognitive abilities in a balanced way (Haque & Waytz, 2012). For example, doctors should suppress empathy to ensure a successful surgery; however, they should demonstrate high levels of empathy toward patients and patients' relatives during examinations. Similarly, a psychiatrist should avoid empathy in acute crises, while demonstrating empathy to patients during therapy.

Researchers outline the benefits of increased empathy and decreased dehumanization. In one study 15 radiologists were asked to evaluate radiographs by viewing photos of patients taken. After three months they were asked to evaluate the same films without seeing the photos. The study determined that while seeing the photos, doctors' empathy levels increased and they read the films more sensitively, finding five times more symptoms than the other time (Turner & Hadas-Halpern, 2008). In another study, intensive care unit patients' photos were placed next to their beds. It was found that doctors and nurses were more likely to perceive the patient as an individual, increase communication with the patient, and clarify patient care targets (Andersson, Hall-Lord, Wilde-Larsson, & Persenius, 2013).

In addition, on the individual level, the quality and quantity of communication with patient can be enhanced. During patient care, visits, or before an intervention, health personnel should emphasize obtaining personal information in addition to information on the disease without stigmatization (Haque & Waytz, 2012). When patients are cared for as unique people, and not just one in a similar patient group, they feel cared for as an individual identity.

Dehumanization perceptions can be removed by supporting patients, especially those with chronic diseases such as diabetes, heart disease, rheumatism, and MS. As such, health problems should not be emphasized, but their importance in a larger life world highlighted, and patients should be encouraged to remember they have a continuous life story that includes the past and future, not merely a life based only on the disease (Todres, Galvin, & Holloway, 2009).

On the other hand, the act of dehumanization can be decreased by giving credit to the patient experiencing the disease, as much to the doctor's findings and technology related to the disease, not objectifying them, and gaining their participation in taking health initiatives. An integrative approach that includes traditional, supplementary, and alternative medical methods, rather than over-reductive causality in the diagnosis and treatment of disease, may decrease the mechanistic dehumanization of the current system (Todres et al., 2009).

To stop acts of unconscious dehumanization, health personnel can eliminate subconscious discriminative attitudes toward patients through awareness practices. Harvard University medical professor White III who as African-American witnessed dehumanization toward patients in the health services sector, proposed that health personnel be sensitive toward patients' cultural and individual differences, evaluate them as unique individuals and not stereotypes, approach them as family members or friends, and notice environmental stress elements (e.g. performance pressure, workload, etc.) and the partiality produced by the subconscious, which hinders implementing this approach (White III & Chanoff, 2011).⁹

The first organizational precaution to take to prevent the negative effects of dehumanization is structural amendments at the schools where health personnel are trained before entering the workplace. For example, Pawlikowski (2002) asserts that current medical education should be more humanized, and draw from the social sciences such as ethics, philosophy, history, sociology, and even literature to improve health personnel's awareness toward patients. However, this is not enough, as the impact of medical training on doctors is

⁹ White III's book includes important ethical findings for practitioners in the health services sector. In the book, White II, a doctor who bore witness to the fight for the civil rights of African-Americans in the US, narrated his experiences from his childhood to when he became a professor at Harvard.

not limited to formal, written syllabus. Hafferty and Franks (1994) emphasize an implicit syllabus of the school culture, which socializes students at medical schools. The behavioral effect of this syllabus is more important. Thus, in these schools, we should highlight “who we are,” which builds our ethical identity as much as “what we are” above the written syllabi for anatomy, physiology, and biochemistry. By starting at the Ministry of National Education (MoNE), Council of Higher Education, and school administration, all parties including instructors and students should demonstrate awareness, ownership, participation, patience, and efforts toward this change.

To decrease dehumanization in the health institutions in which graduates work, all layers of organizational culture—i.e. beliefs and assumptions regarding the quality of health services, espoused values and targets, and visible elements—must be reconfigured. To this end, all personnel, especially managers, should share the common understanding that people are at the core of health services. A value system should be built around this understanding and shared by workers. In addition, there should be an aims-targets unity emerging from this system around which all processes, practices, and physical elements are designed. For example, a caring environment in hospitals should be provided to ensure patients sense belonging, not separation. Furthermore, this environment should be constructed for the patients making them feel familiarity and peace, rather than feeling like strangers (Todres et al., 2009).

A study on the gynecology unit of a university hospital in Canada found that personnel exhibited an anthropocentric values system; managers were willing to provide humanitarian childbirth services. Patients’ satisfaction as well as their safety and comfort were key focus areas, the beliefs and needs of patients from different cultures were respected, family members were included in care services, visiting and companionship practices were flexible, and patients and their relatives felt valued. Here the hospital was designed like a hotel, and all these features were appreciated and perceived as facilitating elements in the health services (Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser, & Misago, 2013).

In the Benin Republic, a project was initiated by the hospital administration of a Maternity and Children’s Hospital to overcome the dehumanizing effects

of organizational culture. In the project, the current work environment was transformed into a more humanitarian one, and workers received regular training on this topic. Some workers found the change difficult, and while others remained unresponsive at first, they later embraced the outcomes of the project with administration's support. When the project concluded, they reported improved quantitative performance regarding complications and the need for drug treatment, and qualitative improvements such as enhanced communication with patients, increased satisfaction of patients and workers, workers' increased self-reliance and self-respect, increased self-awareness of their and others' behaviors, increased moral satisfaction, and improved work motivation (Fujita et al., 2011).

As evident in this example, a performance management system in the institution can be designed so as not to put pressure on personnel. It is possible to transform the current dehumanizing structure by improving both private and public hospitals. In the Ministry of Health's publication on the performance system in the health services sector (Ministry of Health, 2006), the outcome of the health system is defined as the "direct happiness of people." Also it is mentioned that "patient satisfaction should be considered when determining performance award scales" (p. 31), but it is not clear why performance evaluation scales attach almost no importance to patient satisfaction.¹⁰ Evaluating the performance of health services through the number of implemented practices could yield undesired results such as prioritizing quantity over quality. The deficiencies of the performance management system that cause dehumanization behavior should be removed, and a performance management policy giving importance to enhancing the quality of the health sector should be offered to patients.

The policies that the Ministry of Health may develop and consequent practices may decrease acts of dehumanization toward patients. The first is activating a family physician practice that can follow patients' problems closely. They can lead patients and coordinate other physicians when specialized practice is required (Pawlikowski, 2002). The health institution's manpower and

¹⁰ The sentence continues as "A measurement which only depends on the perception of patient can't be enough in health sector where there is a high information asymmetry and in societies where the education level is low" (p. 31) and this is an upsetting indicator of low value given to senses and emotions of people; in other words, it is an indicator of dehumanization which is made via Ministry.

technical conditions should be improved, and personnel's workload should be diminished. Work-duty-work practices should be eliminated, especially in emergency services, wherein dehumanization is most evident, and the capacity to offer high-quality services should be increased. Finally, accesses to home care services for patients who are disabled or old should be facilitated.

Kaynakça/References

- Anderson, M., Hall-Lord, M. L., Wilde-Larsson, B., & Persenius, M. (2013). Patient photographs - A landmark for the ICU staff: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 193-201.
- Bailey, J. E. (2011). Does health information technology dehumanize health care? *American Medical Association Journal of Ethics*, 13, 181-185.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 193-209.
- Bastian, B., & Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 107-113.
- Bastian, B., & Haslam, N. (2011). Experiencing dehumanization: Cognitive and emotional effects of everyday dehumanization. *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 295-303.
- Bazerman, M. H., & Tenbrunsel, A. E. (2011). *Blind spots: Why we fail to do what's right and what to do about it*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., & Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: A conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(205). doi:10.1186/1471-2393-13-205. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/205>
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.
- Bortoletti, F. F., Benevides-Pereira, A. M. T., Vasconcellos, E. G., Siqueira, J. O., Júnior, E. A., Nardozza, L. M. M., ... & Moron, A. F. (2012). Triggering risk factors of the burnout syndrome in ob/gyn physicians from a reference public university of Brazil. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2012, Article ID 593876. doi: 10.5402/2012/593876. Retrieved from <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/593876/>
- Büyükbayram, A. ve Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psiikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4, 46-53.
- Canton, R. (1980). Holistic medicine: Reactivation of an old aspiration. *Western Journal of Medicine*, 133, 171-172.
- Capozza, D., Andrighetto, L., Di Bernardo, G. A., & Falvo, R. (2012). Does status affect intergroup perceptions of humanity? *Group Processes & Intergroup Relations*, 15, 363-377.
- Çarkoğlu, A. ve Kalaycıoğlu, E. (2012). Türkiye'de sağlık: Toplumbilimsel bir değerlendirme. http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf adresinden edinilmiştir.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1071-1080.
- Costa, A., Foucart, A., Hayakawa, S., Aparici, M., Apesteguia, J., Heafner, J., & Keysar, B. (2014). Your morals depend on language. *PLoS ONE*, 9(4), e94842. doi:10.1371/journal.pone.0094842
- Deshpande, S. P., Joseph, J., & Prasad, R. (2006). Factors impacting ethical behavior in hospitals. *Journal of Business Ethics*, 69, 207-216.
- Detsky, A. S., Gauthier, S. R., & Fuchs, V. R. (2012). Specialization in medicine. How much is appropriate? *Journal of American Medical Association*, 307, 463-464.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- Fujita, N., Perrin, X. R., Vodounon, J. A., Gozo, M. K., Matsumoto, Y., Uchida, S., & Sugiura, Y. (2011). Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. *Midwifery*, 28, 481-488.
- Goff, P. A., Eberhardt, J. L., Williams, M. J., & Jackson, M. C. (2008). Not yet human: Implicit knowledge, historical dehumanization, and contemporary consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 292-306.
- Gruenfeld, D. H., Inesi, M. E., Magee, J. C., & Galinsky, A. D. (2008). Power and the objectification of social targets. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 111-127.
- Gwinn, J. D., Judd, C. M., & Park, B. (2013). Less power = less human? Effects of power differentials on dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 464-470.

- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 861-871.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 176-186.
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the lowest of the low: Neuroimaging responses to extreme out-groups. *Psychological Science*, 17, 847-853.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264.
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*, 7, 381-382.
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423.
- Haslam, N., Kashima, Y., Loughnan, S., Shi, J., & Suijter, C. (2008). Subhuman, inhuman, and superhuman: Contrasting humans with nonhumans in three cultures. *Social Cognition*, 26, 248-258.
- Hausmann, L. R. M., Hannon, M. J., Kresevic, D. M., Hanusa, B. H., Kwok, C. K., & Ibrahim, S. A. (2011). Impact of perceived discrimination in healthcare on patient-provider communication. *Medical Care*, 49, 626-633.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). *Academic Medicine*, 86, 359-364.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36, 420-427.
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., ... ve Bumin, M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: Nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24, 5-10.
- Jack, A. I., Dawson, A. J., & Norr, M. E. (2013). Seeing human: Distinct and overlapping neural signatures associated with two forms of dehumanization. *NeuroImage*, 79, 313-328.
- Kalwemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58, 1075-1084.
- Lammers, J., & Stapel, D. A. (2010). Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14, 113-126. doi:10.1177/1368430210370042
- Lee, C., Ayers, S. L., & Kronenfeld, J. J. (2009). The association between perceived provider discrimination, healthcare utilization and health status in racial and ethnic minorities. *Ethnicity & Disease*, 19, 330-337.
- Lerner, J. (2009). *How we decide*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Leyens, J. P. (2014). Humanity forever in medical dehumanization. In P. G. Bain, J. Vaes & J. P. Leyens (Eds.), *Advances in understanding humanness and dehumanization* (pp. 167-185). New York, NY: Psychology Press.
- Leyens, J. P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31, 395-411.
- Martinez, R., Rodriguez-Bailon, R., & Moya, M. (2012). Are they animals or machines? Measuring dehumanization. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1110-1122.
- Montaya, I. D., & Richard, A. J. (1994). A comparative study of codes of ethics in health care facilities and energy companies. *Journal of Business Ethics*, 13, 713-717.
- Moor, B. G., Güroğlu, B., Op de Macks, Z. A., Rombouts, S. A. R. B., Van der Molen, M. W., & Crone, E. A. (2012). Social exclusion and punishment of excluders: Neural correlates and developmental trajectories. *NeuroImage*, 59, 708-717.
- Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C. ... Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86, 996-1009.
- Oliver, S. (2011). Dehumanization: Perceiving the body as (in)human. In P. Kaufmann, H. Kuch, C. Neuhauser, & E. Webster (Eds.), *Humiliation, degradation, dehumanization: Human dignity violated* (pp. 85-97). New York, NY: Springer.

- Opatow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: An introduction. *Journal of Social Issues*, 46(1), 1-20.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*. OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2013-en. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- Pawlikowski, M. (2002). Dehumanization of contemporary medicine: Causes and remedies. *Neuroendocrinology Letters*, 23, 5-7.
- Piff, P. K., Kraus, M. W., Cote, S., Cheng, B. H., & Keltner D. (2010). Having less, giving more: The influence of social class on prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 771-784.
- Reniers, R. L. P., Corcoran, R., Völlm, B. A., Mashru, A., Howard, R., & Liddle, P. F. (2012). Moral decision-making, ToM, empathy and the default mode network. *Biological Psychology*, 90, 202-210.
- Russell, A. C. (2012). Moral distress in neuroscience nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44, 15-24.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Sağlıkta performans yönetimi* performansa dayalı ek ödeme sistemi. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/saglikta_performans_yonetimi.pdf adresinden edinilmiştir.
- Şahinoğlu-Pelin, S. ve Arda, B. (1998). Etik açıdan yaşlılık ve hekim-hasta ilişkileri. *Geriatry*, 1, 39-42.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., Osborn, R. N., & Uhl-Bien, M. (2010). *Organizational behavior*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Shortliffe, E. H. (1993). Doctors, patients, and computers: Will information technology dehumanize health-care delivery? *Proceedings of the American Philosophical Society*, 137, 390-398.
- Sucu, G., Cebeci, F. ve Karazeybek, E. (2007). Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 7, 156-172.
- Sykes, G., & Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American Sociological Review*, 22, 664-670.
- Thomson, J. J. (1985). The trolley problem. *Yale Law Journal*, 94, 1395-1415.
- Todres, L., Galvin, K. T., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 68-77.
- Treviño, L. K., den Nieuwenboer, N. A., & Kish-Gephart, J. J. (2014). (Un)ethical behavior in organizations. *Annual Review of Psychology*, 65, 635-660.
- Treviño, L. K., Weaver, G. R., & Reynolds, S. J. (2006). Behavioral ethics in organizations: A review. *Journal of Management*, 32, 951-990.
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. (2011). Sağlık sisteminde performans uygulamalarının mesleki değerlere etkileri ve etik sorunlar çalıştay sonuç bildirgesi. XVII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Kitabı içinde (s. 75-79). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Turner, Y., & Hadas-Halpern, I. (2008, February). *The effects of including a patient's photograph to the radiographic examination*. Paper presented at the Radiological Society of North America 2008 Scientific Assembly and Annual Meeting, Chicago, IL. Abstract retrieved from <http://archive.rsna.org/2008/6008880.html>
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1058-1069.
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52, 180-90.
- Waytz, A., & Epley, N. (2012). Social connection enables dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48, 70-76.
- White III, A. A. & Chanoff, D. (2011). *Seeing patients: Unconscious bias in health care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Zimbardo, P. (2008). *The Lucifer effect: Understanding how good people turn evil*. New York, NY: Random House Trade Paperbacks.