



**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTALARIN
İNSANDIŞILAŞTIRMA (DEHUMANIZATION) ALGILARI
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**Nuray KIYMIK
1430232050**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM**

ISPARTA-2017



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Nuray KIYMIK	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Sağlık Hizmetlerinde İnsandışılaştırma (Dehümanizasyon) Üzerine Keşifsel Bir Çalışma	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Sağlık Hizmetlerinde Hastaların İnsandışılaştırma (Dehumanization) Algıları Üzerine Bir Araştırma	
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 14.../07/... tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; 2017 ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM (Süleyman Demirel Üniversitesi)	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM (Hacettepe Üniversitesi)	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Rukiye ÇELİK (Süleyman Demirel Üniversitesi)	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinde Hastaların İnsandışılaştırma (Dehumanization) Algıları Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Nuray KIYMIK

14.07.2017



ÖZET

Günümüz sağlık hizmetlerinin önemli problemlerinden sayılabilecek ancak farkında olunmayan insandışılaştırma tutumu, hasta ve hekim arasında sınırlar oluşturan ve böylece hastanın insani özelliklerini yadsıyan bir paradigmadır. Bu duruma hızla gelişen yoğun teknoloji kullanımı, ileri düzeyde uzmanlaşma, hekim-hasta arasındaki iletişim problemleri, kullanılan dil, yüksek statü ve empati yoksunluğu gibi birçok etmen neden olmaktadır. Çalışmada, insandışılaştırma olgusunun kavramsal çerçevesi, tıpta insandışılaştırmaya neden olan işlevsel ve işlevsel olmayan sebepler çözüm stratejileri ile birlikte tartışılmıştır.

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde meydana gelen insandışılaştırma algısının hangi düzeyde ve ne boyutlarda olduğunu belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, Türkiye’de konuya ilişkin yeterli çalışma bulunmamasından dolayı oldukça önem arz etmektedir. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezindeki 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemiyle 388 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucunda geliştirilen 38 ifadeden oluşan “Hekimlerin Dehümanitif Davranışlarına İlişkin Algı Anketi” kullanılmıştır. Ankette genel olarak hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırmacı davranışlarına ilişkin sorular bulunmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre, hastalar sağlık kurumlarında insandışılaştırma davranışlarına maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda mekanikleştirme ve ötekileştirme, iletişimsizlik, empati yoksunluğu ve ahlâki geri çekilme boyutlarında orta düzeyde insandışılaştırma algısının var olduğu tespit edilmiştir. İnsani değerlerden yoksunluk ve ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutlarında ise yüksek düzeyde insandışılaştırma algısı olduğu belirlenmiştir. Hastalar özellikle kronik hastalığa sahip oldukları ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalandıkları durumlarda daha çok insandışılaştırmaya maruz kaldıkları görülmüştür. Sağlık kurumlarından daha fazla yararlanmak ve sağlık hizmetlerini daha fazla tecrübe edilen durumlarda insandışılaştırmının arttığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsandışılaştırma, Sağlık, Hekim-Hasta İlişkisi

(KIYMIK Nuray, A Research on Dehumanization Perceptions of Patients in Health Services, Master's Thesis, Isparta, 2017)

ABSTRACT

Dehumanization is one of the most important problems of today's health care services but not recognized paradigm that creates limits between patient and doctor, thus negating the human characteristics of the patient. This situation is caused by many factors such as using technology intensively, advanced specialization, communication problems between doctor and patient, used language, high status and lack of empathy. In the study, the conceptual framework of dehumanization was discussed together with functional and nonfunctional causes and their solution strategies that led to dehumanization in medicine.

In this study, it was aimed to determine the level and size of dehumanization of perception that took place in health services. The study is very important because there are not enough studies about the subject in Turkey. The population of research is composed of individuals aged 18 years and over in Isparta city center. In the survey, 388 people were reached with convenience sampling method. As data collection tool, "Perception Survey Regarding Dehumanization Behavior of Doctors" was used that consists of 38 phrases and developed by reviewing literature. In the survey, generally, there are some questions which physicians towards dehumanized acts of patients.

According to the results of research, it was determined that patients are exposed to dehumanisation behaviors in health institutions. As a result of study, it was found that there is a moderate dehumanisation perception in the dimensions of automatisisation and alienation, lack of communication, lack of empathy and moral withdrawal. It was determined that there is a high level of dehumanisation perception in dimensions of applications which ignore the identity of individual and deprivation of human values. It was observed that patients are exposed to more dehumanisation, especially, if they have chronic illnesses and they have become ill enough to meet their personal needs. It was found that dehumanization increases if people use health institutions and experience health care much more.

Key Words: Dehumanization, Health, Physician-Patient Relationship

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

İNSANDIŞILAŞTIRMANIN (DEHUMANIZATION) KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1.1. İNSANDIŞILAŞTIRMA TANIMI	6
1.2. İNSANDIŞILAŞTIRMANIN PSİKOLOJİK TEMELLERİ.....	8
1.2.1. Gayrimeşrulaştırma.....	8
1.2.2. Ahlâki Dışlama ve Geri Çekilme.....	10
1.2.3. Değerler	12
1.2.4. Infracumanizasyon (Alt-İnsandışılâştırma)	14
1.2.5. Yaygın Temalar	15
1.3. İNSANDIŞILAŞTIRMA TURLERİ.....	16
1.3.1. Animalistik İnsandışılâştırma	16
1.3.2. Mekanistik İnsandışılâştırma	21
1.4. İNSANDIŞILAŞTIRMANIN ETKİ ALANLARI	24
1.4.1. Etnisite ve Irk Temelli İnsandışılâştırma	24
1.4.2. Cinsiyet Temelli İnsandışılâştırma	26
1.4.3. Engellilik Temelli İnsandışılâştırma	27
1.4.4. Teknoloji Temelli İnsandışılâştırma	28
1.4.5. Tıp Temelli İnsandışılâştırma	29
1.4.5.1. Tıpta İnsandışılâştırmanın İşlevsel Nedenleri.....	30

1.4.5.1.1. Mekanikleştirme	31
1.4.5.1.2. Empati Yoksunluğu	32
1.4.5.1.3. Ahlâki Geri Çekilme	35
1.4.5.2. Tıpta İnsandışılaştırmanın İşlevsel Olmayan Nedenleri	37
1.4.5.2.1. Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar	37
1.4.5.2.2. Bozulan Hasta Etkinliği.....	39
1.4.5.2.3. Benzeşmezlik.....	39
1.4.5.3. Tıpta İnsandışılaştırmanın İşlevsel Nedenlerine Çözümler	41
1.4.5.3.1. Kişileştirme ve İnsanlaştırmanın Yolları.....	41
1.4.5.3.2. Empatik Denge ve Hekim Seçimi	43
1.4.5.3.3. Ahlâki Bağlılık	45
1.4.5.4. Tıpta İnsandışılaştırmanın İşlevsel Olmayan Nedenlerine Çözümler.....	47
1.4.5.4.1. Bireyselleşme	47
1.4.5.4.2. Faaliyetlerin Yeniden Oryantasyonu.....	48
1.4.5.4.3. Benzerliği Artırmak.....	50

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSANDIŞILAŞTIRMA ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

2.1. GEREÇ VE YÖNTEM	52
2.1.1. Amaç ve Önem	52
2.1.2. Problem Cümlesi.....	53
2.1.3. Varsayımlar.....	53
2.1.4. Araştırmanın Kısıtları	53
2.1.5. Evren ve Örneklem	53
2.1.6. Veri Toplama Aracı	53
2.1.7. Analiz Yöntemi.....	54
2.2. BULGULAR	55
2.2.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri.....	55
2.2.2. Hekimlerin Hastalara Yönelik İnsandışılaştırıcı Davranışlarına İlişkin Bulgular	57
2.2.3. Faktör Analizi Sonuçları.....	61
2.2.4. Faktörlerin İfade Sayıları, Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları. 64	

2.2.5. Mekanikleştirme ve Ötekileştirme Boyutunun Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	66
2.2.6. İletişimsizlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması ...	69
2.2.7. Empati Yoksunluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	72
2.2.8. Ahlâki Geri Çekilme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	74
2.2.9. İnsani Değerlerden Yoksunluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	77
2.2.10. Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	79
TARTIŞMA	83
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
KAYNAKÇA	99
EKLER.....	112
ÖZGEÇMİŞ.....	115

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Akt	: Aktaran
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
HIT	: Health Information Technology (Sağlık Bilgi Teknolojileri)
HN	: Human Nature (İnsan Doğası)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
SPSS	: Statiscal Package for Social Science for Windows
TDK	: Türk Dil Kurumu
UH	: Uniqueness of Human (Eşsiz İnsan)
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1 Önerilmiş Olan İki Tür İnsandışılaştırmanın Özellikleri.....	23
Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	55
Tablo 2.2. Hekimlerin Hastalara Yönelik İnsandışılaştırıcı Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	57
Tablo 2.3. Hekimlerin İnsandışılaştırıcı Davranışlarına Yönelik İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları	62
Tablo 2.4. Faktör Boyutların İfade Sayıları, Cronbach Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları.....	64
Tablo 2.5. İnsandışılaştırma Boyutlarının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	66
Tablo 2.6. Katılımcıların Mekanikleştirme ve Ötekileştirme Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	67
Tablo 2.7. Katılımcıların İletişimsizlik Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 2.8. Katılımcıların Empati Yoksunluğu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 2.9. Katılımcıların Ahlâki Geri Çekilme Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 2.10. Katılımcıların İnsani Değerlerden Yoksunluk Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 2.11. Katılımcıların Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İnsanlık Algıları ve İnsandışılaştırma Şekilleri Arasındaki İlişki.....	18
--	----



ÖNSÖZ

Hem lisans hem de lisansüstü eğitimim boyunca her daim yol gösteren, yardımlarını esirgemeyen, bitmez tükenmez sabrıyla her daim bizlere mutlaka ayıracağı birkaç dakikası olan ve akademik hayatıyla örnek teşkil eden değerli danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e çok teşekkür ederim.

Lisans eğitiminden yüksek lisans tez aşamasının bitişine kadar her daim destek ve yardımlarını esirgemeyen sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Rukiye ÇELİK'e çok teşekkür ederim.

Hayatımın her anında hastalığına rağmen sürekli yanımda olan, tıbbın ihmalkâr ve umursamaz davranışlarına maruz kalmış olan annem Sıddıka KIYMIK ve hayata her daim farklı açılardan bakmamı sağlayan değerli babam Mustafa KIYMIK'a çok teşekkür ederim. Dünya üzerinde huzurun, sağlığın ve ailenin herşeyden daha önemli olduğunu öğreten ve beni daima desteklemiş olan tüm aile büyüklerime de canı gönülden teşekkür ediyorum. Son olarak tez yazım sürecinde gerek arayarak gerek yanımda bulunarak desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Nuray KIYMIK

ISPARTA 2017

GİRİŞ

Modern dünyanın hızı ve karmaşası içerisinde kendi yolculuğunu yapmaya çalışan insan, tüm bu bulanık görüntüler içinde kendi benliği ile de mücadele eden bir varlıktır. Tarihsel süreç içerisinde birçok medeniyetler kuran, şehirler inşa eden ve savaşarak hayatta kalan “insan” aynı zamanda iktidar denilen güç hırsı ile de donatılmıştır. Tüm bunlar heterojen toplumlar içerisinde kimlik mücadelesi vermeye çalışan bireyler “öteki” olarak adlandırdıkları bir başka grubu ötekileştirmeye ve dışlamaya başladığı vakit insandışılaştırma denilen sürecin oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Yakın zamanda Batılı literatürde yer alan ancak Türkçe literatürde kendisinden daha yeni söz edilmeye başlanan insandışılaştırma (dehumanization) kavramı; insanca duygu ve davranışlardan uzaklaşma, insani özelliklerin değersizleştirilmesi ve kaybedilmesi anlamına gelmektedir. İnsandışılaştırma davranışı, insanları insan olarak görmemek ve bir grubun başka bir grubun insanlığını inkâr etmesi anlamına da gelmektedir. Aslında psikolojik bir savunma mekanizması olarak da dile getirilebilir. Sağlık hizmetlerinde insandışılaştırma ise; sağlık personeli ile hasta arasında insancılıktan uzak ve insani özelliklerin yok sayıldığı bir iletişim şekli ile hastalara muamele edilmesi olarak ifade edilebilir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki hızlı değişiklikler aynı zamanda bir algı ve tutum değişikliğine neden olmaktadır. Bu değişikliklerin en önemli yansıması ise hasta ve hekim arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar eskiye nazaran hekimlerin daha az el maharetlerine sahip olduklarından ve bunun yanı sıra gittikçe artan bir mekanikleşmeden şikâyetçi olmaya başladıkları gözlenmektedir. Hekimler muayeneleri sırasında hastaya dokunarak tedavi etmek yerine sürekli teknolojik cihazlarla tetkik ve tedavi etmeye yönelmektedirler. Hastaları mekanik bir sistemin parçası olarak gören hekimler, bozulmuş olan aksamı tamir etme çabasına giren bir usta edası ile hareket etmeye başlamaktadırlar. Bu durum hastaların hekimlere karşı olan güvenini zedelemekte ve aşırı mekanikleşmeyle birlikte hastalar insandışılaştırıcı davranışlara maruz kalmaktadır.

Ayrıca sağlık kurumlarında hastaların benliklerini yok sayan uygulamalar da insandışılaştırmaya yol açmaktadır. Hastalar daha çok stereotipler içerisine dâhil edilerek, standardizasyonlara uyum sağlayan hasta prototipleri olarak algılanmaya çalışılmaktadır. Hastaların insani duygu ve dūřunceleri göz ardı edilerek, onlara hastalıklarının adı, oda/yatak numarası ve etiketleyici ifadelerle hitap edilmektedir. Tüm bunlar kullanılan mesleki tıp terminolojisi ile birlikte arasallaştırılmakta ve hastalar öteki konumuna getirilmektedir. Buradan daha da ötesine geçilerek hastalar insandışılaştırıcı davranışlara maruz kalmaktadırlar.

Teknoloji ve iletişim dünyasında yaşadığımız söylenen bu ađ, insanlar için iletişimi bir avantaj haline getirmesi gerekirken aslında etrafına iletişim duvarları örmektedir. Elbette ki bu durum sadece sosyal ilişkilerde değil hekim ve hasta arasındaki ilişkilerde de söz konusudur. Hekim-hasta arasındaki en önemli problem belki de kaliteli bir empatik iletişim kuramamaktan kaynaklanmaktadır. Hekimler çoğunlukla hastalarla duygusal bađ kurmaktan kaçınmakta ve onların duygu ve dūřuncelerini önemsememektedir. Bu durumda hastaya tıpkı patolojik bir olgu gibi yaklaşan hekim merkezli anlayışın sonucu olarak sağlık kurumlarında hastalara yönelik insandışılaştırıcı davranışlar meydana gelebilir.

Sağlık hizmetlerinde hastalara yönelik meydana gelen insandışılaştırma algılarını ölçmeye yönelik olan bu tez çalışması iki bölümden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmanın ilk bölümünde; öncelikle insandışılaştırma kavramının tanımı yapılmış, neden ve nasıl oluştuğuna dair psikolojik temelleri, insandışılaştırma türleri ve etki alanları gibi kavramsal ifadelerden bahsedilmiştir. Daha sonra temel konumuz olan tıpta insandışılaştırma davranışlarının neden ve nasıl ortaya çıktığına yönelik tanımlamalar yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen insandışılaştırma davranışlarının hangi boyutlarda olduğunun belirlemek üzere tıpta insandışılaştırmanın işlevsel ve işlevsel olmayan nedenleri ve bu nedenlerine dair çözüm stratejilerinden söz edilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise; hastaların hangi düzeylerde insandışılaştırma davranışlarını maruz kaldıklarını belirlemek adına araştırmacı tarafından hazırlanan *“Hekimlerin Hastalara Yönelik İnsandışılaştırma Davranışlarına İlişkin Algı Anketi”* Isparta il merkezinde yaşayan toplam 388 kişiye uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiş ve araştırmanın amaç, yöntem, kısıtlılıkları ile

boyut karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Elde edilen sonuçlar daha önceki benzer ve dolaylı çalışmalarla karşılaştırılarak önerilerle katkıda bulunulmuştur.

Yapılan çalışmanın, Türkçe literatürde çok az tanınmasından dolayı bu konudaki çalışmalar oldukça yetersiz kalmakta olup tıpta insandışılaştırma üzerinde önemle durulması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızın gerek politika hazırlayıcılar gerekse bu konuya ilgi duyan araştırmacılara yol göstereceği ümit edilmektedir.



I. BÖLÜM

İNSANDIŞILAŞTIRMANIN (DEHUMANIZATION) KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Batılı literatürde sıklıkla karşılaşılan ancak Türkçe literatürde çok az sayıda yer alan “dehumanization” kavramı; insandışılaştırma, insan gibi görmeme ve insana has duygulardan uzaklaşma anlamına gelmektedir.

Günümüz modern toplumlarına baktığımızda, ilk olarak “özgür” ve “birey” olan, kendi kimliklerine kavuşmuş, “Ben kimim?” sorularına net bir şekilde cevap verebilen ve aynı zamanda benliklerinin ve öz-farkındalıklarına sağlıklı bir şekilde yaklaşan toplumlarla karşılaşmaktayız. İnsandışılaştırma konusunu anlatmadan önce ilk olarak; benlik ve ötekileştirme konularını inceleme gereği duyulmaktadır.

İnsan olmanın bilincine ulaşmayı sağlayan ve temel öğelerden sayılan benlik kavramı (Hogg ve Vaughan, 1995/2007: 138), bireyin kendisine bakış açısı, kendi özgür zihnini ve zihnindeki kendi şemasını belirtme biçimi olarak tanımlanabilir (Aydın, 1996: 41). Ben ve benlik kavramı, modern psikoloji bilimine ait olup görece tarihsel olarak çok yeni bir düşünce sayılarak, birey olmanın temel basamağı olarak kabul görmektedir (Hogg ve Vaughan, 1995/2007: 168). İnsanın içinde yaşadığı ve anlamlandırmaya çalıştığı kendi evreni; aynı zamanda zihinsel süreçleri de içerdiğinden ötürü, zihnindeki ben şemasının yani kavramsal “ben”in sorularına cevap bulduğu bir alandır (Güven, 2015: 39). Kısacası benlik kavramı; bireyin kendisini nasıl algıladığı, kendisine hangi statülerde değer verdiği, geçmiş yaşantısı ve geleceğine nasıl yön vereceğini belirleyen en önemli faktörlerden birisidir.

Toplumsal yapı içerisinde; farklı, aykırı hatta marjinal olarak adlandırılan kendilik ve benlikleri farklılaşan gruplara “ötekileştirme” adı altında bir soyutlama gerçekleşmektedir. Ötekileştirme kavramı, tarih boyunca tüm dönemlerde görülen ve halen daha günümüzde varlığını ve otoritesini sürdüren bir olgudur. Diğerlerini pasifize etmek amacıyla ortaya çıkan ötekilik terimi, “diğeri” üzerinde baskın bir otorite kurmayı kendisine amaç edinmektedir (Şeker ve Şimşek, 2011: 484).

TDK'nın Türkçe Sözlük'ünde öteki kavramı ile ilgili; “Sözü edilen veya benzer iki nesneden önem ve konum bakımından uzakta olan” ve “Mevcut kültürün içinde dışlanmış olan” şeklinde farklı tanımlar yer almaktadır (www.tdk.gov.tr).

Bauman'a (1996/2016: 51) göre, “biz” ve “onlar” ayrımı sosyolojik literatürde iç grup ve dış grup olarak nitelendirilir, ancak birbirinden ayrılamayan zıt kutuplar olarak toplumsal yapı içerisinde öteki olmadan diğeri kendisine bir statü elde edemeyecektir.

“Bu kavramsal-davranışsal zıtlığın iki üyesi birbirini tamamlar ve koşullandırır; onlar bütün anlamlarını zıtlarından alırlar. ‘Onlar’ olan ‘bizim’ olmaz ve ‘onlar’ ‘biz’ değildir; ‘biz’ ve ‘onlar’ ancak birlikte, karşılıklı çatışma içinde anlaşılabilir. Ben kendi iç grubumu ancak belli bir öteki grubu ‘onlar’ olarak gördüğüm için ‘biz’ olarak görürüm” (Bauman, 1996/2016: 51-52).

Bezirgan Arar ve Bilgin'e (2010: 5) göre ötekileştirme kavramı; bir dış grubun (*out group*) aleyhinde iç gruptan (*in group*) farklı olarak, biz ve öteki ayrımının yapılabildiği önyargı ve stereotiplerden oluşan olumsuz bir sosyal temsil şeklinde tanımlanmaktadır.

Toplumsal ilişkilerde dışlanmışlığın ifadesi olan “öteki”, sosyal gruplar içerisinde kendisine yer edinirken “yok sayma, ehlileştirme, stereotipleştirme/ basmakalıplaştırma” şeklinde “ben” olan öznenin karşında yer edinmektedir (Torun, 2015: 6). Öteki tarafında kendine bir benlik edinen birey, salt grup aidiyetini sağlayamadığından ayrımcılıklı bir bakış açısıyla olumsuzlanır ve ötekileştirme süreci resmiyet kazanarak başlamış olur. Daha sonra bu süreci; anomi, rekabet, stereotipleştirme yani kategorilendirme, dışlama, insandışılştırma ve hatta şiddet eylemleri ile birlikte düşmanlık ve soykırım takip edebilir.

İnsandışılştırma kavramı, bireylerin insani özelliklerini değersizleştirilmesi ve kaybedilmesi hatta bunun yanı sıra yabanileşme şeklinde insani duygu ve düşüncelerin bir başkası tarafından yadsınmasıdır. Smith (2014: 814-815) insandışılştırma kavramının; ahlâk psikolojisinden kamu düzenine kadar çeşitlenebilen, çok geniş yelpazede bulunan önemli bir konu olduğunu belirtir. Dehümanizasyon çalışmalarında, insanın ne olduğuna dair çeşitli fikir ve düşüncelerle birlikte, ırk ve ırkçılık, savaş ve

soykırım, insan dışı hayvanlarla olan etik ilişkilerimiz, örtük önyargı gibi konular psikolojik sezgilerden de destek alarak çalışma alanını meydana getirmektedir. Tüm bunlara rağmen insandışılaştırma terimi, çok önemli olmasına karşın düşünürler tarafından ihmal edilen bir olgu haline gelmiştir. Haslam’a (2006: 252) göre insandışılaştırma olgusu, bireyin kendisi dışındakilere hiçbir insani özellik atfetmeyen bir yaklaşım şekli olup yakın zamanlarda insandışılaştırma kavramı, sistematik teorik yaklaşımlar içerisinde nadir de olsa artık yer almaya başlamıştır.

Birinci bölüm kapsamında; insandışılaştırma kavramı, insandışılaştırmanın psikolojik temelleri, türleri, etki alanları ve tıpta insandışılaştırmanın işlevsel ve işlevsel olmayan nedenleri çözüm stratejileri ile birlikte anlatılmıştır.

1.1. İNSANDIŞILAŞTIRMA TANIMI

Psikolojik bir mekanizma olan insandışılaştırma olgusu, bir topluluğun üyesini başka bir topluluğun üyesinden daha aşağıda hatta insan türü dışında, canavarlaştırılan bir yaratık olarak görme süreci ve değersizleştirme şeklinde tanımlanabilir (Çevik, 2010: 60).

“Illustrated Stedman’s Medical Dictionary” (1982: 371) adıyla kaleme alınan eserde insandışılaştırma; “*insani özelliklerin kaybedilmesi; ya zihinsel ya da fiziksel yollarla vahşileşme; bireyin özsaygı hissinden kurtulması*” şeklinde tanımlanmıştır.

Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü’nde (2005: 219) insandışılaştırma kavramı; “*insanca arzu, duygu ve davranışlardan uzaklaşma; yabanileşme; vahşileşme; hayvanlaşma; dehümanizasyon*” olarak yer almaktadır.

Yeni Tıp Sözlüğü’nde ise (2012: 383) insandışılaştırma terimi; “*insanlıktan çıkma, yabanileşme, vahşileşme, hayvanlaşma; insana yakışır davranışların ve özelliklerin yitirilişi*” şeklinde literatüre kazandırılmıştır. Bir de insandışılaştırmak olarak Türkçe’ye kazandırılacak “Dehumanize” kavramı da; “*İnsansı niteliklerden uzaklaştırmak*” olarak tanımlanmıştır.

Güneş Tıp Sözlüğü (1997: 446) insandışılaştırmayı; “*İnsansı özelliklerin yitirilmesi; insanca arzu, duygu ve davranışlardan uzaklaşma; yabanileşme; vahşileşme;*

hayvanlaşma” manasına gelmektedir. “Dehumanize” kavramı ise; “*insansı niteliklerden uzaklaştırmak*” şeklinde açıklanmıştır.

“İnsandışılaştırma” kavramının ilk defa ortaya çıkışı, “Oxford English Dictionary”nin ifade ettiğine göre 19. yüzyılın erken zamanlarına rastlamaktadır. (Smith, 2016: 418). Daha sonraki dönemlerde farklı perspektifler bağlamında başka anlamlar kazanmıştır. İnsandışılaştırma kavramı ile bağlantılı olan bu anlamlar aşağıdaki gibidir:

1. İnsandışılaştırma kavramı; başkalarını onur kırıcı ya da küçük düşürücü bir duruma maruz bırakmak veya Kantçı bakış açısı ile bireyi, varoluşun özgür ve rasyonel teması değil de araçsal bir faaliyeti olarak görmektir (MacKinnon, 1987: 158).
2. İnsandışılaştırma, bireyleri belirli kategorilere ayırırken ya aşağı ırk olarak adlandırılan insan grupları ve hayvanlar statüsüne ya da şeytanlar, iblisler ve canavarlar gibi olumsuz özelliklere sahip insanüstü varlıklar kategorisine benzetme sürecidir (Bar-Tal, 1989: 172).
3. İnsandışılaştırma kavramı, toplumsal yapı içerisinde başkalarının öznelliğini, bireyselliğini ve ayırt edici insani özelliklerini inkâr etmek olarak tanımlanabilir (LeMoncheck, 1985; Akt. Smith, 2016: 418).
4. Waytz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı insanbiçimcilik ve insandışılaştırma çalışması sonucuna göre; bireylerin psikolojik durumlarının bir başkasının egemenliğine maruz bırakılmasının inkârı olarak belirtilebilir.
5. İnsandışılaştırma kavramı, toplumda yaşayan bireylerin kendilerine has özelliklerinin yok edilmesi, engellenmesi ya da ahlâki açıdan zarar görebilecek şekilde bir başkasının menfaat sağlaması olarak ifade edilmektedir (Mikkola, 2011: 142).
6. İnsandışılaştırma, toplumdaki diğerlerini cansız varlıklar gibi yani; makineler, robotlar ve otomatlar gibi algılanması ve muamele edilmesidir (Haslam, 2013: 36)
7. İnsandışılaştırma kavramı, ana grupta bulunan üyelerin daha çok insani özellikler taşıdıklarını fakat dış grup üyelerinin ise daha az insani değer taşıdıklarını atfeden bir anlayıştır (Leyens vd., 2001: 395).

8. İnsandışılaştırma, diğer olarak adlandırılan toplumsal grubun insan altı bir grup gibi daha aşağı statülerde algılanması ve bu şekilde davranılmasıdır (Chirof ve McCauley, 2006: 87).

Loughan ve diğerlerinin (2009: 747) yaptığı bir tanımlamaya göre; insandışılaştırma diğer olarak sınıflandırılan insan grubuna yönelik, ya insani özelliklerini reddetmek ya da insan olmayan varlıklara benzetme süreci olarak belirtilmiştir. Yine başka bir tanıma göre; başkalaştırılan grubun üyelerini daha az insani niteliklere sahip olarak görme süreci olarak ifade edilebilir (Malacrida, 2012: 287).

İnsana has duygulardan uzaklaşma ve insani özelliklerin kaybedilmesi olarak nitelenen insandışılaştırma kavramı, ana grup içerisindeki bireylerden farklı olarak dış grupta bulunan bireylerin insani özelliklerinin değersizleştirilmesi ve daha az insan olarak algılayan düşüncedir.

1.2. İNSANDIŞILAŞTIRMANIN PSİKOLOJİK TEMELLERİ

Haslam “*Dehumanization: An Integrative Review*” (2006) adlı makalesinde, insandışılaştırma kavramının ana süreçlerinden sayılan psikolojik temellerden bahsetmiştir. Bu bölümde insandışılaştırmanın psikolojik esaslarından sayılan; gayri meşrulaştırma, ahlâki dışlama ve geri çekilme, değerler, infrahumanizasyon ve yaygın temalardan bahsedilmiştir.

1.2.1. Gayrimeşrulaştırma

İnsandışılaştırmanın psikolojik temellerinin önemli bir adımlarından sayılan gayrimeşrulaştırma kavramı; meşru veya hukuki zeminden arındırmak anlamına gelmektedir. Toplum tarafından ötekileştirilen grupların farklı stereotiplere ayrılarak olumsuz sosyal kategorilere dâhil edilmesi ile gerçekleşen bir dışlama sürecidir (Bar-Tal, 1990: 65). Gayrimeşrulaştırma, toplum tarafından dışlanan gruplar için son derece duygusal ve davranışsal sonuçları olan basmakalıp eylemler haline dönüşmektedir. İnsanlığın inkâr edilmesi amacıyla olumsuz basmakalıp özellikler başka bir gruba atıfta bulunmaktadır (Bar-Tal, 2000: 121-122).

Gayrimeşrulaştırmanın ahlâki dışlamaya yol açan bir süreç olup, farklı özellikleri de mevcuttur. Bu özellikler (Bar-Tal, 1990: 66) ise;

- Gayrimeşrulaştırma olgusu olumsuz, çarpıcı ve kendine özgü esaslar üzerine şekillenmektedir.
- Gayrimeşrulaştırma sürecine dâhil olan grubun insanlığı inkâr edilir, yani insandışılaştırmaya maruz kalmaktadır.
- Gayrimeşrulaştırma süreci içerisinde olumsuz duygusal özellikler olarak yer alan nefret, öfke, küçümseme, korku veya tiksinti gibi reddedilen hisler yer almaktadır.
- Gayrimeşrulaştırma sürecine maruz kalan grubun, kendi grubunu tehlikeye atma ihtimali de mevcuttur.
- Gayrimeşrulaştırma olgusunu yaşayan grup, insani muameleyi hak etmediği ve zarar verilmesi gerektiği de savunulmaktadır.

Ayrıca gayrimeşrulaştırma, etnik gruplararası çatışmayı açıklamak ve iç gruplar arasındaki anlaşmazlığı haklı göstermek amacıyla üstünlük kurmanın gücünü de kullanarak meydana gelmektedir (Haslam, 2006: 254). Gayrimeşrulaştırma toplumdan dışlanan gruplara karşı olumsuz özellikleri barındıran bir sosyal kategorilendirme türü olup, çoğunlukla İsrail Yahudileri ve Filistinliler arasında yaşanan çatışma sürecinde çeşitli kanallarla meydana geldiğini görülmektedir. Örneğin bu kanallar; çeşitli siyasi liderlerin açıklamaları, medya ve gazete haberleri, okul ve tarih kitapları gibi edebi kaynaklar aracılığı ile tasvir edilerek, diğer grup sürekli olumsuz kategorilere dâhil edilmektedir (Bar-Tal, 1997: 505). Orta Doğu’da bulunan bu iki grup, aynı coğrafi mekânda yaşasalar dahi aralarında fiziki ve sosyal kategoriler oldukça belirgindir. Mümkün olduğu sürece aralarında çok az sosyal ilişki yaşanmaktadır. İki grubun birbiri hakkında sahip olduğu bilgiler ise, çoğunlukla olumsuz kategorilere dâhil olan çatışma temalı olgulardır (Oren ve Bar-Tal, 2007: 113).

Duygusal ve davranışsal etkileri negatif özellikler ile sonuçlanan “Gayrimeşrulaştırma İnancı”, sosyal psikoloji analizlerinde olumsuz basmakalıp düşünceler şeklinde ele alınmıştır (Bar-Tal, 2000: 122). Bu açıklamaya göre gayrimeşrulaştırmanın en yaygın kullanılan biçimleri; insandışılaştırma, toplum dışına atma, karakter özellikleri tanımlama, siyasi etiketlerin kullanımı ve grup karşılaştırmasıdır (Bar-Tal, 1990: 65-66). Şimdi bunlar kısa kısa açıklanacaktır:

- İnsandışılaştırma:** Bir insan grubunu ya insanlık dışı kategorileri baz alarak aşağı ırk statüsünde gören ya da hayvanlar, iblisler, canavarlar gibi insanüstü olumsuz

değer atfederek insanları, insanlık dışı bir varlık olarak algılayan paradigmadır. Gayrimeşrulaştırma sürecinde içerisinde yer alan grubun üyeleri, her iki olgu karşısında da insandışılaştırmaya maruz kalacaktır. Bu duruma en iyi örnek her zamanki gibi beyaz ırkın mensupları siyah ırkın mensuplarını kategorileştirerek insandışılaştırmasıdır.

- b. Toplum dışına atma:** Bir sosyal grubun üyelerini, toplumsal normları ihlal eden bireyler olarak kategorileştiren gayrimeşrulaştırma türüdür. Toplumsal kuralları ihlal eden gruplar örneğin; katiller, hırsızlar, psikopatlar ve deliler gibi çeşitli şekilde alt kategorilere ayrılmıştır. Bu bireyler genellikle toplum dışına itilerek dışlanırlar.
- c. Karakter özellikleri tanımlama:** Bir toplumsal grubun tasvip edilmeyen ve olumsuz özellikler olarak değerlendirilen kişisel özellikleri ile gerçekleştirilen gayrimeşrulaştırma biçimidir. Örneğin, bu kategorilendirme şekli; saldırgan, parazit ve ahmak gibi etiketler kullanılarak yapılmaktadır.
- d. Siyasi etiket kullanımı:** Toplumsal grup içerisinde bireyi faşist, komünist veya emperyalist şeklide gayrimeşrulaştırarak, sisteme karşı bir tehdit unsuru olarak algılanan siyasi grupların içerisinde kategorize eden anlayıştır. Bu tür gayrimeşrulaştırma biçimi, toplumsal yapı için bir tehlike olarak algılanır ve kabul edilmeyerek dışlanır.
- e. Grup karşılaştırması:** Her toplumsal yapılanmanın kendi içerisinde olumsuz özellikleri ile anılan grubu, başka bir diğer grup ile karşılaştıran gayrimeşrulaştırma biçimidir. Örneğin; Hunlar, Vandallar ya da Ermeni tohumu, Yahudi gibi kategorilerin kullanılması aracılığı ile bir grubu diğer başka grup ile etiketleme ve karşılaştırma şeklidir.

1.2.2. Ahlâki Dışlama ve Geri Çekilme

İnsandışılaştırmanın psikolojik temellerinden birisi de; ahlâki dışlama ve geri çekilme adıdır. İnsandışılaştırma olgusu ile şiddet kavramı, ahlâki kısıtlamaları güçsüzleştiren özellikler ve ayrıca toplu şiddet eylemlerinin ahlâki boyutları da incelenmiştir. İnsandışılaştırmaya maruz kalan mağdurlara karşı, düşmanlık şiddeti tetikler ancak mağdur ile manevi bir duygu paylaşımı yaşanırsa şiddet davranışının önüne geçilmiş olur.

Toplumsal yaşantı içerisinde değersizleştirilen, yok sayılan ve ötekileştirilen bireyler son olarak insandışılaştırmaya maruz kalarak kimlik ve topluluk anlayışlarının da reddedildiği bir süreç yaşamaktadırlar. *“Kimliğini inkâr etmesi yani birey olarak bağımsız, diğerlerinden ayırt edilebilir ve seçim yapma kapasitesine sahip olmak anlamına gelmektedir. Topluluk anlayışını inkâr etmesi ise; her biri diğeri ile ilgili bireyler ağının parçası olarak algılanmaktadır.”*(Kelman, 1976: 301; Akt. Haslam, 2006: 254).

Opatow’a (1990: 1) göre ahlâki dışlama kavramı; birey veya grupların ahlâki değer, kurallar ve fikirlerin geçerli olduğu sınırın dışında varlığı algılandığı zaman gerçekleşmektedir. Toplumsal yapı içerisinde ahlâki olarak dışlananlar; değersiz, harcanabilen ve diğerlerine karşı yapılan bir haksızlık olarak görülmektedir. Bu nedenle toplumdan dışlanan bireyler veya gruplara zarar vermek ve onları kullanmak, gayet normal, kabul edilebilen ve olması gereken adil bir süreç olarak algılanmaktadır. Ahlâki dışlanma konusunun yelpazesi çok geniş olup; kürtaj, türlerin korunması, nükleer silahlanma ve göç politikaları gibi birçok sosyal grupların muzdarip olduğu toplumsal konuları ele almaktadır.

Birçok toplumsal farklılıkların sebebi olan ahlâki dışlanma, bireylerin kararları ve davranışları üzerinde kendisine yer edinmektedir. Ahlâki dışlama süreci, farklı toplumsal gruplar için şiddet eylemleri ile birlikte varlığı hafif veya ağır olarak hissedilebilir. Özellikle temelinde şiddet olgusu yer alan; insan hakları ihlali, siyasi baskılar, kölelik ve soykırım gibi ahlâki dışlanma türlerinde şiddet eylemlerinin varlığını gösterdiği çok ağır bir süreç izlenmektedir. Ahlâki dışlanmanın hafif boyutları ise; acı ve mahrumiyetle başa çıkılamayan toplumsal problemlerde görülmektedir (Opatow, 1990: 2).

Ahlâki dışlanma konusu, gruplararası çatışma ve birbirinden farklı duygular tarafından temellenerek, soykırımdan başlayıp bir başkasının acılarını görmezden gelmeye kadar çok farklı alanlarda çeşitlenebilmektedir (Haslam, 2006: 254). Ahlâki dışlama süreci; bireyin ve grubun karşılıklı birbirini değiştirebildiği kadar hızlanmaktadır. Ahlâki dışlama uygulamaları, farklı şekillerde belirtilerini ortaya koymaktadır. Bunlardan bazıları da psikolojik mesafe, mağdur suçlama ve kınama gibi insandışılaştırma biçimidir (Opatow, 1990: 12).

Bandura (2002) “*Ahlâki faillik pratiklerinde seçici ahlâki geri çekilme*” isimli çalışmasında, Kelman ve Opatow’un ahlâki faillikte yer alan bilişsel ve duygusal mekanizmaları kendi yorumu ile bütünleştirerek ele almıştır. İnsandışılaştırmanın meydana gelmesindeki bir diğer yol, ahlâki özyaptırımın seçici şekilde özgür bırakılmasıdır. Ahlâki kişisel baskı ise; faillerin kötü muamele gördükleri vakit nasıl tepkiler verdiklerine üzerine çalışır (Bandura, 2002: 102). Ahlâki eylemlerden uzaklaşan saldırganlar, insani özellikleri göz ardı edilirse ancak o zaman engellenebilirler. Yani, mağdurlarının kimlikleri ile karşı karşıya gelecekken mani olunursa failer kendilerini suçlama ve empatik yüklerinden arınabilirler. Ahlâki failer, kendilerini sorumluluktan kurtardıktan sonra duygu, umut ve endişe gibi insani hisleri alt konumdaki insani özellikler olarak algılamaktadır. Örneğin, savaş dönemlerinde askerler düşmanlarını şeytani ve hayvani imgelerde tahayyül ederek suçluluk ve sorumluluk duygularını en aza indirmektedirler (Bandura, 2002: 109).

İnsani niteliklerden mahrum bırakılan mağdurların, insandışılaştırma yoluyla saldırganlıklarının engellenmesi üzerine yapılan bir araştırmada; kişisel sorumluluk bağlamında davranış fırsatları tanınmıştır. Yapılan deneysel araştırmada mağdurlara karşı acımasızca eylemler sergilenmiş olup, hem insandışılaştırma hem de kişisel sorumluluğun azalması ile birlikte saldırganlık davranışlarının arttığı gözlenmiştir (Bandura vd., 1975: 253). Yine Bandura ve arkadaşları (1996) tarafından çocukların ahlâki geri çekilme yaşadıkları dönem içerisinde saldırganlık algıları ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda ahlâki geri çekilme algısına sahip çocukların saldırganlık davranışları arasında olumlu bir ilişki gözlemlenmiş ve çocukların suçluluk davranışı sonucunda, ileriye yönelik daha az pişmanlık ve suçluluk yaşadıkları da ortaya çıkmıştır.

1.2.3. Değerler

İnsandışılaştırmanın psikolojik temellerinden bir diğeri ise insani değerlerin insandışılaştırma sürecinin oluşmasında merkezi bir konuma sahip olduğuna dair teorik yaklaşımlar bulunmaktadır. İnsandışılaştırma sürecinin en önemli sorunlarından birisi; iç ve dış gruplara dâhil olanlar kendi gruplarının üyelerine merhametle davranırken, dış grubun üyelerine karşı acımasız ve zalimce davranışlarda bulunmalarıdır. Schwartz ve Struch (1989: 151) tarafından geliştirilen yaklaşıma göre; gruplararası karşılıklı eylemleri anlamak için, grup üyelerinin temel değerleri hakkındaki inançlara yoğunlaşarak

gruplararası stereotipler kategorize edilmiştir. Ve tüm bunların sonunda, gruplararası davranış inançlarını açıklamak için “dış grubun algılanan insanlık” fikri meydana gelmiştir.

Hâlihazırda toplumsal bir yapı içerisinde yetişen bireylerin değer hiyerarşileri, davranışlarını şekillendiren kültürel ve bireysel amaçları doğrultusunda oluşmaktadır. Bireyler değer hiyerarşilerini oluştururken elde etmeye çalıştıkları en değerli ve en az çekici görünen hedefler ve davranışlar doğrultusunda aynı zamanda ayırt edici insanlık özelliklerini de dâhil ederler. Tüm bunlar sonucunda değer hiyerarşisi ile ilgili inançlar, algılanan grubun üyelerine dair temel insan doğası hakkındaki bakış açısını ortaya çıkarır (Schwartz ve Struch, 1989: 153). Dış grup üyeleri iç grup ile değerlerini farklı olarak algılasa eğer, bu durumda gruplararası paylaşılan insanlıktan mahrum kalınabilir ve menfaatleri hiçe sayan durumlarla da karşılaşılabilir (Haslam, 2006: 255).

Değer hiyerarşisinde bulunan değer benzerliği ile ilgili inançlar, diğer dış grupların insanlık algısıyla da açıklanabilir. Değer hiyerarşisindeki bazı değerler, bir grubun algılanan insanlığını gösterebilir. Schwartz ve Struch (1989: 155), insan gruplarının temel hayvani özelliklerden üstün olduklarını, ayrıca insani ve ahlâki duyarlılıklarının insanlık algısını gösteren değerler olduklarını ifade etmektedirler. Yazarlar tarafından tanımlanan insanlık derecesinin iki alanı mevcuttur. İlk olarak eşitlik, yardımseverlik ve hoşgörölü gibi toplum yanlısı değerler anlayışı bulunmaktadır. İkincisi ise; keyif ve rahat bir hayat gibi değerleri kapsayan hedonizm anlayışıdır. Bir karşılaştırmaya tabi tutulduğunda toplum yanlısı değerler aşkın yani üstün statüde değerlendirilirken; hedonizm ise, alt insan türleri ile paylaşılan egoist çıkarlar olarak kabul edilmektedir. Toplum yanlısı değerler, sosyal grup içerisinde diğer bireylerin refahını desteklemeye yönelik bilinçli eylemler gerçekleştirirken; hedonist değerler ise alt insan türleri ile ilişkili bencil çıkarlara hizmet etmektedir. Böylece (Haslam, 2006: 255) bir sosyal grubun üyeleri, toplum yanlısı değerlerden yoksun kaldığı ve iç grubun değerlerinin birbirine aykırı olduğu durumlarda insandışılaştırma olgusu ile karşılaşılacaktır.

Schwartz ve Struch (1989) tarafından yapılan stereotipleme ve önyargı araştırması sonucunda, hem insandışılaştırılan algı hem de dış grubun algılanan çatışma ve

saldırganlık bağlantısı desteklenirken, iç grupta gerçekleşen kayırmacılığın saldırganlıkla ilgisi bulunmadığı ortaya çıkmıştır.

1.2.4. Infracumanizasyon (Alt-İnsandışlaştırma)

Daha önce yapılan insandışlaştırma çalışmalarından farklı olarak Leyens ve arkadaşları (2001) tarafından insandışlaştırma çalışmaları psikolojik açıdan yeni bir perspektif ile ele alınmıştır. İnsandışlaştırmının gruplararası boyutunu incelemişler ve alt-insandışlaştırma olarak Türkçe'ye kazandırılacak yeni bir kavram geliştirmişlerdir. Psikolojik özcülük anlayışına göre; insanlar gruplararası benzeşmezlikleri farklı özlere atfederek açıklamaya çalışmaktadırlar. Bu anlayışa göre insani nitelikler iç grupta sınırlandırılırken, dış grupta ise daha az insani özelliklere sahip olacağı düşünülmektedir. Toplumsal yapının vazgeçilmez unsuru olan bireyler, genellikle kendi iç gruplarına yönelik eşsiz insan özellikleri olarak niteleyebileceğimiz “ikincil duygular” ile hareket eden davranışlar gerçekleştirmektedir. Ana grupta bulunanlar, dış gruba göre daha az ikincil duygulara sahip olurlarken, aynı zamanda da eşit derecede birincil duygular taşımaktadırlar (Leyens vd., 2001: 395-396). Psikolojik özcülük anlayışına göre ikincil duygular; özlem, coşku, mutluluk gibi hisler iken birincil duygular ise korku, mutluluk ve hüzn gibi diğer hayvan türleri ile paylaşılan duygu durumları olarak sıralanabilir (Haslam, 2007: 410).

İnfracumanizasyon algısı, ana grup dışındaki insanların farkındalığını ortaya koymaktadır. Gruplararası insandışlaştırmaya yol açan bu algı sadece yüksek ve alçak statü için değil, gruplararası çatışmanın yokluğunda bile kendisini gösterebilir (Leyens vd., 2003: 703).

Toplumsal kategorilerde iç grup üyeleri için, ikincil ve birincil duygular arasındaki farklılık aşinalıkla azaltılamaz (Cortes vd., 2005: 244). Gruplararası boyutlarda gerçekleşen ikincil duygular çoğunlukla iç gruptan dış gruba doğru atfedilmektedir. Ana grup üyeleri, ikincil duygularını dış gruplara atfetmekten ve dış grup üyeleri de çoğunlukla kendi tecrübelerini açıklamaktan kaçınmaktadırlar. Yapılan araştırmalar doğrultusunda grup önyargısı ve ayrımcılığının, grupların bilinçdışı algılarına dayandığı da doğrulanmıştır (Gaunt, 2002: 509).

Gruplararası algılar boyutunda gerçekleşen infrahumanizasyon, insandışılaştırmanın ilgi çeken farklı bir oluşumdur. İkincil duygular ne pozitif ne de negatif boyutta olup, dış gruplar için inkâr edilen duygu bütünüdür. Böylece, grup üyeleri hayvanlara benzetilmeye çalışılmakta ve grup içi iltimasa da bu nedenden ötürü gerek kalmamaktadır. Gruplararası çatışmaların yokluğunda dâhi varlığı hissedilebilen infrahumanizasyon algısı, zulüm ve etnik nefret bağlamında insandışılaştırmanın faaliyet alanını çeşitlendirebilir (Haslam, 2006: 255).

1.2.5. Yaygın Temalar

Literatürde mevcut insandışılaştırma çalışmalarına bakıldığında, genellikle benzer konular üzerinde çalışıldığı görülmektedir. Çoğunlukla benzer teorik çerçeveler kapsamında insandışılaştırma kavramı, ilk olarak saldırganlık bağlamında ele alınmıştır. Bu anlayış toplumsal grubun üyesi bireylerin saldırganlığa karşı kısıtlamaların kaldırılması, dış grup üyelerinin toplumsal inançlarının küçümsenmesi veyahut insandışılaştırmayı şiddetin ya sonucu ya da ön koşulu olarak kabul eden bir perspektife sahiptir.

İkinci olarak insandışılaştırma çalışmaları, başkalarına karşı aşırı olumsuz değerlendirmeler içeren kategorilendirme tarzında yapılmıştır. Bunun yanı sıra infrahumanizasyon teorisine göre, bu çalışmalar insandışılaştırmanın daha hafif ve daha yumuşak seviyede yapılmasına istisnai bir şekilde izin vermiştir.

Üçüncü olarak ise insandışılaştırma üzerine; bireyler, kişilerarası ve gruplararası işlevleri harekete geçiren bir olgu olarak kavramsallaştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bunlar; ahlâki duygulardan kurtulma, kendini sorumluluk hissinden arındırma, şiddet için izin verilebilir ya da sonrası için gerekçelendirme, normatif olmayan davranış karşısında epistemik kesinlik, üstünlük algısının sağlanması ve sosyal egemenliğin uygulanması gibi olgular üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Ancak bunlara rağmen insandışılaştırma sürecinin sosyal bilişsel belirleyicileri muhtemelen daha tam olarak bilinmemektedir (Haslam, 2006: 255).

1.3. İNSANDIŞILAŞTIRMA TÜRLERİ

İnsandışılştırma kavramı, birçok araştırmacı tarafından farklı boyutlarda tanımlanmış ve üzerinde genel olarak bir birlik sağlanmış durumdadır. Yapılan çalışmalarda insanlığın inkar edilme şeklinin bir yansıması olarak, animalistik ve mekansitik insandışılştırma olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır. Bir de bunların yanına, gruplararası insandışılştırma olarak infrahumanizasyon eklenebilir. Zira infrahumanizasyon, grup içi başkalaştırmaya yönelik mikro düzeyde bir ötekileştirme şeklidir. Bu başlık altında animalistik ve mekanistik insandışılştırmaya ayrıntılı olarak değinilmekle birlikte infrahumanizasyondan da kısaca bahsedilecektir.

1.3.1. Animalistik İnsandışılştırma

İnsandışılştırma teorisi üzerine daha önceki yapılan çalışmalarla birlikte Haslam (2006), insandışılştırmayı bütünleştirici bir kapsamda ele almıştır. Bu çalışmada ana tema, insandışılştırma teorisinde insancılığın anlaşılması olup, ayırt edici nitelik olarak da insan doğası kavramı belirlenmiştir.

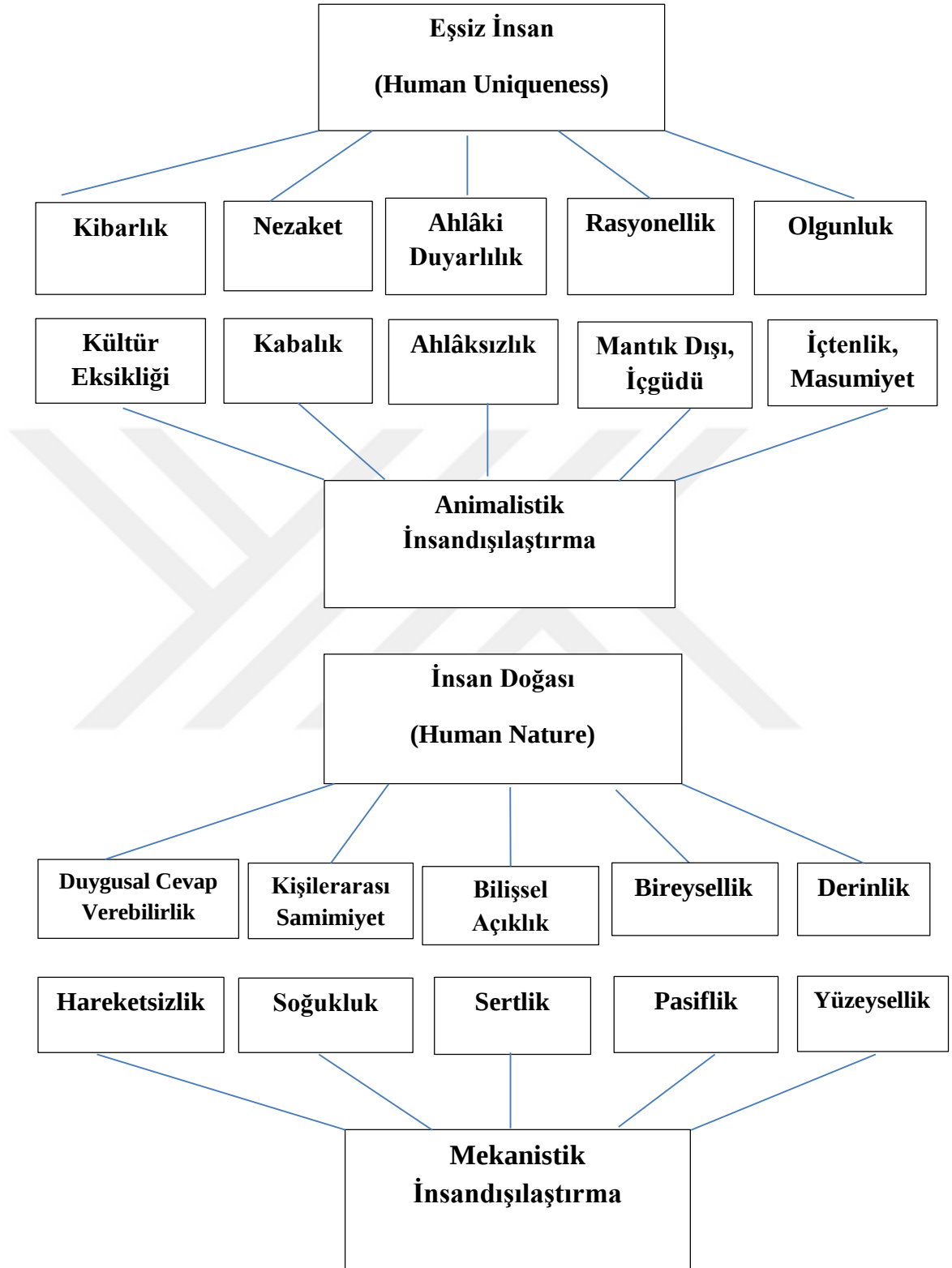
İnsandışılştırmanın iki ana biçimleri olan animalistik ve mekanistik insandışılştırmayı tanımlamadan önce, insanlığın duyuları arasında sezgisel bir ayrımı açıklığa kavuşturmak gerekmektedir. İlk olarak Human Uniqueness (UH) yani eşsiz insan özellikleri, insanları diğer hayvan kategorisinden ayıran nitelikler olarak tanımlanabilir (Haslam, 2006: 256). UH özellikleri; nezaket, zariflik, ahlâki duyarlılık, mantık ve olgunluk gibi kavramları içerisinde barındırmaktadır. Ve bu duygu tıpkı Aydınlanma duygusunu benzetilmektedir. Ayrıca rasyonel bir mantığa sahip olduğu da özellikle vurgulanmaktadır (Haslam, 2006: 257).

İnsanlığın iki duyusundan birisi olan Human Nature (HN) yani insan doğası ise esasen veya tipik olarak insan nitelikleri olarak tanımlanabilir (Haslam ve Loughnan, 2014: 403). Normatif özellikler olarak nitelendirilen HN ise insani özellikler onu diğer türlerden ayıran özelliklerle aynı olmayabilir. Yani, kanatlara sahip olmak kuşların temel özelliği iken, diğer canlılardan ayırmak içinse güvenilir bir gerekçe sağlamamaktadır. Ayrıca diğer canlılarda da gözlemlenebilen merak dürtüsü, insana özgü bir his değilken temel insani özellikler arasında kabul görmektedir. İnsanlığın temelini oluşturan HN duyusunun özellikleri; bilişsel açıklık, duygusal cevaplanabilirlik, sıcaklık ve bireysellik

olarak sıralanabilir. Temel “doğa” olarak görülen HN, insanlığın derinlik duygusunu içinde barındıran, romantik bir insanlık anlayışıdır (Haslam, 2006: 256).

Human Uniqueness (UH) özellikleri reddedildiğinde animalistik insandışılaştırma biçimi ortaya çıkmaktadır. İnsanı hayvanlardan ayırt eden animalistik insandışılaştırma; yüksek bilişsel kapasite, mantık, nezaket ve ahlâki hassasiyet gibi özelliklerin inkârını ifade etmektedir (Coşkun, 2014: 12). Ayrıca eşsiz insan (UH) özelliklerinin tam tersi olarak düşünebileceğimiz “Human Uniquennes” (UH) özellikleri inkâr edildiğinde, açıkça veya dolaylı olarak “insan” hayvanlara benzetilir ve olgunlaşmamış, kaba, kültürsüz, kendini kontrol etmede yetersiz olarak ve çocukça değerlendirilir (Bastian ve Haslam, 2011: 296).

İnsanlığın iki duyuları olarak kabul edilen eşsiz insan (UH) ve insan doğası (HN) duyuları reddedildiği takdirde insandışılaştırmanın iki türüne karşılık gelmektedir. Eşsiz insan (UH) reddedildiğinde animalistik insandışılaştırma, insan doğası (HN) reddedildiğinde ise mekanistik insandışılaştırma ortaya çıkmaktadır. İnsanlık algıları ve insandışılaştırma arasındaki ilişki Şekil 1’de görülmektedir.



Şekil 1. İnsanlık Algıları ve İnsandışılaştırma Şekilleri Arasındaki İlişki (Haslam, 2006: 257).

Şekil 1’de görüleceği üzere eşsiz insan (UH) özellikleri reddedildiğinde animalistik insandışılaştırmaya karşılık gelmektedir. Eşsiz insan (UH) özellikleri kibarlık, nezaket, ahlâki duyarlılık, rasyonellik ve olgunluk özellikleri reddedildiğinde animalistik insandışılaştırmanın özellikleri olan sırasıyla kültür eksikliği, kabalık, ahlâksızlık, mantık dışı ve içtenlik gibi duygulara karşılık gelmektedir. İnsan doğası (HN) özellikleri reddedildiği takdirde mekanistik insandışılaştırmaya dönüşmektedir. İnsan doğasının (HN) özellikleri duygusal cevap verebilirlik, kişilerarası samimiyet, bilişsel açıklık, bireysellik ve derinlik özellikleri reddedildiğinde mekanistik insandışılaştırmanın özellikleri olan sırasıyla hareketsizlik, soğukluk, sertlik, pasiflik ve yüzeysellik gibi duygulara karşılık gelmektedir.

Animalistik insandışılaştırma, insanı hayvanlardan ayırt eden nezaket, irade gücü, zekâ ve rasyonellik gibi özelliklerin inkâr edildiğini ifade etmektedir (Christoff, 2014: 2). Eşsiz insan (UH) özelliklerinin reddedilmesinin yansıması olarak animalistik insandışılaştırmanın özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

Duygusal Boyut: İnsandışılaştırmanın önemini anlamak için öncelikle duygusal boyuta yer verilmelidir. İnsandışılaştırmaya maruz kalan fail, eşsiz insan (UH) özelliklerinden yoksun bırakıldığı takdirde kendisinden tiksiniyecek ve hor görülecek bir nesneye dönüşmektedir. Animalistik insandışılaştırma, insanı hayvandan daha alt seviyede görmekte ve bireyleri diğer kişilerin tahayyülünde hayvanlar gibi nefret ve iğrenme duyguları ile özdeşleştirmektedir (Haslam, 2006: 258). Yine aynı makalede de yer verilen, 2003 yılında ABD tarafından işgal edilen Irak’ta Abu Ghraib (Ebu Garib) hapisanesinde yaşanan insanlık dışı eylemler animalistik insandışılaştırmanın korkunç fotoğraflarıyla birlikte nasıl gerçekleştiğini dünya kamuoyuna sunmuştur.

Göstergebilim: İkinci özellik olarak dilde temsil edilme şekilleri bakımından farklılık sergilemesi açısından göstergebilim özelliği, hayvani formu anımsattığından dolayı dikey bir karşılaştırma temasıyla kendisini göstermektedir (Haslam, 2006: 258).

Psikolojik Özcülük: Üçüncü özellik olarak psikolojik özcülük, Leyens ve arkadaşları (2001: 395) tarafından toplumsal gruplar arasındaki ayrılıkların farklı özlerden gelmelerinden dolayı kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Etnosentrizm

düşüncesiyle birlikte, insan özünün iç grupla sınırlandırılacağını ve dış grubun ise daha az insanlık algısına sahip olacağından söz edilmiştir. Ancak insanların, dış gruplara kıyasla iç grupların yani ana grupların daha çok insani özelliklere sahip olduğu savı ortaya atılmıştır.

Animalistik insandışılaştırma için, gruplar hakkında psikolojik özcü düşünme gerekli olarak görülmektedir. Özünde iki grup birbirinden farklı görülebilir ancak, onları ayıran şey derin ve kalıtsal olmaktan çok toplumsal olarak şekillenmiş olarak algılanmalarıdır. Bu durum infrahumanizasyon için de geçerli olup, UH duyguları farklı atfedilen sosyalleşmeyi de içerisinde barındırmaktadır (Demolin vd., 2004: 90-91). Kısaca animalistik insandışılaştırma için, algılayıcı ve hedef arasındaki farkın doğasını keşfetmek olduğunu söylenebilir.

Toplumsal Bağlam: Dördüncü özellik olarak ise; sosyal psikolojik alanlarda insandışılaştırma, gruplar ve üyelerin tamamen insanlıktan yoksun bırakan gruplar arası bir olgu olarak algılanmaktadır. Ancak geliştirilen modelde insandışılaştırma, gruplar arası bağlamda sınırlandırılmamakta ve kişiler arasında da bu sürecin gerçekleşebileceği öne sürülmektedir. Bireyler toplumsal yapının ana unsuru olan sosyal grupların temsilcisi olarak değil de, ötekilerin kendini soyutlamak istedikleri “*genelleştirilmiş diğer*” birey veya farklı bireyler algısı oluşturarak insandışılaştırma olgusu yaşanır.

Ayrıca insandışılaştırma olgusu, kişiler arası (kendi kendine) ve gruplar arası (iç grup-dış grup) kıyaslamalarda eşit derecede ortaya çıkabilir. Bununla birlikte UH özelliklerinin inkârı kişiler arası karşılaştırmalarda ortaya çıkabilir ve animalistik insandışılaştırmanın tipik olarak gruplar arası bir olgu olduğu söylenebilir (Haslam, 2006: 259).

İlişkisel Tanım: Animalistik insandışılaştırmanın beşinci özelliği olarak ilişki boyutu, toplumsal paylaşım olarak tanımlanmıştır.

Bilişsel Yöntem: İnsanın hayvanlardan ayırt eden özelliklerin inkârını ifade eden animalistik insandışılaştırmanın kullandığı bilişsel yöntem; tabiat bilgisi ve ırk yaşam bilgisi olarak tanımlanmıştır.

Davranışsal Açıklama: Son özellik olarak davranışsal açıklama ise animalistik insandışılâştırmada, insanlar hayvanlara benzetildiğinden dolayı tıpkı onlar gibi arzu tabanlı yani içgüdüsel olarak hareket edeceğinden bahsedilmiştir (Haslam, 2006: 260).

Buna ek olarak infrahümanizasyon, bir kurumda veya bir örgütte çalışan grupların birbirlerine karşı hissettikleri duygudan hareketle birbirlerine olan algısından ortaya çıkan bir ötekileştirme olgusudur. Bu tür insandışılâştırma, animalistik insandışılâştırmayla bağlantılı olmakla birlikte çoğunlukla bir örgüt içindeki farklı grupların ayrımcılık temelinde birbirlerini ötekileştirmeleri şeklinde gözlemlenmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde animalistik insandışılâştırma, özellikle ırk ve ayrımcılık temelli olmak üzere çoğunlukla etnik köken, göç, ırk ve soykırım gibi konular bağlamında değerlendirilmekte ve ortaya çıkmaktadır.

1.3.2. Mekanistik İnsandışılâştırma

Mekanistik insandışılâştırma, insanı robot gibi cansız varlıklardan ayıran ve bunun yanı sıra bireylerin diğer kişilere karşı soğukluk, katılık ve duygusallık gibi özelliklerin inkârını ifade etmektedir (Haslam, 2006: 258).

İnsanlığın iki duyusundan birisi olan Human Nature (HN) reddedildiğinde mekanik insandışılâştırma biçimi ortaya çıkmaktadır. Başkalarına karşı duygusallık, sıcaklık, bilişsel açıklık, bireysel temsilcilikten ve derinlikten yoksun olma anlamına gelmektedir. Human Nature (HN)'nin özellikleri; duygusal cevap verebilirlik reddedildiğinde hareketsizlik, sıcaklık reddedildiğinde soğukluk ortaya çıkmaktadır. Diğer özelliklerinden olan bilişsel açıklık reddedildiğinde ortaya sertlik yani katılık çıkacak ve bireysel temsilcilikten yoksun bırakarak pasif bir hal alıp ikame edilebilir bir süreç başlayacaktır. Ve son özellik olarak HN içerisinde, gerekçeli derinlik barındırdığından dolayı onun da inkârıyla birlikte yüzeysellik hâkim konumda bulunacaktır.

Kısacası hareketsizlik, soğukluk, katılık, pasiflik ve bireysel temsilcilik eksikliği gibi özelliklerin kombinasyonu insandışılâştırmanın mekanik biçimini ortaya çıkarmaktadır. Bu görüş insanların diğer olarak adlandırdıkları kısmı, nesne veya otomat yani robot gibi gördükleri manasına gelmektedir (Haslam, 2006: 258).

İnsanlığın inkâr edilmesinin iki şeklinden biri olarak mekanistik insandışılaştırmanın özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

Duygusal Boyut: Mekanistik insandışılaştırmanın özelliklerinden ilk olarak duygusal boyuta yer verilmelidir. Human Natura (HN) diğerlerini; soğuk, robotik, pasif ve derinliksiz gördüğünden dolayı kayıtsızlığa yani duygusal uzaklıkla birlikte umursamaz ve ihmal edilmişlik duygularının ortaya çıkmasına neden olacaktır (Haslam, 2006: 258).

Göstergebilim: İkinci olarak dilde temsil edilme şekilleri açısından da farklılık sergilemesi bakımından göstergebilim özelliği, diğerlerine insanlık dışı veya alt-insan olarak niteleyebileceğimiz aşağılayıcı bir muamele ile karşılık verilir. Bu durumda HN duyusunu reddeden bir insan, insanlık dışı eylemlerinden daha da aşağıya doğru yerinden edilerek insanca olmayan bir yapıya bürünmektedir. Kısaca mekanistik insandışılaştırma, yatay bir karşılaştırma teması ile ortaya çıkmaktadır (Haslam, 2006: 259).

Psikolojik Özcülük: Üçüncü özellik olarak psikolojik özcülük, mekanistik insandışılaştırmada çok farklı bir role sahiptir. Burada rahatsız edici öz, insandışılaştıran ve insandışılaştırmaya maruz kalan bireyler arasındaki ayrımın niteliği değil, farklı olarak atfedilen içerik yani HN'dir. Mekanistik insandışılaştırmada, kişiler arası karşılaştırmalarda başkalarına karşı gerekli görülen gruplar arası sınırın olmadığı dile getirilir. Ancak böyle bir sınır algılanırsa mekanistik insandışılaştırma ortaya çıkabilir (Haslam, 2006: 259).

Toplumsal Bağlam: Dördüncü özellik olarak toplumsal bağlamda ise; mekanik insandışılaştırma kişiler arası karşılaştırmalarda belirginleşmektedir. İnsanlığın iki temel duyusundan biri olan HN'nin özellikleri genellikle grup ve grup dışında olanlara (örneğin; kadının nesneleştirilmesi) doğru ilişkilendirilebilir. Ancak mekanistik insandışılaştırma genel olarak hem gruplar arası hem de kişiler arası bağlamda geçerli olabilir. Animalistik insandışılaştırmanın aksine mekanik insandışılaştırma gruplar arası bir olgu olarak teorileştirilmemiş ve çoğunlukla da biyotıp, teknoloji gibi alanlarda belirgin konuma gelmiştir (Haslam, 2006: 259).

İlişkisel Tanım: Beşinci özellik olarak mekanistik insandışılartırma da bireylerin göstermiş olduğu ilişkisel düzlem; asosyal, toplumdan kaçan ve egoist olarak tanımlanmıştır.

Bilişsel Yöntem: Altıncı özellik olarak, insan doğasını temel alan mekanistik insandışılartırma insanlığı reddettikten sonra otomatlara ve robotlara benzetilmektedir. Bu nedenden dolayı bilişsel yöntem olarak teknik özelliklere sahip olması sıralanabilir.

Davranışsal Açıklama: Son özellik olarak ise davranışsal açıklamalar yapılmış ve mekanistik insandışılartırma, nedene veyahut geçmiş nedenlere dayalı açıklamalar yapmaktadır (Haslam, 2006: 260).

Genel olarak mekanistik insandışılartırma kişiler arası etkileşimler ve organizasyonel ortamlarda etkili olmaktadır (Christoff, 2014: 2). Çoğunlukla insanları eylemsiz ve enstrümantal olarak algılar bunun yanı sıra teknoloji, tıp ve cinsel nesneleştirme alanlarında kendini göstermektedir.

Tablo 1.1 Önerilmiş Olan İki Tür İnsandışılartırmanın Özellikleri (Haslam, 2006: 206).

İnsandışılartırma Eylemlerinin Özellikleri	Animalistik İnsandışılartırma	Mekanistik İnsandışılartırma
İnsanlığın Reddedilme Şekli	Eşsiz insan	İnsan doğası
İma Edilmeye Çalışılan	Hayvanlar	Robotlar ve otomatlar
Prototip Alanlar	Etnik gruplar arası ilişkiler ve engelliler	Teknoloji ve biyomedikal
Örnek Teoriler	Infrahumanizasyon	Değer temelli ve nesneleştirme
Duygular	İğrenme ve hor görmek	İhmal ve kayıtsızlık
Göstergebilim	Dikey karşılaştırma	Yatay karşılaştırma
Özcülük	Algılayıcı ve hedef arasındaki farkın doğası	Algılayıcı ile hedef arasındaki farka atfedilen içerik
Sosyal Bağlam	Gruplar arası öncelik	Gruplar arası ve kişiler arası
İlişkisel Tanım	Toplumsal paylaşım	Asosyal, egoist
Bilişsel Yöntem	Doğa tarihi/ halk biyolojisi	Teknik
Davranışsal Açıklama	Arzu tabanlı	Neden ya da geçici tarih tabanlı

Hem animalistik hem de mekanistik insandışılaştırma etki alanları olarak içerisinde çokça çeşitlilik arz etmektedir. Temel alanlar olarak sadece etnisite, ırk, cinsiyet, pornografi, engellilik, teknoloji ve tıp olmak üzere insandışılaştırmanın etki alanlarına değinilmiştir.

1.4. İNSANDIşILAşTIRMANIN ETKİ ALANLARI

Haslam (2006: 252) tarafından bütünleştirici bir model olarak ele alınan insandışılaştırma, çok sayıda farklı vurgu ve birçok bilimsel alanda çağrıştırdığı yan anlamlara sahiptir. Çeşitli varyasyonlarla birlikte bu anlamlar, bir araya getirilerek bir sentez oluşturulmuş ve etki alanları doğrultusunda organize edilmiştir. Bu alanlar etnisite, ırk, cinsiyet, engellilik, teknoloji ve tıp olmak üzere ana başlıklar şeklinde çeşitlendirilebilir.

1.4.1. Etnisite ve Irk Temelli İnsandışılaştırma

Etnik köken, ırk, g ve soykırım gibi konular insandışılaştırma kapsamında en çok tartışılan ve bilinen alanlardır. Etnik ve ırk temelli olarak bazı grupların diğerlerini insandışılaştırdığı ve böylece gruplar arası çatışmalara yol açtığı iddia edilmektedir (Haslam, 2006: 252).

Irk kavramı, biyolojik kategorilendirme kapsamında kendine özgü ortak kalıtımsal nitelikler taşıyan ve diğerlerinden farklı özellikler sergileyen grup olarak nitelendirilir. Aynı zamanda bu terim, biyolojik kökenle birlikte genetik farklılıklara sahip insan tipleri olarak da tanımlanmaktadır (Türkdoğan, 2006: 39).

Toplumsal grup içerisinde giderek farklılaşan ve ana belirleyicisi kültürel unsurlar olan etnisite ve etnik kavramları, genellikle ırk kavramından farklı şekilde kategorilendirilmektedir. Etnisite kavramı, bir sosyal grubun diğer grup içerisinden farklılaşması olup kültürel değerler ve davranış normları aracılığıyla dil, din, örf ve adetler kapsamında farklılık gösteren bir olgudur (Erkal, 2006: 71).

İrki söylemlerle bakıldığında, insanlar çoğunlukla hayvanlara benzetilmektedir. Özellikle Afrika kökenli bireylerin, insan türünün bir yesi olduğu reddedilmiş ve maymunlara benzetilmişlerdir. Bazen de köpekler, domuzlar, parazitler ve böceklerle kıyaslanmaya maruz kalmaktadırlar. Hatta görsel tasvirler olarak karikatürlerde fiziksel

nitelikleri, özellikle etnik kökenlerini belirtmek için hayvan ve hayvana benzer şekilde anlatıldıkları bile olmuştur (Haslam, 2006: 252). Örneğin, Avrupa’da futbol stadyumlarında, oyuncu kadrolarında yer alan Afrikalı futbolcular sahaya çıktıkları sırada maymun sesleri ile karşı karşıya kalmışlardır (Haslam ve Loughnan, 2014: 400).

İnsanlık tarihine bakıldığında belirli sosyal gruplar hayvanlarla çoğu kez ilişkilendirilmiştir. Ayrıca buna dair örnekler de mevcuttur (Kteily vd., 2015: 901). Tarihi veriler ışığında bakıldığında marjinal dış gruplar adı altında nitelendirilen siyahiler vahşi birer maymun olarak, Yahudiler haşarat ve Amerikan Kızılderelileri ise hayvan gibi tasvir edilerek insandışılaştırmaya maruz kalmışlardır (Costello ve Hodson, 2009: 3).

İnsandışılaştırmanın bağlantılı olduğu bir diğer konu ise, soykırım çatışmalarıdır. İlk olarak Nazilerin Yahudilere yaptığı soykırım, daha sonra İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra en büyük soykırım olarak nitelenen 11 Temmuz 1995 günü gerçekleştirilen Sırbistan Katliamı ve 1994 yılında Doğu Afrika’da gerçekleşmiş olan Ruanda Katliamı’nın temel düşüncesi, kurbanlarını haşerata benzeten insandışılaştırma fikridir (Haslam, 2006: 253). Aynı şekilde 20.yüzyılın başlarında ABD’de başlayan göç kısıtlama politikaları ile göçmenler için benzer metaforlar kullanılmıştır. Bu metaforlar doğrultusunda göçmenler toplumsal düzen için tehdit unsuru barındıran enfeksiyöz bir hastalık, parazit ve haşerat gibi algılanmış olup insandışılaştırmanın farklı bir boyutu yaşanmıştır (O’Brien, 2003: 44).

Waytz ve arkadaşları (2010: 60) tarafından yıllardır Filistinliler ve İsraililer arasında özellikle karşılıklı süregelen şiddet kavramı, günümüz koşullarında insandışılaştırma boyutunda incelenmiştir. Ayrıca ABD’nin Irak işgaliyle birlikte Abu-Ghraib cezaevinde yaşanan, fotoğraflarına dahi bakılamayacak düzeyde olan zulüm ve işkence de, 21.yüzyılda medeni bir yaşam sürdüğünü söyleyen dünya kamuoyunun ne kadar vicdan sahibi ve adaletli olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir. Yine uluslararası düzeyde tüm bağlantıların anında kurulabildiği ve barış politikalarını her şeyin üzerinde tutan sözde “Modern Dünya” 2016 yılının son günlerinde yaşanan, katliam olarak adlandırılan Halep olaylarında sadece tepki göstermiş ve kınama mesajları yayınlarak üzerine düşeni yerine getirmemiştir.

1.4.2. Cinsiyet Temelli İnsandışılaştırma

Cinsiyet temelli insandışılaştırma özellikle kadınların nesneleştirilmesi konusunda feminist yazılarda sıkça tartışılmaktadır (Haslam, 2006: 253). İlk olarak Fredrickson ve Roberts tarafından 1997 yılında ortaya konan nesneleştirme teorisi, kadınların vücut imgesinin cinsel nesneleştirmeyle birlikte ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlarını açıklamışlardır. Bu teori içerisinde, kadın vücudu aşağılayıcı espriler, cinsel taciz, istenmeyen cinsel ilerleme ve cinsel istismar gibi insanlık dışı eylemlere maruz kalmaktadır (Calogero, 2012: 574).

Ayrıca nesneleştirilen kadın kültür-doğa çelişkisi içerisinde değerlendirilirse, pankültürel yaklaşımlara göre kadınlar doğa ile özdeşleştirilmiş ve doğanın bir simgesi haline gelmiştir. Bu düşünce ile birlikte kadınlar erkeklerden daha çok doğaya yakın görünmektedirler ve doğa ile daha köklü ilişkilere sahip olduğu anlayışı hâkimdir. Ancak bununla birlikte kadınlar doğa ile eşdeğer görölse bile erkeklerden daha az doğa üstünlüğünü temsil eden düşük bir varlık unsuru olarak algılanmaktadır. Böylece kadınların erkeklerden daha az insanlığa sahip olduğu yargısı ortaya çıkmaktadır (Ortner, 1974: 73).

Kadının cinsel nesneleştirilmesi konusunda ilk teorileştirmeyi yapan Fredrickson ve Roberts (1997: 177), kadın bedeninin pornografide kullanılarak metalaşmasının yanı sıra artık kadınların kendi beden bütünlüğüne üçüncü bir bakış açısı ile yaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Yani kendi bedenini tanımayan ve beden varlığından habersizlik hali kültürel bir düzlemde kadınlara aktarılmaktadır. Ayrıca kadınları cinsel bir obje olarak gören ve insani onurlarını hiçe sayan pornograflar, onları akılsız ve pnömatik bir nesne olarak görmektedirler (Haslam ve Loughnan, 2014: 400).

Kısacası, cinsiyet temelli insandışılaştırma çoğunlukla kadın vücudunun kültürel bağlamda nasıl ele alındığını ve cinsel nesneleştirme yoluyla hem kişisel hem de politik sonuçlara yol aarak (Calogero, 2012: 580) kadın ve erkek arasındaki olağanüstü kategorik hata ayırımından bahsetmektedir.

1.4.3. Engellilik Temelli İnsandışılaştırma

Engellilik temelli insandışılaştırma, engelli insanların toplumda yok sayılması ve maruz kaldıkları insanlık dışı eylemleri temel almaktadır. Toplumsal yapıya uygun olmadıkları dıřınúlen engelli bireyler, tıpkı bir vúcuda bulaşan parazit, virúř, veba veya kanser gibi toplumsal vúcuda zarar verenler olarak algılanmıştır. Ózellikle Birleşik Devletlerde ójeni dónemi (1900-1930) olarak adlandırılan zaman diliminde engelli bireyler korkunç bir insandışılaştırmaya maruz kalmışlardır (O'Brien, 1999: 188).

Charles Darwin'in kuzeni Francis Galton tarafından temellendirilen ójenik hareket; toplumda var olan yaşlı, zayıf ve zihinsel engelli bireylerin yok edilmesi ve böylelikle sağlıklı gelecek nesillerin çoğalması adına insan ırkının "ışlah edilmesi" girişimi olarak tanımlanabilir (Ardoğan, 2011: 23). Böylece daha zeki, daha sağlıklı, daha iyi bireyler yetişmiş olacak ve toplumun nüfusu hiçbir zaman sekteye uğramadan kalıtsal açıdan sağlıklı bireylerle istikrar sağlanmış olacaktır (Demir, 2013: 323). İnsanlık tarihine bakıldığında çeşitli ójenik hareketler görúlr ki en çarpıcı olanı, 14 Temmuz 1933 tarihinde Adolf Hitler'in hemen iktidara gelmesinin ardından birkaç hafta sonra yürürlüğe sokulan "*Kalıtsal Hastalıkların Önünün Kesilmesine*" dair kanun, saf ve üstün bir Alman ırkı elde etme mücadelesi insandışılaştırma sürecini başlatmıştır. Böylece yaklaşık 400.000 kişi rızası olmadan kısırlaştırma uygulamalarına tabi tutularak korkunç bir insandışılaştırmaya maruz kalmıştır (Agamben, 1995/2001: 194).

İnsan vúcuduna karşı yapılan acımasız insandışılaştırma uygulamaları sadece Nazi Almanya'sında gerçekteşmemiştir. Örneğin; 1900'lü yıllarda İngiltere ve yakın tarihe kadar ABD'de yaklaşık 100.000 kişi isteği olmadan kısırlaştırmaya mecbur bırakılmışlardır. Ózellikle Amerikan Ójeni Cemiyeti kurulmuş, eyaletlerde toplantılar düzenleyerek, eğitimler verilmiştir. Hatta toplumsal ırkı devam ettirilmesi için "en uygun" ailelerin seçildiği yaşışmalar dahi tertip edilmiştir (www.dogalseleksiyonvedarwinizm.com).

Kısaca toplumun en savunmasız üyeleri olarak niteleyebileceğimiz engellilere karşı yapılan insandışılaştırma tıpkı siyahlar, azınlıklar, kadınlar ve çocuklar gibi toplumsal haklardan yoksun kalarak her bakımdan ötekilere göre "daha az" insan sınıflamasında yer almışlardır (Sandra, 2005; Akt. Çelik, 2016: 221).

Buraya kadar bahsedilen insandışılaştırma etki alanları, genel manada animalistik insandışılaştırma türünden kaynağını almaktadır. Zira bu etki alanlarının her biri insanın benliğine ilişkin normların dışında bir farklılığın var olmasından ötürü gerçekleştirilen bir ötekileştirmedir.

1.4.4. Teknoloji Temelli İnsandışılaştırma

Montague ve Matson (1983) tarafından teknolojinin insandışılaştırma üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma yapmış olup, bu “*mekanizasyon patolojisi*” verimlilik, robotik yaklaşım, duyarsızlık gibi yaklaşımları içerisinde barındırmaktadır. AI araştırmasında eleştirmenler bilgisayarların esneklik, duygusallık ve insani duygulardan yoksun olduğunu belirterek insan zihninin tıpkı bir bilgisayar gibi kullanılmasının insandışılaştırma olduğundan söz etmişlerdir (Montague and Matson, 1983; Akt. 2006: 253-254).

Beckers ve Schmidt’e (2001: 39) göre oluşturulan bilgisayar kaygısı modeline göre altı faktör bulunmaktadır. Bunlar; bilgisayar okuryazarlığı, özgün olma, bilgisayarlara karşı tepki olarak fiziksel uyarılma, duygular, bilgisayarın faydalı olduğuna dair inançlar ve bilgisayarların insandışılaştırdıklarına dair inançlardır. Bilgisayar okuryazarlığı ya da bilgisayar bilgi eksikliği insanların bilgisayarlarda bir problemle karşılaşmaları halinde fiziksel uyarılmanın da katkısı ile teknolojiye doğru bir insandışılaştırma yaşanmaktadır.

1970’lerin sonu 1980’lerin başında bilgisayarların hayatımıza girmesiyle birlikte, günlük konuşma dilinde dahi teknolojik olgular yerini almıştır. İnsan zihninde devam eden süreçler zincirinde bile “*Affedersiniz, arabellek temizlemeliyim; bu sorunu çözene kadar mutlu olamayacağım.*” gibi ifadeler ile teknolojik güce sahip olanlar diğerlerini bir tür insandışılaştırmaya maruz bırakmıştır. Bununla birlikte bu dönemde yetişen ilk nesil çocuklar oyun ve oyuncakların, makinelerin yaşamını ve zihnini merak ediyor, neye benzediğini sorguluyorlardır. Kısaca bu dönemde birçok yetişkin, bilgisayarların insan doğasına özgü özelliklerden yoksun olduğunu ve insanın sahip olduğu ahlâki değere sahip olamayacağını savunmuşlardır (Turkle, 1984: 2).

1998 yapımı olan “The Truman Show” filminde, her yanı teknoloji ve sahtelikle ile donatılan Truman’ın hayatı 24 saat aralıksız canlı olarak televizyonda

yayınlanmaktadır. Sınırlı dünyasının dışına çıkılmasına izin verilmeyen ve rızası olmadan bir televizyon yıldızı haline dönüştürülen Truman'ın yaşadığı durum bir nevi insandışılaştırmanın absürd ve dev bir anlatımıdır.

1.4.5. Tıp Temelli İnsandışılaştırma

Tıp temelli insandışılaştırma kavramı, hastaların kişisel bakım ve duygusal destekten yoksun bırakılarak insani özelliklerin kaybı anlamına gelmekte olup, modern tıp alanında en yeni kavramlardan birisi sayılmaktadır. Tıpta insandışılaştırma; hastanın teknolojiye güvenmesi, dokunma ve insan sıcaklığının olmaması, araçsal etkinlik ve standardizasyona vurgu, hasta bireyselliğinin ihlali, nesnelin lehine hastanın öznel deneyiminin göz ardı edilmesi, faaliyet ve özerkliği ihmal edilen pasif bireye müdahaleler gibi daha da çeşitlendirilebilecek özelliklere sahiptir. Tıp temelli insandışılaştırmada, “nesneleştirme” ve “anlam, ilgi ve merhametle ilişkili niteliklerin reddi” olarak farklı bir insandışılaştırma türünün tanımı yapılmıştır (Barnard, 2011; Akt. Haslam, 2006: 253).

Günümüz tıp dünyası sürekli hastaların duygusal ihtiyaçlarına duyarsız kaldığı için eleştirilerle gündeme gelmektedir. Özellikle klinik öncesi müfredat ve klinik eğitmenler tarafından sunulan rol modellemelerine göre tıbbın hümanistik tarafı farkında olmadan dahi olsa ihmale uğramaktadır. En sonunda da dehümanitif davranışlara yol açan bu tıbbi uygulamalar, duygusal ve bilişsel unsurlar arasında bir parçalanmışlığa yol açmaktadır (Fink, 1982: 137).

Szasz'e (1973: 200) göre, bireyleri “kusurlu makine” gibi ele alan ve “mekanomorfik” bir düşünce ile hareket eden bazı psikiyatrik sınıflandırmalar, insanları eşit derecede dehümanite etmektedir. Aynı zamanda biyolojik psikiyatrinin deterministik açıklamaları dehümanite edilen hastalar için, bireysel özerklik ve ahlâki faaliyetlerden sorumlu olmadıklarını iddia etmişlerdir.

Schulman-Green (2003), palyatif dönemdeki hastaların bakımları ile ilgilenen hekimlerin bakım konusundaki rahatsızlığının yanı sıra insani duygularla başa çıkma sürecinin hasta bakımını nasıl etkileyebileceğini araştırmışlardır. Terminal dönemde bulunan hastalar için hekim-hasta ilişkisi çok önemli olmakla birlikte, hekimlerin hastaya cerrahi prosedürler ve vakalar olarak baktıkları görülmüştür. Bu durumla başa çıkma mekanizması olarak; tıbbileştirme, hastanın insandışılaştırılması, hastaya yönelik öfke,

uyuşturucu kullanımı, mizah kullanımı, beceri eksikliğinin inkârı, uyuşukluk ve başkalarıyla konuşma gibi toplam sekiz mekanizma belirlenmiştir. Hekimler hastaların ölümlerine karşı yetersiz etkileşim kurarak duyarsız kalması nedeniyle hastayı insandıştırmış ve bu durum dehümanitif davranışlara yol açmıştır. Kısacası tıbbi bağlamda insandıştırma, ölümle baş etmeye yarayan bir mekanizma olarak da ortaya çıkabilir.

İnsandıştırma tıbbi bağlamda değerlendirildiğinde endemik bir olgu ile karşılaşmaktadır. Daha çok hekim-hasta ilişkisi içerisinde rutin klinik uygulamalardan kaynaklanan dehümanitif psikoloji ile ortaya çıkmaktadır (Haque ve Wayt, 2012: 176). Yoğun tıp literatürü ve çalışmalarından bitkin bir hale düşmüş olan hekimler de hastalarını atıl bir ceset olarak görmeye başlamışlar ve bireysel kimlikleri onların gözünde yok sayılmaktadır (Haslam ve Loughnan, 2014: 400).

Haque ve Waytz'a (2012: 176-177) göre, ilk olarak tartışılması gereken problem; tıpta insandıştırmanın neden ortaya çıktığıdır. Yazarlara göre problemin kaynağına inmek için tek tek bireylere yani hastalara yoğunlaşmak yerine, hastane hayatının yapısal ve organizasyonel özelliklerine ve tıbbi mesleğe yönelik işlevsel psikolojik taleplere bakmak gerekmektedir. Aynı zamanda bu durum hasta bakıcıların kötü niyetlerinden kaynaklanan bir problem de değildir. Hastalara yönelik bilinçsiz ve kasıtsız bir şekilde gerçekleştirilen insandıştırma, hastanelerde mevcut yaygın sosyal uygulamalar ve işlevsel ihtiyaçlarla etkileşimin bir yan ürünü olarak gündelik yaşamda yer edinmiştir.

Bu başlık içerisinde ilk olarak tıpta insandıştırma olgusu, hastalara yönelik insandışı davranışları, tıpta insandıştırmanın işlevsel ve işlevsel olmayan nedenleri çözümleriyle birlikte tartışılacaktır.

1.4.5.1. Tıpta İnsandıştırmanın İşlevsel Nedenleri

Bu başlık altında tıp mesleğinin işlevsel taleplerine özgü faktörlerden kaynaklanan insadıştırmanın üç temel nedeninden bahsedilecektir. Bunlar; mekanikleştirme, empati yoksunluğu ve ahlâki geri çekilmedir.

1.4.5.1.1. Mekanikleştirme

Sağlık kurumlarında mekanizasyon, özellikle teşhis ve terapötik zorunlulukla birlikte hastaları mekanik bir sistem gibi düşünen bir yapı durumundadır. Hastaları mekanik bir sistemin parçası olarak gören ve o sistemde bozuk bir aksam olarak tamir etme çabası içine giren sağlık kurumlarında hastalar dehümanitif davranışlara maruz kalarak insandışılaştırmanın farklı boyutlarını yaşamaktadırlar. Tıpkı standart bir üretim yapan fabrikada akan seri bantlar üzerinde hatalı mekanik parçaları düzelten işçiler gibi sağlık personeli de insan vücudunda hatalı parçaları tamir eder anlayışı hâkimdir.

Tıbbın modernizm ile yeniden sektörleşmesi ve yoğun robot teknoloji kullanımı ile birlikte sağlıkta mekanikleşme en üst düzeye doğru ilerlemektedir. Hastalar tıpkı birer istatistiki bir veri olarak değerlendirilmekte ve hastanın hekim ile iletişimi sekteye uğramaktadır. Ayrıca hekim-hasta arasındaki iletişim yerini çoğu zaman robot teknolojisi ile makinelerle bırakılmıştır. Genellikle sağlık personeli tarafından oda ve yatak numarası, hastanın soyadı veya hastalıklarının adını belirten sıfatlar kullanılarak mekanikleştirmenin farklı bir boyutu uygulanmaktadır.

Ayrıca modern tıpta meydana gelen ilerlemelerde, teknolojinin de büyük bir paya sahip olduğu gerçektir. Pawlikowski'ye (2002: 6) göre çağdaş tıbbın ilerlemesine paradoksal bir yaklaşımla bakıldığında, mühendisler hekim ve biyologlardan her zaman için daha fazla katkı sağlamışlardır. Bu durumda yeni ve sofistike tanı yöntemleri sayesinde, hastalar hekimlerden ayrılarak, makineler ile eş zamanlı olarak konumlandırılmaya başlanmıştır. Ayrıca hastanın insandışılaştırılmasının yanında bir de, teşhis sürecinde önemli bir rol oynayan radyolog, biyolog ve patolog gibi sağlık personeli de bu süreç içerisinde isimsizleştirilerek kaybolmaktadır.

Sağlık Bilgi Teknolojileri'nin (HIT) sağlık bakım hizmetleri kapsamında kullanılmasıyla birlikte, tıbbi uygulamalar kişisel olmayan pratiklere dönüşmeye başlamıştır. Birçok araştırmacı tarafından da insandışılaştırmaya yol açacağından şüpheyle yaklaşılmıştır (Bailey, 2011: 181). Teknolojik verileri göz önüne alarak çoğunlukla hastaları soyutlayan tıbbi hiyerarşi içerisindeki hekimler, hastaya bir insan olarak yaklaşan, ona dokunan ve rahatlatan bir kişi olmaktan çok masa başı hekimi olmaya başlamışlardır. Bu durum elbette ki hekim ve hasta arasındaki iletişimi

soyutlayarak insandışılaştırmaya neden olmaktadır (Verghese, 2011). Aslında teknolojinin insandışılaştırmaya yol açabileceği ve hekim-hasta ilişkisini öteleyeceği endişesi pek yeni bir durum değildir. 1700’lü yıllarda stetoskopun icadı ile hastanın göğsüne kulağını yerleştirmek yerine uzaktan bir cihaz aracılığı ile dinlemek birçok hekimi rahatsız ederek, klinik becerilerinin azaldığı iddia edilmiştir. Yine aynı şekilde 1900’lü yıllarda tansiyon ölçerlerinin kullanılması da hekim ve hasta arasındaki ilişkiye bir müdahale olarak algılanmış ve insandışılaştırmaya yol açacağından bahsedilmiştir (Goodman, 2010: 945).

Mekanikleşme en çok tıbbi ve cerrahi uygulamalar sırasında daha belirgin hale gelmektedir. Yoğun robot teknolojisinin kullanılmasından daha önce hekimler hastaları inspeksiyon (gözle muayene), palpasyon (elle muayene) ve perküsyon (vurarak muayene) yoluyla muayene etmekteydiler. Ancak daha sonra iç organların görüntülenmesi gibi teknolojik yolları seçerek tıpkı normal hastaların da yapabileceği uygulamalar ile hastayı tedavi edebilir konuma gelinmiştir (Haque ve Waytz, 2012: 178).

1.4.5.1.2. Empati Yoksunluğu

Sağlık kurumlarında hastanın insan olarak algılanmasının önündeki en önemli problemlerden biri de, empati yoksunluğudur. Hekimler hastaları ile ortak değer ve hedefleri paylaşmadığı durumda, empati azalarak yerini mekanik ilişkilere evrilen formal bir organizasyona bırakmaktadır. Böylece hasta ile iletişim kurmaktan kaçınan sağlık personeli, hastaya patolojik bir olgu gibi yaklaşarak duygusal bağı tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Duygusal yoğunluktan ziyade sık bir ilgiyi temalandıran empati yoksunluğu kavramı, muhatabına karşı insandışılaştırmaya yol açan bir eksiklik olarak nitelenebilir. Yapılan araştırmalar kapsamında, psikopat sınıflandırması içerisinde yer alan kişilerin çoğunlukla işyerlerinde başarılı zeki insanlar olmalarına rağmen empati kabiliyetlerinden yoksun olduğu görülmüştür (Lehrer, 2009: 193). Böylece karşılardaki insanların duygularını kolaylıkla yadsıyarak akıl almaz eylemler eşliğinde insandışılaştırma faaliyetleri gerçekleşmiştir. Reiners ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları bir fMRI (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme) çalışmasında, ahlâki ve ahlâki olmayan kararların verilme aşamasında, ahlâki yargı yetkinliği ve empatik yetenek derecesi

arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmada katılımcılara ahlâki ve ahlâki olmayan senaryolar okutularak üçüncü kişiler hakkında karar verme durumları incelenmiştir. Farklı senaryolar okuyan katılımcıların beyinlerinin empati duygusu ile ilgili kısımları gözlemlendiğinde, ahlâki nitelikte olan senaryoları okuyup karar veren katılımcılar diğer gruba nazaran karar verme mekanizmaları içerisinde daha fazla aktivasyon gerçekleştirdikleri yani daha çok empati duygusunu kullandıkları izlenmiştir.

Empati kavramı incelendiğinde, bir başkasının nasıl hissettiğini anlama ve değerlendirme olarak genel bir çerçeve çizilebilir. Ancak medikal bağlamda empati; *“hastanın duygularının değerlendirilmesi ve bu hastalığa karşı farkındalığın hastaya anlatılması”* şeklinde tanımlanabilir. Ayrıca Amerikan Tıp Fakülteleri Derneği tarafından zorunlu öğrenme hedefi olarak belirlenen empatinin, hastaların tıbbi tavsiyelere uymalarını, klinik sonuçlarını ve sağlık personelinin de mesleki doyumunu önemli ölçüde etkilediği kabul edilmektedir (Stepien ve Baernstein, 2006: 524). Empati duygusu sağlık bakım hizmetleri içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Yapılan araştırmalarda empati duygusu yüksek olan tıp öğrencilerinin hasta öyküsü alma, muayene ve klinik becerilerde diğerlerine göre daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca empati duygusu yüksek olan hekimlerin hasta memnuniyetinin de daha yüksek olduğu ve hastalarının da tıbbi tavsiyelerine daha çabuk dönüt verdikleri tespit edilmiştir (Haslam, 2007: 381).

Cheng ve arkadaşlarının 2007 yılında tıbbi uzmanların beyin fonksiyonları üzerine yaptıkları çalışmada, hasta ile empati kurma ve bir başkasının ağrısını ne kadar algıladıkları araştırılmıştır. Çalışmada özellikle akupunktur uygulaması yapan hekimler incelenmiş ve ağrı eşduyumunun nevro-bilimsel temeli araştırılmıştır. Ağrılı prosedürleri uygulayan hekimlere görsel animasyonlu videolar izletilerek fMRI yöntemi ile beyin aktivasyonları izlenmiştir. Akupunktur uygulamalarını yapan hekimlerin ağrıya eşlik eden beyin bölgelerinde diğerlerine göre daha az aktivasyon gösterdikleri izlenmiştir. Uzman hekim grubu diğer kontrol grubuna göre, akupunkturun hastaları için acı verici bir uygulama olduğunu bilseler bile, eğitimleri sırasında kazandırılan empatik engellenme ağrı algısının duygusal ve motivasyonel yönlerini bastırabilmektedirler.

Tıp dünyasındaki empati yoksunluğunun temel nedenlerinden biri de, tıp eğitimi sırasında kazandırılan algılardır. Tıp eğitimi sırasında, etkili problem çözme kapsamında

öğrencilerinin olumsuz duygusal tepkilerini ötelemeleri ve başa çıkmaları amaçlamaktadır (Haque ve Waytz, 2012: 179). Özellikle tıp bilimine hâkim olan hasta merkezli ve kanıta dayalı şeklinde idealize edilen iki paradigma insandışılaştırmaya yol açan önemli faktörlerden sayılabilir. Hasta merkezli tıp yaklaşımı, temelde hümanistik bir anlayışla hareket eden biyopsikososyal bir bakış açısına sahiptir. Hastanın duygu, düşünce, değer ve ihtiyaçlarını göz önüne alan bu yaklaşımda, hastayla empati yapabilen, klinik karar alma süreçlerinde hastaya katılımcı pay veren bir paradigmadır. Ancak kanıt temelli tıp yaklaşımı ise; temelde biyomedikal bir yapıyla pozitivist ve ekonomik bir perspektifle hareket etmektedir. İdeal bir hekim statüsü oluşturarak, hastanın biricikliğini hiçe sayan ve hasta için en uygun tedavinin kanıta dayalı tedavi yöntemi olduğunu düşünen anlayıştır. Ayrıca tıbbi bilişsel-rasyonel bir girişim olarak algılamaktadırlar (Bensing, 2000: 17). Bu durumda hasta ile empati kuramayan, onun ihtiyaç ve tercihlerini göz ardı eden ve klinik kararlarda hiçbir söz hakkı olmayan bir tedavi süreci doğmuş olmaktadır. Mevcut anlayışa hâkim olan kanıta dayalı tıp anlayışı, hastaları ötekileştirerek insandışılaştırma sürecini daha da hızlandırmaktadır.

Modern tıp eğitiminde bilişsel problemlerin çözümü sırasında empati duygusunun faydaları aynı zamanda içerisinde başka çelişkileri de barındırmaktadır. Hojat ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada, tıp fakültesi öğrencileri okulun ilk 2 yılı boyunca hastalarla ilgili empati raporları vermişler ancak, üçüncü yılda hasta ile karşı karşıya geldiklerinde bazı problemler oluşmuştur. İlk iki yıl boyunca istatistiksel olarak empati puanları anlamlı bir değişkenlik içermezken, üçüncü yılın sonunda puanlarda büyük bir farkla düşüş izlenmiştir. Hasta ile pratik olarak karşılaşmanın gerçekleşeceği bir dönemde “*empati erozyonu*” olarak adlandırılan bir ironik durum gerçekleşmektedir. Yine Neuman ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir başka çalışmada, tıp fakültelerinde öğrenciler arasında empatinin azaldığı ve bu azalmanın özellikle eğitim klinikleştğinde meydana geldiği görülmüştür. Ayrıca bu durumun sağlık kalitesini de tehdit ettiği açık bir gerçekliktir.

Sonuç olarak hekim ve hasta arasında empati duygusu önemli bir unsur olup, hastanın genel sağlık durumunu ve memnuniyetini pozitif yönde etkilemektedir. Modern tıpta hakim olan kanıta dayalı ve indirgemeci anlayış, tıp eğitimindeki eksiklikler, profesyonelleşme ve elitist anlayışla empatik iletişime karşı duyarsızlaşan sağlık sistemi

sonucunda tıpta insandılaştırma meydana gelmektedir. Aynı zamanda modern tıp eğitiminde etiğe ilişkin argümanların da müstakbel tıp öğrencilerinin toplumdaki diğer kişileri ötekileştirmeye ittiği ortadadır. Tüm bunlar hastayı insani özelliklerden uzak görüp, onu bir bütün olarak görmeyerek empati yoksunluğuyla birlikte ne yazık ki insandışılaştırmaya yol açmaktadır.

1.4.5.1.3. Ahlâki Geri Çekilme

Ahlâki geri çekilme (moral disengagement) kavramı, ahlâki yaptırımların kaldırılmasıyla birlikte günlük yaşantı içerisinde artarak devam eden bir insani problem haline dönüşmüştür. Ancak ahlâki geri çekilme kavramını açıklamadan önce ahlâki faillik kavramı açıklanmalıdır.

Ahlâki bilgi ve muhakeme odaklı olan ahlâki faillik (moral agency) kavramı, ahlâki niteliğe sahip eylemler gerçekleştirebilmekten bahseder. Bu kavram, insanların ahlâk standartlarına uygun olarak yaşamaya başlamasına neden olan mekanizmaları da içermektedir (Bandura, 1999: 193). Ancak sosyal bilişsel kuram ahlâki failliği harekete geçiren benlik düzenleyici mekanizmalar yoluyla ahlâki davranışı önemsemektedir (Bandura vd., 1996: 364). Bandura'ya (1999: 193) göre, ahlâki düşünce ve ahlâki davranış arasındaki ilişkiyi benlik düzenleyici mekanizmalar oluşturmaktadır.

Ahlâki geri çekilme ise, ahlâki failliğin etkisiz hale gelmesi yani benliği düzenleyici mekanizmaların devre dışı bırakılmasıdır (Bandura, 1999: 193). Ahlâki geri çekilme ile birlikte ahlâki düşünce ve davranma ilkesi devreden çıkmakta ve davranış üzerinde ahlâki bir yaptırım olmadığı kabul edilmektedir. Bundan sonraki süreç içerisinde birey kendini ahlâki bir fail olarak görmemektedir (Bandura vd., 1996: 365). Ahlâki geri çekilme gerçekleşirken farklı mekanizmalar kullanılmaktadır ve bu sürecin içerisinde en son insandışılaştırma sayılmaktadır (Bandura, 1990: 14).

Osofsky ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada, ölüm cezasına çarptırılan mahkûmların infazını gerçekleştiren hapishane personelinin davranışları üzerinde ahlâki geri çekilmenin rolü incelenmiştir. Ceza infaz sürecinde yer alan personel; ceza infaz memurları, mahkûm destek personeli ve asıl infaz memurları olmak üzere gruplandırılmıştır. Kurumsal yapılanma içerisinde bakıldığında katılımcılar ahlâki failliklerini yok sayarak farklı cevaplar vermişlerdir. Bazıları devletin emirlerini yerine

getirdiklerini, bazıları kanuni yükümlölükleri gerçekleştirdiklerini, bazıları ise dini bağlamda düşünmüş olup, kimileri de jüri üyelerini ve uygulayıcıları gerçek fail olarak bile görmemişlerdir. Çalışmanın sonucunda ceza infaz sürecinde doğrudan yer alan icracı memurlar, mahkûmlara yönelik en çok insandışılaştırmayı gerçekleştiren gruptur. Bunun nedeni olarak da ahlâki eylemlerinde, benliklerini etkinsizleştirerek ahlâki geri çekilmeyi haklı kılma çıkarma eğiliminin olduğu düşünülmektedir.

Birçok medikal prosedürlerin içeriği sağlık personelinin davranışları üzerinde ahlâki geri çekilmeyi meydana getirebilir. Yapılan açık kalp ameliyatları, proktoloji (rektal) muayeneleri ve yoğun bakım uygulamaları gibi farklı tıbbi prosedürleri içeren muamelelerde ahlâki geri çekilme ile karşılaşılmalıdır. Nitekim tüm bu uygulamalar sırasında hasta ağrı ve acı çekebilir. Ancak hekimler kendilerini geçici olarak zarar verme rollerinden uzak tutarak, acı çekme suçunu en aza indirmektedirler (Haque ve Waytz, 2012: 179). İnsani varlığa sahip olmadığı düşüncesi ile ahlâki kuralların geçerliliğini yok sayarak gerçekleşen insandışılaştırma, ahlâki sıkıntı hissi vermeksizin hastalara yönelik zarar vermeyi daha kolay hale getirmektedir. Bu durum muhtemelen tıpta insandışılaştırmayı artırmaktadır.

Tıpta insandışılaştırmaya yol açan ahlâki geri çekilme kavramının yanında bir de literatürde sıklıkla karşılaştığımız ahlâki sıkıntı (moral distress) kavramı bulunmaktadır. Bu kavram ilk kez Jameton tarafından 1984 yılında “*bir sağlık profesyonelinin yapılacak doğru eylemi bildiği halde kurumsal engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirmesinin neredeyse hiç mümkün olmadığı durumlarda yaşanan sıkıntı*” şeklinde açıklanmıştır (Jameton, 1984; Akt. Yıldırım vd., 2013: 319). Gelişen teknoloji ile kurumsal organizasyonların karmaşıklaşan yapısına paralel olarak; evrensel tıbbi etik ilkeler, organ transplantasyonu, yaşam desteğinin başlatılması ve sonlandırılması, resüsitasyon ve bilgilendirilmiş onam alma gibi farklı tıbbi uygulamaların her biri sağlık personelinin ahlâki davranışları üzerinde ahlâki sıkıntıya neden olabilmektedir (Mobley vd., 2007: 257). Örneğin, OECD (2013) verilerine göre sezaryen doğum oranının çok yüksek olduğu Türkiye’de normal yolla doğum yapmak isteyen anneyi hiçbir tıbbi nedeni olmadan performans sistemi yüzünden sezaryen doğuma ikna eden hekimin tıbbi bilgisi ve davranışı arasında bir bilişsel tutarsızlık meydana gelmektedir. Anne ve bebek sağlığını

gereksiz ameliyatlara tehlikeye atan hekim açısından ahlâki bir sıkıntı yaşanmakta ve tüm bunlar da sağlıkta insandışılaştırmaya neden olmaktadır (Coşkun, 2014: 20).

1.4.5.2. Tıpta İnsandışılaştırmanın İşlevsel Olmayan Nedenleri

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenleri, işlevsel doğasında daha az bulunan sebeplerden kaynaklanmaktadır. Bunlar, bireyin kimliğini yok sayan uygulamalar, bozulan hasta etkinliği ve benzeşmezliktir.

1.4.5.2.1. Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenlerinden birisi sayılan ve İngilizce’de *deindividuation* olarak ifade edilen kavram kimlik belirsizliği olarak nitelendirilmekte ve bireyin bir başka grubun içerisine girmesi veya bir şekilde isimsiz bırakılması ile insandışılaştırıcı davranışlara zemin hazırlamasında önemli bir sorun olarak gösterilmektedir (Kelman, 1976; Zimbardo, 1969; Akt. Haque ve Waytz, 2012: 177). Büyük grup içerisindeki bireyin, kalabalık ortamda davranışları üzerinde kendini anonim hissetmesi durumudur. Kimlik belirsizliği olarak nitelendirilen bu durum, bireyin benlik bilincinde ve kişisel sorumluluk duygusunda geçici olarak bir azalmaya ve aynı zamanda kalabalık ortamlardaki davranış sorumluluğunun da azalmasına neden olacaktır (DeLamater ve Myers, 2007: 526).

İnsandışılaştırmanın ortaya çıkmasına neden olan kimlik belirsizliği, insandışılaştırma davranışlarını iki şekilde meydana getirebilir: ya dehumanize edilen (insandışılaştırılan) kişinin kimlik belirsizliği yoluyla ya da algılayıcıyı dehumanize eden (insandışılaştırmayı gerçekleştiren) kişinin kimlik belirsizliği ile ortaya çıkabilir (Haque ve Waytz, 2012: 177). Aynı şekilde kimlik belirsizliği kavramı, hem insandışılaştırmaya neden olmuş hem de kişisel sorumluluğun azalmasıyla birlikte saldırganlığı da artırmıştır (Bandura, 1975: 253). Prencite-Dunn ve Rogers (1980: 106) yaptıkları modellemede küçük gruplar ya kimlik belirsizliğiyle ya da bireyselleştirmeye karşı karşıya kalmışlardır. Ayrıca kimlik belirsizliği teorisi esas kabul edilerek sadece agresif cevabı değil aynı zamanda durumsal ipuçlarının saldırganlık üzerindeki etkisine aracılık ettiği tahmin edilmektedir. Yine aynı şekilde, saldırgan uyarana maruz kalmanın engellenmesi agresif uyaranlara sahip olanlar için düşük seviyede de olsa saldırganlığa neden

olabileceği düşünülmektedir. Bu şeklide algılanan hedefin yok oluşu, antisosyal davranışlara izin vermektedir (Turner vd., 1975: 1107). Kısacası, kimlik belirsizliğinin kişiler arası saldırganlıkla birlikte antisosyal davranışlara kadar etkisi görülebilmektedir.

Tıpta insandışılaştırmada ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar olarak nitelendirilebilen kimlik belirsizliği, aslında tıbbi çevreye özgü olan bir durumdur. Sağlık kurumları bünyesinde yer alan hekimlerden hasta bakıcılara kadar tüm basamaklar içinde gerçekleşen kimlik belirsizliklerinde, hastalara karşı insandışılaştırmacı davranışlar gerçekleşir ve böylece tıbbi süreç kapsamında bir insandışılaştırma gerçekleşmiş olur. Bu durum tıpkı savaş sırasında eylemlerini gerçekleştirebilmeleri için, kendilerini üniformaları ile eşleştirerek kişisel suçluluk duygularını azaltan askerler gibi sağlık personelinin de bir beyaz denizin ortasında bireysel sorumluluklarını hastalara bırakarak anonimli yani isimsiz hale getirmektedir. Aynı zamanda hastalar, sağlık personelinin empati bekleyen bireysel etkinlikler yerine onların zihninde yüzü olmayan bedenler gibi metaforik bir olgu haline dönüşmektedir (Haque ve Waytz, 2012: 177). Hasta- hekim gibi bu tür grup farklılıklarında bireyler çoğunlukla dış grup olarak görülüp heterojenliği algılamaları daha düşük hale gelmektedir. Antony ve arkadaşlarının (1992: 296) ırklar arası yüz tanımlama projesinde farklı gruplar üzerinde yaptıkları çalışmada özellikle siyah-beyaz ırk arasında, grup üyeleri grup dışı üyelerin yüzlerini tanımada zayıf-orta derecede bir eğilime sahip olmaları da bu kapsamda düşünülebilir.

Green ve arkadaşları (2007) akut kronik sendroma sahip siyah-beyaz hasta grupları üzerinde tromboliz kullanımı için hekimlerin örtük önyargılarını araştırmışlardır. Sağlık hizmetlerinde ırk/etnik farklılıkları betimleyen çalışmalarda örtük önyargı tamamen açığa çıkmasa da bu çalışma sonucunda yine ılımlı önyargıların kanıtları ile miyokard enfarktüsü için tromboliz kullanımının azaltılmasıyla karşılaşmıştır. Özellikle hekimler hastaları bir azınlık grubun üyesi olarak gördüklerinde, hiper-kimlik belirsizliği olarak niteleyebileceğimiz bir tavır ile insandışılaştırmacı davranışlar sergilemektedirler. Sağlık çalışanları arasındaki bilinçsiz veya örtük olarak adlandırılan önyargı problemi klinik kararları etkileyerek hastalara karşı bakım eşitsizlikleri üretebilir ve insandışılaştırmaya yol açabilir.

Ayrıca hastalar ve gruplar için tıbbi kararlar bağlamında değerlendirildiğinde, hekimler bireysel hastalara karşı grup hastaları ile ilgili problemlerin çözümü için daha

az zaman harcamakta ve daha az test istemektedirler. Ve bu durum kimlik belirsizliğini teşvik eden başka bir faktör olarak sayılabilir (Redelmeier ve Tversky, 1990: 1162).

Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar içerisinde hastayı tektipleştiren faaliyetlerde sayılabilir. Özellikle hastanın burada insani duyguları ve bireysel yaşamı göz ardı edilerek, sadece “hasta” kategorisinde değerlendirilmektedir. Bireylere ismi ve bireysel kimliği ile muamele etmekten ziyade hastalığının adı, oda ve yatak numarası, dâhil olduğu hastalığın tıp literatüründeki yeri ile iletişim kurulmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise hastalar kendilerini dinlenilmeye layık olmayan, önem verilmeyen kişiler olarak görmekte ve tüm bunlar da tıpta insandışılaştırmaya yol açmaktadır.

1.4.5.2.2. Bozulan Hasta Etkinliği

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan diğer nedenlerinden birisi de bozulan hasta etkinliğidir. Burada hastaların faaliyetlerinde meydana gelen mekanik bir aksaklıkta, hekim hastayı bozuk veya yetersiz olarak kişileştirmektedir. Sağlık kurumlarına bakıldığında hastaneler çoğunlukla kendi yaşamı hakkında planlama, niyet ve hareket etme kapasiteleri zayıf olan hastalarla dolu olduğundan dolayı insandışılaştırma ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hastaların hareket faaliyetlerinin kayıpları, çoğunlukla ilk etapta hastaneyi ziyaret etmesi zorunlu olan durumlardır. Vücudunun işlevsel bütünlüğü içerisinde ehliyet sahibi olamayan hastanın travmatik yaralanma nedeniyle sakat kalma, enfeksiyon, ilaç kullanımı, kronik ağrı veya kardiyak, solunum, renal, endokrin, onkolojik, vasküler, immünolojik ve nörolojik hastalıklar gibi problemlerden dolayı planlama, niyet etme veya hareket etme kabiliyetlerinde azalma meydana gelir (Haque ve Waytz, 2012: 178). Haslam’a (2006) göre, bu durum aynı zamanda bir animalistik insandışılaştırma çeşididir.

1.4.5.2.3. Benzeşmezlik

Tıpta insandışılaştırmaya neden olan faktörlerden birisi sayılan benzeşmezlik kavramı, hekim-hasta arasındaki farklılıktan kaynağını alarak üç ana şeklide ortaya çıkmaktadır. Birinci etapta, hastalar hastalığın doğası gereği insanlığın prototip görünüşüne daha az benzetilmektedir. Yani, tamamen hastalıkta benzeşmezliktir. İkincisi olarak hasta birey, belirli bir hastalığa sahip bir kişi olarak değil de hastalığın kendisi gibi

etiketlenmesi ile ortaya çıkmaktadır. Üçüncüsü ise, hekim-hasta ikilisinin arasında meydana gelen güç asimetrisi ile kendisini göstermektedir (Haque ve Waytz, 2012: 178).

Tıpta insandışılaştırmaya neden olan benzeşmezliğin ilk şekli olarak, hastalığa sahip insanların ortalama bir insandan yani hastalık sahibi olmayan sağlıklı bir bireyden farklı olarak daha az insana benzetilmektedir. İnsana ait temel özelliklerde oluşan bir eksiklik, farklılık veyahut bozukluğundan kaynaklanan sebeplerden ötürü, hastalar temel insan prototipine benzemedikleri gerekçesi ile insandışılaştırılmaktadır.

Ayrıca antropomorfizm diğer bir söylemle insan biçimcilik kavramı, insandışılaştırma eylemini tersine dönük bir süreçte bazı değişiklikler gerçekleştirebilir. Antropomorfizm, insan şeklinin ya da özelliklerinin insan olmayan varlıklara, objelere veyahut hayvanlara atfedilmesidir. Yapılan antropomorfizm çalışmalarında, insanlık dışı bir varlığın insan prototipine görünüş, biçim veya davranış bakımından benzerlik gösterdiği müddetçe insancılaştırılabileceği belirlenmiştir. Ancak insana benzemediği durumda ise, insanlar o bireyi insandışılaştırır (Epley vd., 2007: 880).

İkinci olarak, hasta bireylerin belirli bir hastalığa sahip olması değil de hastalığın kendisi olarak etiketlenmesi algılanan benzeşmezliği doğurmaktadır. Hastalık ve benlik üzerine yapılan çalışmalarda, örneğin bir kişiyi “şizofreni hastası” değil de “şizofren” ile etiketlemek insandışılaştırmayı artırmaktadır. “Şizofreni hastası” kavramı, hastalığı nominal hale getirerek daha güvenilir bir konuma taşımaktadır. Mevcut terminolojiye bakıldığında ister ad ister sıfat olarak kullanılsın hasta birey yok sayılarak, sadece hastalığı ile damgalanmaktadır (Sass, 2007: 395). Hâlbuki hastalık olgusu, bireyin kişilik ve benlik duygusundan tamamen bağımsızdır. Hastalık ile etiketlenen bireyin, somut bir insana benzeşmezlik durumu ortadan kalkmakta ve temelde bir insan olarak değil, hastalık algısı ile insandışılaştırma meydana gelmektedir.

Üçüncüsü ve sonuncusu da hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisinden ortaya çıkan bir benzeşmezlik türüdür. Hekim ve hasta ilişkisi, tipik olarak ast-üst ilişkisine benzetilmektedir. Hastalar hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıkları için, hasta bedenleri üzerinde tam bir hâkimiyet kuramamaktadırlar. Hekimler de uzmanlık bilgisinden dolayı, hastalar üzerinde hiyerarşik bir üstünlük sağlamaktadırlar. Güç ve

bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak hastalara yönelik insandışılaştırma meydana gelmektedir (Haque ve Waytz, 2012: 178).

Lammers ve Stapel'in 2011 yılında yaptıkları çalışmada, katılımcıların ya yüksek güçlü bir rol (kıdemli cerrah) ya da düşük güçlü bir rol (asistan hekim ya da hemşire) deneyimi yaşadıkları tespit edilmiştir. Daha sonra bir hastayı tedavi etmeleri istendiğinde yüksek güç algısına sahip sağlık personelinin düşük güç algısına sahip olanlara göre fiziksel olarak daha acı verici bir tedaviyi seçerek hastayı daha çok insandışılaştırdıkları görülmüştür. Daha sonra araştırmacılar, yüksek güç algısına sahip sağlık personelinin güç asimetrisinin doğası gereği insandışılaştırmacı davranışlara yönlendiklerini düşünmüşlerdir. Hekim ve hasta arasında gerçekleşen bilgi ve güç asimetrisinde, hekimlerin sahip olduğu kontrol ve güç insandışılaştırmının en önemli bir etkeni haline gelmiştir (Lammers ve Gast, 2010: 225).

1.4.5.3. Tıpta İnsandışılaştırmının İşlevsel Nedenlerine Çözümler

Tıpta insandışılaştırmının işlevsel nedenlerine çözüm olarak üç strateji belirlenmiştir. Bunlar; kişileştirme ve insanlaştırma yolları, empatik denge ve hekim seçimleri ve son olarak ahlâki failliktir.

1.4.5.3.1. Kişileştirme ve İnsanlaştırmının Yolları

Tıpta insandışılaştırmının nedenlerinden birisi sayılan mekanikleştirmenin çözümü olarak, kişileştirme ve insanlaştırma stratejilerine başvurulabilir. Hastanın insani duygularını göz ardı eden, onu birey olarak görmekten ziyade mekanik bir sistem gibi düşünme nedeniyle tıpta insandışılaştırma ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bu insandışılaşmaya ait yönelim, hastaların kişisel tutumlarını tanımlama yollarını değiştirerek bireyselleşmenin azalmasına sebebiyet verebilir. Kişileştirme ve bireyselleşme kavramları farklı kavramlar olsa da birbirlerine benzemektedir. Ancak bireyselleşme kavramı, bireyi etkileyen kitleleri ayırmaya odaklıyken, kişileştirme de nesneleri bireylerden ayırt eden kişisel özellikleri vurgulamaktadır.

Toplumsal yapılara bakıldığında bireyler çoğunlukla bir sayı, numara, nesne gibi çeşitli şekilde tanımlanarak insandışılaştırmaya maruz kalmaktadırlar. Silahlı kuvvetler içerisinde yer alan askerler, genellikle askeri künyeleri ile tanımlanmaktadırlar. Yine aynı

şekilde İkinci Dünya Savaşı sırasında cezaevi mahkûmları ve toplama kamplarında yer alan insanların derileri üzerine kimlik numaraları dövme yapılarak sembolleştirilmiştir. Sağlık kurumlarına bakıldığında ise hastalar çoğu zaman doğum tarihleri, sosyal güvenlik numaraları veyahut tıbbi kayıt numaraları ile tanımlanmaktadırlar. Bu şekilde etiketleyici sembollerin yerine hekimlerin kişi merkezli bilgileri değerlendirmeleri daha insancıl olabilir.

Hasta sağlık kurumlarına giriş yaptıktan sonra hekimler, hastalarla teşhis ve tedavi için görüşürken aynı zamanda hastanın kişisel geçmişi hakkında bilgi edinmeye çalışırlar. Yani adı, memleketi, geçmiş veya şimdiki mesleği, hobileri, aile yaşantısı gibi etmenler hakkında en azından bir bilgilendirici cümle dahi olsa anamnez almaya çalışırlar. Bu durum sağlık personeli açısından fazla bir çaba gerektirmez, çünkü bu bilgileri hastanın sosyal ve aile geçmişinden de öğrenebilirler. Ancak yine de bu tür kişisel tanımlamalar, hekimlere hastaların insan doğasını hatırlatır ve bireyleri kişileştirmek ve insanlaştırmak için çözüm stratejileri olabilir.

Sağlık kurumlarında cerrahi operasyonlar sırasında da, benzer etik ve pratik mantık yer almaktadır. Cerrahi bir müdahaleye başlamadan önce, hasta için yapılacak olan operasyonun kaygı düzeyi hakkında taraflar bilgilendirilir. Hastayı daha insani şekilde algılanması için, hayatı hakkında birkaç bilgi ve ameliyat masasına gelme hikâyesi bilinirse önemli düzeyde insanlaştırma faaliyetlerinin artacağı gözlenecektir. Bireyselleşme ve insanlaşma faaliyetleri adına bu tavsiye önemli hale gelmektedir. Cerrah ile hasta sürekli görüşmesine rağmen ameliyat sürecinden sonra muhtemelen çoğunlukla diğer sağlık personeli ile muhatap olacaktır. Bu durum aynı zamanda farklı bir insandışılaştırmanın yaşanmasına da sebebiyet verebilir (Haque ve Waytz, 2012: 181).

Kişileştirme ve insanlaştırma yollarından birisi de; insanlığın hatırlatıcısı olan hasta yüzlerinin görünürlüğü faaliyetlerinin çoğaltılmasıdır. Örneğin; Irak'ta Abu Ghraib hapisanesinde mahkûmların kasıtlı olarak yüzlerini örten ve maskeleyen uygulamalar da, insandışılaştırmaya yol açan ortak bir strateji uygulaması söz konusudur (Zimbardo, 2007: 325).

Sağlık kurumlarında cerrahi operasyonlar sırasında müdahalelerin etkin ve etkili olması değil aynı zamanda hastaların ellerinin ve yüzlerinin de görünür olması tıpta

insandışılaştırma mücadelesi için oldukça önemlidir. Tıbbi ortamlarda kullanılan ürünlerin hemen hemen hepsi neredeyse opak olup, renksiz ve mattır. Hastaların görünür olma özelliklerini yok eden bu durum için, şeffaf malzemeler kullanılarak hem görselleştirilebilirler hem de kişileştirilebilirler (Haque ve Waytz, 2012: 181). Örneğin; ameliyatlar sırasında hastaların elleri ve yüzleri daha çok görünür kılınmalı, daha sonra yoğun bakım süreçleri içerisinde hastalar dışarıdan görünebilir şekilde şeffaf camlar arkasından izlenebilmelidir. Hastaları kişileştiren bu tür uygulamalar, tıbbi hataların da önüne geçecektir. Böylece ayrıntılara odaklanılabilir ve hatalar engellenebilir.

1.4.5.3.2. Empatik Denge ve Hekim Seçimi

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel nedenlerinden sayılan empati yoksunluğu, hastanın insan olarak algılanmasındaki önemli problemlerden birisi kabul edilmekte, çözüm stratejisi olarak empatik denge ve hekim seçimi önerilmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışan personel bilişsel ve duygusal dengeyi sağlama konusunda problemler yaşamaktadır. Özellikle hekimler, ağrıyı yaşayan ve hisseden hastaları gözlemlediklerinde merkezi sinir sistemlerinde ağrı matrisi harekete geçmektedir. Hastaların yaşadığı ağrı yoğunluğu karşısında duygu düzenleme becerisinden yoksun olan hekimler, daha sonra kişisel rahatlık, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi bilişsel problemlerle karşılaşmaktadırlar. Ancak hekimler, hastaların teşhis ve tedavisini uygularken duygusal olarak çok fazla etkilenmeden bilişsel nesnellik için empatik dengeyi kurabilmelidirler (Decety vd., 2010: 1676).

Genel olarak, iyi bir hekimin en belirgin özelliği empati sahibi olması ile eşdeğer görülmektedir. Aslında empati kullanımı, hekimler için teşhis ve tedavi sırasında hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Hastanın, yeterli tıbbi tecrübeye sahip olmadığı için hekimin yetkin olup olmadığı konusunda değerlendirme yapması oldukça zor bir olgudur. Ancak empati faktörü hastanın kendince bir değerlendirme yapabilmesi için oldukça etkili bir değerlendirme aracıdır. Ayrıca diğer hekimlere göre empati duygusu yüksek olan hekimlerin; hastalar ile ilgilenmesi, hekim-hasta ilişkisi, teşhis ve tedavi başarısı gibi klinik performans ölçütleri bu doğrultuda değişkenlik göstermektedir (Colliver vd., 1998: 8-9).

Hojat ve arkadaşları 2011 yılında diyabetik hastaların, empati sahibi hekimlerle tedavi süreçlerinin klinik çıktıları üzerine bir araştırma yapmışlardır. Jefferson Doktor Empati Ölçeği (Hojat vd., 2002) kullanılarak yapılan araştırmada, hekim-hasta arasında karşılıklı güven oluştuğu ve hastaların tedavi planlarına tam bir uyum sağladıkları gözlenmiştir. Ayrıca diğer hekimlere göre empati algıları yüksek olan hekimlerin muayene istatistiklerine bakıldığında, daha çok hasta muayene ettikleri de belirlenmiştir. Empati puanları yüksek olan hekimlerin özellikle hasta perspektiflerini anlamaları daha kolaylaşmaktadır. Ayrıca hastaların yardım alma algıları artmakta ve duygusal yönetimi de kuvvetlenmektedir. Hekimlerin empati puanları ile hasta çıktıları değerlendirilen bu çalışmada, pozitif bir ilişki bulunmuş ve tedavi süreçlerinde başarı ve uyumun yükseldiği tespit edilmiştir.

Diğer çalışmalarda azalan hekim empatisinin, kendiliğinden algılanan tıbbi hata ihtimalinin yüksek olması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Algılanan tıbbi hatalar, bireylerin duygu durumları ile ilgili olup daha sonra hekimlerde tükenmişlik, depresyon ve başarısızlık şeklinde sonuçlanmaktadır (West vd., 2006: 1071). Mercer ve arkadaşlarının (2002: 905) yaptığı çalışmada, hekim-hasta ilişkisi içerisinde empati terapötik bir ittifaka gidilmesi ve empati konsültasyonlar sırasında ihmal edilmiş bir faktör haline gelmemesi vurgulanmıştır. Aynı zamanda empati algısı yüksek olan hekimlerin hastaları da, tedavilere daha hızlı ve olumlu sonuçlar verdikleri gözlenmiştir.

Tıp dünyası içerisinde önemli kilit noktalardan biri sayılan hekimlerin görevi, sadece teşhis ve tedavi değil aynı zamanda hastalar için hem empati yeteneğine hem de bilişsel problem çözme becerilerine sahip olmaktır. Teşhis ve tedavi koşullarını belirleyen hekimler aynı zamanda uygun teşhis, hastalığın sonucunu tahmin etme ve tedaviye karar verme durumunda sahip olduğu kapasitelerin her birini bir araya getirerek başarılı sonuçlar elde etmelidir. Empati ve bilişsel problem çözme becerisi arasındaki ittifakı kurmak için, ilk olarak tıp eğitimi ve öğretimi bilinen uygulamaların aksine yeniden revize edilmelidir.

Empati ve bilişsel problemlerle başa çıkmanın tek yolu, mevcut tıbbi eğitim ve öğretimlerde öğrencilerin yaşayacakları zor koşullar için, soğuk bilişsel nesnellik eğitimleri sağlamaktır. Tıp eğitiminde, hem empati hem de bilişsel nesnellik becerileri kazandırılmaya çalışılan öğrencilere her iki yaklaşımın doğasında bulunan psikolojik

kısıtlamaların nasıl ve hangi koşullarda gerçekleşmesi gerektiği öğretilmelidir. Örneğin, hekimlerin poliklinik sırasında daha çok empati kurması gerekirken ameliyat sırasında ise empatiyi azaltarak soğuk nesnel bilişselliğini kullanması gerekir. Uzun dönemli iyileştirici tedavi planlarında psikiyatri hekimleri empatiyi kullanması gerekirken akut kriz dönemlerinde ise olabildiğince yok etmeye çalışmalıdırlar (Haque ve Waytz, 2012: 181).

Yine aynı şekilde hekimlerin, soğuk nesnel bilişselliğini koruyamayacaklarından dolayı kendi yakınlarının ameliyat veya müdahalelerine katılmalarına izin verilmemektedir. Ancak sağlık kurumları içerisinde çok az ya da çok fazla empati kullanılmasından ziyade optimal düzeyde empati kullanımı ve teşvik edilmesi daha doğru olacaktır.

Haque ve Waytz'e (2012: 181) göre; empati ve bilişsel becerilerin daha etkili kullanılması için, öğrencilerin tıp fakültelerine başvurularında ilk olarak bu becerilere önem verilmelidir. Başvuru sırasında önemli kişilik becerileri, empatik ve bilişsel becerileri analiz eden bir ölçekle değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Eğer bu uygulamalar pratiğe yansıtılırsa, sağlık kurumlarında en az maliyetle hem hastalar hem de sağlık sistemi için büyük bir fayda sağlanmış olacaktır.

1.4.5.3.3. Ahlâki Bağlılık

Tıpta insandışlaştırmanın işlevsel nedenlerinden biri kabul edilen ahlâki geri çekilme probleminin çözümü olarak ahlâki bağlılık stratejisi kullanılabilir. İnsandışlaştırmanın kaynaklarından birisi sayılan ahlâki geri çekilme, hekimler ve hastalar arasındaki psikolojik mesafenin azaltılmasıyla çözüme kavuşturulabilir. Sağlık personelinin görevi sadece teşhis ve tedavi hizmeti sağlamak değil aynı zamanda hastaları daha değerli ve psikolojik olarak kendilerine yakın görerek ahlâki kaygının temelini ortadan kaldırmaktır. Hastalardaki ahlâki endişenin psikolojik temelini anlamaya çalışan sağlık personeli bunu en basit pansuman ve kıyafet uygulamalarında görebilirler. Hatta neredeyse evrensel olarak hastanelerde hastalar, mahrem bölgelerini ancak gizleyebilen ameliyat ve hasta önlükleri giyerler. Ancak hastalar açısından bakıldığında bu durum onlar için çoğu zaman onur kırıcı ve aşağılayıcı bir tavır olarak algılanmaktadır (Haque ve Waytz, 2012: 182). Örneğin, Stanford Hapishane Deneyi'nde insanlar aşağılayıcı ve

küçük düşürücü gerçek hapisane kıyafetlerini giymeye zorlanmışlar ve en sonunda bu durum başkalarına karşı vahşice davranmalarına neden olmuştur. Gardiyanlar; hâki rengi üniforma, bir adet düdük, bir adet gece sopası (ahşap cop) kullanmışlardır. Düdük ve sopa burada hakimiyetin ve gücün kontrolü olarak özdeşleştirilmiştir (Haney vd., 1973: 75).

Sağlık kurumlarında psikolojik ve ahlâki mesafeyi oluşturan bir başka özellik ise tıbbi ortamdaki teknoloji olup, ahlâki geri çekilmeye ve insandışılaşmanın meydana gelmesine neden olmaktadır. Bir prosedürü yürütmek için eyleme geçmek ya da bir hava aracı kullanarak bir köyü bombalamak, doğrudan temas yoluyla bir başkasına zarar vermekten daha kolay gerçekleşmektedir. Bu durum aslında, ahlâk psikolojisi içerisinde algılanan ahlâksızlık eylemini de beraberinde getirmektedir. Bazı faaliyetler ve nesneler ile teması önleyip karşı çıkılmasına rağmen fiziksel temas varsa eğer algılanan ahlâksızlık eylemi daha fazladır.

Ahlâk psikolojisi çerçevesinde en çok tartışılan konulardan birisi bilinçli akıl yürütmenin ahlâki yargıyı belirlemede ne kadar etkili olup olmadığı mevzudur (Greene ve Haidt, 2002: 517). Ahlâki yargının ortaya çıkmasına yarayan üç ilke vardır:

- *“Eylemin neden olduğu zarar, ihmalkârlığın neden olduğu zarardan daha kötüdür.*
- *Bir hedefe yönelik araçların, bir hedefin yan etkisi olarak öngörülen zararlardan biri düşünülen zarar daha kötüdür.*
- *Mağdurla fiziksel temasın zarara uğraması, fiziksel temas içermeyen zararlardan daha kötüdür.”*

Ahlâki yargıların gerçekleşmesinde rol oynayan bu ilkeler bilinçli mantıksallaştırmada önem arz etmektedir (Cushman vd., 2006: 1082). Ahlâki hükümlere karar verirken, ahlâki yargıların temelinde bilinçli akıl yürütmenin olması aslında var olan temel amaçtır. Bu ahlâki ayırım, ahlâki ikilemde kalan bireylerin davranışlarının eylem veya eylemsizlikle arasında nasıl sonuçlanacağı dair önem teşkil etmektedir (Hauser vd., 2007: 1).

Sağlık kurumlarında teknoloji eşliğinde teşhis ve tedaviye başlandığı andan itibaren, hekimlerin yüz yüze etkileşimde otomatik olarak sağladığı ilgi ve bakımın çoğu birden kayda değer bir şekilde azalmaktadır. Teknolojinin bu kadar çok yer aldığı sağlık

kuruluşları içerisinde hekimler günlük olarak yüzlerce görüntü, röntgen filmi, rapor ve sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca bunların yanı sıra, pataloglar ve radyologlar gibi çoğu hekim, karanlık ve izole odaların arkasında hastalara dokunmadan hatta göz iletişimi bile kuramadan çalışmak zorunda kalmaktadır. Teşhis ve tedavi basamaklarındaki tüm tıbbi kayıtlar, patoloji, laboratuvar ve radyolojik görüntülerde hastanın yüzünün bir görüntüsünü bile içerse, bu durum yalnızca hastayı kişileştirmekle kalmayacak aynı zamanda insandışılaştırmayı artıran medikal teknolojinin bu yetisini en aza indirecektir (Haque ve Waytz, 2012: 182).

1.4.5.4. Tıpta İnsandışılaştırmanın İşlevsel Olmayan Nedenlerine Çözümler

Klinik koşullarda insandışılaştırmaya neden olan rutin ve psikolojik problemlerin nasıl engelleneceği konusunda farklı öngörüler mevcuttur. Çalışmada bu kısma kadar tıpta insandışılaştırmanın işlevsel ve işlevsel olmayan nedenleri açıklanmıştır. Bu bölümde ise; taleplere özgü farklılıktan kaynaklanan işlevsel ve işlevsel olmayan nedenlerin çözümleri açıklanacaktır. Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel ve işlevsel olmayan altı nedenin her birine karşılık gelecek şekilde altı farklı çözüm stratejisi açıklanmaya çalışılacaktır. Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenlerinin çözümleri olarak; bireyselleşme, faaliyetlerin yeniden oryantasyonu ve benzerliği artırmaktır.

1.4.5.4.1. Bireyselleşme

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenlerinden sayılan ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar hastaya yönelik dehumanitif davranışlara neden oluyorsa eğer, bireyselleştirme uygulamaları da insandışılaştırma olgusunu azaltabilir. Bu değişim, hem hastaları ve hekimleri anonimleştiren tıbbi uygulamaları tersine çevirerek hem de hasta ile hekimi kişileştiren ve bireyselleştiren uygulamaları birleştirerek gerçekleşebilir. Hastaların kimliklerini daha belirgin hale getiren bireyselleşme, hekimler arasındaki kişisel sorumluluk duygusunu da azaltarak tıpta insandışılaşmayı en aza indirmeyi başarabilir.

Hastalar ve sağlık personeli rakip ordudaki askerler ya da ordudaki komutanlara karşı gelen askeri öğrenciler gibi, farklı grup üyeliğini simgeleyen üniformalar giyerek

kimlikleri belirsizleştirilir yani yok edilme sürecine dâhil olurlar. Aynı şekilde beyaz üniformalar da hekimleri anonimleştirerek isimsiz kılar ve kusurlu davranışları için suçluluk hislerini azaltır. Tıbbi personel kişiliklerinden soyutlanmak yerine beyaz üniformalarını kendilerine özgü hale getirerek profesyonel kıyafetler lehine dönüşebilir. Neredeyse pratikte aynı olan homojen ameliyat ve hekim önlükleri gibi hastane kıyafetleri, çeşitli renk ve desenlerle çalışanları stereotipik gruplara bölebilir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin “beyaz önlük giyme törenleri” gibi günümüzdeki bazı giyinme uygulamaları, farklı ritüellerin uygulandığı ve etik yeminlerin varlığını bulduğu geçit törenleri bir gelenek haline dönüşmektedir. Bu törenler tıbbın yeterince insani değerlere sahip olmasını önlemek için bir ironi oluşturulabilir (Haque ve Waytz, 2012: 180). Sağlık kurumlarında farklı şekillerde bireyselleştirme uygulamaları gerçekleştirilebilir. Örneğin, teşhis ve tedavi prosedürlerindeki evraklarda hasta fotoğraflarının bulunması hem bireyselleştirme sağlayacak hem de hastalar ile daha fazla empati kurulmasına da imkân sağlayacaktır.

1.4.5.4.2. Faaliyetlerin Yeniden Oryantasyonu

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenlerinden sayılan bozulan hasta faaliyetinin çözümü olan faaliyetlerin yeniden oryantasyonu, hem hastayı hem de sağlık personelinin etkileyen bir süreçtir. Tıbbi basamaklar içerisinde, hastaların planlama ve seçme kapasitelerine yönelik faaliyetlerinin yeniden kazanılması ve uyumlaştırılması sürecidir.

Sağlık kurumları hastaların genel sağlık durumlarını kaybetmeden önceki geçmişlerini veya mevcut mesleki hayatlarına dair onları tanımlamaları ihtimal dâhilindedir. Ancak hastaların kendi hayatlarını planlama ve organize etme gibi faaliyetlerinde en basitinden bir bitkinin sorumluluğunun verilmesi gibi küçük ama değerli sorumluluklar hastaların klinik karar verme sürecinde aktif olarak katılımlarını teşvik edebilir (Haque ve Waytz, 2012: 180). Langer ve Rodin (1976) tarafından bakım evlerinde bulunan yaşlıların, kişisel sorumluluk ve seçim faaliyetlerinin kaybı deneysel bir şekilde incelenmiştir. Kurumsal bir yaşam içinde gündelik hayatını sürdüren yaşlılar kendi hayatları üzerinde kişisel kontrolleri kalmadığı için sorumluluk hislerini kaybetmeye başlamışlardır. Bir grup için sorumluluk yükleyen görevler verilirken diğer

grup için de iletişim imkânı fırsatı verilmiştir. Yapılan alan çalışması sonucunda deney grubunun uyanıklık, aktif katılım ve genel refah hissinde önemli bir iyileşme gösterdiği izlenmiştir. Ayrıca bu deneysel çalışmanın sonuçlarından birisi de; yaşlıların faaliyetlerini hatırlatan yardımcı kişilerin olmasının bile onların daha uzun ve kaliteli bir yaşam süreceklerini ortaya çıkarmasıdır.

Günümüzde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar sonucu işlevini kaybeden organlar için en iyi alternatif olan ve hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla organ nakilleri yapılmaktadır. Ancak organ nakli hastalarının çoğu, nakil öncesi ve sonrası birçok problemlerle karşılaşmaktadırlar. Hastalar genellikle nakil öncesi süreçte; majör depresyon, anksiyete, umutsuzluk, aile rollerinde değişim, bir başkasının organını almaktan doğan bir suçluluk duygusu gibi stres odaklı problemlerle karşılaşmaktadır. Nakil döneminde ise; ameliyat başarısı, nakledilen organının vücuda uyum sağlayıp sağlamayacağı korkusu yaşanmaktadır. Kronik bir hastalıkla yaşam süreci başlayan hasta için nakil sonrası dönemde, eski sağlıklı yaşamlarına kavuşma ve daha aktif olmak için ümitli bir bekleyiş başlamaktadır (Özşaker, 2014: 166). Organ transplantasyonu yaşayan hastalar, genellikle eski sağlıklı yaşamlarına kavuşmak için disiplinli ve kontrol altında bir yaşam sürme zorunluluğuna mecbur kalmaktadırlar. Bozulan eski yaşam kalitelerine dair günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri için özellikle öz-bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (Gül vd., 2010: 7).

Organ nakilleri sonrasında hastaların gelecek yaşamları için bazı tavsiyeler verilmektedir. Hastaların kendi öz-bakımları için daha fazla sorumluluk verilmesi amacıyla; ilaçlarının düzenli alınması, diyet ve beslenmeye önem vermeleri, sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olmaları (sigara ve alkol tüketimi) gibi hastaların daha fazla oto-kontrollerine yer verilmektedir (Howard, 2006: 114).

Faaliyetlerin yeniden organizasyonu, bireylerin etkinlik faaliyetleri ve kişisel kontrol duygusunu kaybetmesi üzerine tekrardan kazanılmaya çalışılan bir uyum sürecidir. Örneğin, meme kanserine yakalanan bir hasta mastektomi ameliyatı üzerine vücut bütünlüğünü kaybederek kendisini “yarım bir insan” olarak algılayan psikososyal problemler yaşamaktadır. Ameliyat sürecinden sonra onkoloji uygulamaları ile birlikte protez çalışmaları da başlamaktadır. Ancak edinilen protez ile normal sağlıklı bir insan

görünümü için uyum süreci yaşanmaktadır. Aynı şekilde son zamanlarda medyaya da yansıyan yüz nakli operasyonlarında da muhtemelen aynı süreçler izlenmektedir.

Bozulan hasta faaliyetinin çözümü olan faaliyetlerin yeniden oryantasyonunda, bireye mümkün olduğunca kısa bir süreç içinde fiziksel, mental ve sosyal faaliyetlerinin geri kazandırılması amaçlanmaktadır. Hastanın benzeşmezliğinin azalması gerekmekte olup, fonksiyon eksikliği olarak değil sağlıklı insana benzemede gerçekleşen uyumlama sürecidir.

1.4.5.4.3. Benzerliği Artırmak

Tıpta insandışılaştırmanın işlevsel olmayan nedenlerinden sayılan benzeşmezlik probleminin çözümü olarak, benzerliği artırmak stratejisi izlenebilir. İnsandışılaştırmanın ortaya çıkmasındaki faktörlerden biri kabul edilen benzeşmezliği azaltmak için, çok sayıda metot ile hasta-hekim benzerliğinin artırılması gerekir. Hasta demografileri ile hekim nüfusunun etnik, ırk ve cinsiyet çeşitliliği gibi etmenleri göz önüne alınarak temel düzeyde bir benzerlik fonksiyonu kurulabilir (Haque ve Waytz, 2012:180).

American Medical Group Association'ın 2009 yılı verilerine göre Amerikan Birleşik Devletleri'nde ortalama hekim maaşları yaklaşık \$ 198.000 (aile hekimliği) ve \$ 580.000 (ortopedik cerrahi) arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde son hekim işgücü raporuna göre, 2014-2025'e kadar hekim arz ve talep projeksiyonlarında özellikle birçok cerrahi alanlarda sıkıntı yaşanacağı öngörülmektedir. Yakın gelecekte hastalar için önemli bir hekim sıkıntısı yaşanacak ve özellikle hekimler için talep arttıkça cerrahi uzmanların arzının da azalmasına yönelik tahminler yapılmıştır. Hekim kıtlığının azaltılmasına yönelik olarak, teknolojinin daha iyi kullanımı, federal desteklerin artırılması ve tıp fakültelerinde toplam hekim sayılarının artırılması gibi çok yönlü bir çözüm planlanmaktadır (American Association of Medical Colleges, 2016). Kazanç açısından bakıldığında hekimler en çok kazanan meslek dalı olarak yerini almakta ve ortalama bir Amerikalıdan daha zengin bir konuma yükselmektedirler (Haque ve Waytz, 2012: 180).

Yapılan araştırmalarda etnik köken ve ırk açısından değerlendirildiğinde, bugün 2050 yılı tahminlerine göre nüfusunun %50'sinin azınlık olması beklenen ABD'nin, en hızlı büyüyen kesimi Afrikalı Amerikalılar ve İspanyollar olurken, tıpta en az temsil

edilen azınlık grubunu da onlar oluşturmaktadır. Ancak ihtiyaç duyulan azınlık hekimlerinin sayısı nüfusla aynı oranda artmamaktadır. Sayısal verilere bakıldığında ABD tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin sadece %12'si Afrikalı Amerikalılar olup, azınlık gruptan tıp fakültelerine başvuru ise %15 civarında bulunmaktadır. Yine araştırmalara bakıldığında azınlık gruba dâhil hastaların daha çok kendi ırk ve etnik kökenlerinden bir sağlık personeli seçme ihtimalinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (American Association of Medical Colleges, 2006). Bu durumda hasta ile hekim arasında benzerliğin artırılması güvenin, saygının ve memnuniyetin de yüksek olması ihtimalini doğurmaktadır.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise; ABD hekimlerinin yaklaşık %28'ini kadınlar oluşturmaktadır. En çok uzmanlık alanları tercihine bakıldığında; ilk olarak pediatri, ikinci dahiliye ve üçüncü sırada çocuk ve ergen ruh sağlığı yer almaktadır (American Association of Medical Colleges, 2008). Hasta- hekim benzerliği cinsiyet açısından ele alındığında görülüyor ki; kadınlar daha çok çocuklarla ilgili alanları seçmiş bulunmaktadır.

Benzerliğin artırılmasında sadece demografik veriler izlenmemektedir. Hasta-hekim arasında teşhis ve tedavilerden daha iyi sonuç alınabilmesi için, çoğu hasta kendisini diğer hastalarla eşleştirerek tedavisinin nasıl sonuçlanacağını öngörmeye çalışmaktadır. Bu eşleştirme için en iyi örnekler; hastalık hikâyeleridir. Bunların yanı sıra hekimler hastalar ile kendilerini de özdeşleştirebilirler. Örneğin; SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan bir hekim, annesini meme kanserinden kaybettiğinden dolayı yaptığı meme cerrahisi operasyonlarından belirli bir ücret almamaktadır. Bu vakada hekim, hasta ile arasındaki asimetrik gücü en aza indirerek kendi açısından bir benzerlik oluşturmuştur.

Bir başka örnek ise; psikiyatri tedavilerinde uygulanan grup terapileridir. Bu uygulamalar sırasında hastalar hastalıkları ile etiketlerinden ayrılmakta ve sadece hastanın insani yönü ele alınmaktadır. İnsandışılaştırmaya yol açan algılanan benzeşmezlik yok edilmeli ve hastaların bedensel noksanlıklarının etiketlenmesinin önüne geçilmelidir. Aynı zamanda hekim ve hasta arasındaki asimetri azalınca doğrudan benzerlik de artacaktır. Ayrıca hastaya tedavi sürecinde ne kadar katılım gücü verilirse, hasta açısından da bir benzerlik söz konusu olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSANDIŞILAŞTIRMA ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

2.1. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.1. Amaç ve Önem

İnsan hayatında vazgeçilmez bir öneme sahip olan sağlık sektörü, hızla gelişen yoğun teknoloji kullanımı, ileri düzeyde uzmanlaşma ve işbölümünün yaygınlaşması ile birlikte hastaların bireysel duygu ve düşüncelerini yok sayan formal organizasyonlara dönüşmektedir. Sağlık kurumlarında yoğun ve stresli bir çalışma ortamı, niceliksel hedeflerin yükseltilmesi üzerine mevcut performans yönetimi uygulamaları ve toplumsal açıdan kültürel olarak devam eden hiyerarşik üstünlüğün hekim ve hasta arasındaki ötekileştirmeyi giderek artırdığı gözlenmektedir. Ayrıca her türlü tıp uygulamaları sırasında temel tıp eğitiminin vazgeçilmezlerinden olması gereken empati kavramı giderek yoksunlaşmakta ve değer kaybetmektedir. Sağlık hizmetlerinde istemsiz bile olsa meydana gelen tüm olumsuz davranışlar hastalara yönelik insandışılaştırma davranışlarının varlığını ortaya koymaktadır.

Tıpta insandışılaştırma kavramı, hastaların insani özelliklerinin, değerlerinin, duygu ve düşüncelerinin yok sayılması olarak ifade edilebilir. Ancak Türkçe literatüre bakıldığında tıpta insandışılaştırma üzerine neredeyse yok denilebilecek kadar az çalışma bulunmaktadır. Nedeni ise insandışılaştırma kavramının henüz tanınmamış ve tıp biliminde ise öneminin anlaşılmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı, hastaların hangi boyutlarda ve ne düzeyde insandışılaştırma davranışlarına maruz kaldığını ve hangi faktörlerin bu davranışa neden olduğunu tespit etmektir. Yapılan bu çalışma sonucunda var olan insandışılaştırma olgusu üzerine, hasta-hekim arasındaki meydana gelen olumsuz davranışların ne düzeyde insandışılaştırma olduğunun tespiti ve sağlık piyasası paydaşları için bu konuya dikkat çekilmesi ve literatürde yeni bir bilgi birikiminin oluşturulması amaçlanmaktadır.

2.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Hastaların insandışılaştırma üzerine ilişkin algıları hangi boyutlarda ve ne düzeydedir?” sorusu oluşturmaktadır.

2.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzerinde bireylerin bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevaplar gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

2.1.4. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma 2017 yılının Mayıs ve Haziran aylarında Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaşından büyük bireyleri kapsamaktadır. Araştırmanın evrenindeki değişiklikler göz ardı edilerek mevcut nüfus üzerinden hesaplamalar yapılmış olup, sonuçlar sadece bu evrenin özelliklerini yansıttığı için genellenemez. Çalışmanın tüm bölgedeki yaşayanlara genellenebilmesi için daha geniş çaplı bir örneklem üzerinde çalışılması gerekmektedir.

2.1.5. Evren ve Örneklem

Sağlık hizmetlerinde hastaların insandışılaştırma algılarının incelendiği araştırmanın evrenini Isparta’da yaşayan ve hayatında en az bir defa sağlık hizmetlerinden faydalanmış 18 yaşından büyük bireyler oluşturmaktadır. Isparta nüfus müdürlüğü 2016 yılı verilerine göre araştırmanın evreni 217.308 kişidir. Bir araştırma kapsamında örneklem ne kadar olacağı konusunda tam bir sayı vermek mümkün değildir. Evrenin belli olduğu durumlarda, mevcut sayı göz önüne alındığında hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 383 kişilik bir örneklem yeterli bulunmaktadır (Kan, 1998). Bu araştırma kapsamında kolayda örneklem yöntemi kullanılarak, 388 kişiye ulaşılmıştır.

2.1.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak “*Hekimlerin Dehümanitif Davranışlarına İlişkin Algı Anketi*” kullanılmıştır. Anket araştırmacı tarafından konunun kavramsal

çerçevesi incelendikten sonra Piccoli'nin (2014), *"A New Look at Dehumanization: The Association Between Menstrual Cycle Changes and Dehumanization of Women"*, Strelich'in (2016), *"Dehumanization as a Consequence of Aggression"*, Muse'nin (2016), *"Role of Race and Appearance in the Dehumanization of Women and Minorities"*, Petersen'in (2012), *"A Continuum, Not a Divide: The Relationship Between Representations of Nonhuman Animals and Prejudice Towards Immigrants"* ve McFaul'un (2010), *"Dehumanization Beliefs and Indiscriminate Aggression"* başlıklı çalışmalarından esinlenerek oluşturulmuştur. Hazırlanmış olan anket taslağı için ilk olarak soru havuzu oluşturulmuş ve sonrasında uzman görüşleri alınmıştır. 50 katılımcı üzerinde pilot uygulama ile test edilen anket formu, daha sonra anlaşılması zor ifadeler yeniden düzenlenerek 5'li Likert şeklinde son hali verilmiştir. Anketin uygulanmasında anketör kullanılmamış olup, araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm sağlık hizmetlerinde hastaların insandışılama algılarını ölçmeye yönelik ifadelerden oluşmaktadır. Hazırlanan anket "Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar", "Bozulan Hasta Etkinliği", "Benzeşmezlik", "Mekanikleşme", "Empati Yoksunluğu" ve "Ahlâki Geri Çekilme" olmak üzere toplam 6 boyut olarak oluşturulmuştur. İlk bölüm içerisinde, araştırmaya katılan bireylerin görüşlerini nicel olarak ölçmek amacıyla Likert tarzda hazırlanan 38 ifadeden oluşmaktadır. Anketin ikinci kısmı ise, bireylerin demografik bilgilerini ölçmeyi amaçlayan toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

2.1.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizi bu program aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Ankette 5'li likert ölçeği kullanılmış ve elde edilen puanlar aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. Bunun yanı sıra istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. 5'li likert ölçümlerinde 5 katılım düzeyi vardır ve genellikle şu aralıklarda düzenlenmektedir: 1.00-1.79 *"Hiç Katılmıyorum"*, 1.80-2.59 *"Kısmen Katılmıyorum"*, 2.60-3.39 *"Orta Düzeyde Katılıyorum"*, 3.40-4.19 *"Çoğunlukla Katılıyorum"*, 4.20-5.00 *"Tamamen Katılıyorum"* şeklinde belirlenmiştir. Bu durumda 2.60 kadar olan kısımda daha az insandışılama algısı, 2.60-3.39 orta nokta ve orta

düzeyde insandışılaştırma ve 3.40 üzerindeki puanlar ise insandışılaştırmanın yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Veriler normallik testine tabi tutulmuş olup, çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. “Hekimlerin Dehümanitif Davranışlarına İlişkin Algı Anketi”ndeki ifadeler boyutlandırılmak için faktör analizi yapılmıştır. Bunun üzerine toplam 6 boyuttan oluşan ifadeler demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirildiğinden iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), ikiden fazla grupları karşılaştırmak için ise varyans analizi (F testi) uygulanmıştır. Varyans analizinde farklılık bulunduğunda farklılığın kaynağını bulmak için Tukey’s-b testi yapılmıştır.

2.2. BULGULAR

2.2.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kişilerin demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 2.1’de gösterilmektedir.

Tablo 2.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	192	49.5
Erkek	196	50.5
Yaş (Yıl)		
30 ve altı	88	22.7
31-40	132	34.0
41-50	101	26.0
51 ve üzeri	67	17.3
Medeni Durum		
Evli	269	69.3
Bekâr	98	25.3
Diğer	21	5.4
Eğitim Düzeyi		

Tablo 2.1. (Devamı)

İlkokul Mezunu	76	19.6
Ortaokul Mezunu	33	8.5
Lise Mezunu	90	23.2
Önlisans Mezunu	44	11.3
Lisans Mezunu	105	27.1
Lisansüstü	40	10.3
Aylık Gelir (TL)		
1999 TL ve altı	96	31.8
2000-2999 TL	83	27.5
3000 TL ve üstü	123	40.7
Kronik Hastalık Sahibi		
Evet	72	18.6
Hayır	283	72.9
Bilmiyorum	33	8.5
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar		
Evet	96	24.7
Hayır	292	75.3
Toplam	388	100.0

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların dağılımlarına bakıldığında toplam 388 katılımcının %22.7’sini 30 yaş ve altı, %34’ünü 31-40 yaş aralığı, %26’sı 41-50 ve %17.3’ünü ise 51 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Katılımcıların %49.5’ini kadın, %50.5’inin erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde %69.3’ünün evli, %25.3’ünün bekâr olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %19.6’sının ilkokul mezunu, %8.5’inin ortaokul mezunu, %23.2’sinin lise mezunu, %11.3’ünün önlisans mezunu, %27.1’inin lisans mezunu ve %10.3’ünün ise lisansüstü eğitim düzeyinde oldukları tespit edilmiştir. Katılımcılar gelir düzeylerine göre incelendiğinde ise; %31.8’i 1999 TL ve altı, %27.5’i 2000-2999 TL arası ve %40.7’sinin ise 3000 TL ve üzeri gelire sahip oldukları saptanmıştır.

Araştırmada yer alan katılımcılar meslek dağılımlarına göre incelendiğinde ise çok farklı alanlardan katılım sağladıkları izlenmiştir. En çok katılım %20.6 ile ev hanımları, ikinci olarak %16.8’lik paya sahip olan serbest meslek çalışanları ve üçüncü olarak ise %15.7’lik kısımda ise işçiler yer almaktadır.

Çalışmaya katılan kişilere kronik bir rahatsızlıkların olup olmadığı sorulduğunda %18.6’sının halihazırda kronik bir rahatsızlığa sahip oldukları, %72.9’unun sahip olmadığı ve %8.5’inin ise bu konuda bigisinin olmadığı belirlenmiştir. Kronik bir rahatsızlığa sahip olanlara ne tür bir hastalığa sahip olduğu sorusu yöneltildiğinde ise, en çok %19.7 ile diyabet, ikinci olarak %18.3’lük yüzde ile tansiyon, üçüncü olarak ise %12.7’lik yüzde katılımcıların astım ve kalp hastalıklarına sahip oldukları tespit edilmiştir.

2.2.2. Hekimlerin Hastalara Yönelik İnsandışılaştırıcı Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kişilerin, hekimlerin insandışılaştırıcı davranışlarına yönelik verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2.2’de yer almaktadır.

Tablo 2.2. Hekimlerin Hastalara Yönelik İnsandışılaştırıcı Davranışlarına Yönelik Bulgular

No	İfadeler	Sıklık	
		$\bar{X}$	S
1	Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yalnızca hasta bir birey olarak gördüklerini düşünüyorum.	3.644	1.200
2	Hekimlerin beni dinlemeye layık bir insan bulmadıkları için önemsemediklerini düşünüyorum.	2.820	1.247
3	Hekimlerin bana daha az zaman harcadıklarını düşünüyorum.	3.366	1.256
4	Hekimlerin şahsi problemlerimi umursamadıklarını düşünüyorum.	3.289	1.284
5	Hekimlerin bana daha az sorumlu davrandıklarını düşünüyorum.	3.129	1.215
6	Hekimlerin beni değil, hastalığımı önemseddiğini düşünüyorum.	3.505	1.254
7	Hekimlerin, hastalığımdan dolayı beni kendine bile yetemeyen eksik ve yetersiz biri olarak gördüklerini düşünüyorum.	2.503	1.285
8	Hekimlerin hastalığımdan dolayı kendi hayatıma ilişkin planlama yapabilecek kapasitede olmadığını varsaydıklarını düşünüyorum.	2.469	1.277
9	Herhangi bir hastalıkta hareket etme kabiliyetimi kaybedersem hekimlerin, beni bir et yığını gibi göreceğini düşünüyorum.	2.595	1.301
10	Hekimlerin beni kendileri gibi bir insan olarak görmediklerini düşünüyorum.	3.005	1.337

Tablo 2.2. (Devamı)

11	Hekimlerin, hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi oldukları için beni yok sayan bir şekilde davrandıklarını düşünüyorum.	2.860	1.302
12	Hastalığımla ilgili bilgi sahibi olmadığım için hekimlerin tedavime ilişkin kararlara beni katmadıklarını düşünüyorum.	3.170	1.262
13	Hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi oldukları için, hekimlerin tedavi sırasında bana daha haşın ve sert davrandıklarını düşünüyorum.	2.799	1.280
14	Hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi olmalarını, hekimlerin benim üzerimde mutlak hâkimiyet kurmak için bir araç olarak kullandıklarını düşünüyorum.	2.987	1.283
15	Hekimlerin beni yok sayarak sadece hastalığımla ilgilendiklerini düşünüyorum.	3.320	1.306
16	Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yürüyen bir hastalık gibi gördüklerini düşünüyorum.	2.804	1.359
17	Hekimlerin beni aşağıladığını ve küçük gördüklerini düşünüyorum.	2.492	1.323
18	Hekimlerin beni insandan çok, tamir edilmesi gereken bir araç gibi gördüklerini düşünüyorum.	2.897	1.312
19	Hekimler tanı ve teşhis sırasında o kadar çok teknolojik alet kullanıyorlar ki, bazen kendimi o aletlerden biriymişim gibi hissediyorum.	2.642	1.373
20	Hekimlerin teknolojik aletlerden çok fazla yararlanmasının, onları maharetsiz masa başı doktorlara çevirdiğini düşünüyorum.	2.794	1.297
21	Hekimlerin hastaları eskiye nazaran daha az elle veya gözle muayene ettiklerini düşünüyorum.	3.468	1.288
22	Hekimlerin benimle üstünkörü bir iletişim kurduklarını düşünüyorum.	3.336	1.276
23	Hekimlerin, benim hastayken çektiklerimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	3.322	1.252
24	Hekimlerin iletişim kurarken göz temasından kaçındıklarını düşünüyorum.	3.196	1.311
25	Hekimlerin benim ihtiyaç ve tercihlerimi yok sayarak hareket ettiklerini düşünüyorum.	2.987	1.221
26	Hekimlerin tedavime ilişkin kararlarda bana hiçbir hak tanımadıklarını düşünüyorum.	3.064	1.255
27	Hekimlerin bana bir hasta olarak daha merhametli davranmadıklarını düşünüyorum.	3.331	1.251
28	Hekimlerin bana bir hasta olarak daha sabırlı davranmadıklarını düşünüyorum.	3.451	1.190
29	Hekimlerin bana bir hasta olarak daha güleryüzlü davranmadıklarını düşünüyorum.	3.544	1.207
30	Hekimlerin hastalığımın kaynaklanan endişeli ve aşırı duygusal halimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	3.361	1.181
31	Hekimlerin hastalığım ve tedavi sürecime ilişkin korkularımı görmezden geldiklerini düşünüyorum.	3.193	1.191

Tablo 2.2. (Devamı)

32	Hekimlerin çoğu zaman gergin ve sinirli olduklarını düşünüyorum.	3.492	1.187
33	Hekimlerin çoğu zaman kaba ve nezaketsiz davrandıklarını düşünüyorum.	3.023	1.210
34	Hekimlerin tedavi sırasında bana acı verebileceklerini görmezden gelerek hareket ettiklerini düşünüyorum.	2.856	1.255
35	Hekimlerin zarar vereceklerini hesaba katmadan hareket ettiklerini düşünüyorum.	2.724	1.271
36	Hekimlerin acı vermeyi ve insanca davranmamayı hekimliğin bir parçasıymış gibi gördüklerini düşünüyorum.	2.747	1.317
37	Hekimlerin çoğu zaman duygusuzca davrandıklarını düşünüyorum.	3.224	1.174
38	Hekimlerin suçluluk duygularının olmadığını düşünüyorum.	3.366	1.243

Tablo 2.2'ye bakıldığında, hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırıcı davranışlarına ilişkin bulguların aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları gösterilmektedir. Tablodan da anlaşılabileceği üzere bazı hastalar insandışılaştırıcı davranışlara daha çok maruz kalırken bazı hastaların ise daha az insandışılaştırıcı davranışlar ile karşılaştıkları söylenebilir.

Tablo 2.2'ye göre; 1, 6, 21, 29, 32 ve 38'inci ifadelerin çoğunluğunun 4'e yakın olduğu yani bu ifadelere yönelik algının güçlü düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Bu duruma göre, bu soruların ifade ettikleri konularda hastaların sağlık kurumlarında insandışılaştırmaya daha çok maruz kaldıkları söylenebilir.

Tablo 2.2'de hastalar "*Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yalnızca hasta bir birey olarak gördüklerini düşünüyorum*" ifadesinden en yüksek (3.644) puan almışlardır. Bireysel kimliği yok sayan uygulamalar içerisinde hastaları bir insan olarak değil de sadece hasta bir birey olarak algılamak, kişinin bireysel bütünlüğüne zarar vererek insani duygularını hiçe saymaktadır. Araştırmada en yüksek puanı 1. soru alarak, hastaların en çok bireysel kimliklerinin zarar gördüğü ve hekimler tarafından hasta bir birey olarak algılandığı tespit edilmiştir.

Hekimler ve hastalar arasındaki ilişkinin insani önemini ölçen "*Hekimlerin bana bir hasta olarak daha güler yüzlü davranmadıklarını düşünüyorum*" ifadesi ise en

yüksek (3.544) ikinci puanı almıştır. Türk toplumunun kültürel temalarına bakıldığında, insan ilişkileri içerisinde samimiyet, güleryüz ve içtenlik gibi duyguların önem arz ettiği bir toplumda, hastalar en çok hekimlerin güleryüzlü olmadığından yakınmaktadırlar. Böylesine insani ilişkilerin kuvvetli olduğu toplumda hastaların güleryüz beklmeleri de elbette doğaldır.

Tablo 2.2'ye bakıldığında hekimler *“Hekimlerin beni değil, hastalığımı önemsemediğini düşünüyorum”* ifadesinden (3.505) puan almıştır. Katılımcılar bu ifadeye göre, hekimlerin bireylerin insani yönü ile değil sadece hastaneye hangi rahatsızlık ve hastalığından dolayı geldiği ile ilgilendiği anlaşılmaktadır. Bireylerin duygusal özelliklerine önem vermeksizin sadece üzerinde yeni çalışmalar yapılabilecek medikal bir obje olarak yaklaştıkları düşünülebilir.

Yine katılımcılar *“Hekimlerin çoğu zaman gergin ve sinirli olduklarını düşünüyorum”* ifadesinden de (3.492) puan almışlardır. Yapılan anket çalışması sırasında hastalar çoğu kez yaşadıkları olaylardan örnekler vererek, tüm hekimlerin öyle olamayacağından sadece iş yoğunluklarının bu duruma sebep olabileceğinden de söz etmişlerdir.

“Hekimlerin hastaları eskiye nazaran daha az elle veya gözle muayene ettiklerini düşünüyorum” ifadesi (3.468), *“Hekimlerin bana bir hasta olarak daha sabırlı davranmadıklarını düşünüyorum”* ifadesi ise (3.451) puan almıştır. *“Hekimlerin suçluluk duygularının olmadığını düşünüyorum”* ifadesi ise (3.366) puan almıştır.

“Hekimlerin hastalığımın dolayı kendi hayatıma ilişkin planlama yapabilecek kapasitede olmadığını varsaydıklarını düşünüyorum” ifadesi (2.469) puan alarak katılımcıların en düşük puanla değerlendirdikleri soru olmuştur. Ve bu durum sonucunda hastalar kendi hayatlarına dair planlamalarda böyle bir durumun söz konusu olmadığını savunmuştur. Yani hekimlerin insanların hayatlarını organize etme konusunda insandışlaştırma yapmadıkları tespit edilmiştir.

Katılımcılar *“Hekimlerin beni aşağıladığını ve küçük gördüklerini düşünüyorum”* ifadesinden de en düşük ikinci puanı (2.492) almıştır. Yani bu durumda hekimlerin hastalara yönelik aşağılayıcı ve küçük gören tavırlarının olmadığı ve insandışlaştırıcı davranışlarda bulunmadıkları tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde katılımcılar

“Hekimlerin, hastalığımın dolayısı beni kendine bile yetemeyen eksik ve yetersiz biri olarak gördüklerini düşünüyorum” ifadesinden de (2.503) puan almıştır. Katılımcılar hekimlerin hastaları kendisine bile yetemeyen eksik ve yetersiz biri olarak gördükleri ifadesine, tepkiyle karşı çıkmış ve böyle bir insandışılaştırmanın olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcılar tarafından *“Herhangi bir hastalıkta hareket etme kabiliyetimi kaybedersem hekimlerin, beni bir et yığını gibi göreceğini düşünüyorum”* ifadesine (2.595), *“Hekimler tanı ve teşhis sırasında o kadar çok teknolojik alet kullanıyorlar ki, bazen kendimi o aletlerden biriymişim gibi hissediyorum”* ifadesine (2.642), *“Hekimlerin zarar vereceklerini hesaba katmadan hareket ettiklerini düşünüyorum”* ifadesine (2.724) ve *“Hekimlerin acı vermeyi ve insanca davranmamayı hekimliğin bir parçasıymış gibi gördüklerini düşünüyorum”* ifadesi (2.747) orta noktanın altında puanlar verilmiştir. Tablo 2.2’ye bakılarak, bu ifadelerin 3’ün altında bir ortalamaya sahip olduğu yani hastalara yönelik insandışılaştırmanın oldukça düşük algıya sahip olduğu belirlenmiştir.

2.2.3. Faktör Analizi Sonuçları

Literatürden yola çıkılarak oluşturulmuş olan *“Hekimlerin Dehümanitif Davranışlarına İlişkin Algı Anketi”* toplam 38 ifade olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Demografik verilerin bulunduğu bölümde ise 8 ifadeye yer verilmiştir. 5’li Likert ölçeği kullanılarak hazırlanan ifadeler, 1: Kesinlikle Katılmıyorum’dan 5: Kesinlikle Katılıyorum şeklinde katılma düzeyleri ölçümlenmiştir. Literatür yazınında yer alan orijinal boyutlarına da uygun olması ve daha anlaşılır yorumlanabilmesi adına faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan faktör analizinde Varimax döndürme yöntemi uygulanarak, faktör yükü 0.30’dan düşük ifadeler ve 0.10’dan daha az farkla farklı faktörlere yüklenen toplam 13 ifade analizden çıkarılmıştır. Hekimlerin insandışılaştırıcı davranışlarını ölçen ifadelerin faktör analiz sonuçları Tablo 2.3’te yer almaktadır.

Tablo 2.3. Hekimlerin İnsandışılaştırıcı Davranışlarına Yönelik İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
1. Faktör: Mekanikleştirme ve Ötekileştirme			
7. Hekimlerin, hastalığımdan dolayı beni kendine bile yetemeyen eksik ve yetersiz biri olarak gördüklerini düşünüyorum.	0.733	11.203	0.785
9. Herhangi bir hastalıkta hareket etme kabiliyetimi kaybedersem hekimlerin, beni bir et yığını gibi göreceğini düşünüyorum.	0.656		
11. Hekimlerin, hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi oldukları için beni yok sayan bir şekilde davrandıklarını düşünüyorum.	0.535		
17. Hekimlerin beni aşağıladığını ve küçük gördüklerini düşünüyorum.	0.619		
19. Hekimler tanı ve teşhis sırasında o kadar çok teknolojik alet kullanıyorlar ki, bazen kendimi o aletlerden biriymişim gibi hissediyorum.	0.733		
20. Hekimlerin teknolojik aletlerden çok fazla yararlanmasının, onları maharetsiz masa başı doktorlara çevirdiğini düşünüyorum.	0.550		
2. Faktör: İletişimsizlik			
22. Hekimlerin benimle üstünkörü bir iletişim kurduklarını düşünüyorum.	0.635	10.654	0.797
23. Hekimlerin, benim hastayken çektiklerimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	0.549		
24. Hekimlerin iletişim kurarken göz temasından kaçındıklarını düşünüyorum.	0.617		
25. Hekimlerin benim ihtiyaç ve tercihlerimi yok sayarak hareket ettiklerini düşünüyorum.	0.626		
26. Hekimlerin tedavime ilişkin kararlarda bana hiçbir hak tanımadıklarını düşünüyorum.	0.598		
3. Faktör: Empati Yoksunluğu			
30. Hekimlerin hastalığımdan kaynaklanan endişeli ve aşırı duygusal halimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	0.594	10.625	0.764
31. Hekimlerin hastalığım ve tedavi sürecime ilişkin korkularımı görmezden geldiklerini düşünüyorum.	0.657		
32. Hekimlerin çoğu zaman gergin ve sinirli olduklarını düşünüyorum.	0.736		
33. Hekimlerin çoğu zaman kaba ve nezaketsiz davrandıklarını düşünüyorum.	0.590		
4. Faktör: Ahlâki Geri Çekilme			
34. Hekimlerin tedavi sırasında bana acı verebileceklerini görmezden gelerek hareket ettiklerini düşünüyorum.	0.732	10.180	0.820
35. Hekimlerin zarar vereceklerini hesaba katmada hareket ettiklerini düşünüyorum.	0.770		
36. Hekimlerin acı vermeyi ve insanca davranmamayı hekimliğin bir parçasıymış gibi gördüklerini düşünüyorum.	0.742		
5. Faktör: İnsani Değerlerden Yoksunluk			

Tablo 2.3. (Devamı)

27. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha merhametli davranamadıklarını düşünüyorum.	0.688	9.147	0.792
28. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha sabırlı davranamadıklarını düşünüyorum.	0.769		
29. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha güleryüzlü davranamadıklarını düşünüyorum.	0.801		
6.Faktör: Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar			
1. Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yalnızca hasta bir birey olarak gördüklerini düşünüyorum.	0.634	7.898	0.597
3. Hekimlerin bana daha az zaman harcadıklarını düşünüyorum.	0.541		
4. Hekimlerin şahsi problemlerimi umursamadıklarını düşünüyorum.	0.626		
6. Hekimlerin beni değil, hastalığımı önemseydiğini düşünüyorum.	0.533		

KMO: 0.917

Barlett Testi: 3582.265, $p<0.000$

Tablo 2.3'te her bir ifadenin faktör yükleri tespit edilerek, örneklem büyüklük yeterliliği, verilen faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi yapılmış bulunmaktadır. Yapılan analizin sonucunda KMO değeri 0.917 bulunmuş olup, seçilen örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Barlett testinin sonucu değerlendirildiğinde, değişkenler arası korelasyonun $p<0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur.

Yapılan faktör analizi sonucu hekimlerin insandışılaştırıcı davranışlarına ilişkin algı anketinin, toplam 6 faktöre ayrıldığı tespit edilmiştir. Bu 6 faktör varyansın %59.70'ini açıklamaktadır. Analizler sonucu elde edilmiş olan faktörler şu şekilde belirlenmiştir:

Faktör 1- Mekanikleştirme ve Ötekileştirme: İlk faktör 6 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.535 ile 0.733 arasında değişmektedir. Faktörün açıklanan varyansı ise, 11.203 olarak belirlenmiştir.

Faktör 2- İletişimsizlik: İkinci olarak bu faktör, toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.549 ile 0.635 arasında değişmektedir. Faktörün açıklanan varyans oranı 10.654 olarak tespit edilmiştir.

Faktör 3- Empati Yoksunluğu: Üçüncü olarak bu faktör, toplam 4 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.590 ile 0.736 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 10.625 olarak saptanmıştır.

Faktör 4- Ahlâki Geri Çekilme: Dördüncü olarak bu faktör, toplam 3 maddeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.732 ile 0.770 arasında değişmektedir. Faktörün açıkladığı varyans oranı 10.180 olarak bulunmuştur.

Faktör 5- İnsani Değerlerden Yoksunluk: Beşinci olarak bu faktör, toplam 3 maddeden oluşmaktadır. Açıkladığı varyans oranı 9.147 olarak belirlenmiştir.

Faktör 6- Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar: Altıncı olarak bu faktör, toplam 4 maddeden oluşmaktadır. Açıkladığı varyans oranı 7.898 olarak tespit edilmiştir.

2.2.4. Faktörlerin İfade Sayıları, Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları

Yapılan faktör analizi sonucunda, araştırmaya katılan hastaların hekimlere yönelik algılamaları sonucu oluşan boyutlar Tablo 2.4'te gösterilmektedir.

Tablo 2.4. Faktör Boyutların İfade Sayıları, Cronbach Alfa Değerleri, Ortalama ve Standart Sapmaları

Boyutlar	İfade Sayısı	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alfa
Mekanikleştirme ve Ötekileştirme	6	2.648	0.913	0.785
İletişimsizlik	5	3.179	0.939	0.797
Empati Yoksunluğu	4	3.267	0.912	0.764
Ahlâki Geri Çekilme	3	2.775	1.098	0.820
İnsani Değerlerden Yoksunluk	3	3.443	1.021	0.792
Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar	4	3.451	0.839	0.597

Ankette bulunan 6 boyut şu şekildedir:

Mekanikleştirme ve Ötekileştirme: Bu boyut 6 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan her bir ifade tıbbın ne kadar mekanikleştiği ve hekimlerin hastaları ne kadar ötekileştirdiklerine dair görüşleri ortaya koymaktadır. Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunun aritmetik ortalaması 2.648 ve standart sapması 0.913 olarak

bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.785 olarak güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda insandışlaştırmının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

İletişimsizlik: Bu boyut toplam 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan ifadeler hekim ve hasta arasındaki iletişim problemine dair görüşleri ortaya koymayı amaçlamaktadır. İletişimsizlik boyutunun aritmetik ortalaması 3.179 ve standart sapması 0.939 olarak bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.797 olarak oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda iletişimsizlik boyutunda insandışlaştırmının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Empati Yoksunluğu: Bu boyut toplam 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan her bir ifade hekimlerin hastaların duygu ve düşünce dünyasını ne kadar anladıklarına dair görüşlerini ortaya koymaktadır. Empati yoksunluğu boyutunun aritmetik ortalaması 3.267 ve standart sapması 0.912 olarak bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.764 olarak güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda empati yoksunluğu boyutunda insandışlaştırmının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Ahlâki Geri Çekilme: Bu boyut toplam 3 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan ifadeler hekimlerin hastalara karşı ahlâkî davranış ilkelerini ne kadar devre dışı bıraktığına dair görüşleri ortaya koymaktadır. Ahlâki geri çekilme boyutunun aritmetik ortalaması 2.775 ve standart sapması 1.098 olarak bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.820 olarak oldukça güvenilir olduğu da bulunmuştur. Bu durumda ahlâki geri çekilme boyutunda insandışlaştırmının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

İnsani Değerlerden Yoksunluk: Bu boyut toplam 3 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan ifadeler hekimlerin hastaların ne kadar insani yönlerini önemsediklerini ve bunu yansıttıklarına dair görüşleri ortaya koymaktadır. İnsani değerlerden yoksunluk boyutunun aritmetik ortalaması 3.443 ve standart sapması 1.021 olarak bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.792 olarak güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda insani değerlerden yoksunluk boyutunda insandışlaştırmının yüksek olduğu bulunmuştur.

Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar: Bu boyut toplam 4 ifadeden oluşmaktadır. Boyutun içerisinde yer alan ifadeler hekimlerin hastalara yönelik ne kadar bireysel kimliğini ve özgürlüklerini önemsediklerine dair görüşleri yansıtmaktadır. Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunun aritmetik ortalaması 3.451 ve standart sapması 0.839 olarak bulunmuştur. Boyutun faktör güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) 0.597 olarak güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunda insandışılaştırmanın yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 2.5. İnsandışılaştırma Boyutlarının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

Boyutlar	Skewness	Kurtosis
Mekanikleştirme ve Ötekileştirme	0.099	-0.733
İletişimsizlik	-0.201	-0.509
Empati Yoksunluğu	-0.224	-0.361
Ahlâki Geri Çekilme	0.082	-0.818
İnsani Değerlerden Yoksunluk	-0.294	-0.594
Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar	-0.165	0.514

Normallik dağılımı, "tüm değişkenlerin ve bu değişkenlerin tüm doğrusal (lineer) kombinasyonlarının normal dağıldığını" varsaymaktadır. Eğer bu varsayım doğrulanıyorsa çözümün değeri artmakta bunu yanı sıra normallik göz ardı edildiği yerlerde çözüm değeri azalmaktadır. Aynı zamanda normallik varsayımı, değişken çiftler arasındaki ilişkinin doğrusal olduğunu da belirtmektedir (Büyüköztürk, 2002: 480). Boyutların normal dağılım gösterip göstermediği incelendiğinde, çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak normal dağılım sergiledikleri tespit edilmiştir.

2.2.5. Mekanikleştirme ve Ötekileştirme Boyutunun Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına dair bilgiler Tablo 2.6'da gösterilmektedir. Yüksek puan alan değişkenler, hekimlerin hastalara karşı insandışılaştırıcı davranışlarının *mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan* ne derecede kaynaklandığını; tam aksine ise düşük puan alanların ise *mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunun* insandışılaştırma

algısına etkisi olmadığını göstermektedir. Yüksek puanlar mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda insandışlaştırmının çok olduğunu, düşük puanlar ise bu boyutta insandışlaştırmının az olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.6. Katılımcıların Mekanikleştirme ve Ötekileştirme Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	191	2.572	0.903	t= -1.623 p=0.105
Erkek	196	2.722	0.917	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	2.477	0.858	F=1.404 p=0.214
31-40	132	2.676	0.899	
41-50	101	2.729	0.904	
51 ve üzeri	66	2.697	1.010	
Medeni Durum				
Evli	268	2.728	0.905	F= 3.498 p=0.031
Bekâr	98	2.449	0.878	
Diğer	21	2.563	1.058	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	2.701	1.004	F=1.839 p=0.104
Ortaokul Mezunu	33	2.818	0.822	
Lise Mezunu	90	2.822	0.874	
Önlisans Mezunu	43	2.484	0.971	
Lisans Mezunu	105	2.549	0.856	
Lisanüstü	40	2.454	0.920	
Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	2.663	0.946	F=0.272 p=0.762
2000- 2999 TL	83	2.712	0.851	
3000 ve üzeri	122	2.617	0.925	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	2.805	0.887	F=4.448 p=0.012
Hayır	282	2.569	0.927	
Bilmiyorum	33	2.984	0.720	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	2.878	0.926	t=2.872 p=0.004
Hayır	291	2.572	0.897	

Tablo 2.5'te görüldüğü üzere, katılımcıların mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutuna verdikleri cevaplar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, kadınlar 2.572 ± 0.903 puan, erkekler ise 2.722 ± 0.917 puan almıştır. Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda, hekimlerin hastalara yönelik davranışlarında erkeklerin kadınlara göre daha çok insandışılama algısına sahip olduğu görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmamıştır ($t = -1.623$, $p = 0.105$).

Katılımcıların mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan aldıkları puanlar yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında, 30 yaş ve altı grup 2.477 ± 0.858 puan, 31-40 yaş grubu 2.676 ± 0.899 puan, 41-50 yaş grubu 2.729 ± 0.904 puan ve 51 yaş ve üzeri grupta bulunanlar ise 2.697 ± 1.010 puan almışlardır. Sadece 41-50 yaş grubu diğer gruplara karşı yüksek puan almış olup, hekimlerin hastalara yönelik insandışılama davranışlarının orta düzeye yakın olarak algılandığı söylenebilir. Ancak puanlar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ($F = 1.404$, $p = 0.214$).

Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan alınan puanlar medeni durum değişkenine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir ($F = 3.498$, $p = 0.031$). Yapılan ileri analizlerde farkın, evli olanların diğer iki gruba göre daha fazla katılım sağlamış olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu verilerden hareketle evlilerin, hekimler tarafından daha çok insandışılama davranışına maruz kaldıkları söylenebilir.

Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutu eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, en yüksek puanı 2.822 ± 0.822 ile lise mezunu olanlar almıştır. Daha sonra bunu 2.818 ± 0.822 ile ortaokul mezunları ve 2.701 ± 1.004 ile de ilkokul mezunları takip etmektedir. Lise mezunu olan katılımcılar diğer katılımcılara göre, hekimler tarafından mekanikleşmeye ve ötekileştirmeye orta düzeye yakın olarak katıldıklarını belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına bakıldığında ise değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($F = 1.839$, $p = 0.104$).

Katılımcıların mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan aldıkları puanları aylık gelir ile karşılaştırıldığında, veriler birbirine çok yakın sonuçlanarak en yüksek puanı 2000-2999 TL arasında yer alan 2.712 ± 0.851 puanı ile bu grup almıştır. İstatistiksel

açından incelendiğinde ise aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=0.272$, $p=0.762$).

Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan alınan puanlar bireylerin kronik bir hastalığa sahip olup olmadığı değişkeni ile karşılaştırıldığında puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=4.448$, $p=0.012$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın sebebi, bilmiyorum cevabını verenlerin hayır cevabı verenlere göre daha fazla katılım sağlamış olduklarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu verilerden hareketle mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutu kapsamında kronik bir rahatsızlığının olduğunu bilmeyen katılımcılar hekimler tarafından daha çok insandışılaştırıldıkları algısına sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Son olarak mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan alınan puanları daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadıkları ile karşılaştırıldığında, evet cevabı verenler 2.878 ± 0.926 puan alırken, hayır cevabını verenler ise 2.572 ± 0.897 puan almışlardır. Gruplar arasındaki farklılık incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($t=2.872$, $p=0.004$). Daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalık tecrübesi yaşayanların, diğerlerine göre mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda daha çok insandışılaştırmaya maruz kaldıklarını düşündükleri görülmektedir.

2.2.6. İletişimsizlik Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Hekimlerin hastalara karşı insandışılaştırıcı davranışlarının nedenlerinden birisi sayılabilecek iletişimsizlik boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırması Tablo 2.7’de gösterilmektedir.

Tablo 2.7. Katılımcıların İletişimsizlik Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	192	3.114	0.936	t= -1.358 p=0.175
Erkek	195	3.244	0.939	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	3.043	0.983	F=1.100 p=0.349
31-40	132	3.277	0.933	
41-50	100	3.180	0.942	
51 ve üzeri	67	3.167	0.881	
Medeni Durum				
Evli	268	3.274	0.916	F= 4.537 p=0.011
Bekâr	98	2.973	1.013	
Diğer	21	2.933	0.655	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	3.194	0.891	F=0.341 p=0.888
Ortaokul Mezunu	33	3.066	0.777	
Lise Mezunu	89	3.222	0.971	
Önlisans Mezunu	44	3.204	1.074	
Lisans Mezunu	105	3.211	0.916	
Lisansüstü	40	3.040	1.010	
Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	3.070	0.915	F=0.838 p=0.434
2000- 2999 TL	82	3.256	0.935	
3000 ve üzeri	123	3.172	1.003	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	3.177	0.909	F=0.656 p=0.520
Hayır	282	3.159	0.945	
Bilmiyorum	33	3.357	0.953	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	3.308	0.969	t=1.549 p=0.122
Hayır	291	3.137	0.926	

Tablo 2.7’de iletişimsizlik boyutunun, cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında kadınlar 3.114 ± 0.936 puan, erkekler ise 3.244 ± 0.939 puan almış ve

aralarından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t = -1.358$, $p = 0.175$). Katılımcılar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında ise; 30 yaş ve altı grup 3.043 ± 0.983 puan, 31-40 yaş grubu 3.277 ± 0.933 puan, 41-50 grubu 3.180 ± 0.942 puan ve 51 yaş ve üzeri olan grup da 3.167 ± 0.881 puan almışlardır. Fakat puanlar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F = 1.100$, $p = 0.349$).

Katılımcıların iletişimsizlik boyutundan aldıkları puanlar medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde, evliler 3.274 ± 0.916 puan, bekârlar 2.973 ± 1.013 ve diğerleri ise 2.933 ± 0.655 puan almış olup, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F = 4.537$, $p = 0.011$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın, evli olanların diğer her iki gruba göre daha yüksek puan almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu verilerden hareketle iletişimsizlik boyutu kapsamında evli grup, hekimler tarafından daha çok insandışılaştırıldıkları algısına sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

İletişimsizlik boyutundan alınan puanlar eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, en yüksek puanı 3.222 ± 0.971 ile lise mezunlarının aldığı tespit edilmiştir. Ancak veriler istatistiksel açıdan incelendiğinde ise gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($F = 0.341$, $p = 0.888$).

Katılımcıların iletişimsizlik boyutundan aldıkları puanlar aylık gelir ile karşılaştırıldığında, diğerlerine göre en yüksek puanı aylık geliri 2000-2999 TL olan grup almıştır. Fakat bu farklılıklar istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($F = 0.838$, $p = 0.434$).

İletişimsizlik boyutundan alınan puanlar bireylerin kronik bir hastalığa sahip olup olmadığı değişkeni ile karşılaştırıldığında, veriler birbirine çok yakın sonuçlanmış olup evet diyenler 3.177 ± 0.909 puan, hayır diyenler 3.159 ± 0.945 puan ve bilmiyorum diyenler ise 3.357 ± 0.953 puan almışlardır. Ancak yine de istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F = 0.656$, $p = 0.520$).

Katılımcıların iletişimsizlik boyutundan aldıkları puanları daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadıkları ile karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha çok katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Ancak

puanlar arasındaki farklılık karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t=1.549$, $p=0.122$).

2.2.7. Empati Yoksunluğu Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Empati yoksunluğu boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bilgiler Tablo 2.8’de gösterilmektedir. Boyuttan alınan yüksek puan, hekimlerin hastalara karşı insandışılaştırıcı davranışlarının *empati yoksunluğu boyutundan* ne derecede kaynaklandığını; tam aksine ise düşük puanın *empati yoksunluğu boyutunda* insandışılaştırma algısının olmadığını göstermektedir.

Tablo 2.8. Katılımcıların Empati Yoksunluğu Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	192	3.321	0.967	t=-0.761 p=0.447
Erkek	196	3.302	0.856	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	3.159	1.005	F=0.718 p=0.542
31-40	132	3.274	0.932	
41-50	101	3.354	0.784	
51 ve üzeri	67	3.264	0.928	
Medeni Durum				
Evli	269	3.309	0.888	F=1.175 p=0.310
Bekâr	98	3.145	0.950	
Diğer	21	3.297	1.023	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	3.243	0.830	F=0.518 p=0.715
Ortaokul Mezunu	33	3.401	0.757	
Lise Mezunu	90	3.305	0.900	
Önlisans Mezunu	44	3.142	0.968	
Lisans Mezunu	105	3.314	1.017	
Lisanüstü	40	3.131	0.867	
Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	3.192	0.920	F=1.608 p=0.202
2000- 2999 TL	83	3.415	0.906	

Tablo 2.8. (Devamı)

3000 ve üzeri	123	3.213	0.924	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	3.430	0.829	F=2.876 p=0.058
Hayır	283	3.200	0.930	
Bilmiyorum	33	3.484	0.877	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	3.455	0.844	t=2.345 p=0.020
Hayır	292	3.205	0.926	

Empati yoksunluğu (faktör 3) boyutundan elde edilen puanlar katılımcıların cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında, kadınlar 3.321 ± 0.967 puan, erkekler 3.302 ± 0.856 puan almıştır. Bu boyuta kadınların erkeklere oranla daha fazla katılım sağladıkları gözlemlenmiştir. Ancak puanlar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($t=0.761$, $p=0.447$).

Katılımcılar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında ise; 30 yaş ve altı grup 3.159 ± 1.005 puan, 31-40 yaş grubu 3.274 ± 0.932 puan, 41-50 yaş grubu 3.354 ± 0.784 puan ve 51 yaş ve üzeri olan grup da 3.264 ± 0.928 puan almıştır. Veriler birbirine çok yakın görülmekte olup, hekimlerin hastalara karşı insandışılaştırıcı davranışlarındaki empati yoksunluğu etkisini en yüksek algılayan 41-50 yaş grubu aralığıdır. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=0.718$, $p=0.542$).

Katılımcıların empati yoksunluğu boyutundan aldıkları puanlar medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığında, evliler 3.309 ± 0.888 , bekârlar 3.145 ± 0.950 ve diğer olarak isimlendirilen grup ise 3.297 ± 1.023 puan almıştır. Empati yoksunluğu boyutundan en yüksek puanı diğer olarak adlandırılan grup almıştır. Ancak istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1.175$, $p=0.310$).

Empati yoksunluğu boyutu eğitim düzeyine ile karşılaştırıldığında, en yüksek puanı 3.401 ± 0.757 ortaokul mezunu olan grup almıştır. İkinci olarak bunu 3.314 ± 1.017 puan ile lisans mezunları ve üçüncü olarak ise 3.243 ± 0.830 puan ile ilkokul mezunları takip etmiştir. İnsandışılaştırma davranışlarını empati yoksunluğu boyutunda en yüksek algılayan grup, ortaokul mezunu olup insandışılaştırma algısının yüksek düzeyde olduğu

belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki farklılıklara istatistiki olarak bakıldığında anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($F=0.518$, $p=0.715$).

Katılımcıların gelir durumlarına göre empati yoksunluğu boyutundan elde ettikleri puanlar karşılaştırıldığında en yüksek 3.415 ± 0.906 puan ile 2000-2999 TL aralığında gelir kazanan grup olmuş ve aralarındaki farklılık istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($F=1.608$, $p=0.202$).

Empati yoksunluğu boyutundan alınan puanlar bireylerin kronik bir hastalığa sahip olup olmadığı değişkeni ile incelendiğinde evet diyenler 3.430 ± 0.829 puan, hayır diyenler 3.200 ± 0.930 puan ve bilmiyorum diyenler ise 3.484 ± 0.877 puan almışlardır. Fakat istatistiksel açıdan gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=2.876$, $p=0.058$).

Ayrıca katılımcıların empati yoksunluğu boyutundan aldıkları puanlar kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadığına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=2.345$, $p=0.020$). Daha önce kişisel ihtiyacını karşılayamayacak kadar hastalananların boyuta katılımlarının yüksek olduğu görülmektedir.

2.2.8. Ahlâki Geri Çekilme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Ahlâki geri çekilme boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre karşılaştırmasına ilişkin bilgiler Tablo 2.9’da gösterilmektedir. Yüksek puanlar ahlâki geri çekilme boyutunda insandışılaştırmanın çok olduğunu, düşük puanlar ise bu boyutta insandışılaştırmanın az olduğunu göstermektedir.

Tablo 2.9. Katılımcıların Ahlâki Geri Çekilme Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	192	2.631	1.115	t= -2.57 p= 0.011
Erkek	196	2.916	1.066	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	2.704	1.071	F=0.838 p=0.474
31-40	132	2.891	1.149	
41-50	101	2.759	1.051	
51 ve üzeri	67	2.666	1.105	
Medeni Durum				
Evli	269	2.827	1.088	F=1.035 p=0.356
Bekâr	98	2.673	1.142	
Diğer	21	2.587	1.010	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	2.671	1.010	F=0.963 p=0.440
Ortaokul Mezunu	33	2.808	0.979	
Lise Mezunu	90	2.896	1.130	
Önlisans Mezunu	44	2.522	1.142	
Lisans Mezunu	105	2.860	1.124	
Lisanüstü	40	2.733	1.162	
Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	2.701	1.004	F=0.395 p=0.674
2000- 2999 TL	83	2.843	1.152	
3000 ve üzeri	123	2.796	1.142	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	2.796	1.014	F=3.757 p=0.024
Hayır	283	2.713	1.109	
Bilmiyorum	33	3.262	1.088	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	2.972	1.040	t=2.028 p=0.043
Hayır	292	2.711	1.111	

Tablo 2.9’da hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırma davranışını etkileyen faktörlerden ahlâki geri çekilme boyutundan alınan puanların demografik değişkenlerle

karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir. Ahlâki geri çekilme boyutu cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($t = -2.57$, $p = 0.011$). Erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre ahlâki geri çekilme boyutuna daha yüksek katılım sağladıkları görülmektedir.

Katılımcıların ahlâki geri çekilme boyutundan aldıkları puanlar yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında, 30 yaş ve altı grup 2.704 ± 1.071 puan, 31-40 yaş grubu 2.891 ± 1.149 puan, 41-50 yaş grubu 2.759 ± 1.051 puan ve 51 yaş ve üzeri grupta bulunanlar ise 2.666 ± 1.105 puan almışlardır. Elde edilen veriler birbirine çok yakın görünmekle birlikte en yüksek katılım 31-40 yaş grubu tarafından sağlanmıştır. Ancak gruplar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($F = 0.838$, $p = 0.474$).

Ahlâki geri çekilme boyutundan alınan puanlar medeni durum değişkeni ile incelendiğinde, evliler 2.827 ± 1.088 puan, bekârlar 2.673 ± 1.142 puan ve diğer olarak isimlendirilen grup ise 2.587 ± 1.010 puan almıştır. Alınan puanlar incelendiğinde en yüksek puanı evliler grubu almıştır. Fakat gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($F = 1.035$, $p = 0.356$).

Katılımcıların ahlâki geri çekilme boyutundan aldıkları puanlar eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, en yüksek puanı 2.896 ± 1.130 ile lise mezunlarının aldığı görülmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($F = 0.963$, $p = 0.440$).

Ahlâki geri çekilme boyutundan elde edilen puanlar gelir düzeyi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F = 0.395$, $p = 0.674$).

Katılımcıların ahlâki geri çekilme boyutundan aldıkları puanlar kronik bir hastalık sahibi olup olmadıklarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($F = 3.757$, $p = 0.024$). Farkın sebebini tespit edebilmek için yapılan ileri analizlerde, bilmiyorum diyenlerin her iki gruba göre daha fazla katılım sağladığı anlaşılmıştır.

Bunu yanı sıra katılımcıların ahlâki geri çekilme boyutunun daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadığına göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.028$, $p=0.043$). Daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hasta olanların ahlâki geri çekilme boyutunda daha çok insandışılaştırma yaşadıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

2.2.9. İnsani Değerlerden Yoksunluk Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırıcı davranışlarına neden olan faktörlerden birisi sayılan insani değerlerden yoksunluk boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 2.10'da gösterilmektedir.

Tablo 2.10. Katılımcıların İnsani Değerlerden Yoksunluk Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	192	3.470	1.025	t=-0.513 p=0.608
Erkek	196	3.417	1.020	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	3.409	0.995	F=0.062 p=0.980
31-40	132	3.469	1.027	
41-50	100	3.440	1.063	
51 ve üzeri	67	3.442	1.004	
Medeni Durum				
Evli	268	3.493	0.983	F=2.040 p=0.131
Bekâr	98	3.391	1.091	
Diğer	21	3.047	1.116	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	3.285	0.943	F=1.592 p=0.161
Ortaokul Mezunu	33	3.535	1.033	
Lise Mezunu	90	3.500	0.962	
Önlisans Mezunu	43	3.255	1.131	
Lisans Mezunu	105	3.619	0.984	
Lisanüstü	40	3.283	1.206	

Tablo 2.10. (Devamı)

Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	3.350	1.053	F=2.339 p=0.098
2000- 2999 TL	82	3.630	0.974	
3000 ve üzeri	123	3.330	1.071	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	3.402	0.992	F=0.955 p=0.386
Hayır	282	3.426	1.037	
Bilmiyorum	33	3.676	0.948	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	3.517	1.029	t=0.815 p=0.415
Hayır	291	3.419	1.020	

Tablo 2.10’da görüleceği gibi, insani değerlerden yoksunluk boyutundan elde edilen puanlar cinsiyet değişkeni ile karşılaştırıldığında, kadınlar 3.470 ± 1.025 puan, erkekler 3.417 ± 1.020 puan almıştır. Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara oranla insani değerlerden yoksunluk boyutuna daha fazla katılım sağladıkları gözlenmiştir. Ancak iki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.513$, $p=0.608$).

Katılımcıların insani değerlerden yoksunluk boyutundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında puanların birbirine çok yakın sonuçlandığı görülmüştür. 30 yaş ve altı grup 3.409 ± 0.995 puan, 31-40 yaş grubu 3.469 ± 1.027 , 41-50 grubu 3.440 ± 1.063 puan ve 51 yaş ve üzeri olan grup da 3.442 ± 1.004 puan almıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($F=0.062$, $p=0.980$).

İnsani değerlerden yoksunluk boyutundan alınan puanlar medeni durum değişkeni ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=2.040$, $p=0.131$).

Katılımcıların insani değerlerden yoksunluk boyutundan aldıkları puanlar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, en yüksek puanı 3.619 ± 0.984 ile lisans mezunları almıştır. Daha sonra bunu 3.535 ± 1.033 puan ile ortaokul mezunları ve 3.500 ± 0.962 ile

lise mezunları takip etmektedir. Lisans mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara göre, hekimlerin insandışılaştırıcı davranışlarına neden olan insani değerlerden yoksunluk boyutuna daha çok katıldıkları görülmektedir. Ancak gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1.592$, $p=0.161$).

İnsani değerlerden yoksunluk boyutundan alınan puanlar aylık gelir düzeyi ile karşılaştırıldığında, diğerler gruplara oranla en yüksek puanı 3.630 ± 0.974 ile 2000-2999 TL gelir elde eden grup olmuştur. Fakat gruplar arası bu farklılıklar istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde önemli değildir ($F=2.339$, $p=0.098$).

Katılımcıların insani değerlerden yoksunluk boyutundan aldıkları puanlar hastaların kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmadığı değişkeni ile karşılaştırıldığında evet diyenler 3.402 ± 0.992 puan, hayır diyenler 3.426 ± 1.037 puan ve bilmiyorum diyenler ise 3.676 ± 0.948 puan almıştır. En yüksek puanı bilmiyorum diyenler alırken, istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=0.955$, $p=0.386$).

İnsani değerlerden yoksunluk boyutundan alınan puanlar daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadıkları ile karşılaştırıldığında, evet diyenler 3.517 ± 1.029 puan alırken hayır diyenler ise 3.419 ± 1.020 puan almıştır. Bu durumda evet diyen katılımcılar, hayır diyen katılımcılara göre daha fazla katılım sağladıkları izlenmiştir. Ancak puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.815$, $p=0.415$).

2.2.10. Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Hekimlerin hastalara karşı insandışılaştırıcı davranışlarının nedenlerinden birisi sayılan ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 2.11’de gösterilmektedir. Boyuttan alınan yüksek puanlar insandışılaştırıcı davranışların ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunda ortaya çıktığını, düşük puanlar ise bu boyutta insandışılaştırıcı davranışların olmadığını ifade etmektedir.

Tablo 2.11. Katılımcıların Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar Boyutundan Aldıkları Puanların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Cinsiyet				
Kadın	192	3.418	0.862	t= -0.767 p=0.443
Erkek	196	3.483	0.816	
Yaş (Yıl)				
30 ve altı	88	3.411	0.810	F=0.321 p=0.810
31-40	132	3.503	0.716	
41-50	101	3.450	0.924	
51 ve üzeri	67	3.399	0.971	
Medeni Durum				
Evli	269	3.516	0.838	F=3.809 p=0.023
Bekâr	98	3.354	0.807	
Diğer	21	3.059	0.883	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul Mezunu	76	3.394	0.842	F=0.514 p=0.766
Ortaokul Mezunu	33	3.590	1.020	
Lise Mezunu	90	3.502	0.877	
Önlisans Mezunu	44	3.329	0.782	
Lisans Mezunu	105	3.464	0.773	
Lisanüstü	40	3.425	0.834	
Aylık Gelir (TL)				
1999 TL ve altı	96	3.559	0.829	F=1.770 p=0.172
2000- 2999 TL	83	3.397	0.823	
3000 ve üzeri	123	3.351	0.844	
Kronik Hastalık Sahibi				
Evet	72	3.538	0.795	F=1.502 p=0.224
Hayır	283	3.408	0.861	
Bilmiyorum	33	3.628	0.710	
Kişisel İhtiyacı Karşılayamayacak Kadar Hastalananlar				
Evet	96	3.604	0.826	t=2.069 p=0.039
Hayır	292	3.400	0.839	

Tablo 2.11’de görüleceği üzere ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan elde edilen puanlar demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları gösterilmektedir. İlk olarak elde edilen puanlar cinsiyet değişkeni ile karşılaştırıldığında

kadınlar 3.418 ± 0.862 puan, erkekler ise 3.483 ± 0.816 puan almıştır. Verilere bakıldığında erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutuna daha fazla katılım sağladıkları belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t = -0.767$, $p = 0.443$).

Katılımcıların ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan aldıkları puanlar yaş değişkenine göre incelendiğinde 30 yaş ve altı grup 3.411 ± 0.810 puan, 31-40 yaş grubu 3.503 ± 0.716 puan, 41-50 yaş grubu 3.450 ± 0.924 puan ve 51 yaş ve üzeri grupta bulunanlar ise 3.399 ± 0.971 puan almıştır. Diğer gruplara oranla en yüksek katılım 31-40 yaş aralığında bulunanlar tarafından sağlanmıştır. Fakat gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 0.321$, $p = 0.810$).

Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan alınan puanlar medeni durum değişkeni ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F = 3.809$, $p = 0.023$). Yapılan ileri analizlerde bu farklılığın, evlilerin diğer her iki gruba göre puanının daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Bu verilerden hareketle evlilerin, hekimler tarafından daha çok insandışılştırma davranışına maruz kaldıklarını düşündükleri söylenebilir.

Katılımcıların ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan aldıkları puanlar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, en yüksek 3.590 ± 1.020 puan ile ortaokul mezunları almıştır. Daha sonra bunu 3.502 ± 0.877 puan ile lise mezunları ve 3.464 ± 0.773 puan ile lisans mezunları izlemektedir. Ancak gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($F = 0.514$, $p = 0.766$).

Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan alınan puanlar aylık gelir düzeyi ile karşılaştırıldığında en yüksek 3.559 ± 0.829 puan ile 1999 TL ve altında gelir kazanan grup olmuş, ancak gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.770$, $p = 0.172$).

Katılımcıların ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan aldıkları puanlar hastaların kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmadığı değişkeni ile karşılaştırıldığında evet diyenler 3.538 ± 0.795 puan, hayır diyenler 3.408 ± 0.861 puan ve bilmiyorum diyenler ise 3.628 ± 0.710 puan almıştır. En yüksek puanı bilmiyorum

diyenler alırken, gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.502$, $p=0.224$).

Ayrıca ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan alınan puanlar bireylerin daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanıp hastalanmadığına göre karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2.069$, $p=0.039$). Daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hasta olanlar ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunda daha fazla insandışılaştırmaya maruz kaldıklarını ifade etmektedirler.



TARTIŞMA

Bu bölümde, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak, hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırma davranışlarına ilişkin yapılan çalışmaların bulguları ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

Yapılan çalışmada katılımcıların mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutundan 2.648 puan alarak sağlık kurumlarında orta düzeyde bir insandışılaştırma yaşadıkları tespit edilmiştir. Hastalar profesyonel bilgi sahibi olmamalarından dolayı benliklerinin yok sayıldığını ve önemsenmediklerini düşünmektedirler. Ayrıca bu durumda, hastalar kendilerini beden ve zihin bütünlüğünü kaybetmiş bir birey olarak algıladıkları da gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra yoğun teknoloji kullanımı hastaları daha da otomat haline indirgediği düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında yoğun teknoloji kullanımı ve aşırı uzmanlaşma günümüzde kaçınılmaz olarak görülmektedir. Tıpta uzmanlaşmanın olumlu sonuçları olduğu gibi aşırı uzmanlaşmanın da en önemli iki olumsuz sonucu ortaya çıkmaktadır. İlk olarak aşırı uzmanlaşma hastanın kişilik algılamalarını etkiler. İkinci olarak ise; hasta tek bir hekim tarafından değil de koordinasyonsuz bir ekip tarafından tedavi edilmek zorunda kaldığı durumlar olabilir (Pawlikowski, 2002: 6). Bu durum hastalara yönelik bütüncül bakış açısını engelleyerek insandışılaştırmayı ortaya çıkarabilir.

Katılımcılar mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutu kapsamında “*Hekimlerin beni aşağıladığını ve küçük gördüklerini düşünüyorum*” ifadesine katılmamışlar ve 2.492 puan alarak bu ifadeye yönelik algının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan anket çalışması sırasında katılımcılar çoğu kez artık hekimlerin hastalara karşı çok iyi davrandıklarını ve eskisi gibi olmadıklarını özellikle vurgulamışlardır. Ancak özel veya kamu hastanesi ve yönetim politikalarında yapılan değişikliklerle birlikte performansa dayalı ücret sistemi sonucunda gözle görülür ölçüde değişiklik yaşandığı düşünülmektedir.

Son yıllarda hasta memnuniyetinin artması, sistemde hastalar lehine yapılan düzenlemeler de bu durum ile ilgili olabilir. Ayrıca hekimlerin günümüzde bu kadar çok teknolojik alet kullanılmasının ne kadar yararlı olup olmadığını sordüğümüzda ise; “*Hekimler tanı ve teşhis sırasında o kadar çok teknolojik alet kullanıyorlar ki, bazen*

kendimi o aletlerden biriymişim gibi hissediyorum” ifadesi 2.642 puan, “*Hekimlerin teknolojik aletlerden çok fazla yararlanmasının, onları maharetsiz masa başı doktorlara çevirdiğini düşünüyorum*” ifadesi de 2.794 puan almıştır. Bu ifadelere katılımın orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Son dönemlerde gelişmiş olan robotik cerrahi aslında mekanikleşen tıbbın bir başka tarafını da ortaya koymaktadır. Olson’a (2009: 3) göre, robotik cerrahi uygulamaları tıbbi insandışılaştırmakla birlikte insan doğası ve makinenin birbirinin yerine ikâme edilebilen bir duruma doğru dönüşmektedir. Artık modern tıbbın bünyesinde cerrahların “*makine haline geldiği*” ve makinelerin de “*cerrah*” haline dönüştüğü görülmektedir.

Gerçekleşmeye başlayan bu dönüşüm üzerine “*robotik cerrahi*” terimi dile dahi yansıtılarak hekimlerin el maharetlerinin artık otomasyonlara bırakıldığı düşünülebilir. Her ne kadar bu durum insandışılaştırmaya yol açsa bile Olson’a (2009:39) göre, hekimlerin profesyonel bilgileri ve biyomühendislik teknolojileri ile birlikte cerrahi başarı oranlarının yükselmekte ve aynı zamanda ameliyat sonrası prognazlar daha iyi yapılmaktadır.

Mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda medeni durum, kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmama ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalık değişkenlerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Medeni durum değişkeni incelendiğinde evli olanların diğer gruplara göre daha fazla insandışılaştırmaya maruz kaldıkları belirlenmiştir. Bu durumun nedeni ise, evli olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kronik bir rahatsızlığa sahip olup olmadıkları değişkeninde ise, bilmiyorum cevabını verenler diğer her iki gruba göre daha fazla katılım sağladıkları gözlenmiştir. Daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalanıp hastalanmadıkları sorulduğunda evet diyenler hayır diyenlere göre daha fazla katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Bu durumda daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalanan bireyler sağlık sistemine dair daha fazla deneyim sahibi olmalarından ve tıbbi müdahalelere daha fazla maruz kaldıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada katılımcılar iletişimsizlik boyutundan 3.179 puan alarak, sağlık kurumlarında orta düzeyde insandışılaştırma algısının var olduğu belirlenmiştir. İletişimsizlik boyutu demografik değişkenlere göre karşılaştırıldığında ise sadece medeni durum değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu durumda evli olanlar bekâr ve diğerlerine göre daha fazla katılım sağladıkları izlenmiştir. Ankete katılanlar *“Hekimlerin benimle üstünkörü bir iletişim kurduklarını düşünüyorum”* ifadesinden 3.336 puan alarak hekim ve hasta arasındaki iletişim eksikliği problemine dikkat çekmiştir. Ayrıca *“Hekimlerin hastayken çektiklerimi anlayamadıklarını düşünüyorum”* ifadesi 3.222 puan almış ve tıpta insandışılaştırmanın belirli bir düzeyde var olduğu belirlenmiştir.

İletişimsizlik boyutu incelendiğinde hastaların çoğunun hekimlerle gerçek bir iletişim kuramamaktan şikâyetçi olduklarını görmekteyiz. Bu duruma sağlık kurumları içerisinde kullanılan mesleki tıp terminolojisi ve hastaların isimleriyle değil de hastalık ismi, yatak veya oda numarası gibi etiketleyici ifadelerle hitap edilmesinin neden olduğu düşünülmektedir. En basitinden hasta ve hekim karşı karşıya geldiğinde hekimin hastaya ismiyle hitap etmesi ve günlük hayattan birkaç konuşma bile hasta-hekim arasındaki gergin ortamı sakinleştirebilir.

Ankete katılanlar *“Hekimlerin iletişim kurarken göz temasından kaçındıklarını düşünüyorum”* ifadesinden 3.196 puan almıştır. İletişim sürecinde beden dili çok önemli olup, hasta ve hekimin karşılaştığı an kritik süreç başlamaktadır. Beden dili iletişimde jestler, mimikler, duruş ve ses tonu oldukça önem arz etmektedir. Hastalar içeri girdiğinde ilk olarak sıcak bir tebessüm ve güleryüz beklemektedir. Araştırmaya katılanlar, hekimlerin en çok göz temasından kaçındıklarını ve bu süreçte hekimlerin gerek evraklarla gerek bilgisayarla uğraştıklarını özellikle dile getirmişler. Bu durum hastalar yönelik bir insandışılaştırmanın olduğunu göstermektedir.

Ayrıca kültürel temalar gözlemlendiğinde, hekimlerden korkan ve hasta olduğu halde hastaneye gitmeyerek hastalığını ötelemeye çalışan birçok hasta görülebilir. Bunun yanı sıra hastaneye gitse bile ortamdan bunalan ve hemen bir reçete ile tedavisinin yapılmasını isteyen hastalar ile de karşılaşılabilir. Aslında bu durum hekim ve hasta arasında iletişimsizliği tetikleyen bir başka faktör olarak ifade edilebilir.

Gezergün ve arkadaşları (2006)'nın hastaların katılımı ile hekim ve hasta arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları bir çalışmada, hekimler hastalarının adını bildiği ve ismiyle hitap edilen hastalar hekimlere yönelik değerlendirmeleri daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Hekimler hastaları ile daha fazla görüştüğünde, hastaların onlara karşı teknik bilgi değerlendirmeleri ve güvenlerinin daha yüksek olduğu izlenmiştir. Yine aynı şekilde hekimler ile daha iyi bir iletişim kuran hastalar, kullanılan dil ve iletişim problemlerini aşabilen hastalardır. Yine Yağbasan ve arkadaşları (2005)'nin yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada yine hekimlerin tıbbi dil kullanmasının önemli bir iletişim engeli olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin ne söylediğini anlamayan hastalar, hekimlere geri dönüşümlü soru dahi sormadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun nedeni ise utanma, çekinme, cevap alamama veya gerekli olanın zaten yapılacağı düşüncesi olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanlar empati yoksunluğu boyutundan 3.267 puan alarak hekimlerin hastalara yönelik orta düzeyde insandışılaştırma algısının var olduğu tespit edilmiştir. Empati yoksunluğu boyutu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamadıkları değişkeni ile anlamlı bir farklılık göstermiştir. Bu ifadeye kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanan bireyler daha fazla katılım sağlamış ve sağlık kurumlarında empati yoksunluğu ile karşılaşarak insandışılaştırmaya daha çok maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Hayatın her alanında insanların birbirini anlaması için gerekli olan empati duygusu, sağlık kurumları için daha çok önem kazanmaktadır. Hekimler çoğu zaman hastaları ile duygusal bağ kurmaktan kaçınabilmekte hatta bunu kendilerini korumak için etik bağlamlarda yaptıklarını savunmaktadırlar. Yapılan ankette *“Hekimlerin hastalığımın kaynaklanan aşırı endişeli ve duygusal halimi anlayamadıklarını düşünüyorum”* ifadesi 3.361 puan almış ve hastalar aşırı duygusal hallerinin anlaşılmadığını belirtmişlerdir. Yine aynı şekilde *“Hekimlerin hastalığım ve tedavi sürecime ilişkin korkularımı görmezden geldiklerini düşünüyorum”* ifadesi de 3.193 puan almıştır. Hastalığın başlangıcı ve tedavi süreci boyunca hastalar genellikle tedirgin ve korku halindedirler. Sürekli acaba şimdi ne olacak, hastalığım ilerleyecek mi yoksa sona mı erecek gibi farklı korkuları bulunmaktadır. Ancak hekimlerin hastalara karşı empati ile yaklaşması, problemlerini dinleyerek bazı öneriler sunması ve onları sakinleştirmesi

sağlık durumlarını oldukça iyi yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bu durum hasta-hekim arasındaki güveni de artırarak iletişimi kuvvetlendirecektir.

Turner ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir araştırmada, on beş radyoloğa önce hasta fotoğrafları daha sonra BT filmleri gösterilerek muayene kararlarını bir anket formu ile değerlendirmeleri istenmiştir. Üç ay sonra ise bu kez hasta fotoğrafları gösterilmeden tekrar incelemişlerdir. Radyologların yorumları üzerindeki etkiyi değerlendirmek için yapılan bu çalışmada, hasta fotoğraflarını gören hekimlerin empati düzeylerinin yükseldiği ve böylece muayenelerini daha özenle yaptıkları saptanmıştır. Burada hastaların kişileştirilmesi onlara karşı daha fazla empati ile yaklaşılmasını sağlamaktadır.

Sağlık personeli ile hasta arasında empatik bir iletişim kurulmaması nasıl ki hastalara yönelik insandışlaştırmaya yol açıyorsa, fazla empatik iletişim yaşanması da sağlık personeli üzerinde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik sendromlarına da yol açabilir. Hooper ve arkadaşları (2010) tarafından uzman hemşireler ve acil hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik seviyeleri araştırılmıştır. Acil hemşirelerinin %82'nin yüksek seviyelerde tükenmişlik sendromu yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak bunun yanı sıra hastaların öyküsünü bilen ve sürekli onlarla ilgilenen yoğun bakım hemşirelerinin diğerlerine göre daha fazla tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşadıkları tespit edilmiştir. Yani nasıl ki hastalarla empati kurmamak insandışlaştırmaya yol açıyorsa fazla empatik iletişim kurmakta sağlık personeli açısından başka problemlere de neden olabilir.

Yapılan çalışma kapsamında ahlâki geri çekime boyutundan bireyler 2.775 puan almışlar ve orta düzeyde insandışlaştırma algısının var olduğu belirlenmiştir. Ahlâki geri çekilme boyutu demografik değişkenlere göre karşılaştırıldığında ise cinsiyet değişkeninin anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha fazla katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Bu durum toplumsal yapıdan kaynaklı olarak ahlâki değer yargıları kapsamında da değerlendirilebilir. Yine demografik değişkenlerle karşılaştırma yapıldığında kronik bir hastalığa sahip olup olmadıkları ve daha önce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalandıkları sorulduğunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bireyler ne zaman ki kendileri önemli derecede hastalandı ancak o zaman ahlâki olarak tıbbi önemsemeye başlamaktadır.

Çünkü uzun süre tedavi gerektiren kronik hastalıklar süresince sağlık personeli ile karşı karşıya kalmakta ve böylece tıbbın insandışılaştırıcı davranışlarını daha çok önemser hale gelmektedirler.

Ahlâki geri çekilme en basit şekilde, hekimlerin yaptıkları işlemler üzerinde ahlâki faililiklerini ortadan kaldırarak gerekli her şeyi yaptıklarını savunmaları olarak ifade edilebilir. Aslında bu durum ahlâki sıkıntı kavramını da beraberinde getirmektedir. Bu boyut, tıbbi etiğe uygun olmayan ve kişileri haklı konuma düşürecek ahlâki gerekçeler savunularak benlik mekanizmasının devre dışı bırakıldığı durumlardır. Örneğin ötenazi uygulamaları, organ nakli ve terminal dönemdeki hastalara karşı gerçekleşen insandışılaştırıcı eylemler ahlâki faililiklerin ortadan kaldırılması ile sorumluluk duygusunun yok edilmesine dayanır.

Yapılan çalışmada katılımcılar “*Hekimlerin tedavi sırasında bana acı verebileceklerini görmezden gelerek hareket ettiklerini düşünüyorum*” ifadesinden 2.856 puan, “*Hekimlerin zarar vereceklerini hesaba katmada hareket ettiklerini düşünüyorum*” ifadesinden 2.724 puan, “*Hekimlerin acı vermeyi ve insanca davranmamayı hekimliğin bir parçasıymış gibi gördüklerini düşünüyorum*” ifadesinden de 2.747 puan almıştır. Araştırmaya katılanların çoğu anket sırasında hekimlerin kendilerine bilerek hiçbir şekilde zarar vermeyeceklerini ve en nihayetinde bu işin eğitimini alıp, “*Hipokrat Yemini*” ettiklerinden özellikle bahsetmişlerdir. Eğer ki isteyerek zarar verebilecek olanlar varsa da bunların hekim değil insan dahi olamayacaklarını özellikle vurgulamışlardır.

İntihardan çok ölmekte olan hastalara yardım olarak kabul edilen ötenazi, bazı kesimler tarafında kabul edilirken bazıları tarafından da etik olmayan bir uygulama olarak görülmektedir. Dayanılmaz ağrı ve acılara karşı sözde “*zihinsel olarak yetkin halde olan hastalar*” için savunulan ötenazi bazı ülkelerde kabul görmektedir. Hekim yardımlı intihar ve ötenazi, Hollanda ve Belçika gibi ülkelerde kabul edilmesine rağmen bu durum aynı zamanda hasta, yaşlı ve engelli bireyler için bir istismara da dönüşebilir. Son zamanlarda bu durumların hastaların hayat düzenlerini bozmaya ve onların rızası olmadan rutin olarak uygulanan insandışılaştırıcı eylemlere dönüşmeye başladığı ifade edilmiştir (Harned, 2012: 517). İnsan hayatının sonlandırılmasını yine bir başka insan tarafından desteklenerek yaşanan bu süreç beraberinde insandışılaştırma gibi bir olguyu

da birlikte getirmektedir. Ötenazi hekimleri, hastalara yardım ettiği gerekçesi ile ahlâki benliklerini devre dışı bırakarak bir başka insanın ölümünü rasyonel açıdan değerlendirmektedirler. Ayrıca daha yeni vücut bulmaya başlayan bir hayatın kürtaj ile sonlandırılması konusu da bir başka insandışılaştırma uygulaması olarak düşünülebilir.

Russel (2012) tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, yaşam destek ünitesine bağlı hastalara bakım hizmeti verilmeye devam edilmesinin onlara daha fazla acı ve zarar verdiği düşünerek hastalar daha fazla insandışılaştırmaya maruz bırakılmaktadır. Bu durum aynı zamanda hemşireler üzerinde ahlâki sıkıntıya da yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, sağlık kurumlarında sırf performans hedeflerini yerine getirmek için gereksiz ameliyatlara ve tedavilere de yapılabilir. Gereksiz yere yapılan her tıbbi işlemde hastalar daha çok kullanılacak ve böylelikle insandışılaştırmaya maruz kalacaktır. Mobley ve arkadaşları (2007) yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ahlâki sıkıntısını ölçmüştür. Hemşirelerin hastalara yararlı olmadıkları bakım faaliyetlerinde duygusal tepkiler gösterdikleri belirlenmiştir. Ancak hastanın savunmasız ve dış etkenlere maruz kalarak kendi bedenleri üzerinde hiçbir kontrole sahip olmadıklarını düşünmeye başlamışlardır. Bu durum hemşirelerin verimliliklerini azaltarak, insandışılaştırıcı davranışların oluşmasına zemin hazırlayabilir.

Yapılan çalışmada katılımcılar insani değerlerden yoksunluk boyutundan 3.443 puan alarak, sağlık kurumlarında orta düzeyde insandışılaştırma algısının var olduğu belirlenmiştir. İnsani değerlerden yoksunluk boyutu demografik değişkenlere göre karşılaştırıldığında ise hiçbir değişkenin anlamlı bir farklılığa neden olduğu bulunmamıştır. Araştırmaya katılanlar “*Hekimlerin bana bir hasta olarak daha merhametli davranmadıklarını düşünüyorum*” ifadesinden 3.331 puan, “*Hekimlerin bana bir hasta olarak daha sabırlı davranmadıklarını düşünüyorum*” ifadesinden 3.451 puan ve “*Hekimlerin bana bir hasta olarak daha güler yüzlü davranmadıklarını düşünüyorum*” ifadesinden de 3.544 puan alarak yüksek düzeyde katılım sağladıkları gözlenmiştir.

Hastalar hekimlerinden çoğunlukla merhametli, güler yüzlü, şefkatli ve sabırlı davranmayı beklemektedirler. Araştırmaya katılanlar hekimlerin artık eskisi gibi davranmadığını, gayet güler yüzlü ve iyi yaklaştıklarını belirtmişlerdir. Fakat bu durum sağlık sisteminden yapılan değişikliklerle birlikte hastalara hekim seçme hakkının

tanınması ve performans sistemi gibi uygulamalar üzerine deęiřmiř olabileceęi dūřūnūlmektedir.

Tūm bunların yanı sıra sağlık kurumlarında yaşanan hasta yoğunluğu ve kalabalığı, insan hayatı ile çalışmanın yūklledięi sorumluluklar hekimleri daha sert ve katı mizaçlı biri haline getirmektedir. Yapılan anket çalışması sırasında da çoęu katılımcı hekimlerin de zor bir hayatlarının olduğunu ve hastalarla çalışmanın çok gū olduğunu ifade etmişlerdir. Yine bu durumun özel ve devlet hastanelerine gōre değişebileceğinden de bahsedilmiştir.

Bortoletti ve arkadaşları (2012) tarafından tūkenmiřlik sendromu üzerine kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %42'sinin artık hiç kimseye karşı sabırlarının kalmadığı, %25'inin kendilerini duygusal olarak insanlardan uzak tuttuklarını, %15'i de işyerindeki insanların sorunlarına karşı duyarsızlaştıklarını ifade etmişlerdir. Yine %25'i daha "teknik" ve daha az "insan" olduklarını, bunun yanı sıra ise şaşırtıcıdır ki %25'inin bu iři devam ettirebilmeleri için sertleşmek zorunda olduklarını ifade etmiştirler.

Yapılan araştırmada katılımcılar ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutundan 3.451 puan alarak, hastaların yūkses algı dūzeyinde insandışılaştırmaya maruz kaldığı saptanmıştır. Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutu demografik değişkenlerle karşılaştırıldığında medeni durum değişkeni ve daha ōnce kişisel ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamadıkları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Evli olanların, bekār ve diğerlerine gōre bu boyuta daha fazla katılım sağladıkları gōzlenmiřtir. Yine daha ōnce kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalanan bireyler bireysel kimliklerinin yok sayılarak daha fazla insandışılaştırmaya maruz kaldığı belirlenmiştir.

Katılımcılar "*Hekimlerin beni bir insan olarak deęil de, yalnızca hasta bir birey olarak gōrdüklerini dūřūnuyorum*" ifadesinden 3.644 puan, "*Hekimlerin bana daha az zaman harcadıklarını dūřūnuyorum*" ifadesinden 3.366 puan, "*Hekimlerin řahsi problemlerimi umursamadıklarını dūřūnuyorum*" 3.289 puan, "*Hekimlerin beni deęil, hastalıęımı ōnemsedięini dūřūnuyorum*" 3.505 puan almıřtır.

Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutu incelendiğinde, hekimler hastaları bir insan olarak değil de sürekli iyileştirilmesi gereken bir hastalık olarak algıladıkları görülmektedir. Hastalar tıpkı fabrikadan çıkan tek bir ürün gibi düşünülerek insani duygu ve düşünceleri yok sayılmaktadır. Aslında bu durumda hastaların bireysel kimlikleri yok sayılarak bir nevi askerler gibi tektipleştirilmekte yani anonimleşmektedirler. Hastalar kendilerine daha az zaman ayrıldığını ve bu süreç içerisinde hekimlere şikâyetlerini dahi zor anlatabildiğinden yakınmaktadırlar. Fakat bu duruma tabi ki yine performans sistemi neden olmuş olabilir. Özellikle sağlık kurumları içerisinde hastalığın adı, oda/yatak numarası, sadece soyadı gibi etiketler kullanılarak hastaların ferdi kimlikleri yok sayılabilir. Ancak bunun için ismen hitap edilmesi ile hastalar daha çok kişileştirilerek insandışılaştırmanın olumsuz sonuçları engellenebilir.

Ferdin kimliğini yok sayan uygulamaların çözümü olarak bireyselleşme önerileri düşünülebilir. Andersson ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakım ünitesindeki hastaların yataklarının yan taraflarına kendilerine ait bir fotoğraf konularak onların bireysel kimliklerinin kaybolmasının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda sağlık personelinin hastaya karşı yaklaşımı değişmiş ve tıpkı diğer sağlıklı insanlar gibi bir birey olarak algılanmaya başlanmıştır. Aynı zamanda bu fotoğraflar sağlık personelinin empati ve merhamet duygusunu da artırmıştır. Yine hastaların yüzlerini daha çok görünür kılarak yani röntgen filmleri gibi teşhis ve tanı odaklı bilgilendirici evraklarda hasta fotoğrafları paylaşarak, hastalar daha çok “insan” olarak algılanabilir.

Behruzi ve arkadaşları (2013) tarafından bir hastanenin kadın doğum servisinde doğum yapan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada insan merkezli sağlık sisteminin önemine vurgu yapılmıştır. Katılımcılar son derece uzmanlaşmış olan hastanede aldıkları hizmetten çok memnun kaldıkları saptamıştır. Hastalar güvenli ellerde olma, sağlıklı bir doğum yapma, tıbbi müdahale uygulanırken doğum ve doğum sırasında bakım ve insancıl bir şekilde yardım sağlayabilecek uzman veya profesyonelin varlığı gibi faktörler onları oldukça memnun bırakmıştır. Ayrıca hastane fiziksel olarak tıpkı bir otel gibi planlanarak hastaların tüm konforu düşünülmüştür. Araştırmanın sonucunda hastaların memnuniyet düzeylerini oldukça yüksek olduğu belirlenmiş ve daha çok insani hizmet olarak kendilerine değer verildiği hissine sahip olmuşlardır. Bu durum hiçbir şekilde

insandışılaştırmanın olmadığını aksine hastaya ve insan hayatına verilen önemi de göstermektedir.

Çarkoğlu ve Kalaycıoğlu (2012) tarafından Türkiye’de sağlık üzerine yaptıkları toplumbilimsel bir çalışmaya katılanların sadece %74’ü her şeye rağmen hekimlere güvendiklerini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra şaşırtıcı bir şekilde hekimlerin kazançlarının önemseddiği kadar hastalarını önemsemedikleri düşünen grubun oranı ise %43’tür. Aynı zamanda yapılan çalışmada mesleki becerilerin olması gerektiği kadar olduğunu düşünenlerin %31 olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hekimlerin hastalarına gereği kadar önem ve ilgi göstermediklerini düşünmekte olan katılımcıların varlığı ile insandışılaştırma algısını ortaya koymaktadır. Alkan ve arkadaşları (2013)’nın sağlık çalışanlarının hastalara yönelik ayrımcılık davranışları üzerine yapmış olduğu çalışmada, hastaların %26’sının negatif ayrımcılığa maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar en çok hekimler ve hemşireler tarafından ayrımcı davranışlara maruz kalırken; ayrımcılığın sebebi olarak ise sırasıyla en çok fiziksel görünüş, meslek, gelir ve yaş gibi değişkenlerin sebep olduğu ifade edilmiştir.

Tüm bunların yanı sıra cinsiyet, etnisite, dini inanç ve kültür farklılıkları da hastalara karşı yapılan bir ayrımcılık ve ötekileştirme olarak değerlendirilebilir. Aslında ferdin bireysel kimliğini yok sayan uygulamalar kapsamında bir başka insandışılaştırma şekli olarak da ifade edilebilir. Lee ve arkadaşları (2009) etnik ve azınlık grupların sağlık hizmeti alırken yaşadıkları ayrımcılık üzerine bir araştırma yapmıştır. ABD’de yapılan çalışmada Afro-Amerikanlar, İspanyollar ve Asyalılar beyazlara göre daha kötü sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda bu uygulamalar hastalar arasında sağlık eşitsizliklerine de yol açmaktadır. Türkiye’ye bakıldığında ise; cinsiyet, ekonomik düzey, dinsel farklılıklar ve etnik bağlamda hastalara karşı bir ayrımcılık ile karşılaşılmamıştır. Şahinoğlu-Pelin ve Arda (1998)’nin hekimlerin etik tutumları üzerine yaptıkları çalışmada katılımcılar hiçbir şekilde hastalar arasında cinsiyet, ekonomik düzey, inanç ve etnik bağlamda ayrımcılık yapmayacaklarını ifade etmişlerdir.

Ancak sağlık sisteminde görülen bazı problemler sebebiyle gözlemlenildiği kadarıyla örtük de olsa farkında olmadan bazı ayrımcılıklar yaşanabilmektedir. Örneğin, AIDS’li hastalar, deri ve zührevi rahatsızlığı olanlar ve bağımlı bireyler istemeden de olsa toplum tarafından da ötekileştirilerek bu hisse kapıldıkları düşünülmektedir.

Son olarak tıpta insandışılaştırmaya neden olan bir faktörden daha bahsedilecek olursa, mevcut tıp eğitimi sağlık kurumlarında insandışılaştırmayı tetikleyen bir başka unsur olarak kabul edilebilir. Tıp eğitimi her ne kadar mesleki beceri ve bilgilerin aktarıldığı bir süreç olsa da aynı zamanda yüksek statü ve elitist bir anlayışın da aktarıldığı bir eğitimidir. Toplumsal olarak hekimlik mesleği her zaman en önemli ve üstün olarak görülmüş ve saygı ile anılmaktadır. Ancak bu üstünlük kimi zamanlar ötekileştirmeye ve insandışılaştırmaya dönüştüğü durumlarda olmaktadır. Tüm bunların önüne geçilmek adına tıp fakültelerindeki eğitim, değerler sistemi üzerinden hareket etse daha iyi sonuçlar alınabilir. Pawlikowski (2002: 7) tıpta insandışılaştırmının önüne geçebilmek için tıp eğitiminin insancılaştırılmasını gerektiğini ifade etmektedir. Öğrenciler bu kapsamda mesleki bilgilerin öğretildiği derslerin yanında etik, tarih, felsefe ve tıp sosyolojisi gibi sosyal disiplinlerle desteklenerek, farklı bakış açılarına da sahip olmalıdırlar. Bu dersler bir tıp öğrencisinin hastaların neler hissettiğini ve ne düşündüklerini daha iyi anlamalarını sağlayacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırma davranışlarının nedeni ve hastaların insandışılaştırılma algıları incelenmiş olup bireylerin boyutlardaki ifadelerle katılımları değerlendirilmiştir. Bu kapsamda Isparta merkezde yaşayan 18 yaşından büyük toplam 388 kişiye ulaşılmıştır. Hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırma algıları “*Mekanikleştirme ve Ötekileştirme, İletişimsizlik, Empati Yoksunluğu, Ahlâki Geri Çekilme, İnsani Değerlerden Yoksunluk ve Ferdin Kimliğini Yok Sayan Uygulamalar*” boyutları kapsamında değerlendirilmiştir.

Genel olarak literatürde bulunan benzer ve dolaylı çalışmalar incelendiğinde, hekimlerin hastalara karşı mekanik bir araç gibi yaklaşımları, onların duygu ve düşünceleri yok sayılarak bireysel kimliklerinin zarar gördüğü, hastalarla iletişim kurmaktan kaçındıkları ve onların insani değerlerinin hiçe sayıldığı her durum tıpta insandışılaştırmayı meydana getirmektedir. Çalışmanın sonucunda mekanikleştirme ve ötekileştirme, iletişimsizlik, empati yoksunluğu ve ahlâki geri çekilme boyutlarında orta düzeyde insandışılaştırma olduğu tespit edilmiştir. İnsani değerlerden yoksunluk ve ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunda ise yüksek düzeyde insandışılaştırma algısı olduğu belirlenmiştir.

Değişkenler açısından bakıldığında ise; mekanikleştirme ve ötekileştirme boyutunda medeni durum, kronik bir hastalığa sahip olup olmama ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalanıp hastalanmadıkları değişkenleri anlamlı bir farklılık göstermiştir. İletişimsizlik boyutunda sadece medeni durum değişkeni farklılık gösterirken, empati yoksunluğu boyutunda da sadece daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalık değişkeni anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ahlâki geri çekilme boyutunda cinsiyet, kronik bir hastalığa sahip olup olmama ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalık değişkenleri anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ferdin kimliğini yok sayan uygulamalar boyutunda ise; medeni durum ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak derecede hastalanıp hastalanmadıkları değişkeni anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur. Tüm boyutlara bakıldığında çoğunlukla kronik rahatsızlık sahibi olma ve daha önceden kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar hastalık değişkenleri anlamlı bir ilişki göstermiştir. Buradan hareketle hastalar sağlık hizmetlerinden daha fazla

yararlandıkları ve tıbbi müdahalelere daha çok maruz kaldıkları durumlarda sağlık hizmetlerinde insandışılaştırma olgusu ile karşılaşılabilceği söylenebilir.

Hastalar üzerinde yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre hekimlerin hastalara yönelik insandışılaştırıcı davranışları kadın katılımcılardan daha çok erkek katılımcılarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya göre hastalar en çok hekimlerin kendilerini bir insan olarak değil de sadece hasta bir birey olarak algılanmalarından oldukça rahatsızlık duymaktadırlar. Bu durum hastaların bireysel duygu ve düşüncelerinin önemsenmediği ve hasta merkezli değil hekim merkezli bir iletişimin olduğunu da göstermektedir. Aynı zamanda katılımcılar hekimlerin kendilerini değil de daha çok hastalıklarını önemsediklerini özellikle belirtmişlerdir.

Çalışmaya göre katılımcılar hekimlerin kendilerine yeteri kadar güleryüzlü ve sabırlı davranmadıklarını da ifade etmiştir. Bu durumun hekimlere rahatsızlıklarını anlatmaya çalışan hastaların insani değerlerden yoksun bir iletişim bünyesinde oldukça yüksek bir düzeyde insandışılaştırmaya maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca hekimlerin sürekli gergin ve sinirli olduklarını, bu yüzden soracak sorularını dahi sormadıklarını dile getirmişlerdir. Ancak bu durumun sağlık kurumlarının stresli ve yoğun iş tempolu bir ortam olmasından dolayı kaynaklandığını da belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanlar hekimlerin hiçbir zaman bilerek ve isteyerek hastalarına zarar vermeyeceklerini zaten bu durumun da etik olmayacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimlik eğitimi alan hiç kimsenin acı vermeyi görmezden gelerek hareket edemeyeceklerini düşünmektedirler. Ayrıca hekimlerin eskiye göre daha az elle veya gözle muayene yaptıkları ve giderek daha çok mekanikleştiği de oldukça yüksek bir oranda düşünülmektedir.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Hekimler ve hastalar arasındaki ilişki empati açısından daha çok güçlendirilmelidir. Hastalara karşı daha güleryüzlü ve şefkatli davranılmalı, gerekirse Sağlık Bakanlığı ve kurum içi eğitimler kapsamında konferanslar ve seminerlerle empatik iletişime katkıda bulunulmalıdır.
2. Hasta ve hekim arasında kullanılan dil oldukça sade ve yalın olmalıdır. Hatta gerekirse hastalarla daha kolay iletişim kurmaları adına yöresel dil dahi

kullanılabilir. Mesleki terimler içeren tıp dili değil, halkın da anlayabileceği ortak bir dil tercih edilmelidir.

3. Hastalar teknolojinin gelişmesi ile eskiye nazaran daha az elle veya gözle muayene edildiklerini düşünmektedirler. Ancak hekimler tıbbi hiyerarşinin dışına çıkarak makinelerle değil hastayı gözlemleyerek ve dokunarak muayene etmelidir. Bu durum aynı zamanda hem hekimin el maharetlerini geliştirebilir hem de hasta hekiminin kendisine yeteri kadar ilgi ve önem gösterdiği için hekime yönelik güveni artabilir.
4. Bireyler, hasta hakları konusunda oldukça iyi bilgilendirilmeli ve sağlık kurumlarında örtük dahi olsa herhangi bir ayrımcılığın yapılmasına engel olunmalıdır.
5. Medyaya da yansımakta olan hekimlere yönelik şiddet haberleri aynı zamanda hastalara karşı bir ötekileştirme ve insandışılaştırma davranışlarına dönüşebilir. Bu nedenle hastalara yönelik insandışılaştırma hastaları şiddete yöneltirken tekrar bir kısır döngü ile saldırganlığa sebebiyet verebilir. Bu durumda yetkili kurumlar tarafından bu eylemlerin önüne geçilmesi amacıyla gerekli tedbirler alınmalıdır.
6. Yoğun bakım, psikiyatri, onkoloji ve terminal dönemdeki hastalara karşı daha çok ilgi ve alaka ile yaklaşılmalıdır. Bu bölümler insandışılaştırmanın en kolay ve en güçlü hissedilebileceği alanlardır. Hastalar bireysel temelde kendilerinin biricik ve vazgeçilemez varlıklar oldukları hissetmelidir. Hem yönetim hem de sağlık personeli olarak bu bölümlere daha çok önem verilmelidir.
7. Hastaların bir birey olarak algılanmasını sağlamak ve benlik kayıplarını önlemek için hastalara özellikle isimleri ile hitap edilmesine dikkat edilmelidir. Hastalara hitap edilirken asla hastalık ismi, oda/yatak numarası gibi kişisel olmayan kısaltmalar ve etiketlerle anılmamalıdır.
8. İş yoğunluğunu ve stres düzeyinin yüksek olduğu sağlık kurumlarında problemleri tetikleyen bir diğer unsur da performans sistemidir. Çalışanlar üzerindeki baskıyı artıracak olan performans sistemi aynı zamanda insandışılaştırma olgusunu da harekete geçirmektedir. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçen performans yönetim sisteminin olumsuz özellikleri yeniden gözden geçirilmelidir.

9. Sağlık kurumları içerisinde yapılan gereksiz işlemler hem hasta için hem de kurum için ahlâki olarak insandışılaştırmaya sebep olmaktadır. Bu nedenle gereksiz tetkik ve tedavinin önüne geçilmelidir.
10. Hastaların kendi tedavilerine ilişkin kararlarda daha çok söz hakkı tanınmalı ve özellikle aktif hasta katılımı sağlanmasına dikkat edilmelidir. Hastalar ilgi ile dinlenilmeli, bilgisayar veyahut başka evraklarla uğraşılmalıdır. İletişimin ana basamaklarından birisi olan göz iletişimi de sağlam bir şekilde kurulmalıdır. Sevgi ve merhamet ile hastalara yaklaşılmalıdır.
11. Sağlık kurumlarında insandışılaştırmanın olumsuz sonuçlarını önlemek için tıp fakültelerinde hastalara yönelik farkındalığı artırmak için felsefe, tarih ve sosyoloji gibi değerler eğitimi içeren dersler müfredat içerisine dâhil edilmelidir. Aynı zamanda bu duruma klinik beceri eğitimlerinde de dikkat edilmelidir.
12. Tıp fakültelerinde tıpkı kültürel bir miras aktarımı gibi devam eden elitist ve hiyerarşik üstünlüğe sahip olduğunu düşünen zümre zihniyeti artık terk edilmeli ve daha insancıl bir şekilde hastaya yaklaşılmalıdır.
13. Sağlık kurumlarında insandışılaştırma davranışlarının olumsuz özelliklerini yok etmek amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygulamasına daha çok önem verilmelidir. Sadece raporlu ilaçları yazan ve nezle tedavisi yapan hekim olmak yerine tam manası ile gerçekten hastalarını takip eden, onlarla kaliteli bir iletişim kurarak “hasta” değil “birey” odaklı koruyucu sağlık hizmeti veren bir aile hekimliği sistemi olmalıdır.
14. Yabancı literatürde her alanda yaygın olarak karşılaşılan insandışılaştırma kavramının, Türkiye’de araştırıldığı kadarıyla çok fazla bilinmediği ancak bir o kadar da önemli bir konu olduğu tespit edilmiştir. İnsandışılaştırma kavramı sadece tıpta değil cinsiyet, ırk, etnisite, engelliler ve göçmenler gibi toplumsal sorunları aydınlatacak konular üzerinde de çalışılmalıdır.
15. Hastaların maruz kalmış oldukları insandışılaştırma eylemleri sadece hekimler tarafından değil diğer sağlık çalışanları tarafında da gerçekleşebilir. Bu nedenle diğer sağlık çalışanlarının hastalara yönelik insandışılaştırma davranışları başka çalışmalar kapsamında araştırılabilir.

16. Sağlık kurumlarında insandışılaştırma eylemlerini daha iyi anlayabilmek ve sentez edebilmek adına daha sonraki araştırmalarda nitel olarak incelenmesi önerilebilir.
17. Araştırmadan elde edilen bulgular sadece Isparta il merkezindeki bireylerin görüşlerini yansıtmaktadır. Tıpta insandışılaştırma konusunda genelleme yapılabilmesi için daha geniş bir örneklem üzerinde araştırma yapılması gerekmektedir.

Araştırmacının Kişisel Notu: Bu araştırmayı yaparken öncelikli olarak Türkçe literatürde çok az yer alan bir konunun çalışma zorluklarını yaşamış bulunmaktayım. Bilinmeyen bir konu üzerinde insandışılaştırma algısının varlığını tespit etmeye çalışmak çeşitli problemlere yol açmıştır. Artık modern diye adlandırdığımız yüksek nitelikleri olan bu toplumda insanlar birbirine olan güvenlerini kaybetmiş ve anket yapmaktan dahi korkar hale gelmişlerdir. Anketlerdeki soru sayısının fazlalığı, konunun anlaşılır olmaması, “insandışılaştırma” terimini duyunca korkanlar ve anket yapmaktan çekinen insanlar gibi çeşitli zorluklar yaşanmıştır. Aynı zamanda bilimsel bir çalışma yapabilmek için İngilizce bilmek ve öğrenmenin artık bir zorunluluk haline geldiği de deneyimlenmiştir. Zor bir konuda yorucu da olsa bir sonuca ulaşmak ise kendim için bir mutluluk kaynağıdır.

KAYNAKÇA

- Agamben, G., (2001), *Kutsal İnsan Egemen İktidar ve Çıplak Hayat*, (Çev. İ. Türkmen), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı:1995)
- Alkan, A., Erdem, R. ve Çelik, R., (2016), “Sağlık Alanındaki Ayrımcı Tutum ve Davranışlar: Kavramsal Bir İnceleme”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3): 365-390.
- American Association of Medical Colleges, (2008), *Physician Specialty Data Center for Workforce Studies*.
- American Association of Medical Colleges, (2006), *America Needs a More Diverse Physician Workforce*.
- American Medical Group Association, (2009), *Physician Compensation Survey*.
- Anderson, M., Hall-Lord, M. L., Wilde-Larsson, B., and Persenius, M., (2013), “Patient Photographs - A Landmark for the ICU Staff: A Descriptive Study”, *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1): 193-201.
- Anthony, T., Copper, C. and Mullen, B., (1992), “Cross-racial Facial Identification: A Social Cognitive Integration”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3): 296–301.
- Arar, B.Y. ve Bilgin, N., (2010), “Gazetelerde Ötekileştirme Pratikleri: Türk Basını Üzerine Bir İnceleme”, *Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2(30): 1-20.
- Ardoğan, R., (2011), “Ekolojik Düzeni Okumada İki Yanlış: Sosyal Darwinizm ve Öjenik”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18: 1-36.
- Association of American Medical Colleges., (2016), *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2014 to 2025*.

- Aydın, B., (1996), “Benlik Kavramı ve Ben Şemaları”, *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8: 41-47.
- Bailey, J.E., (2011), “Does Health Information Technology Dehumanize Health Care?”, *American Medical Association Journal of Ethics*, 13(3): 181-185.
- Bandura, A., (1999), “Moral Disengagement in The Perpetration of Inhumanities”, *Personality and Social Psychology Review*, 3(3): 193-209.
- Bandura, A., (2002), “Selective Moral Disengagement in The Exercise of Moral Agency”, *Journal of Moral Education*, 31(2): 101-119.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. and Pastorelli, C., (1996), “Mechanisms of Moral Disengagement in The Exercise of Moral Agency”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2): 364-374.
- Bandura, A., Underwood, B. and Fromson, M.E., (1975), “Disinhibition of Aggression Through Diffusion of Responsibility and Dehumanization of Victims”, *Journal of Research in Personality*, 9(4): 253-269.
- Bar-Tal, D., (1989), “Delegitimization: The Extreme Case of Stereotyping and Prejudice”, D. Bar-Tal., C.F. Graumann et al. (Ed.), *Stereotyping and Prejudice Changing Conceptions*, (pp.169-182), New York: Springer-Verlag.
- Bar-Tal, D., (1990), “Causes and Consequences of Delegitimization: Models of Conflict and Ethnocentrism”, *Journal of Social Issues*, 46(1): 65-81.
- Bar-Tal, D., (1997), “Formation and Change of Ethnic and National Stereotypes: An Integrative Model”, *International Journal of Intercultural Relations*, 21(4): 491-523.
- Bar-Tal, D., (2000), *Shared Beliefs in A Society*, 1.Press, London: Sage Publications.
- Bastian, B. and Haslam, N., (2011), “Experiencing Dehumanization: Cognitive and Emotional Effects of Everyday Dehumanization”, *Basic and Applied Social Psychology*, 33(4): 295-303.

- Bauman, Z., (2016), *Sosyolojik Düşünmek*, (Çev. A. Yılmaz), 13.Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1996)
- Beckers, J.J. and Schmidt, H.G., (2001), “The Structure of Computer Anxiety: A Six-factor Model”, *Computers in Human Behavior*, 17(1): 35-49.
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., and Misago, C. (2013), “Understanding Childbirth Practices as an Organizational Cultural Phenomenon: A Conceptual Framework”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(205): 1-10.
- Bensing, J., (2000), “Bridging The Gap. The Separate Worlds of Evidence-based Medicine and Patient-centered Medicine”, *Patient Education and Counseling*, 39(1): 17-25.
- Bortoletti, F. F., Benevides-Pereira, A. M. T., Vasconcellos, E. G., Siqueira, J. O., Júnior, E. A., Nardozza, L. M. M. et.al., (2012), “Triggering Risk Factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn Physicians From a Reference Public University of Brazil”, *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 1-6.
- Büyüköztürk, Ş., (2002), “Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32: 470-483.
- Calogero, R.M., (2012), “Objectification Theory, Self-objectification, and Body Image”, T.F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, (pp.574-580), San Diego: Academic Press.
- Cheng, Y., Lin, C., Liu, H., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D. et al., (2007), “Expertise Modulates the Perception of Pain in Others”, *Current Biology*, 17(19): 1708-1713.
- Chirot, D. and McCauley, C., (2006), *Why Not Kill Them All? The Logic and Prevention of Mass Political Murder*, Princeton: Princeton University Press.
- Christoff, K., (2014), “Dehumanization in Organizational Settings: Reassessing Our Beliefs in View of The Scientific Evidence”, *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(748): 1-5.

- Colliver, J.A., Willis, M.S., Robbs, R.S., Cohen, D.S. and Swartz, M.H., (1998), “Assessment of Empathy in a Standardized-Patient Examination”, *Teaching and Learning in Medicine*, 10(1): 8–11.
- Cortes, B.P., Demolin, S., Rodriguez, R.T., Rodriquez, A.P., and Leyens, J.Ph., (2005), “Infrahumanization or Familiarity? Attribution of Uniquely Human Emotions to The Self, The Ingroup, and The Outgroup”, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(2): 243-253.
- Costello, K. and Hodson, G., (2009), “Exploring the Roots of Dehumanization: The Role of Animal–human Similarity in Promoting Immigrant Humanization”, *Group Processes & Intergroup Relations*, 13(1): 3-22.
- Coşkun, A., (2014), “Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlâki Bir Sorun Olarak İnsandışılaştırma”, *İş Ahlâkı Dergisi*, 7(2): 9-51.
- Cushman, F., Young, L. and Hauser, M., (2006), “The Role of Conscious Reasoning and Intuition in Moral Judgment Testing Three Principles of Harm”, *Psychological Science*, 17(12): 1082-1089.
- Çarkoğlu, A. ve Kalaycıoğlu, E. (2012), “Türkiye’de Sağlık: Toplumbilimsel Bir Değerlendirme” http://research.sabanciuniv.edu/19127/1/Saglik_Raporu.pdf adresinden edinilmiştir.
- Çelik, E., (2016), “Onuncu Yılında Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin İnsan Hakları Sözleşmesi ve Sözleşme Ruhu”, *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1): 219-246.
- Çevik, A., (2010), *Politik Psikoloji*, 4.Baskı, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- Decety, J., Yang, C. and Cheng, Y., (2010), “Physicians Down-regulate Their Pain Empathy Response: An Event-related Brain Potential Study”, *NeuroImage*, 50(4): 1676-1682.
- DeLamater, J. and Myers, D.J., (2007), *Social Psychology*, 6.Edition, U.S.A: International Student Edition.

- Demir, A., (2013), “Etik Açıdan İnsan Genom Projesi”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 12(23): 317-327.
- Demolin, S., Leyens, J.Ph., Paladino, M.P., Rodriguez, R.T., Rodriguez, A.P. and Dovidio, J.F., (2004), “Dimensions of “Uniquely” and “Non-uniquely” Human Emotions”, *Cognition and Emotion*, 18(1): 71-96.
- Epley, N., Waytz, A. and Cacioppo, J.T., (2007), “On Seeing Human: A Three-factor Theory of Anthropomorphism”, *Psychological Review*, 114(4): 864-886.
- Erkal, M.E., (2006), *Etnik Tuzak Kimlik ve Açılımlar*, 1.Baskı, İstanbul: Derin Yayınları.
- Fink, E.B., (1982), “Psychiatry’s Role in the Dehumanization of Health Care”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 43(4): 137-138.
- Fredrickson, B. L., and Roberts, T. A., (1997), “Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks”, *Psychology of Women Quarterly*, 21(2): 173-206.
- Gaunt, R., Leyens, J. Ph. and Demolin, S., (2002), “Intergroup Relations and the Attribution of Emotions: Control Over Memory for Secondary Emotions Associated With the Ingroup and Outgroup”, *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(5): 508-514.
- Gezergün, A., Şahin, B., Tengilimoğlu, D., Demir, C. ve Bayer, E., (2006), “Hastaların Bakış Açısıyla Hekim-Hasta İlişkisi ve İletişimi; Bir Eğitim Hastanesi Örneği”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1): 129-144.
- Goodman, R.L., (2010), “Health Care Technology and Medical Education: Putting Physical Diagnosis in Its Proper Place”, *Academic Medicine*, 86(6): 945-946.
- Green, A.R., Carney, D.R., Pallin, D.J., Ngo, L.H., Raymond, K.L., Lezzoni, L.I et al. (2007), “Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients”, *Journal of General Internal Medicine*, 22(9): 1231-1238.

- Greene, J. and Haidt, J., (2002), “How (and where) Does Moral Judgment Work?”, *Trends In Cognitive Sciences*, 6(12): 517-523.
- Gül, A., Üstündağ, H. ve Zengin, N., (2010), “Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, *Genel Tıp Dergisi*, 20(1): 7-11.
- Güler, Ç. (2012). *Yeni Tıp Sözlüğü*, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Güler, Ç. (Ed.). (1997). *Güneş Tıp Sözlüğü*, Ankara: Güneş Kitabevi.
- Güven, A., (2015), “Premodern’den Postmodern’e Benliğin ve Kutsalın Dönüşümü: Narsisist Benliğin Kutsal Algısı”, *İnsan& İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, 3(5): 38-54.
- Haney, C., Banks, W. C. and Zimbardo, P. G., (1973), “Interpersonal Dynamics in A Simulated Prison”, *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69–97.
- Haque, O.S. and Waytz, A., (2012), “Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions”, *Perspectives on Psychological Science*, 7(2): 176-186.
- Harned, M. E., (2012), “The Dangers of Assisted Suicide No Longer Theoretical”, *Americans United for Life*, 513-521.
- Haslam, N. and Loughnan, S., (2014), “Dehumanization and Infrahumanization”, *Annual Review of Psychology*, 65(1): 399-423.
- Haslam, N., (2006), “Dehumanization: An Integrative Review”, *Personality and Social Psychology Review*, 10(3): 252-2264.
- Haslam, N., (2013), “What Is Dehumanization?”, P. G. Bain, J. Vaes et al. (Ed.), *Humanness and Dehumanization*, (pp. 34-48), New York: Psychology Press.
- Haslam, N., Loughnan, S., Reynolds, C. and Wilson, S., (2007), “Dehumanization: A New Perspective”, *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1): 409-422.

- Hauser, M. D., Cushman, F. A., Young, L., Jin, R. and Mikhail, J., (2007), “A Dissociation Between Moral Judgments and Justifications”, *Mind & Language*, 22(1): 1-21.
- Hogg, M.A. and Vaughan, G.M., (2007), *Sosyal Psikoloji*, (Çev. İ. Yıldız ve A. Gelmez), 1.Baskı, Ankara: Ütopya Yayınevi. (Orijinal Baskı: 1995)
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.J., Veloski, J.J., Erdmann, J.B. et al., (2002), “Empathy in Medical Students as Related to Academic Performance, Clinical Competence and Gender”, *Medical Education*, 36(3): 522-527.
- Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C. and Gonnella, J.S., (2011), “Physicians’ Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients”, *Academic Medicine*, 86(3): 359-364.
- Hojat, M., Vergare, M.J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K., Isenberg, G.A. et al., (2009), “The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School”, *Academic Medicine*, 84(9): 1182-1189.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., Reimels, E., Clemson A.G., (2010), “Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue among Emergency Nurses Compared with Nurses in Other Selected Inpatient Specialties”, *Journal of Emergency Nursing*, 36 (1): 420-427.
- Howard, A.D., (2006), “Long-Term Posttransplantation Care: The Expanding Role of Community Nephrologists”, *American Journal of Kidney Diseases*, 47(4): 111-124.
- Kocatürk, U. (2005). *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Kteily, N., Bruneau, E., Waytz, A. and Cotterill, S., (2015), “The Ascent of Man: Theoretical and Empirical Evidence for Blatant Dehumanization”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(5): 901-931.
- Lammers, J. and Stapel, D.A., (2011), “Power Increases Dehumanization”, *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(1): 113-126.

- Lammers, J. and Gast, A., (2010), "Power in the House: Does Gregory House's authority over others affect his own behavior?", T. Cascio and L.Martin (Ed.), *House and Psychology: Humanity is overrated*, (pp.221-235), Hoboken: Willey.
- Langer, E.J. and Rodin, J., (1976), "The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting", *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2): 191-198.
- Lee, C., Ayers, S. L. and Kronenfeld, J. J. (2009), "The Association Between Perceived Provider Discrimination, Healthcare Utilization and Health Status in Racial and Ethnic Minorities", *Ethnicity & Disease*, 19(3): 330–337.
- Lehrer, J.R., (2009), *How We Decide*, 1.Press, New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Leyens, J. Ph., Rodriguez, A.P., Rodriguez, R.T., Gaunt, R., Palodino, M.P., Vaes, J. et al. (2001), "Psychological Essentialism and the Differential Attribution of Uniquely Human Emotions to Ingroups and Outgroups", *European Journal of Social Psychology*, 31(4): 395-411.
- Leyens, J.Ph., Cortes, B., Demoulin, S., Dovidio, J.F., Fiske, S.T., Gaunt, R. et al. (2003), "Emotional Prejudice, Essentialism, and Nationalism", *European Journal of Social Psychology*, 33(6): 703-717.
- Loughnan, S., Haslam, N. and Kashima, Y., (2009), "Understanding the Relationship between Attribute-Based and Metaphor-Based Dehumanization", *Group Processes & Intergroup Relations*, 12(6): 747-762.
- MacKinnon, A.C., (1987), *Feminism Unmodified Discourses on Life and Law*, England: Harvard University Press.
- Malacrida, C., (2012), "Bodily Practices as Vehicles for Dehumanization in an Institution for Mental Defectives", *Societies Open Access Journals*, 2(4): 286-301.
- McFaul, A.F., (2010), *Dehumanization Beliefs and Indiscriminate Aggression*, Doctoral Thesis, The State University of New Jersey Graduate School Doctor of Philosophy, New Jersey.

- Mercer, S. W., Reilly, D. and Watt, G. C. M., (2002), "The Importance of Empathy in the Enablement of Patients Attending the Glasgow Homoeopathic Hospital", *British Journal of General Practice*, 52(484): 901–905.
- Mikkola, M., (2011), "Dehumanization", T. Brooks (Ed.), *New Waves in Ethics*, (pp. 128-149), 1.Press, New York: Palgrave Macmillan.
- Mobley, M.J., Radya, M.Y., Verheijdeb, J.L., Patel, B. and Larsona, J.S., (2007), "The Relationship Between Moral Distress and Perception of Futile Care in the Critical Care Unit", *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5): 256-263.
- Muse, O.A., (2016), *Role of Race and Appearance In the Dehumanization of Women and Minorities*, Master's Thesis, Western Carolina University of the Faculty of the Graduate School General Psychology, Western Carolina.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C. et al., (2011), "Empathy Decline and its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents.", *Academic Medicine*, 86(8): 996–1009.
- O'Brien, G.V., (1999), "Protecting the Social Body: Use of the Organism Metaphor in Fighting the "Menace of the Feeble-minded", *Mental Retardation*, 37(3): 188-200.
- O'Brien, G.V., (2003), "Indigestible Food, Conquering Hordes, and Waste Materials: Metaphors of Immigrants and the Early Immigration Restriction Debate in the United States", *Metaphor And Symbol*, 18(1): 33–47.
- Olson, M.J.V., (2009), *Robotic Surgery, Human Fallibility, and the Politics of Care*, Doctoral Thesis, The University of North Carolina the Department of Communication Studies, Chapel Hill, North Carolina.
- Opatow, S., (1990), "Moral Exclusion and Injustice: An Introduction", *Journal of Social Issues*, 46(1): 1-20.
- Oren, N. and Bar-Tal, D., (2007), "The Detrimental Dynamics of Delegitimization in Intractable Conflicts: The Israeli–Palestinian Case", *International Journal of Intercultural Relations*, 31(1): 111-126.

- 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](http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf)
- Ortner, S.B., (1974), “Is Female to Male as Nature is to Culture?”, M. Z. Rosaldo and L. Lamphere (Ed.), *Woman, Culture, and Society*, (pp.68-87), Stanford, CA: Stanford University Press.
- Osofsky, M.J., Bandura, A. and Zimbardo, P.G., (2005), “The Role of Moral Disengagement in the Execution Process”, *Law and Human Behavior*, 29(4): 371-393.
- Özşaker, E., (2014), “Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 166-173.
- Pawlikowski, M., (2002), “Dehumanization of Contemporary Medicine: Causes and Remedies”, *Neuroendocrinology Letters*, 23(1): 5-7.
- Petersen, S., (2012), *A Continuum, Not A Divide: The Relationship between Representations of Nonhuman Animals and Prejudice Towards Immigrants*, Master’s Thesis, University of Helsinki Faculty of Social Sciences Social Psychology Department, Helsinki.
- Piccoli, V., (2014), *New Look at Dehumanization: The Association Between Menstrual Cycle Changes and Dehumanization of Women*, Doctoral Thesis, Università Degli Studi Di Trieste, Scuola Di Dottorato Di Ricerca In Neuroscienze E Scienze Cognitive, Trieste.
- Prentice-Dunn, S. and Rogers, R.W., (1980), “Effects of Deindividuating Situational Cues and Aggressive Models on Subjective Deindividuation and Aggression”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(1): 104-113.
- Redelmeier, D. A., and Tversky, A., (1990), “The Discrepancy Between Medical Decisions for Individual Patients and for Groups”, *The New England Journal of Medicine*, 322(16): 1162-1164.

- Reiners, R.L.E.P., Corcoran, R., Völlm, B.A., Mashru, A., Howard, R., and Liddle, P.F., (2012), “Moral Decision-Making, ToM, Empathy and the Default Mode Network”, *Biological Psychology*, 90(3): 202-210.
- Russell, A. C., (2012), “Moral Distress in Neuroscience Nursing: An Evolutionary Concept Analysis”, *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(1): 15-24.
- Sass, L., (2007), “ ‘Schizophrenic Person’ or ‘Person with Schizophrenia’? An Essay on Illness and the Self”, *Theory & Psychology*, 17(3): 395-420.
- Schulman-Green, D., (2003), “Coping Mechanisms of Physicians Who Routinely Work With Dying Patients”, *Omega: Journal of Death and Dying*, 47(3): 253-264.
- Schwartz, S.H. and Struch, N., (1989), “Values, Stereotypes, and Intergroup Antagonism”, D. Bar-Tal., C.F. Graumann et al. (Ed.), *Stereotyping and Prejudice Changing Conceptions*, (pp.169-182), New York: Springer-Verlag.
- Smith, L. D., (2014), “Dehumanization, Essentialism, and Moral Psychology”, *Philosophy Compass*, 9(11): 814-824.
- Smith, L. D., (2016), “Paradoxes of Dehumanization”, *Social Theory and Practice*, 42(2): 416-443.
- Stedman, L.T. (1982). *Illustrated Stedman’s Medical Dictionary 24 Th Edition*, Baltimore& London:Williams& Wilkins Publisher.
- Stepien, K.A. and Baernstein, A., (2006), “Educating for Empathy: A Review”, *Journal of General Internal Medicine*, 21(5): 524-530.
- Strellich, J., (2016), *Dehumanization as A Consequence of Aggression*, Master’s Thesis, California State University the Faculty of the Department of Psychology, California.
- Szasz, T.S., (1973), *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, New York: Syracuse University Press.
- Şahinoğlu-Pelin, S. ve Arda, B., (1998), “Etik Açıdan Yaşlılık ve Hekim-Hasta İlişkileri” *Geriatrics*, 1(1): 39-42.

- Şeker, M. ve Şimşek, F., (2011), “Ötekilik Bağlamında ‘Muhteşem Yüzyıl’ Dizisinin Farklı İdeolojideki Gazetelerin Köşe Yazılarına Yansımaları”, *Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 29: 483-501.
- Torun, A., (2015), ““Öteki” ile “Biz” İlişkisinde Yeni Medya”, C. Can (Ed.), *Sosyal ve Beşeri Bilimlere ve Küresel Yaklaşımlar: Kuram ve Uygulamalar Uluslararası Sempozyumu*, Varşova.
- Turkle, S., (1984), *The Second Self: Computers and the Human Spirit*, New York: Simon & Schuster.
- Turner, C. W., Layton, J. F. and Simons, L.S., (1975), “Naturalistic Studies of Aggressive Behavior: Aggressive Stimuli, Victim Visibility, and Horn Honking”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(6): 1098-1107.
- Turner, Y., and Hadas-Halpern, I., (2008), “The Effects of Including a Patient’s Photograph to the Radiographic Examination”, *The Radiological Society of North America Scientific Assembly and Annual Meeting*, Chicago.
- Türkdoğan, O., (2006), *Etnik Sosyoloji*, 5.Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Verghese, A., (2011), A Doctor’s Touch, TEDGlobal 2011, 01:11’nci dakika.
- Waytz, A., Epley, N. and Cacioppo, J., (2010), “Social Cognition Unbound: Insights Into Anthropomorphism and Dehumanization”, *Current Directions in Psychological Science*, 19(1): 58-62.
- West, C.P., Huschka, M.M., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Kolars, J.C., Habermann, T.H. et al., (2006), “Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study”, *Journal of the American Medical Association*, 296(9): 1071–1078.
- Yağbasan, M. ve Çakar, F., (2005), “Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(1): 609-629.

Yıldırım, G., Özden, D. ve Karagözoğlu, Ş., (2013), “Ahlaki Sıkıntı: Türkiye’de Sağlık Alanında Gündeme Gelmeyen Bir Boyut”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35(2): 318-325.

Zimbardo, P., (2007), *The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil*, 1.Press, New York: Random Houes.

<http://www.dogalseleksiyonvedarwinizm.com/ojeni.html>, Erişim Tarihi: 12.12.2016

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.58f4ce9a8233d5.34165803, Erişim Tarihi: 15.08.2016



EKLER

EK 1

HEKİMLERİN DEHÜMANİTİF DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN ALGI ANKETİ

Bu araştırma sağlık kurumlarında meydana gelen insandışılaştırma algısını ölçmeyi hedeflemektedir. Anketlerden elde edilecek bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevaplar ne kadar objektif olursa araştırma sonucu da o ölçüde doğru olacaktır. Bu çalışma Prof.Dr.Ramazan ERDEM'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Nuray KIYMIK tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederim. (İletişim için: nuraykiy@hotmail.com)

I. BÖLÜM

Hiç Katılmıyorum 1 2 3 4 5 Tamamen Katılıyorum	Katılma Düzeyi				
1. Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yalnızca hasta bir birey olarak gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2. Hekimlerin beni dinlemeye layık bir insan bulmadıkları için önemsemediklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3. Hekimlerin bana daha az zaman harcadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4. Hekimlerin şahsi problemlerimi umursamadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5. Hekimlerin bana daha az sorumlu davrandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
6. Hekimlerin beni değil, hastalığımı önemseydiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7. Hekimlerin, hastalığımdan dolayı beni kendine bile yetemeyen eksik ve yetersiz biri olarak gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8. Hekimlerin hastalığımdan dolayı kendi hayatıma ilişkin planlama yapabilecek kapasitede olmadığımı varsaydıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Herhangi bir hastalıkta hareket etme kabiliyetimi kaybedersem hekimlerin, beni bir et yığını gibi göreceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10. Hekimlerin beni kendileri gibi bir insan olarak görmediklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11. Hekimlerin, hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi oldukları için beni yok sayan bir şekilde davrandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12. Hastalığımla ilgili bilgi sahibi olmadığım için hekimlerin tedavime ilişkin kararlara beni katmadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
13. Hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi oldukları için, hekimlerin tedavi sırasında bana daha haşın ve sert davrandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14. Hastalığımla ilgili profesyonel bilgi sahibi olmalarını, hekimlerin benim üzerimde mutlak hâkimiyet kurmak için bir araç olarak kullandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5

15. Hekimlerin beni yok sayarak sadece hastalığımla ilgilendiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
16. Hekimlerin beni bir insan olarak değil de, yürüyen bir hastalık gibi gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17. Hekimlerin beni aşağıladığını ve küçük gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
18. Hekimlerin beni insandan çok, tamir edilmesi gereken bir araç gibi gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
19. Hekimler tanı ve teşhis sırasında o kadar çok teknolojik alet kullanıyorlar ki, bazen kendimi o aletlerden biriymişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
20. Hekimlerin teknolojik aletlerden çok fazla yararlanmasının, onları maharetsiz masa başı doktorlara çevirdiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
21. Hekimlerin hastaları eskiye nazaran daha az elle veya gözle muayene ettiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
22. Hekimlerin benimle üstünkörü bir iletişim kurduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
23. Hekimlerin, benim hastayken çektiklerimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24. Hekimlerin iletişim kurarken göz temasından kaçındıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
25. Hekimlerin benim ihtiyaç ve tercihlerimi yok sayarak hareket ettiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
26. Hekimlerin tedavime ilişkin kararlarda bana hiçbir hak tanımadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
27. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha merhametli davranmadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
28. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha sabırlı davranmadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
29. Hekimlerin bana bir hasta olarak daha güler yüzlü davranmadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
30. Hekimlerin hastalığımdan kaynaklanan endişeli ve aşırı duygusal halimi anlayamadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
31. Hekimlerin hastalığım ve tedavi sürecime ilişkin korkularımı görmezden geldiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
32. Hekimlerin çoğu zaman gergin ve sinirli olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
33. Hekimlerin çoğu zaman kaba ve nezaketsiz davrandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
34. Hekimlerin tedavi sırasında bana acı verebileceklerini görmezden gelerek hareket ettiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
35. Hekimlerin zarar vereceklerini hesaba katmadan hareket ettiklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
36. Hekimlerin acı vermeyi ve insanca davranmamayı hekimliğin bir parçasıymış gibi gördüklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
37. Hekimlerin çoğu zaman duygusuzca davrandıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
38. Hekimlerin suçluluk duygularının olmadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5

II. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Cinsiyet: 1.Kadın () 2.Erkek ()

2. Yaş:

3. Meslek:.....

4. Medeni Durum: 1.Evli () 2.Bekâr () 3.Diğer ()

5. Eğitim durumu: 1. İlkokul Mezunu () 2. Ortaokul Mezunu () 3. Lise Mezunu ()

4. Önlisans Mezunu () 5. Lisans Mezunu () 6. Lisansüstü () 7. Diğer:

6.Aylık gelir:.....

7.Kronik bir hastalığınız var mı?: Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

Varsa belirtiniz:

8.Daha önce kişisel ihtiyaçlarınızı karşılayamayacak kadar hastalandığınız (yaralanmak gibi) oldu mu?

Evet () Hayır ()

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Nuray KIYMIK

Doğum Yeri Yılı: Isparta-1991

Medeni Hâli: Bekâr

Eğitim Durumu:

Lisans Öğrenimi: Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji (Anadal) (2013)

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi (Çift Anadal) (2014)

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi:

1. İngilizce: 62.50

İş Denevimi:

1. 2014-2015: Sözleşmeli Öğretim Görevlisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Gelendost Meslek Yüksekokulu, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü

2. 2015-2016: Sözleşmeli Öğretim Görevlisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Gelendost Meslek Yüksekokulu, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü

3. 2016-2017: Sözleşmeli Öğretim Görevlisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Gelendost Meslek Yüksekokulu, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü

Bilimsel Yayınlar:

Hakemli dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

Parlak, E.A., N. Kıymık, R. Çelik, B. Yalçın, H. Kocabaş, H.P. Akçin, H. Aytekin, H.H. Kaya, “Yaşamın Tıbbileştirilmesi Kapsamında Medyada Yer Alan Yaşlanmayı Dışlayan

(Anti-Aging) Reklamların İçerik Analizi”, Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Dergisi, Sayı: 10, 2016.

