

İŞ AHLAKI DERGİSİ

Turkish Journal of Business Ethics

Cilt/Volume: 7 ■ Sayı/Number: 2 ■ Güz/Autumn 2014

ISSN: 1308-4070 • DOI: 10.12711/tjbe

İş Ahlakı Dergisi uluslararası ve hakemli bir dergidir.

Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarına/yazarlarına aittir.

Turkish Journal of Business Ethics is the official peer-reviewed, international journal of the Türkiye IGIAD. Authors bear responsibility for the content of their published articles.

Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Derneği Adına İmtiyaz Sahibi/Owner
Şükrü Alkan

Yazı İşleri Müdürü/Chief Executive Officer

Ömer Bedrettin Çiçek (Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Derneği)

Editör/Editor-in-Chief

Murat Şentürk (İstanbul Üniversitesi)

Özel Sayı Editörü/Special Issue Editor

Murat Dinçer Çekin (Marmara Üniversitesi)

Alan Editörleri/Section Editors

İskender Gümüş (Kırklareli Üniversitesi)

Mustafa Otrar (Marmara Üniversitesi)

Çeviri Editörleri/English Language Editors

ENAGO

John Zacharias Crist

Yayın Kurulu/International Editorial Board*

Mumtaz Ali (Uluslararası İslam Üniversitesi, Malezya)

Murteza Bedir (İstanbul Üniversitesi)

Rafik I. Beekun (Nevada Üniversitesi, ABD)

Mustafa Çağrıncı (Marmara Üniversitesi)

S. Waleck Dalpour (Maine Üniversitesi, ABD)

Alpaslan Durmuş (EDAM [Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi])

Halil Ekşi (Marmara Üniversitesi)

Nihat Erdoğan (Yıldız Teknik Üniversitesi)

R. Edward Freeman (Virginia Üniversitesi, ABD)

Stephen Hicks (Rockford Koleji, ABD)

Hayrettin Karaman (Marmara Üniversitesi, Emekli Öğretim Üyesi)

T. Krishna Kumar (Osmania Üniversitesi, Hindistan)

Robert W. McGee (Florida Üniversitesi, ABD)

Jon Oplinger (Maine Üniversitesi, ABD)

Mustafa Özel (İstanbul Şehir Üniversitesi)

Şevki Özgener (Nevşehir Üniversitesi)

Francesco Perrini (Bocconi Üniversitesi, İtalya)

Deon Rossouw (Pretoria Üniversitesi, Güney Afrika Cumhuriyeti)

Kemal Sayar (Marmara Üniversitesi)

Ahmet Tabakoğlu (Marmara Üniversitesi)

Tuomo Takala (Jyväskylä Üniversitesi, Finlandiya)

Tina Uys (Johannesburg Üniversitesi, Güney Afrika Cumhuriyeti)

Ahmet Yaşar (Fatih Üniversitesi)

Feridun Yılmaz (Uludağ Üniversitesi)

*Soyadına göre alfabetik sırada In alphabetical order by surname

Indexing-Abstracting

EBSCO

INDEX ISLAMICUS

INDEX COPERNICUS

ABI/INFORM (PROQUEST)

THE PHILOSOPHER'S INDEX

ile indekslenmekte ve/veya özetlerine yer verilmektedir.

Hakem Kurulu/Board of Reviewing Editors*

Adem Baltacı (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Adem Levent (İstanbul Üniversitesi) ▪ Ali Danışman (Çukurova Üniversitesi) ▪ Ali Rıza Abay (Yalova Üniversitesi) ▪ Aşkın Kese (Uludağ Üniversitesi) ▪ Ayten Altuntaş (İstanbul Üniversitesi) ▪ Aytül Aşçı Özdemir (Anadolu Üniversitesi) ▪ A. Tolga Öcal (Marmara Üniversitesi) ▪ Bayram Zafer Erdoğan (Anadolu Üniversitesi) ▪ Bedrettin Kesgin (Yalova Üniversitesi) ▪ Besim Bülent Bali (Doğuş Üniversitesi) ▪ Bilal Eryılmaz (İstanbul Medeniyet Üniversitesi) ▪ Bilçin Meydan (Uludağ Üniversitesi) ▪ Bülent Dilmaç (Necmettin Erbakan Üniversitesi) ▪ Bülent Özalpay (İstanbul Üniversitesi) ▪ Can Tansel Kaya (Yeditepe Üniversitesi) ▪ Cemil Hakan Korkmaz (İstanbul Ticaret Odası) ▪ Cengiz Ceylan (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Cengiz Kallek (İstanbul Şehir Üniversitesi) ▪ Cengiz Şeker (EDAM [Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi]) ▪ Cengiz Yabancı (İnönü Üniversitesi) ▪ Deniz Taşçı (Anadolu Üniversitesi) ▪ Elif Muğal (Yücel Uludağ Üniversitesi) ▪ E. Elif Vatanoglu-Lutz (Yeditepe Üniversitesi) ▪ Erkan Yaman (Sakarya Üniversitesi) ▪ Fahri Karakaş (University of East Anglia, UK) ▪ Faruk Taşçı (İstanbul Üniversitesi) ▪ Fatih Çetin (Niğde Üniversitesi) ▪ Ferda Erdem (Akdeniz Üniversitesi) ▪ Fuat Man (Sakarya Üniversitesi) ▪ Gültekin Yıldız (Sakarya Üniversitesi) ▪ Hakan Ertin (İstanbul Üniversitesi) ▪ Hakkı Fındık (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Hanzade Doğan (İstanbul Üniversitesi) ▪ Hediyeullah Aydeniz (Marmara Üniversitesi) ▪ Hızır Murat Köse (İstanbul Şehir Üniversitesi) ▪ Hülya Kanalıcı Akay (Uludağ Üniversitesi) ▪ Hüner Şencan (İstanbul Ticaret Üniversitesi) ▪ Hüseyin Çetin (Necmettin Erbakan Üniversitesi) ▪ İnanç Özekmekçi (Erciyes Üniversitesi) ▪ İnci Hot (İstanbul Üniversitesi) ▪ İsa İpçioğlu (Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi) ▪ İsmail Dülgeroğlu (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Janset Özen Aytemur (Akdeniz Üniversitesi) ▪ Kadir Ardic (Sakarya Üniversitesi) ▪ Kadircan Keskinbora (Bahçeşehir Üniversitesi) ▪ Köksal Alver (Selçuk Üniversitesi) ▪ Luiz Ricardo Kabbach de Castro (EESC - Universidade de São Paulo) ▪ Mehmet Akif Çukurçayır (Selçuk Üniversitesi) ▪ Mehmet Fatih Aysan (İstanbul Şehir Üniversitesi) ▪ Mehmet Karagül (Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi) ▪ Mehmet Zahit Tiryaki (İstanbul Medeniyet Üniversitesi) ▪ Mete Çamdere (İstanbul Ticaret Üniversitesi) ▪ Mevlüt Tatlıyer (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Muhammed Abdullah Şahin (İstanbul Şehir Üniversitesi) ▪ Muhammed Veysel Bılcı (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Murat Taşdemir (İstanbul Medeniyet Üniversitesi) ▪ Mustafa Çelen (Marmara Üniversitesi) ▪ Mustafa Kavas (Cass Business School, UK) ▪ Mustafa Kurt (Yalova Üniversitesi) ▪ Mücahit Görgeç (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Necmettin Kızılkaya (İstanbul Üniversitesi) ▪ Nesrin Çobanoğlu (Gazi Üniversitesi) ▪ Nil Sarı (İstanbul Üniversitesi) ▪ Nilüfer Pembecioğlu (İstanbul Üniversitesi) ▪ Nuray Tokgöz (Anadolu Üniversitesi) ▪ Nurullah Genç (İstanbul Ticaret Üniversitesi) ▪ Oya Morva (İstanbul Üniversitesi) ▪ Ömer Çaha (Yıldız Teknik Üniversitesi) ▪ Ömer Torlak (KTO Karatay Üniversitesi) ▪ Özgün Burak Kaymakçı (İstanbul Üniversitesi) ▪ Pınar Süral Özer (Dokuz Eylül Üniversitesi) ▪ Rainer Brömer (İstanbul Üniversitesi) ▪ Rana Özen Kutanis (Sakarya Üniversitesi) ▪ Saim Kayadibi (Uluslararası İslam Üniversitesi, Malezya) ▪ Seçil Bal Taştan (Marmara Üniversitesi) ▪ Sefa Usta (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi) ▪ Senay Yürür (Yalova Üniversitesi) ▪ Senem Besler (Anadolu Üniversitesi) ▪ Sümeyra Alpaslan-Danışman (Mevlana Üniversitesi) ▪ Süreyya Çakır (Sakarya Üniversitesi) ▪ Şenol Öztürk (Kırklareli Üniversitesi) ▪ Şuayyip Özdemir (Afyon Kocatepe Üniversitesi) ▪ Tamer Çetin (Yıldız Teknik Üniversitesi) ▪ Tekin Akgeyik (İstanbul Üniversitesi) ▪ Umut Koç (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi) ▪ Ünsal Çiğ (Mersin Üniversitesi) ▪ Veli Karataş (EDAM [Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi]) ▪ V. Lale Tüzüner (İstanbul Üniversitesi) ▪ Yasemin Ertan (Uludağ Üniversitesi) ▪ Yeşim Işıl Ülman (Acıbadem Üniversitesi) ▪ Yusuf Alpaydın (EDAM [Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi]) ▪ Yücel Bulut (İstanbul Üniversitesi) ▪ Yücel Sayılar (Uludağ Üniversitesi) ▪ Zeki Parlak (Marmara Üniversitesi) ▪ Zümrüt Tonus (Anadolu Üniversitesi)

*İsme göre alfabetik sırada In alphabetical order by name

Akademik İçerik Danışmanlığı/Content Advisor

EDAM (Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi)

Web: www.edam.com.tr Elektronik posta: edam@edam.com.tr Telefon: +90 (216) 481-3023

Hukuk Danışmanı / Legal Advisor

Av. Muaz Yanılmaz, Av. Betül Altınsoy Yanılmaz

Web: www.altinsoyanilmaz.av.tr Elektronik posta: info@altinsoyanilmaz.av.tr Telefon: +90 (216) 343-0088

Tasarım ve Uygulama/Graphic Design

Nevzat Onaran & Semih Edis

Tashih/Proofreading

Mehmet H. Ramazanoğlu

Baskı Öncesi Hazırlık/Prepress

EDAM (Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi)

Yayın Türü/Type of Publication

Yerel Süreli Yayın

Yayın Periyodu/Publishing Period

Altı ayda bir Mayıs (Bahar) ve Kasım (Sonbahar) aylarında yayımlanır/Biannual (Spring & Autumn)

Baskı ve Cilt/Press

Limit Ofset Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi ZA-13 Topkapı, İstanbul Telefon: +90 (212) 567-4535

Basım Tarihi: Şubat 2015



İletişim/Correspondence

Maltepe Mh. General Ali Gürcan Cd. Eski Çırpıcı Yolu Sk. No:1

Merter Meridyen İş Merkezi Kat: 4 D: 419, Zeytinburnu, İstanbul 34010

Web: www.isahlakidergisi.com Elektronik posta: editor@isahlakidergisi.com Telefon: +90 (212) 544-9600

İçindekiler Table of Contents

Editörden	4
Editorial	6

MAKALELER ARTICLES

Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlaki Bir Sorun Olarak İnsandışılaştırma	9
Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector	29
Ahmet Coşkun	
Elemeci Kürtaj: Öjenizmin Yeni Yüzü.....	53
Selective Abortion: The New Face of Eugenics	70
Havva Çaha	
Organ Bağışı ve Transplantasyon Tıbbı: Etik Çerçeve ve Çözüm Tartışmaları	91
Organ Donation and Transplantation Medicine: Ethical Framework and Solutions.....	104
Hakan Ertin	
İş Ahlakı Uygulamalarının Hastane Performansına Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Saha Çalışması	121
The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals	135
Mehveş Tarım, Halil Zaim, Yasemin Torun	

KİTAP DEğERLENDİRMELERİ BOOK REVIEWS

Meslek Etiği, Sorumluluk ve Sorgulama/İşkence	157
Adem Başpınar	
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakım Kılavuzu	161
Tutku Özdoğan	
Enhancing Evolution, Transcending Human Nature	169
Rainer Brömer	
Tıptaki Değişimin İnsani, Hukuki ve Etik Boyutu	173
E. Elif Vatanoğlu-Lutz	
Yazarlara Notlar	178
Notes for Contributors	180

Editörden

İş Ahlakı Dergisi, bu sayısını sağlığı ahlak bağlamında ele alan çalışmalara ayırıyor.

Sağlık ve ahlak kavramları arasında akla gelebilecek ilk ilişki, sağlığın ahlak, ahlakın sağlık üzerindeki etkileridir. Ancak özel sayımız bu ilişkiyi ele almıyor.

Sağlık ve ahlak kavramlarının en önemli buluşma noktası meslek adabıdır. Sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken izledikleri tutumlar ahlaki açıdan derinlemesine analizi hak ediyor. Yakın gelecekte sağlık alanında yeni uzmanlıkların ortaya çıkacağını da dikkate alarak, değerler eğitimine, okul programları ve görev tanımlarının yenilenmesine kadar gidebilecek bir değerlendirmeye cesaret etmek gerekir.

Sağlık ve ahlak kavramlarının içiçe geçtiği ikinci nokta, bazı tıbbi girişimlerin ahlaklılığı. Bir kısmını modern tıbbın mümkün kıldığı bu girişimler, bakış açısına göre kabul edilebilir veya edilemez görünüyor. Ölümlülüğe karşı yürüttüğü çaba dolayısıyla itibar sahibi olan tıp, her başarısıyla iktidarını genişletirken önümüze yeni sorular, zor kararlar koyuyor. Tıbbi ne kadar sınırlamak gerektiği herhalde hep tartışma konusu olacaktır.

Sağlık ve ahlak kavramlarını biraraya getiren üçüncü nokta, yerleşmiş tıp uygulamalarının sıhhati. Faydasına dair kesin bilgimiz olmayan veya metodolojik açıdan güvenilmez araştırma ve denemeler sonucunda tıp pratiğinde yerini almış birçok girişim var. Makul şüphenin ortadan kalkması ve mesleki körlük, bilgi üretiminin hangi çıkar çatışmaları altında gerçekleştiğini görmemizi engelliyor. Bilginin ahlakını sorgulamalıyız.

**

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması ile sağlık kurumları ve çalışanları hayatımızda giderek daha fazla yer tutuyor. Özel sayımızın ilk makalesi sağlık çalışanlarının hastalara karşı tutumunu ele alıyor. Ahmet Coşkun tarafından yazılan “Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlaki Bir Sorun Olarak İnsandışılaştırma” başlıklı makalede söz konusu tutumun nedenleri ve sonuçları irdeleniyor, öneriler sunuluyor.

Doğum öncesi teşhis imkanlarının genişlemesi öjeni ve kürtaj konusundaki eski tartışmaları yeni bir safhaya taşıdı. “Elemeci Kürtaj: Öjenizmin Yeni Yüzü” adlı makalesinde Havva Çaha, gen teknolojisindeki gelişmelerin malformasyonlu fetüslerin kaderini nasıl etkileyeceğini ele alıyor ve gelecekte bizi daha meşgul edecek bir sorunun cevabını arıyor: İnsanoğlunu “doğuştan hatasız” bir tür haline getirmenin bedeli nedir?

Türkiye'nin de gündeminde olan yeni organ nakli uygulamaları konuya ilgiyi artırdı. Hakan Ertin, "Organ Bağıışı ve Transplantasyon Tıbbı: Etik Çerçeve ve Çözüm Tartışmaları" adlı makalesinde organ naklinin yarattığı etik tartışmaları ele alıyor ve ardından dünyada uygulanan bağıış modellerini inceliyor. Makale Türkiye'nin izleyebileceğı farklı yollar için bir düşünme çağrısı olarak da değerlendirilebilir.

Tıbbın hayatımızda oynadığı rol artarken, sağıık hizmeti sunan kurumların kültür ve politikaları giderek daha önemli hale geliyor. Mehveş Tarım, Halil Zaim ve Yasemin Torun, "İş Ahlakı Uygulamalarının Hastane Performansına Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Saha Çalışması" ile, kamu hastanelerinde uyguladıkları bir ölçek üzerinden sosyal ve etik performansın kurum performansını nasıl etkilediğini ortaya koyuyor.

**

Kitap değerlendirmeleri bölümünde Adem Başpınar, gözaltındakilerin güç kullanılarak sorgulanmasında sağıık ve hukuk profesyonellerinin yerini inceleyen, Paul Lauritzen'in "Professional Ethics, Responsibility, and Interrogation" adlı eserini ele alıyor.

İngiltere'de yayınlanan "Practical Guidance for the Management of Palliative Care on Neonatal Units" adlı kılavuzu özetleyen Tutku Özdoğan, Türkiye'de eksikliği hissedilen palyatif bakım konusunda başvurulabilecek bir kaynak ortaya koyuyor.

Tıp etiğinde cesur soruları ve cevapları ile bilinen John Harris'in "Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People" adlı eserini Rainer Brömer kritik ediyor ve yazarın katkılarını ve eksiklerini dile getiriyor.

Sevtap Metin'in tıp ve hukuk alanında çalışanlar kadar meslekten olmayanların da faydalanacağı biçimde kaleme aldığı "Biyo-Tıp Etiğı ve Hukuk" adlı eser E. Elif Vatanoglu-Lutz tarafından değerlendiriliyor.

**

Sağıık ve Ahlak özel sayısının faydalı olmasını, şahsi ve mesleki hayatınız için katkı sağlarnasını ümit ederiz.

Dr. Murat Dinçer Çekin

Marmara Üniversitesi

Özel Sayı Editörü

Editorial

The *Turkish Journal of Business Ethics* has devoted its current special issue to those studies discussing health through the lens of ethics.

The first relation that springs to mind when health and ethics are discussed under the same roof is how health impacts ethics and how ethics impacts health. With this being the reality however, our special issue does not focus on this mutual relation.

The most important point of convergence in health and ethics finds itself in professional codes. The attitudes held and practices followed by health practitioners deserve a critical analysis from an ethical standpoint. Considering that new fields of expertise are increasingly on the rise in the health section, it is of the utmost importance to assess the various aspects of this area, including its reflections on values education, school programs, and the rewriting of job descriptions.

A second meeting point of health and ethics lies in the ethicalness of specific medical initiatives. These initiatives, some of which are a direct result of modern medicine, may be considered acceptable or unacceptable according to one's personal point of view. Despite having gained an increasingly positive reputation as a result of its struggle against mortality, medicine has brought new questions requiring difficult decisions to be made. It seems that the question as to what borders should be placed on medicine will remain a heated debate in the future.

Health and ethics' third point of intersection is the integrity of common medical practices. Just as we have not attained definitive information regarding the advantages of many of these practices, so has it been found that some of their purporting studies are not entirely methodologically reliable. Both the disappearance of reasonable doubt and professional blindness have prevented us from being able to see the conflicts of interest under which the information is disseminated. It is for this very reason that we should question the ethics of information.

**

Due to health services' ever-increasing availability, both health facilities and those who work in the health sector have found themselves taking a more central place in our lives. The first article of this special issue handles health care professionals' attitudes toward patients. Ahmet Coşkun, in his article entitled "Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector," scrutinizes the reasons behind and implications of such attitudes, offering suggestions to overcome this issue.

The expansion of opportunities for pre-natal diagnosis has carried discussions on eugenics and abortion to an entirely new platform. In her article entitled "Selective Abortion: The New Face of Eugenics," Havva Çaha discusses the ways that developments in gene technology have affected the fate of malformed fetuses,

searching for the answer to a question that will only continue become more prevalent as techniques develop: What is the cost of turning human beings into a species that must be “innately without fault?”

New organ transplantation methods currently being discussed and practiced in Turkey have increased interest in the issue. In his article entitled “Organ Donation and Transplantation Medicine: Ethical Framework and Solutions,” Hakan Ertin examines the ethical discussions emerging from organ transplantation, analyzing the donation models applied around the world. This article can be considered a call to researchers and practitioners to find different methods and techniques to be implemented in Turkey.

While the role played by medicine increases in our lives, the culture and policies of corporations offering health services also increased in importance. In “The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals,” Mehveş Tarım, Halil Zaim, and Yasemin Torun state in what ways an institution’s social and ethical performance affect the overall performance of that institution via a scale applied in public hospitals.

**

In the book evaluation section, Adem Başpınar handles Paul Lauritzen’s work entitled “Professional Ethics, Responsibility, and Interrogation” which analyzes the place of health and law experts in interrogating detainees by force.

Summarizing the guide published in U.K. entitled “Practical Guidance for the Management of Palliative Care on Neonatal Units,” Tutku Özdoğan provides a resource that can be used in palliative care, an area in which is currently lacking in Turkey.

Rainer Brömer offers a critical analysis of John Harris’s work, who is known for his bold questions and answers in the field of medical ethics, entitled “Enhancing Evolution, Transcending Human Nature.” In the analysis, both the contributions made by the writer and the areas requiring further discussion are specified.

E. Elif Vatanoğlu-Lutz assesses Sevtap Metin’s work entitled “Bio –Medicine Ethics and Law,” which provides information not only to workers within the field of medicine and law, but also to those without.

**

It is our hope that you not only find it a pleasure to read this issue of Health and Ethics, but that you also find it to be helpful in your personal and professional lives.

Murat Dinçer Çekin, MD

Marmara University

Special Issue Editor

Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlakî Bir Sorun Olarak İnsandışlaştırma

Ahmet Coşkun^a

Erciyes Üniversitesi

Öz

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

Anahtar Kelimeler

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

^a Arş. Gör. Ahmet Coşkun, Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Kayseri
Çalışma alanları: İş ahlakı, güven
Elektronik posta: ahmetcoskun@erciyes.edu.tr

İnsandışılaştırmanın Kavramsal Çerçevesi

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

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

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

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

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

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

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

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

İnsandışılaştırmanın Türleri ve Boyutları

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

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

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

İnsandışılaştırmanın Nedenleri

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

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

Sektörel Nedenler

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

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

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

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

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

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

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

Örgütsel Nedenler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İlişkisel Nedenler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İnsandışılaştırmanın Sonuçları

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

Zor Kararları Kolaylaştırma

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

Mesleki Tükenmişlikten Koruma

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

İnsandışılaştırmanın olumsuz sonuçları ise hem tutum hem algı yönünde görülebilir.

Ahlaki Sıkıntı

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

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

Saldırgan Davranışlar

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

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

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

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

Memnuniyet Düzeyinin, Sağlık Personeline Güvenin, Tedavi Başarısının Düşmesi

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

Öneriler

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dehumanization as an Ethical Issue in the Health Services Sector

Ahmet Coşkun^a

Erciyes University

Abstract

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

Keywords

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

a Correspondence

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

Conceptual Framework of Dehumanization

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

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

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

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

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

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

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

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

Types and Dimensions of Dehumanization

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

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

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

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

Reasons for Dehumanization

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

Sectoral Reasons

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

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

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

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

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

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

Organizational Reasons

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relational Reasons

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Effects of Dehumanization

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

Facilitating Difficult Decisions

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

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

Protection from Burnout

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

The negative effects of dehumanization manifest in attitudes and perceptions.

Moral Distress

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

Aggressive Behaviors

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

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

Decrease in Satisfaction, Trust in Health Personnel and Successful Treatment

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

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

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

Recommendations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaynakça/References

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

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

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

Elemeci Kürtaj: Öjenizmin Yeni Yüzü

Hava Çaha^a

Fatih Üniversitesi

Öz

Gen teknolojisindeki ilerlemeler suni döllenme yoluyla hatasız insan üretme hayaline ulaşmayı vaat etmekte, gelişen doğum öncesi tarama testleri sakat ve hastalıklı bebeklerin anne karnında tespit edilerek yok edilmesini mümkün kılmaktadır. Hukuki düzenlemeler bu uygulamaların önünü açmaktadır. Türkiye dahil dünyanın pekçok ülkesinde isteğe bağlı kürtaj belli bir haftaya kadar yasal olmasına rağmen fetüsün sakat olması durumunda yasalar esnetilerek daha ileri haftalarda da kürtaja izin verilmektedir. Modern tıbbın objektif olduğu ve en doğru kararı hekimlerin vereceği düşüncesi, doğum öncesi tarama testlerinin kadınlara özgürlük getirdiği fikri ve kamuoyunda mevcut estetik ve beden anlayışı hep birlikte kadınları sakat bebeklerden kurtulmaya itmekte, öjeniyi destek vermektedir. Ahlaki ve dini kaygılar ile öjenik kürtaja karşı olanların seslerini yükseltmesi, ilerleyen yıllarda öjenik uygulamaların artarak devam etmesine engel olamayacak gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler

Doğum Öncesi Tarama Testi, Engelli Fetüs, Kürtaj, Elemeci Kürtaj, Öjeni

^a Doç. Dr. Hava Çaha, Fatih Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonomi Bölümü, Hadımköy, İstanbul
Çalışma alanları: Engelliler, yoksullar, yaşlılar, kadınlar, göçmenler, enerji, çevre, kobiler
Elektronik posta: hcaha@fatih.edu.tr

Öjeni Politikalarının Tarihçesi

Evrim kuramcısı Charles Darwin'in "iyi hayvan ırkı elde etmek için uygulanan yöntemlerin insan ırkını geliştirmek amacıyla da uygulanabileceği" düşüncesinden etkilenen kuzeni Francis Galton, 1869'da yayınladığı ve İngiliz tarihindeki dâhi nitelikli kişileri barındıran 300 ailenin şeceresini incelediği "Kalıtsal Deha" isimli kitabında, bu ailelerin sergiledikleri özelliklerin -çevre veya yetişme koşullarından bağımsız olarak- kalıtımla nesilden nesile geçtiğini ve gelişerek sürmesi için ailelerin kendi aralarında evlenmesi, daha düşük nitelikler taşıyan ailelerle evlenmesinin engellenmesi gerektiğini öne sürmüştür. Galton 1883'te söz konusu aileleri tanımlamak için Yunancada "doğuştan iyi" ve "soydan asil" anlamlarına gelen "öjeni" kelimesini kullanmış ve öjeni düşüncesinden hareketle üstün bir İngiliz ırkı yaratmayı hedefleyenlerin 1907'de kurduğu Öjenik Eğitim Derneği'ne başkan seçilmiştir¹ (Hall, 2002). Öjenistler evrim sürecinde meydana gelen bir aksaklığın sakatlığa yolaçtığını, sakatların üstün ırk yaratmanın önünde en büyük engel olduğunu, genetik olarak üstün nitelikler taşıyan kadın ve erkeklerin evlenmeye ve çok çocuk doğurmaya teşvik edilmesinin yeterli olmadığını, kötü özelliklere sahip kişilerin dünyaya gelmesinin de engellenmesi gerektiğini öne sürmektedir. Öjenistlere göre, bu iki uygulama eş zamanlı yürütülürse toplumda üstün niteliklere sahip "fit" kişiler artacak, istenmeyen "unfit" kişiler zamanla ortadan kalkacak ve daha iyi bir insan ırkı elde edilecektir.²

Öjeni hareketinin başından itibaren birçok bilim adamı, siyasetçi, işadamı ve sanatçı tarafından desteklenmesi, öjeni uygulamalarının bazı ülkelerde devlet politikası haline gelmesinin yolunu açmıştır. ABD'de öjenik uygulamalar -yasal dayanağı bulunmamasına rağmen- 1899'da Indiana eyaletinde geri zekalıların zorunlu kısırlaştırılmasıyla (sterilizasyon) başlamış, 1907'de çıkarılan yasa ile meşrulaştırılmış, 1912'ye kadar 236 geri zekalı erkek kısırlaştırılmıştır. 1920'de Kansas eyaletinde negatif öjenik unsurlar taşıyan kişileri tespit etmek için aileler hakkında bilgi toplanmaya başlanmıştır (Kevles, 1999 s. 436). Do-

1 Adı 1926'da (British) Eugenics Society, 1989'da Galton Institute olan kuruluş, 1909-1968 arasında "The Eugenics Review" dergisini çıkarmıştır.

2 John Langdon Down 1866'da bugün adıyla anılan sendromu Moğolların beyaz ırka karışmasına bağlayarak "mongolizm" olarak adlandırmıştır. Sakatları ve beyaz olmayan ırkları evrim sürecinin alt basamaklarına yerleştiren evrim teorisi, sakatlık ve aşağı ırk kavramını özdeşleştirmiştir. 19. yüzyılın sonlarındaki ucube gösterilerinde sakatlar ve farklı ırktan kişilerin, insan ile hayvan arasında bir yaratık olarak tanımlandıkları dikkati çekmektedir (Baynton, 2013, s. 23).

ğum kontrolü hareketinin önemli bir temsilcisi olan Margaret Sanger, Anglo-sakson Amerikalı kadınların çocuk doğurmasının teşvik edilmesinin yanı sıra beyaz olmayan göçmenler ile sakatların çoğalmalarının engellenmesi için aktif doğum kontrolü politikalarının uygulanmasını önermiştir. 1919'da Amerikan Doğum Kontrolü Hareketi ile Amerikan Öjenik Derneği arasında bir işbirliği anlaşması imzalanarak lobi faaliyetlerine başlanmış, geri zekalılar ve epilepsi hastaları başta olmak üzere sakatların kısırlaştırılması konusunda politikalar geliştirilmiş ve desteklenmiştir. Doğum kontrolünün yaygınlaştırılması amacıyla hazırlanan propaganda afişlerinde sakat kadınlar kullanılmıştır. Bu faaliyetlerin ilk meyvesi 1924'te çıkarılan göçmenlik yasasıdır. Yasa kapsamında Doğu ve Güney Avrupa'dan gelen göçmenlerin önü kesilmiş, Kuzey Avrupalı ve İngilizlerin ülkeye gelmesi teşvik edilmiştir (Wellman, 2011, s. 218). Ülkeye göç edenlere zorunlu IQ testi uygulanmış, Doğu ve Güney Avrupa'dan göç eden, İngilizce bilmeyen, okuryazar olmayan yoksul göçmenler IQ testlerinde düşük puan aldıkları için zorunlu kısırlaştırma işlemine tabi tutulmuşlardır (Kevles, 1999, s. 436). 1927 tarihli "Buck'a Karşı Bell" davasında³ Yüksek Mahkeme'nin sakatları kısırlaştırmanın anayasaya aykırı olmadığı kararını vermesi ile birçok eyalette kısırlaştırma yasası uygulamaya konmuştur. Önce yalnız geri zekalıları kapsayan yasa, kapsamı genişletilerek alkolikler, uyuşturucu müptelaları, farklı cinsiyet eğilimlerine sahip kişileri de içine almıştır. ABD'de 1930-1970 arasında yasa dolayısıyla yaklaşık 200 bin kadının zorunlu kısırlaştırmaya tabi tutulduğu tahmin edilmektedir (Kaelber, 2012).⁴

Öjeni araştırmalarına devlet desteği veren İskandinav ülkelerinden İsveç'te öjenistler "doğal aristokrasi" hareketi altında toplanarak insan ırkının geliştirilmesi için Mendel kanunlarının uygulanmasını istemiştir. İsveç'te öjeni düşüncesi özellikle sağ muhafazakarlar arasında hızla yayılmış ve 1930'larda binlerce kişi zorla kısırlaştırmaya tabi tutulmuştur (Bjorgman ve Widmalm, 2010, s. 379-381). Hareket çevre ülkeleri de etkisi altına almış, özellikle Almanya'da antropologlar, hekimler ve bilim adamları öjeni düşüncesini benimsemiştir. Bu öjenik altyapı, 1933'te Nazilerin iktidara gelmesinden hemen sonra çıkarılan öjenik kısırlaştırma yasasının itiraz edilmeden uygulanmasına (Bjorgman ve

3 John Hendren Bell'in, geri zekalı olduğu gerekçesiyle Carrie Buck'ın kısırlaştırılmasını istediği dava bu adla meşhur olmuştur.

4 Yasa Kaliforniya'da 1980'lerde kaldırılmasına karşılık 20 eyalette hâlâ yürürlüktedir.

Widmalm, 2010, s. 380), öjenizm ve hijyen doktrinlerinin tıp fakülteleri ders müfredatına girmesine yol açmıştır. “Genetik Yolla Geçen Hastalıkların Önlenmesi” başlıklı yasada, akıl hastaları, geri zekalılar, sağır, doğuştan körler ve ailesinde kalıtsal hastalık bulunanlar Alman ırkının saflığını bozan kişiler olarak kabul edilmiş, Alman kadınların öjenik nedenler dışında kürtaj olmaları yasaklanmıştır. Yasa kapsamında 3 yaşa kadar sakat çocuklar hakkında ötenazi kararı verilmiş, ailelerinden alınarak kliniklerde gaz veya zehirli iğne ile öldürülmüşlerdir. Hekimlerin bir kısmı iğne ve zehir ile öldürmenin ahlaki olmadığı gerekçesiyle sakat çocukları aç ve tedaviden yoksun bırakarak ölümlerini hazırlamıştır. Ailelerin ölen çocukları hakkında soru sormasını ve itiraz etmesini engellemek için çocukların bulaşıcı hastalık nedeniyle öldükleri ve salgın hastalıkların yayılmasını engellemek için yakıldıkları açıklanmış, söylentiler üzerine Alman Kilisesi ölen çocuklar konusunu gündeme getirmiş ve hastaneleri protesto etmiştir. 1933-1939 arasında 300 ile 400 bin Almanın yasa çerçevesinde zorunlu kısırlaştırmaya maruz kaldığı tahmin edilmektedir. 1939’da yasaya başka psikiyatrik hastalar da dahil edilmiş ve 1941’de psikiyatri kliniklerinde yaklaşık 70 bin hastanın ölümü gerçekleşmiştir. O yıl 3 yaşından büyük sakat çocuklar da ötenazi kapsamına alınmıştır.

Naziler öjenik uygulamaları ekonomik nedenlerle de gerekçelendirmiştir. 1935-36 öğretim yılında liselerde okutulan matematik dersinde, kurumlarda yaşayan geri zekalılarının barınma maliyetlerini hesaplamaya yönelik sorular yer almaktadır (Hubbard, 1988, s. 80-81). Bu sorularla çocuklara ve gençlere, sakatların ve akıl hastalarının yaşamalarına izin verilmeye değmeyecek kadar değerlessiz ve aynı zamanda topluma ekonomik yük oldukları fikri aşılana çalıılmıştır. 1912’de Nobel Fizyoloji / Tıp Ödülü’nü kazanan Alexis Carrel 1939’da yayınlanan kitabında üstün ırk yaratmanın gerekli olduğunu belirterek ötenazi uygulamasını insani ve ekonomik bir davranış olarak yorumlamıştır. 1933’te “Öjenizmin Hayati Önemi” başlığıyla yayınlanan makalesinde Julian Huxley, hayatını yardım almadan idame ettiremeyen aptal ve geri zekalılarının zorunlu kısırlaştırılmalarını önermiş, daha da ileri giderek, birçok akıl hastalığının kalıtsal olduğunu, normal görünmekle birlikte bu hastalığı taşıyan kişilerin tespit edilerek kısırlaştırılmaları gerektiğini belirtmiş, mevcut sosyo-ekonomik şartlardan dolayı böyle bir uygulamanın yürürlüğe konulamamasından esefle

bahsetmiştir. 1942’de psikiyatrist Foster Kennedy, 5 yaş ve üzeri geri zekalı çocukların aileye ve topluma yük olduğunu, bu nedenle öldürülmeleri gerektiğini ileri sürmüştür (Hubbard, 1988, s. 80). Dönemin önemli bilimsel yayınlarından Nature dergisinin editörü, Nazilerin kalıtsal hastalıkların önlenmesi amacıyla engelli kişileri kısırlaştırmaya tabi tutmasını insan ırkının korunması ve geliştirilmesine yönelik olumlu bir adım olarak ele almıştır (Davis, 2013, s. 7). Öjenistler yalnız sakatları değil, yoksulları da devlete yük oldukları gerekçesiyle zorunlu kısırlaştırmaya dahil etmek istemiştir (Rogers ve de Bousingen, 1995).

1946-47 yıllarında müttefikler tarafından Nuremberg mahkemelerinde “insanlığa karşı işlenen suçlar” adı altında açılan davalarda yargılanan Nazilere, sakatlara yönelik zorunlu kısırlaştırma ve öldürme suçları yöneltilmemiştir. Bunun nedeni o yıllarda zaten birçok ülkede sakatlara yönelik zorunlu kısırlaştırmanın var olması ve bu uygulamaların bilim çevreleri tarafından desteklenmesidir. 13 Kasım 1945 tarihli Frankfurter Rundschau gazetesinde yayınlanan bir yazıda, müttefiklerin Alman sakatları yaşamaya değer görmedikleri için insanlığa karşı işlenen suçlar kapsamına dahil etmedikleri ve bu suçu işleyen kişilerin kurumlarda çalışmaya devam ettiği belirtilmektedir (Poore, 2007, s. 184).⁵

Öjenist uygulamalar 1970’li yılların sonuna kadar birçok ülkede devam etmiştir. 1980’li yılların ortalarında ABD’de görülen Baby Doe davası sakat çocuklara yönelik öjenist tavrın biçim değiştirerek devam ettiğini göstermiştir. Bu ve benzer davalarda, sakat bebeklerin ailesi veya hekim tarafından tedavi imkanlarından mahrum bırakılarak ölüme terk edilmesi ele alınmıştır.

5 Nuremberg davalarında Alman sakatlara yönelik ötenazi davaları açılmamakla birlikte Alman mahkemelerinde bu konunun gündeme geldiği görülmektedir. Müttefiklerin Almanya’da kaldığı süre içinde Alman mahkemelerince açılan bu davalarda istenen cezalar daha katıdır. 1946’da görülen bir davada zihinsel engelli Almanları öldüren bir hekim ve bir hemşire idam edilmiştir. 1949’da Federal Almanya’nın kurulmasından sonra Alman sakatlara yönelik ötenazi davaları gittikçe azalmış, daha önce verilen cezalar ya ertelenmiş ya da iptal edilmiştir. Örneğin 1947’de Frankfurt’taki bir davada ölüm cezasına çarptırılan iki hekimin cezası önce ertelenmiş, 1950’li yılların ortalarında da serbest bırakılmaları sağlanmıştır (Poore, 2007, s. 188). Kurumlarda kalan Alman sakatların savaş sonrasında da kötü muameleye maruz kaldıkları görülmektedir. Kaynakların etkin dağılımı gerekçesiyle kurumlarda kalan sakatlara gıda dağıtımı yapılmadığı 1945-1949 arasında yaklaşık 20 bin sakatın yetersiz beslenme ve açlıktan dolayı öldüğü tahmin edilmektedir (Poore, 2007, s. 184).

Doğum Öncesi Tarama, Elemeci Kürtaj ve Yeni Öjenizm

İnsan DNA'sını anlamaya yönelik çalışmaların artması ile birlikte cinsiyetin, göz, ten gibi fiziksel özelliklerin ve zeka ile yeteneklerin önceden laboratuvar ortamında belirlenmesi, suni döllenme yoluyla gebeliğin gerçekleşmesi ve sakat bebeklerin tespit edilerek dünyaya gelmelerinin önlenmesi imkanı ortaya çıkmıştır. Gen teknolojisi çalışan bazı bilim adamları öjenik elemeyi bir şans gibi görmektedir. Suni döllenmeyi ilk gerçekleştirenlerden Robert Edwards, tıp ve genetikteki ilerlemenin çocukların kalitesinin önceden belirleneceği bir dünya tasavvurunu mümkün kıldığını belirterek bu gelişmeler ışığında sakat çocuk dünyaya getirmenin ailelerin en büyük günahı olacağını iddia etmektedir (Neumayer, 2005). Yüzyılın en önemli araştırması olarak tanımlanan insan genomu projesinin yürütücüsü 1962 Nobel Fizyoloji / Tıp Ödülü sahibi James Watson bu araştırma ile birlikte DNAdaki aptallık geninin tespit edileceğini ve gelecekte toplumun bu gene sahip kişilerden kurtulacağını ifade etmektedir (Mendelsohn, 2000). Biyoetikçiler ise ebeveynin çocukları için en iyisini isteme hakkına sahip olduğunu öne sürerek, gelişmiş ülkelerde ortalama hayat süresi 70 yaşın üzerinde iken, 40 yaşından önce öleceği belli olan kistik fibrozis teşhisli bir fetüsü dünyaya getirmenin zalimce ve bencilce bir davranış olduğunu öne sürmektedir (Terzo, 2013).⁶

Günümüzde öjenik uygulamaların en yaygını, doğum öncesi tarama tekniklerine dayanılarak gerçekleştirilen kürtajlardır. 1980'li yılların sonundan itibaren, rutin gebe takiplerinde 11.-14. haftalarda ultrasonla bebeğin ense boyu hesaplanarak sonuca göre önce ikili test, onun sonucuna göre de 16.-20. haftalarda ise üçlü ve dördü testlere başvurulmaktadır. Elde edilen bilgiler sakat doğum ihtimalinin yüksek olduğunu gösterirse bebeğin kromozom tahlili için amniyosentez yapılmaktadır.⁷ Bu işlem 200 ila 400'de bir oranında düşüğe, erken dönemde yapılırsa bebekte kalıcı hasara yol açma ihtimali olmasına rağmen 1980'li yılların başında 40 yaş üzeri ve riskli gebelere önerilen amniyosentez

6 Nobel Kimya ve Barış Ödülleri sahibi Linus Pauling, dünyaya gelen çocukların alınlarına kazılacak bir sembol ile gen özelliklerinin belirtilmesini teklif etmiştir (Mendelsohn, 2010).

7 Güvenilirlik oranı %80-90 olan ikili test Türkiye'de en sık gerçekleştirilen test olup nöral tüp defekti hakkında herhangi bir bilgi vermemektedir. Nöral tüp defektinin tespit edilebildiği üçlü testlerin Down sendromlu bebekleri tespit etme oranı %60-65'tir. Dördü testin tahmin etme oranı %80'dir. Ayrıntılı bilgi için bkz <http://www.bursakadindogum.org/index.php?sayfa=tarama-testleri>

günümüzde 30'lu yaşlardaki gebe kadınlara rutin test olarak uygulanmaktadır.⁸ Bu gibi uygulamalar neticesinde Down sendromu 1972'de her bin bebekten birinde görülürken, günümüzde oldukça azalmıştır (Star, 2008).

Doğum öncesi tarama testleri ile tespit edilen sakat fetüslerin dünyaya gelip gelmemesine yönelik karar alınmasında hekimin etkisi gittikçe artmakta, anne ile ailenin etkisi azalmaktadır. Hekimin tarafsız olduğu varsayılmakta ve önerileri sorgulanmamaktadır. Bazı hekimler zeka geriliği olan bebeklerin dünyaya gelmesine de karşı çıkmaktadır (Faden ve ark., 1987). Sakat bebek taşıdığını öğrenen kadınların büyük bir kısmının ilk üç gün içinde kürtaj olmasının önemli nedeni, hekimin gebelik döneminde geçen her günün riski arttırdığını öne sürerek anneyi çok hızlı karar vermeye yönlendirmesidir (Masden, 1992).⁹ Bir araştırma, İngiltere'de ailelerin en çok Down sendromlu, en az Klinefelter sendromlu gebelikleri sonlandırmayı tercih ettiğini göstermiştir (Alberman, Mutton ve Ide, 1998, s. 809-810). İngiltere'de 1989-1997 arasında Down sendromu teşhisi konmuş 10 651 gebelikten %92'si kürtaj, %1,9'u düşük, %1,5'i ölü doğum, %5'i doğumla sonlanmıştır. 23 haftalıktan büyük gebeliklerde teşhis konmuş vakaların dörtte biri kürtajla, %23'ü düşük, ölü doğum veya doğduktan sonra ölümle sonlanmıştır. Spina bifida teşhisi konmuş 10 gebelikten 9'unda kürtaj yapılmaktadır.¹⁰ Down Sendromu Birliği yetkilileri, doğum öncesi tarama testlerinin kürtaja yolaçtığını belirterek kürtaj kararı alınmadan önce hekimlerin ailelere tarafsız bilgi vermesini istemektedir (Star, 2008). Yalnız dini hassasiyetleri güçlü kadınların doğum öncesi teşhis tekniklerini reddettikleri veya test yaptırmaları durumunda kürtaj olmamayı tercih ettikleri belirtilmektedir (Will, 2005).

Son yıllarda gebeliğin ilk üç ayı içinde anneden alınacak kan ile bebeklerin sakat olup olmadıklarının belirlenmesi üzerinde çalışılmaktadır.¹¹ Bu testlerden en yaygın olanı, gebe kadının 11.-13. hafta arasında alınan kanından Down

8 Amerikan Jinekologlar Derneği yaşa bakılmaksızın bütün gebelerin Down sendromu tetkiklerinden geçmeleri gerektiğini öne sürmektedir

9 Bazı feministler gebelik ve doğumla ilgili kararların kadının elinden alınarak tamamen tıp profesyonellerinin eline geçtiğini öne sürmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz (Masden, 1992).

10 Almanyada anne karnında spina bifida teşhisi konmuş üç bebek ameliyat edilmiştir. Bu tip uygulamalar bebeklerin yaşam kalitesini arttırmaktadır (BBC, 2003).

11 Bu testlerin bir kısmı bebeğin cinsiyet bilgilerini de vermektedir.

sendromunu tespit etmeye yönelik MaterniT21 testidir.¹² 2013'te yalnız ABD'de 150-200 bin gebe kadının bu testi kullandığı tahmin edilmektedir.¹³ Kan testlerindeki hata payı %5 olduğundan, hekimlerin bir kısmı anneleri 15. hafta sonrasında yapılan amniyosentezin sonucuna göre karar vermeleri konusunda yönlendirmektedir (Bindley, 2013). İlerleyen yıllarda sakat fetüslerin daha erken dönemde tespit edilmesiyle erken dönemde gerçekleştirilecek kürtajlarda artış beklenmektedir.

Kürtaj 1960'larda sadece zorunlu durumlarda gerçekleştirilen bir tıbbi işlem iken, 1970'lerde bir doğum kontrol yöntemi, 1990'larda ise doğum öncesi tarama testlerinin gelişmesi ve yayılmasıyla sakat bebeklerden kurtulma yolu olarak kullanılmıştır (Sharp ve Earle, 2002, s. 140). Dünyada 56 ülkede isteğe bağlı kürtaja genellikle gebeliğin ilk 12 haftasına kadar izin verilmekle birlikte, bu süre anne sağlığı ve fetüsteki sakatlık-hastalık gerekçesiyle gebeliğin ikinci yarısına kadar uzamaktadır (Çorbacioğlu ve Yüksel, 2012, s. 88).¹⁴ Kürtajın en rahat uygulandığı ülkelerden biri İngiltere'dir; 1967'de çıkarılan yasaya göre 24 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasında herhangi bir gerekçe aranmamaktadır. 24 haftadan sonra kürtaja ağır fiziksel veya zihinsel sakatlık olması durumunda izin verilmekte ve fetüsün kalbi iğne ile durdurularak annenin suni sancıyla ölü doğum yapması sağlanmaktadır.¹⁵ 2003'te sakatlık gerekçeli kürtajların istatistiklerini yayınlamama kararı alan İngiltere, kürtaj karşıtı grupların açtığı kürtaj bilgilerine erişim davasının kabul edilmesiyle birlikte 2011'den itibaren kürtaj istatistiklerini yayınlamaktadır. Bu istatistiklere göre 2002-2010 arasında sakatlık nedeniyle yapılan yaklaşık 18 bin kürtajın 1189'u 24 haftadan sonra, 2011'de sakatlık nedeniyle yapılan 2307 kürtajın 144'ü 24 hafta, 19'u 32 haftadan sonra gerçekleştirilmiştir (UK Parliament, 2013, s. 8). İngiltere'de "ağır engellilik" kavramının net olmaması uygulamada suistimallere yol açmaktadır (Will, 2005). Örneğin, 2001'de ayrık dudak ve damak prob-

12 Sakatlığı tespit etmek için kullanılan bazı testlerde bu süre 9 haftaya kadar düşmektedir.

13 Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde otistik çocuk sayısında artış görülmektedir. Otizmin görülme sıklığı 88 veya 50 kişide birdir. Şu anda otizmi tespit etmeye yönelik doğum öncesi tarama testi bulunmamaktadır. Bu konuda yapılan araştırmaların hızlı ilerlediğini ve önümüzdeki yıllarda otizmin teşhis edilmesiyle birlikte otistik çocukların da kürtaja maruz kalabileceğini söyleyebiliriz.

14 Fetüsün sakat veya hasta olduğu gerekçesiyle kürtaja izin veren ülkeler arasında İran ve Suudi Arabistan da bulunmaktadır. İran'da 1997'de yalnız talasami majörlü olduğu saptanan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilirken, 2003'den itibaren 20.haftanın altında başka konjenital kusurlara sahip fetüslerin de kürtajına izin verilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz (Çorbacioğlu ve Yüksel, 2012, s. 90)

15 İngiliz engelli hakları aktivistleri yasadaki bu maddeye, sağlam bireyler ile engelli bireylerin eşit olarak ele alınmadığı ve engellilere yönelik negatif algı oluşturduğu nedeniyle karşı çıkmaktadır (BBC, 2003).

lemi olan 28 haftalık bir fetüsün kürtaj edilmesi öjeni düşüncesinin vardığı noktayı göstermektedir. Yaşayabilecek olsa da her tür “çürük” ve “defolu” bebek belirlenerek topluma karışmasının önü kesilmektedir.

Kız bebeklerin veya farklı etnik gruplara dahil bebeklerin kürtaja maruz kalmasına karşı son yıllarda ciddi sesler yükselmesine rağmen sakat fetüslerin kürtajı konusunda gösterilen tepkiler yetersizdir.¹⁶ Feministlerin de içinde yer aldığı üreme hakkı hareketindeki kadınlar kürtajın her şartta yasallaşması için mücadele etmektedir. Feministler fetüsü kadın vücudunun bir ürünü olarak ele almakta ve kadının sağlam veya çürük fetüsten kürtaj yoluyla kurtulabilme hakkı olduğunu öne sürmektedir.¹⁷ Feministlerin büyük bir kısmı doğum öncesi tarama testlerini, kadınlara kötü kaderlerini değiştirme imkanı sağladığı gerekçesiyle desteklemektedir (Saxton, 2000).¹⁸ Engelli hakları savunucuları ise, kadınların sakat bebeklerini baskılar yüzünden aldırarak zorunda kalmamaları için mücadele etmektedir (Hubbard, 2013, s. 83).¹⁹ Bununla birlikte kürtaj karşıtlarının büyük kısmı sakat bebeklerin kürtajına olumlu yaklaşmaktadır.²⁰ Tanıyan tanımayan herkesin gebelere doğum öncesi tarama testlerini yaptırıp yaptırmadığını sorması, toplumun bilinçaltına işleyen öjenik kaygıları göstermektedir (Kaplan, 1993). Kürtaj tartışmalarının son derece hararetli yaşandığı ABD’de öjenik kürtaja en çok dindarlar karşı çıkmaktadır (Luker, 1984). Diğer ülkelerde de sakat çocukların kürtajına genelde kendilerini dindar olarak tanımlayan kişiler karşı çıkmaktadır.

16 Son yıllarda özellikle feminist biyoetikçiler cinsiyet elemeli kürtajın sakat bebeklerin kürtajından ayrı ele alınması gerektiğini söylemektedir. Onlara göre sakat bebekler kadınların acı çekmesine yolaçmakta ve sakat çocuklara ayrılan zaman, para ve kaynaklar israf edilmektedir. Feminist biyoetikçilerin bu konudaki görüşleri için bkz (Petchesky 1984; Scully, ve Baldwin-Ragaven ve Fitzpatrick, 2010).

17 Kadınların bir kısmı feministlerin bu argümanına, doğum öncesi tarama tekniklerinin kadına seçim yapma imkanı sağlamakla birlikte bazı seçeneklerin önünü kapadığı gerekçesiyle karşı çıkmakta, sürecin kalite kontrol işlemi haline getirildiğini ve çürük - defolu gebeliklerden kurtulma baskısına yolaçtığını öne sürmektedir (Saxton, 2000).

18 Bazı yazarlar feministleri, doğum öncesi tarama testlerinin geniş yaş aralığında rutin olarak uygulanmalarına yolaçtıkları gerekçesiyle eleştirmektedir. Bkz (Saxton, 2000).

19 Engelli aktivistleri, kürtaj karşıtlarını, sakat fetüslerin kürtajına karşı çıkmalarına rağmen sakatların yaşama koşullarının iyileştirilmesine ve toplumsal dışlanmalarının önlenmesine yönelik herhangi bir politika önermedikleri için ikiye bölünmüş olmakla suçlamaktadır.

20 Paul A. Lombardo “Buck’a Karşı Bell” davasından hareketle öjenistlerin Amerikan hukuk sistemini nasıl etkilediğini ve sakatların kısırlaştırılmasının nasıl yasalaştığını anlatmaktadır. Bir yanda üreme özgürlüğü ve sakat fetüslerin kürtajının tamamen kadının alacağı karara bırakılması, diğer yanda devletin üreme üzerinde kontrol hakkı ve kişilerin yerine karar alması söz konusudur. Ama üreme özgürlüğünü kabul etmek, devletin dahi gerçekleştiremeyeceği kürtajları onaylamak anlamına gelir. Lombardo bu durumu “büyük bir ikilem” olarak ele almakta ve her iki durumda da engellilerin zararlı çıktığını belirtmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz (Lombardo, 2008).

Elemeci kürtajın nedenlerinden biri dünyaya gelecek sakat çocuğun hayatı boyunca çekeceği çileyi sonlandırmak iddiasıdır. Gebe kadınların bir kısmı bebeklerinin acı çekmesine dayanamayacakları için kürtaj olduklarını öne sürmektedir. Örneğin, 2013 yılında New York Times gazetesinde yayınlanan haberde, 23 haftalık (erkek ve kız) ikiz gebeliği olan bir kadın, erkek bebeğin diyafragma hastalığı taşıdığını, dünyaya gelmesi durumunda ömür boyu nefes alma sorunları yaşayacağını, bebeğinin acı çekmesini istemediğini, sıcak ve güvenli anne karnında sevildiğini bilerek mutlu bir şekilde ölmesinin bebeği için daha iyi olduğunu düşünerek kürtaj kararı aldığını ve bu karardan memnuniyet duyduğunu belirtmiştir (Stark, 2013). Sağlık alanında çalışan ve benzer biçimde düşünen profesyoneller de hasta ve sakat insanların en kötü zamanlarını bildikleri ve diğer zamanlarına şahit olmadıkları için hayattan zevk almadıklarını zannetmektedir. Engelli aktivistleri bu durumun önlenmesi için sağlık çalışanları, biyolog ve genetikçilerin sakatları doğal ortamlarda görmele-ri ve onlarla etkileşim içinde olmaları gerektiğini, ancak bundan sonra nispeten tarafsız bir görüşe sahip olabileceklerini belirtmektedir (Society for the Protection of Unborn Children, 2014).

Günümüzde öjenik kürtajı savunanların bir kısmı, geçmişte öjenistlerin kullandıkları fayda - maliyet analizini sık sık dile getirmektedir. Bu görüşe göre sakat insanlar toplumda bir fonksiyona sahip olmadıkları için sakatlık önlenmelidir (Hubbard, 1988); sakat bebeklerin dünyaya getirilmesi zaten kıt olan aile, ülke ve dünya kaynaklarının verimsiz kullanımı anlamına gelmektedir (Hubbard, 2013).

Batıda elemeci kürtajı uygulayan kadınların büyük bir kısmının beyaz, yüksek eğitilmiş ve yüksek gelirli olması öncelikle bu kadınların doğum öncesi tarama testlerinden haberdar olmaları ve bu testleri yaptırmalarındandır. Bu durum sağlık masraflarının devlet tarafından karşılandığı ülkelerde daha belirgindir. Fransa'da 1997'den itibaren Down sendromu testi yaşa bakılmaksızın bütün kadınlara, amniyosentez ise 38 yaş üstü kadınlara uygulanmaktadır. Devletin izlediği nüfus politikaları kapsamında gebe kadının tetkik maliyetleri Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmasına rağmen bu testleri genellikle eğitilmiş ve gelir seviyesi yüksek kadınların yaptırdığı, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan

kadınların testlerden haberdar bile olmadıkları görülmektedir (Khoshnood, 2004, s. 484-488). Tetkik maliyetlerinin kamu bütçesi tarafından karşılanmadığı ülkelerde pahalı testlere ancak yüksek gelir grubundaki kadınlar ulaşabilmektedir. Örneğin ABD’de bu testlerin maliyeti sigortalı kadın için 200 dolar, sigortasız kadın için 2800 dolar olduğundan yoksul kadınlar testleri yaptıramamaktadır.²¹ ABD’de birçok yazar, yoksul Afro-Amerikan ve Hispanik kadınların önlenebilir nedenlere bağlı olarak sakat çocuk doğurmalarını bir trajedi olarak ele almaktadır. Bu yazarlar, doğum öncesi tarama testleri ile sakat fetüs kürtajının kamu bütçesine maliyetinin, sakat çocuğun dünyaya gelmesi ve yaşaması durumunda kamu bütçesinden yapılacak harcamadan daha az olacağını gerekçe göstererek bu tür tetkiklerin devlet tarafından karşılanmasını; aradaki farkın yoksulluğu ve savaşı önlemeye yönelik politikalara aktararak toplum refahına katkı sağlanmasını istemektedir (Heuman, 1990). Sakat fetüslere yaşama hakkı tanınmasının getireceği maliyetin konuşulması, beraberinde yaşlı ve sonradan sakat olanların tedavi ve bakım masrafları konusunu gündeme getirmektedir. “Toplumda üretkenliği kalmayan yaşlıların ve sonradan sakat olanların yok edilmesi iktisadi açıdan kabul edilebilir mi?” sorusu ise fetüsün henüz insan olmadığı, dolayısıyla farklı bir durumda bulunduğu gerekçesiyle reddedilmektedir.

Sakatlara yönelik negatif öjenik tutum ve davranışlar doğum sonrasında da devam etmektedir. Dünyaya gelen bebekle ilgili olarak hekime sorulan “normal mi?” sorusu daha çok bebeğin sakat olup olmadığını öğrenmeye yöneliktir.²² Bir çalışmaya göre, yeni doğan bebeğini gören annenin ilk tepkisi mutluluk, sevinç ve gurur iken, bebeğindeki spina bifidanın gösterilmesi ile birlikte tavrı ve tepkisi bir anda değişmekte, kriz geçirerek bebeğin ucube olduğunu ve kendisinden olmadığını söylemektedir (Furedi, 2001). Kamuoyunda sakatların hayattan zevk almadıkları, kaliteli bir hayat sürdürmedikleri, sakat çocuğa sahip olmanın bir ailenin başına gelecek en büyük trajedi olduğu, bu durumun aile içi sorunlara, boşanmalara, ekonomik ve ruhsal çöküşe yol açtığı şeklinde yaygın bir kanaat

21 Doğum öncesi anormallikleri tespit etmeye yönelik testler genetik alanında en hızlı büyüyen alan olarak dikkat çekmektedir. 2010’da 1,28 milyar dolar olan bu piyasanın 2017’de 1,6 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

22 İstatistiksel bir kavram olan normallik varsayımını “sağlıklı”, “hasta”, “sakat” gibi tıbbi terimlere uygulamak istediğimizde bazı sorunlar çıkmaktadır (Asch, 1999, s. 1650). Örneğin bir ülkede ortalama boy ve alt-üst normal boy sınırları yeni nesilde insanların uzamasıyla değişecek; eskiden normal değerler içinde kalan ve sağlıklı kabul edilen kişiler yeni hesaplamalarda ortalamanın altında kalacak ve sakat olarak ele alınmaya başlayacaktır.

bulunmakta, sakat fetüs taşıyan gebe kadının kürtaj olması sağduyulu bir davranış olarak kabul edilmektedir (Saxton, 1997). Son yıllarda sakat bebek sahibi olan ailelerin, doğumu gerçekleştiren hekimlere karşı açtıkları “yanlış doğum” davaları artmaktadır. Amerikan Engelliler Birliği yanlış doğum davalarına, sakatlara karşı negatif stereotiplerin yayılmasını kolaylaştırdığı ve bunun Amerikan Engelliler Yasasına uygun olmadığı gerekçesiyle karşı çıkmaktadır. Kürtaj karşıtı gruplar ve Amerikan Engelliler Birliği’nin yürüttükleri kampanya sonucunda 2013’te Dakota eyaletinde, mevcut veya potansiyel genetik bir anormallik teşhisi gerekçe gösterilerek kürtaj yapılması yasaklanmıştır. Bu yasa, engelli hakları aktivistleri tarafından, engellilere yönelik daha gebelikte başlayan ayrımcılığın ortadan kaldırılması için önemli bir adım olarak ele alınmaktadır (Chew, 2013). Kürtaj taraftarı örgütlerin çatısı olarak kabul edilebilecek Amerikan Sivil Özgürlükler Birliği, yanlış doğum davalarının açılmasının yasaklanmasına, kürtaj karşıtı hekimlerin gebelere doğum öncesi testlerin sonuçları hakkında yalan söyleyebilecekleri gerekçesiyle karşı çıkmaktadır.

Biyoetik literatürü 1980’li yıllarda sakat bebeklerin tedavisi, 1990’lı yıllarda ise doğum öncesi tetkikler konusuna yoğunlaşmıştır. Tartışmaya katılan biyoetikçilerin büyük bir kısmının “sağlıklı olma” kavramına vurgu yaptığı, sakatlığı düzeltilmesi gereken bir kusur olarak ele aldığı, sakatlığın yaşam kalitesini azalttığı varsayımından hareketle “sakat bebekler yaşamalı mı?” sorusuna olumsuz cevap verdiği, ailelerin üzerindeki baskıyı azaltmak için bu kararın onlara bırakılmaması gerektiğini öne sürdüğü görülmektedir (Petersen, 2011, s. 16). Doğum öncesi tarama testlerine ve sakat bebeklerin kürtajına karşı çıkan feminist biyoetikçi Adrian Ash bu durumu genetikçi ve biyoetikçilerin sakatlarla sosyal ilişkilerinin olmamasına bağlamaktadır (Ash, 2001).²³ 2000’li yıllarda biyoetikçiler ile genetikçilerin sakatlığın ortadan kaldırılması yönünde daha radikal bir tutum içinde oldukları görülmektedir (Scully, 2008, s. 797). Örneğin aktif bir hayvan hakları savunucusu olan biyoetikçi Peter Singer, Down sendromlu, spina bifidalı ve düşük kilolu bebeklere yönelik bakım hizmetlerine karşı çıkmakta, bu bebeklere gereğinden fazla özen gösterildiğini ve ölmelelerine izin verilmediğini söylemektedir. Singer’e göre acı çeken sakat bir bebeğin ölümüne izin vermek, sakat bir fetüsün hayatını kürtajla sonlandırmaktan

23 Görme engelli olan Adrian Ash 2013’te 67 yaşında vefat etmiştir.

farklı değildir (Hari, 2004). Biyoetikçi Allen Buchanan ise son yıllarda gelişen biyoteknolojinin daha üstün ve gelişmiş bir insan ırkı ortaya çıkartacağını ve gelişmiş insan ırkı ile normal insan ırkı arasında çeşitli sorunlar olacağını belirterek sakat fetüslerin dünyaya gelmesine karşı çıkmaktadır (Buchanan, 2009, s. 377). Gelişmiş ülkelerde, doğum öncesi testlerin gelişmesi ve maliyetlerinin düşmesiyle önümüzdeki yıllarda elemeci kürtaj sayısının artacağı öngörülebilir (Munsterhjelm, 2011, s. 179). Dolayısıyla önümüzdeki yıllarda dünyaya gelecek sakat bebeklerin sayısının daha da azalacağını bekleyebiliriz.

Türkiye’de Öjenizm ve Elemeci Kürtaj

Türkiye Cumhuriyetinin kurucu kadrosu, son döneminde “hasta adam” olarak tanımlanan Osmanlı Devleti yerine genç, güçlü ve dinamik bir devlet kurmak istemiş, bu yeni devletin Türk kimliği vurgulanarak milli bir bilinç oluşturulmaya çalışılmış ve Türk ırkının özelliklerini belirlemeye yönelik çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında Türkiye’deki bilim adamları ve siyasetçilerin Avrupa ve ABD’de yaygın bir taban bulan öjeni düşüncesinden etkilendiği görülmektedir. Mazhar Osman 1939’da öjeni üzerine konferans düzenlemiş, Fahrettin Kerim Gökay “İrk Hıfzısıhhasında İrsiyetin Rolü ve Nesli Tereddiden Korumanın Çareleri” başlıklı konferansta, Türk ırkının bozulmasını önlemek için sağlıklı çocuklara önem verilmesinin lüzumu üzerinde durmuştur (Öztan, 2006). Atatürk’ün Samsun’a ayak bastığı tarih olan 19 Mayıs, 1938 yılından itibaren “sağlam kafa sağlam vücutta bulunur” teması ile Gençlik ve Spor Bayramı olarak kutlanmaya başlanmış, bayram hem zihinsel hem bedensel olarak mükemmel tanımlanan gençlere ithaf edilmiştir.

Türkiye’de Birinci Dünya Savaşı ve Milli Mücadele ile nüfusun azalması, Cumhuriyetin daha ilk yıllarından itibaren nüfusu arttırmaya yönelik politikalar oluşturulmasını gerektirmiştir. Bu kapsamda 1 Mart 1926 tarihinde çıkarılan 765 sayılı Ceza Yasasının Kasden Çocuk Düşürmek ve Düşürtmek Cürümleri bölümündeki 468. maddesi ile kürtaj yasaklanmış, gebeliği sonlandıran kadına ve kişiye 2 ile 5 yıl arasında hapis cezası getirilmiştir. Bu bölüm 1936’da İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler olarak değiştirilmiştir. Nüfusu arttırma politikası 1950’li

yıllar boyunca da izlenmiştir. 1960'lı yılların sosyal ve ekonomik sıkıntıları ve doğurganlık oranının %6,5'a ulaşması sonucu 1965'te kabul edilen Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, nüfusu arttırıcı politikaların terk edildiğini ve gebeliği önleyici alet ve ilaçların ithal, dağıtım ve kullanımının yasak olmaktan çıkarıldığı ilan etmiştir. İsteğe bağlı kürtaj ilk defa, 27 Mayıs 1983 tarihinde kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yasal hale getirilmiş, “çocuk düşürme” kavramı yerine “rahim tahliyesi” kavramı konmuş ve gebeliğin ilk on haftası içinde olmak şartı ile belirli kurallar dahilinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu yasa ile, devletin fetüsün hayat hakkı ile birlikte kadının üreme özgürlüğünü de tanıdığı söylenebilir (Işık, 2008). Yasanın 5/2. maddesi tıbbi zorunluluk adı altında, doğacak çocuğun ağır sakatlığının tespit edilmesi halinde daha ileriki haftalarda da kürtaj yapılmasına izin vererek öjenik kürtajı da gündeme getirmiştir. Yasanın ilerleyen haftalardaki kürtaj konusunu düzenleyen Ek-2 listesi, kadının hayatını veya hayati organlarından birini tehdit eden veya çocuğun hayatı açısından tehlikeli kabul edilen hastalıkları tanımlamaktadır. Bu listenin L alt bölümünde “ruh hastalıklarına bağlı nedenler” başlığı altında oligofreni, kronik şizofreni, psikoza, manik depresif bozukluk, paranoya, uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm sorunu yer alırken, Down sendromunun da bulunduğu N alt listesi konjenital nedenleri göstermektedir.

Yasanın Ek-2 listesinde yer alan hastalıkların yorumlanışında dikkat çekici farklılıklar bulunmaktadır. Listenin annenin hastalık ve sakatlıklarını kapsadığını öne süren hekimlere göre, konjenital hastalıklar bölümünde bulunan ve 30 binde bir görülen mesane ekstrofisi hastalığı, mesane ekstrofisi ameliyatı geçirmiş kadını; Down sendromu annenin Down sendromunu; hasta veya sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek olan diğer kalıtsal hastalıklar bölümü annen-babadan çocuğa geçebilecek hastalık ve sakatlıkları işaret etmektedir (Çorbacıoğlu ve Yüksel, 2012, s. 88-89).²⁴ Listenin fetüsün hastalık ve sakatlıklarını kapsadığını öne süren hekimler ise, hasta veya sakat fetüslerin kadın, aile ve topluma sosyal-ekonomik yönden yük olacakları gerekçesiyle kürtaja olumlu yaklaşmaktadır (Çorbacıoğlu ve Yüksel, 2012, s. 90). Ağır sakatlık halinin anneyi mi, fetüsü mü gösterdiği konusunda hukukçular da farklı görüşe sahiptir.

²⁴ 1983'te hazırlanan liste o zamanın tarama testlerini dikkate aldığı ve günümüzde gen teknolojisi ile daha birçok hastalık önceden tespit edilebildiği için listenin yeniden düzenlenmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz (Çorbacıoğlu ve Yüksel, 2012, s. 90).

Bazı hukukçular bu maddeye dayanarak, engelli bir çocuk dünyaya getirmenin annenin ruhsal sağlığını olumsuz etkileyeceğini ve bu nedenle gebeliğin sonlandırılmasında bir sıkıntı olmayacağını ileri sürmektedir (Dönmez, 2007, s. 120). Hukukçuların bir kısmı ise TCK 99/2. maddesinin hekime annenin sağlığını gerekçe göstererek rıza almadan kürtaj yapma hakkı tanıdığını, maddenin yanlış yorumlanmasının anne engelli çocuğunu doğurmak istese dahi hekime gebeliği sonlandırma izni verdiğini, yasadaki karışıklık nedeniyle kürtajı gerçekleştirmenin hukuksuz olduğunu, maddenin açıklığa kavuşturulması gerektiğini öne sürmektedir (Kiziroğlu, 2013, s. 81).

Türkiye’de bu listede belirtilen nedenlerle kürtaj yapılabilmesi için, kesin klinik ve laboratuvar sonuçlarının geç dönem kürtaj hakkında karar verecek olan kurula sunulması zorunludur. Bu kurul tamamen hekimlerden oluşmaktadır. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) Etik ve Hukuk Kurulu, yaşamla bağdaşmayan hastalıklara sahip fetüslerin kürtaj edilmesinin anne, aile ve toplum açısından faydalı olduğunu; gebeliğin 10.-22. haftalarında ve Down, Turner, Klinefelter sendromları gibi yaşamla bağdaşan hastalıklara sahip fetüslerin kürtaj edilmesi kararının yalnız hekime bırakılmayıp kurul tarafından verilmesi ve kurulda hekimler dışında etik, hukuk, psikoloji alanında çalışan kişilerin de yer alması gerektiğini; 22 hafta üstünde gebeliğin sonlandırılmasının uygun olmadığını ifade etmektedir (Dölen, 2012a, 2012b, s. 77). TJOD tarafından önerilen kurula engelli dernek ve federasyonlarının görüşünü temsil edecek bir kişinin dahil edilmemesi, engellilerin karar verme yetisine sahip olmayan bireyler olarak algılandığını düşündürmektedir.

Dini hassasiyetleri dolayısıyla kürtaja taraf olmayan kişilerin karar verirken dini otoritenin fikrini alması doğaldır. T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı’nın engelli bebeklerin kürtaj edilmemesi yönündeki fetvasına verilen tepki, halkın dini hassasiyetinin göz ardı edildiğini göstermektedir.²⁵ Fetvayı eleştiren yazarların, diğer ülkelerdeki gibi, sakatların dünyaya gelmek istemeyeceklerini, ailelerin travma yaşayacaklarını iddia etmesi dikkati çekmektedir.²⁶ Kürtaj kararını tartışacak kurulda din adamı bulunup bulunmaması anne ve ailenin tercihi bırakılabilir.

25 Ortodoks ve Katolik kilisesi kürtaja karşı iken, Anglikan kilisesi fetüsün sakat olması durumunda izin vermektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz https://www.spuc.org.uk/youth/student_info_on_abortion/religion

26 Bkz (Mengi, 2005).

Türkiye’de fetüsteki sakatlık gerekçesiyle ve gebeliğin 10. haftasından sonra yapılan kürtajlar hakkında güvenilir istatistik yoktur. Antalya ilinde gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, 30 yaş altı kadınlarda %29 olan kürtaj oranı, 40-49 yaş arası kadınlarda %63,6’ya yükselmektedir (Yılmaz ve ark., 2010). Bu durum, kadınların yaşları ilerledikçe bebek sahibi olma isteklerinin azalmasına veya bebeğin sakat olma ihtimalinin artmasına bağlanabilir. Kürtajın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasında üreme sağlığı konusunda eğitim eksikliğinin rolü olabilir.²⁷

Türkiye’de kürtaja yönelik tutum ve davranışları gösteren araştırmalardan ilki 1975’te yapılmış; kadınların %74’ü evlilik dışı gebelikte, %71’i anne sağlığı tehlikede olduğunda, %71’i bebekte sakatlık olduğunda, %26’sı herhangi bir neden olmadan kürtaja olumlu yaklaştığını belirtmiştir (Tezcan ve Akadlı, 2012, s. 40). 229 kadın üzerinde yapılan bir başka araştırmada; kadınların %83’ü hekimin bebeğin sakat olacağını söylemesi veya annenin sağlığının tehlikede olması, %74’ü ailenin fakir veya çocuk sayısının çok olması, %57’si kadının istemesi durumunda kürtajı kabul edilir bulduğunu ifade ederken, %9’u hiçbir durumda uygun bulmadığını belirtmiştir (Gürsoy, 1996, s. 533). Konya’da 2009’da kürtaj yaptıran 109 kadının %47,6’sı çocuk sayısının fazla olmasını, %37,9’u ekonomik zorluğu, %27,2’si kendi sağlık sorunlarını, %16,5’i ilaç kullanımını, %3,9’u fetüse ait tıbbi sorunları gerekçe göstermiştir. Annenin ilaç kullanımını nedeniyle kürtaj yaptırmasının bebeğin sakat olacağı endişesinden kaynaklandığı düşünülürse, bu örnekteki kadınların yaklaşık %20’sinin sakatlık ihtimaline karşı kürtaj olduğu söylenebilir (Yılmaz ve ark., 2010, s. 158). Veriler Türkiye’de de fetüsün sakat olması durumunda ailelerin kürtaja eğilimli olduğunu göstermektedir. Gelişen erken teşhis tekniklerinin Türkiye piyasalarında tanınmaya başlamasıyla birlikte sakatlık gerekçeli erken dönem kürtaj sayılarında artış beklenebilir.²⁸

Sakatlara yönelik öjeni düşüncesi Türkiye’de de farklı gerekçelerle zaman zaman dile getirilmektedir. Örneğin, 2009’daki Kocaeli Sosyal Hizmetler Kurulu toplantısında, tecavüze uğrayan zihinsel engelli kadınların kısırlaştırılması yönünde teklif verildiği iddiası tartışmalara yol açmıştır. Basında çıkan iddialar

27 Bir araştırmada, kürtaj olan kadınların %60’ının geleneksel doğum kontrol yöntemleri kullandığı, %85’ine kürtaj sonrası rahim içi araç takıldığı, %44,7’sine kürtaj sonrası aile planlaması eğitimi verildiği tespit edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2010, s. 159).

28 ABD’de kullanılan Harmony testi 2013’te Türkiye’de çeşitli laboratuvarlarca kullanılmaya başlamıştır (“Amniyosentez korkusunda sona doğru”, 2013).

üzerine çeşitli engelli dernekleri devletin engellilere yönelik cinsel suçları önlemede başarısız olduğunu ileri sürmüştür (“Utanç verici teklif”, 2010). Sorunun yaygınlığını ve derinliğini tespit etmek için toplumun farklı kesimlerinde konuyla ilgili algı, tutum ve davranış araştırmaları yapılması gerekir.

Sonuç

Gelişen tıp ve genetik bilimi, ailenin isteklerine cevap veren bebekler doğurmaya ve doğal üreme sürecinde ortaya çıkan sakat ve hasta bebeklerden kurtulmaya imkan vermektedir. Bilimde, sanatta, politikada, sakatların ve hastaların olmayacağı bir dünya hayali yaratılmaktadır. Sakatlara ömür boyu aktarılacak kaynakların yoksulluk ve savaşların önlenmesi amacıyla kullanılabilmesi vurgulanmaktadır. Dahası, engelli bebekleri dünyaya getirmeyi tercih edenler günah işlemekle suçlanmakta, aileler kendilerini suçlu hissetmektedir.

Bir toplumun ne kadar medeni, merhametli, şefkatli olduğu, dezavantajlı gruplar olarak tanımlanan, kadınlar, çocuklar, yaşlılar, farklı dini ve etnik kökene sahip kişiler ile engelli bireylere yönelik algı, tutum ve davranışlara bakılarak anlaşılabilir. Engelliler toplumdaki zayıflar içinde en zayıf gruptur. Engellilere yönelik, doğum öncesinde başlayan negatif tutum ve davranışlar insani değerlerin azalmasını ve ciddi ahlaki sorunları beraberinde getirmektedir. Toplumun akıllı, sağlıklı, güzel insanlardan oluşması gerektiği fikri, ilerleyen yıllarda sakat ve hasta fetüsler yanında, taşıyıcı olan fetüslerin dünyaya gelmelerinin de önünün kesilmesi ihtimalini içinde barındırmaktadır.

Sakat fetüslere yönelik öjenik tutum ve davranışlar kısa sürede ve kolaylıkla ortadan kaldırılamaz. Toplumda farklılıkları dikkate alan sosyal ve iktisadi bir yapı oluşturmadan, sakatların sakat olmayanlar kadar sosyal hayata katılmalarını sağlayacak ve dışlanmalarını engelleyecek politikalar geliştirmeden ailelerin öjenik kürtaçdan vazgeçmelerini beklemek gerçekçi olmayacaktır.

Selective Abortion: The New Face of Eugenics

Hava Çaha^a

Fatih University

Abstract

Improvements in gene technology promise the achievement of faultless human production through artificial insemination. New prenatal screening technology makes it possible to abort babies with disabilities or illnesses by identifying them in the mother's womb. Certain legal amendments have paved the way for this practice. In many countries around the world, including Turkey, voluntary abortion is legal until a definite number of weeks. However, abortion could be allowed past the previous limit by extending the laws in the case of disability in a fetus. There is the idea that modern medicine is objective and that doctors make the best decisions. The public opinion that prenatal scanning tests give freedom to women, as well as the current public perception of aesthetics and ideal bodies, could influence women to abort babies with disabilities and support eugenics. The ethical and religious issues in opposition to eugenics and abortion would likely not prevent an increase in eugenic practices in future.

Keywords

Prenatal Scanning Test, Disabled Fetus, Abortion, Selective Abortion, Eugenics

a Correspondence

Hava Çaha, Ph.D., Fatih University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Economy, Hadımköy, İstanbul, Turkey

Research areas: People with disabilities, poor people, elders, women, immigrants, energy, environment, sme

Email: hcaha@fatih.edu.tr

History of Eugenic Policies

It was Francis Galton, cousin of Charles Darwin, who was struck with the idea to apply his theories on the evolution of animals to humans. In his 1869 book, *Hereditary Genius*, he investigated the genealogy of 300 families consisting of intelligent people throughout the history of England. He found that the intelligent features shown by these families—regardless of the impact of nurturing and their environment—pass down via genetics. He concluded that in order to ensure continuity, families should intermarry, and marriage with families of lower intelligence should be prevented. In 1883, Galton used the term “eugenics,” Greek for “innate” and “nobility in kin,” to define above mentioned families. He was elected the chair of the Eugenics Education Society, founded in 1907. The society supported the idea of creating a master race through the use of eugenics (Hall, 2002).¹

Eugenicists asserted that any problem emerging in the evolutionary process caused a disability, and that people with disabilities were the biggest obstacles in the generation of a master race. For them, it was not enough to marry women and men from the master race in order to pass on their genetics to their children; they should also be prevented from giving birth to children with flawed features. The eugenicists believed that when these two practices were conducted simultaneously, the number of “fit” people with superior qualities would increase, and “unfit” people who have undesirable qualities would be eliminated with the progress of time; thus, a superior human race would be generated.²

Since the first days of the eugenic movement, many scientists, politicians, businessmen and artists supported it. This paved the way for eugenic practices to become a state policy in some countries. Despite having no legal basis, eugenic practices in the United States were legalized in 1899. In 1907, India instituted mandatory sterilization of people with mental disabilities, and 236 males with mental disabilities were sterilized by 1912.

1 The 1926da (British) Eugenics Society in 1926, which was renamed the Galton Institute in 1989, published the *Eugenics Review* magazine in the years between 1909—1968.

2 In 1866, John Langdon Down attributed the syndrome, which today is referred to by his name, to the crossbreeding of the Mongolian race with the white races and called this “mongolism.” According to Down evolutionary theory that places non-white races at the lower levels of evolution conflated the terms “disability” and “lower race.” In the freak shows shown at the end of 19th century, people with disabilities and people from different races were seen as creatures who were half human, half animal (Baynton, 2013, p. 23).

In 1920, eugenicists began collecting information about families in Kansas to identify the ones that presented negative genetic characteristics (Kevles, 1999 p. 436). Margaret Sanger, an important representative of the birth control movement, suggested the implementation of legal birth control policies in addition to encouraging Anglo-Saxon American women to have children in order to prevent non-white immigrants and people with disabilities from breeding.

In 1919, an agreement was signed between the American Birth Control Movement and American Eugenics Society, and their lobbying activities began. Their policies on sterilizing people with disabilities, especially people with mental disabilities and epilepsy patients, were developed and supported. Propaganda posters featuring women with disabilities were produced with the aim of spreading birth control. As a result of these lobbying efforts, a new immigration law was enacted in 1924. Immigrants from Eastern and Southern Europe were barred from entry into the U.S., and immigrants from Northern Europe and U.K. were welcomed (Wellman, 2011, p. 218). Immigrants from Turkey were subjected to mandatory IQ testing; immigrants from Eastern and Southern Europe, who did not speak English and were not literate, were subjected to mandatory sterilization due to low scores in IQ tests (Kevles, 1999, p. 436). In the “Bell v. Buck” case of 1927,³ sterilization laws were enacted in many states. The Supreme Court had ruled that that the sterilization of people with disabilities was legal. The law initially applied only to people with mental disabilities; then it began to include alcoholics, drug abusers, and individuals with non-traditional sexual inclinations. It has been estimated that almost 200 thousand people were subjected to mandatory sterilization between 1930 and 1970 in the U.S. (Kaelber, 2012).⁴

In Sweden, one of the countries that supported eugenics research, eugenicists met under the “natural aristocracy” movement. They wanted the implementation of Mendel’s laws to improve the human race. Support for eugenics had spread rapidly, especially among right conservatives, and thousands of people were subjected to forced sterilization in the 1930s (Bjorgman & Widmalm, 2010, pp. 379-381).

3 The case in which John Hendren demanded the sterilization of Carrie Buck by stating that Bell was “mentally retarded” became famous.

4 The law is still valid in 20 states.

The movement had a wide impact on the countries around Sweden. Anthropologists, doctors, and scientists in Germany adopted the practice of eugenics. This infrastructure of eugenics caused the implementation of eugenic sterilization laws, which was enforced after the Nazis came to power in 1933 with little to no opposition (Bjorgman & Widmalm, 2010, p. 380). The doctrines on eugenics and hygiene were even included in the syllabi of faculties of medicine.

In a law titled, “Preventing the Diseases Spreading Genetically,” people with mental disabilities, people with visual impairment, and anyone with a genetic disease in their family, were deemed to sully the German race. Furthermore, German women were prohibited from having an abortion except for eugenic reasons. Within the scope of the law, there were the decisions made to euthanize children with disabilities up to three years of age; they were taken from their families and killed in clinics via gas or lethal injection. One method used by some doctors to kill children with disabilities was to leave them hungry and deprive them of treatment, as these doctors believed that killing by partial injection or lethal injection was not ethical. To prevent families from asking questions about their dead children and from showing any opposition to these practices, they were told that their children died from a contagious disease and that they were burned in order to prevent the disease from spreading. Upon hearing these rumors, the Lutheran Church investigated the case of the dead children and entered a protest against the hospitals. It is estimated that 300 to 400 thousand Germans were subjected to mandatory sterilization between the years 1933 and 1939. In 1939, other psychiatric patients were included in the eugenics law and approximately 70 thousand patients in psychiatric clinics were killed in 1941. Children older than three years were subject to euthanasia laws that same year.

The Nazis also justified their eugenic practices for economic reasons. In 1935–36, there were questions in high school math courses asking students to calculate the cost of sheltering mentally retarded individuals in institutions (Hubbard, 1988, pp. 80-81). The goal was to impress upon children and youth the idea that people with mental and physical disabilities were worthless and an economic burden on society. Alexis Carrel, who won the Nobel Prize in

Physiology or Medicine in 1912, stated in his 1939 book that euthanasia and the creation of a master race was a humanistic endeavor and with economic benefits.

In his 1933 article “The Vital Importance of Eugenics,” Julian Huxley suggested mandatory sterilization for mentally retarded individuals who were unable to support themselves. Moreover, he stated that many mental disabilities are genetic, and that individuals who carry these diseases despite appearing normal should be sterilized. He wrote that, regrettably, this practice was not currently feasible due to current socioeconomic conditions.

In 1942, psychiatrist Foster Kennedy asserted that the children with mental disabilities older than 5 years were a burden for their families and for society, and that for this reason they should be killed (Hubbard, 1988, p. 80). “Nature” magazine, an important scientific publication of that period, promoted the idea that sterilization practices conducted by the Nazis on people with disabilities were a positive measure for protecting and developing the human race (Davis, 2013, p. 7). Eugenacists wanted to include in their mandatory sterilization practices not only people with disabilities but also the poor, arguing that they were all a burden to the state (Rogers & Bousingen, 1995).

In 1946–47, several Nazis were judged before the Nuremberg courts for crimes against humanity. However, they were not asked about mandatory sterilization, as the same policies were implemented in many countries in those years and were supported by the scientific community of the time. In an article published in 13 November 1945 Frankfurter Rundschau Gazette stated that mandatory sterilization was not also classified as a crime against humanity, because German people with disabilities were viewed as worthless. Professionals who participated in mandatory sterilization continued to work in institutions (Poore, 2007, p. 184).⁵

⁵ In the Nuremberg trials, there were no euthanasia cases for the German people with disabilities; this issue was also not handled in the German courts. The penalties for these cases in the German courts were stricter during the period in which the allies occupied Germany. In a 1946 case, a doctor and a nurse who killed Germans with mental disabilities were hanged. In 1949, after the foundation of Federal Germany, the number of euthanasia cases regarding Germans with disabilities decreased and the penalties that were enforced before were dropped. For example, in 1947, the penalty of two doctors who were given the death penalty was delayed at first; however, in the mid-1950s, the doctors were released (Poore, 2007, p. 188). Germans with disabilities who were in institutions were subjected to ill treatment. Because of unequal distribution of resources, people with disabilities were not fed. It is estimated that approximately 20 thousand people with disabilities died because of insufficient nutrition or starvation in the years between 1945 and 1949 (Poore, 2007, p. 184).

Eugenic practices continued until the end of the 1970s in many countries. In the case of Baby Doe in the mid-1980s, eugenicists' attitudes towards children with disabilities continued in a different manner. In this case and similar cases, babies with disabilities were left to die by being deprived of treatment by their families or doctors.

Prenatal Screening, Selective Abortion, and the New Eugenics

With the increasing number of studies aimed at understanding human DNA, there is now the option of pre-determining a baby's gender, physical features such as eye and skin color, and intelligence and abilities in a laboratory. Thanks to artificial insemination, preventing the birth of babies with disabilities through pre-determination has become possible.

Some scientists who work in the field of gene technology predict a return to eugenics. Robert Edwards, one of the scientists who helped develop artificial insemination, stated that improvements in medicine and genetics studies have made it possible to achieve a world in which the quality of children can be pre-determined. He asserted that it would be the biggest sin of families to knowingly give birth to a baby with a disability (Neumayer, 2005). James Watson, coordinator of the revolutionary human genome project and winner of the 1962 Nobel Prize in Physiology or Medicine, stated that the gene for defects in DNA can now be identified thanks to new research, and the society could be cleansed of such people in future (Mendelsohn, 2000). The bio-ethical argument in favor of these practices is that it is cruel and selfish to knowingly give birth to a baby with a fibroses diagnosis, who will almost certainly die when he or she is 40 years old, whereas a normal life span is 70 years in developed countries (Terzo, 2013).⁶

The most widespread eugenic practice implemented in today's world is the abortions that are decided through prenatal screening techniques. Since the ending of the 1980s, a dual test is being applied using ultrasound technology

6 Linus Pauling, winner of the Nobel Prize in Chemistry, offered to define the gene characteristics of children, who would be given a symbol on their forehead at birth (Mendelsohn, 2010).

within 11 to 14 weeks of pregnancy. Next, triple and quad tests are implemented using the results of this dual test within 16 to 20 weeks of pregnancy. In the event that the test results show that there is a high risk for a baby to be born with a disability, amniocentesis is done for a chromosome analysis of the baby,⁷ in spite of the fact that this step will cause a miscarriage in one of the 200 or 400 cases. Amniocentesis, which is recommended only for pregnant women 40 years and older, is applied as a routine test for pregnant women in their 30s.⁸ As a result of these of practices, Down syndrome, which was previously seen in one in 1,000 babies in 1972, has decreased in prevalence in today's world (Star, 2008).

In modern societies, the influence of doctors regarding the decision to give birth or not seems to be increasing as compared with that of the mothers. This is mostly because a doctor is believed to provide objective suggestion based on scientific logic, whereas mothers are more moved by their emotional nature and may end up making a decision that may harm themselves and the fetus. However, some doctors object to giving birth to babies with disabilities (Faden et al., 1987). Part of the reason why many women who learn that they will have a baby with a disability have an abortion within the first three days after testing is that their doctor pressurizes them to make a fast decision by asserting that delay by each day increases the health risks of an abortion (Masden, 1992).⁹

Research shows that most English families choose to terminate pregnancies with Down syndrome and Klinefelter syndrome-positive fetuses (Alberman, Mutton, & Ide, 1998, pp. 809-810). In the United Kingdom, 10 651 fetuses were diagnosed with Down syndrome between 1989 and 1997; 92% of these pregnancies were terminated via abortion, 1.9% were terminated by miscarriage, 1.5% were terminated by stillbirth, and 5% of babies died shortly after birth. One in four pregnancies past 23 weeks were terminated via abortion and 23% were terminated by miscarriage, stillbirth, or death shortly after birth. Furthermore,

7 Dual tests, which are 80%–90% reliable, are widely employed in Turkey and do not give any information about the neural tube defect. The rate of the triple tests, with which the neural tube defect can be found and which is used to diagnose babies with Down syndrome, is 60%–65%. The rate of quad tests is 80%. For detailed information, please see <http://www.bursakadindogum.org/index.php?sayfa=tarama-testleri>

8 The American Association for Gynecologists asserts that all pregnant women should be examined for fetal Down syndrome regardless of age.

9 Some feminists assert that the decisions on pregnancy and birth are taken away from women and given to medical experts. For detailed information, please see (Masden, 1992).

9 out of 10 pregnancies diagnosed with spina bifida fetuses are terminated via abortion.¹⁰ Down's Syndrome Association has stated that prenatal screening tests encourage abortion of Down syndrome fetuses and demanded that doctors give objective information to families regarding the decision to have an abortion (Star, 2008). Research shows that only women with strong religious convictions reject prenatal diagnosis or do not choose abortion after prenatal diagnosis (Will, 2005).

In recent years, studies have been conducted to determine whether a baby is will have a disability or not by investigating blood samples taken from the mother within the first three months of pregnancy.¹¹ The most widespread of these methods is MaterniT21 testing, which is used to identify babies with Down syndrome by using blood samples from the mother within 11–13 weeks of pregnancy.¹² It is estimated that approximately 150-200 thousand American pregnant women requested this test in 2013.¹³ As the margin of error in blood tests is 5%, some doctors persuaded the mother to make her decisions based on the results of amniocenteses after 15 weeks of pregnancy (Bindley, 2013). There may be an increase in future years in the number of abortions as a result of the predetermination of disabled fetuses in the early weeks of pregnancy.

While abortion was a medical procedure conducted under certain mandatory legal conditions in the 1960s, it came to be used as a birth control method in the 1970s. Today, following the improvements in prenatal screening tests in the 1990s, it has started to be used as a method of getting rid of babies with disabilities (Sharp & Earle, 2002, p. 140). While selective abortion is allowed up to 12 weeks of pregnancy in 56 countries, this time limit can often be extended up to the second half of pregnancy because of health conditions of the mother and disability or disease of the fetus (Çorbacıoğlu & Yüksel, 2012, p. 88).¹⁴

10 In Germany, three babies diagnosed with spina bifida were operated on from within the mother's womb. These practices increase the quality of life for babies (BBC, 2003).

11 A portion of these tests give information about the gender of babies.

12 This may decrease up to nine weeks in some tests employed to identify a disability.

13 There has been an increase in the number of children in autism in recent years. The frequency of autism is one in 50 to 88 people. There is no prenatal screening test that is used in order to diagnose autism. Studies on this issue continue and autistic children may be subject to abortion in the future upon early diagnosis of autism.

14 Iran and Saudi Arabia are among the countries where abortion of a disabled or sick fetus is illegal. In Iran, only the terminations of pregnancies that have major thalassemia were allowed in 1997. Furthermore, since 2003, the abortion of fetuses that have other congenital defects is not allowed for fetuses under 20 weeks. For detailed information, please see (Çorbacıoğlu & Yüksel, 2012, p. 90).

U.K. is one of the countries where abortion is easily accessible. Thanks to laws enacted in 1967, there is no need to state a reason for terminating a pregnancy up to 24 weeks. After 24 weeks, abortion is allowed on the condition that there is a serious physical or mental disability, or other health problems present in the fetus. In such cases, the pregnancy terminated via an injection that causes the mother to have a stillbirth through labor induction.¹⁵ U.K., which had previously declined to do so, published its abortion statistics beginning in 2011 as a result of a lawsuit from an anti-abortion group. According to these statistics, 1189 out of 18 thousand abortions that were conducted because of disability between 2002 and 2010 were conducted after the 24 weeks of pregnancy. Furthermore, 144 out of 2307 abortions conducted because of disability in 2011 were conducted after 24 weeks of pregnancy, and 19 were conducted after 32 weeks (U.K. Parliament, 2013, p. 8). Ambiguities surrounding the term “severe disability” in the U.K. have caused certain abuses of the law (Will, 2005). The abortion of a 28-week-old fetus with cleft lip and palate in 2001 demonstrates how far modern eugenics can go. So-called “crippled” babies are being denied the opportunity to live and are being removed from society.

In recent years, despite opposition to the mass abortion of girls or people of various ethnic groups, the voices speaking out against the abortion of disabled fetuses are not sufficient.¹⁶ Women in the so-called “right to breed movement,” including members of many feminist groups, are pushing to for make abortion legalized in all cases. Feminists believe that the fetus is a product of a woman’s body, and that women have the right to terminate a healthy or disabled fetus via abortion.¹⁷ A substantial number of feminists support prenatal screening, as it allows women to control their own fate (Saxton, 2000).¹⁸ Right conservative women, however, advocate against the societal pressure for women to abort

15 English disability rights activists oppose this article, as people without disabilities and people with disabilities are not deemed equal, which causes negative perceptions towards people with disabilities (BBC, 2003).

16 In recent years, feminist bio-ethics experts state that selective abortion for gender reasons should be distinguished from the abortion of disabled fetuses. For them, babies with disabilities make women feel pain. Furthermore, the time, money, and resources allocated for babies with disabilities are wasted. For more information on the views of feminist bio-ethics experts on this issue, see (Petchesky 1984; Scully, Baldwin-Ragaven, & Fitzpatrick, 2010).

17 Some women oppose this feminist argument, as they think that prenatal scanning techniques allow them to make a choice. However, these techniques close the door for other options, and these women assert that the process is turning into a quality-control method that is causing pressure to abort disabled or ill fetuses (Saxton, 2000).

18 Some writers criticize feminists as advocating for routine prenatal screening in a large age range (see Saxton, 2000).

disabled fetuses (Hubbard, 2013, p. 83).¹⁹ Moreover, many people who are opposed to abortion in general are in favor of aborting disabled fetuses.²⁰ The increasing prevalence of prenatal screening demonstrates the extent to which the values of eugenics have unconsciously become part of our society (Kaplan, 1993). In the U.S., where debates on abortion are heated, eugenic abortion is largely protested only by religionists (Luker, 1984).

One of the justifications for selective abortion is the idea of terminating the pain that a baby with a disability will inevitably feel. Some pregnant women assert that they have abortion because they cannot bear to think of the pain that their baby would feel. For example, a 2013 article in the *New York Times* reported on a woman carrying twin fetuses, one male and one female, for 23 weeks. The male fetus had a disease of the diaphragm and would have had lifelong breathing problems. Therefore, the woman made the decision to have an abortion because she did not want to let her baby feel pain. She thought that it would be better to terminate his life via abortion and was ultimately satisfied with her decision (Stark, 2013).

The professionals in health sector who think in the same way assume that people with disabilities do not enjoy with their lives, but these professionals are not there to witness the good times in the lives of people with disabilities. Activists for people with disabilities assert that to dispel this misconception, health workers, biologists, and geneticists should observe and interact with people with disabilities in their everyday lives; this is the only way to get a clear picture of the quality of their lives (Society for the Protection of Unborn Children, 2014).

Today, some who defend eugenic abortion cite the cost–benefit analysis, which was used by eugenicists before. In line with this view, disability should be prevented because people with disabilities do not serve any function in society

19 Activists for people with disabilities accuse those opposed to abortion as being two faced, because they do not support any policy aimed at improving of quality of life for people with disabilities and prevention of social isolation despite of being opposed to the abortion of disabled fetuses.

20 Paul A. Lombardo, based on the case of “Bell against Buck,” speaks of the impact of eugenicists on the American legal system and the process by which the sterilization of people with disabilities was legalized. One side of the debate believes that the freedom to choose whether to abort a disabled fetus should be left to the mother. On the other side, some argue that the state should decide in these matters. However, the act of supporting the freedom of the mother to choose implies the acceptance of the practice of abortions. Lombardo says that this situation is a “great dilemma” and that people with disabilities end up losing in both cases. For detailed information, please see (Lombardo, 2008).

(Hubbard, 1988). For those in favor of eugenics, giving birth to babies with disabilities leads to even more overconsumption of already insufficient national and global resources (Hubbard, 2013).

The reason why many Western women have selective abortions is that, white, highly educated, high-income women have access to information about prenatal screening and they can choose to have these tests. This situation is more prevalent in countries where the costs are covered by the state. In France, Down syndrome testing is available to all women regardless of age, and amniocenteses is available to women older than 38 since 1997. Within the scope of population policies implemented by the state, despite the situation in which the examination costs of pregnant women are covered by the Ministry of Health, these tests are generally chosen only by educated, high-income women. Women of lower socioeconomic status are unaware of these tests (Khoshnood, 2004, pp. 484-488). In countries where the cost of examination is not covered by the public budget, this expensive testing is only affordable for women from high-income groups. For example, the cost of these tests in the U.S. is \$200 for women who have insurance and \$2800 for women who do not; thus, poor women cannot undergo these tests.²¹

Many American writers state that the poor conditions in which poor African-American and Hispanic women give birth, often resulting in babies becoming disabled from preventable causes, is a tragedy. These writers demand that the government cover the cost of prenatal screening and abortions of disabled fetuses, arguing that the cost would be lower than the public expenses of mothers giving birth to babies with disabilities and allowing them to live. They also want to contribute to world peace by utilizing the funds saved in the prevention of poverty and war (Heuman, 1990). Discussion of the costs resulting from allowing disabled fetuses to live also leads to discussion of issues surrounding the treatment and care expenses of elderly people and people with disabilities. The question becomes, "Is it economically beneficial to remove elderly people and people with disabilities who are not productive in society?" Many believe that the fetus is not a person yet and thus this situation should be evaluated from another angle.

21 Tests aiming to identify prenatal abnormalities garner attention as the field of genetics grows rapidly. In 2010, the market was worth 1.28 billion dollars and it is estimated that the market will reach 1.6 billion in 2017.

Negative eugenic attitudes and behaviors directed at people with disabilities continue after birth. The question often asked to doctors when a baby comes into the world is, "Is the baby normal?" What this really means is that "Is the baby disabled or not?"²² Research shows that while the first reaction of a mother who sees her baby is happiness and pride, her attitude and reaction changes when the spina bifida of the baby is shown to her. Sometimes she says that the baby is not hers as a result of shock (Furedi, 2001).

There is a widespread public belief that people with disabilities cannot gain pleasure from life, that they do not have a high quality of life, and that having a child with a disability is the worst tragedy that a family may experience in life. This situation causes domestic problems and leads to divorce, economical, and mental problems. Therefore, abortion of a disabled fetus is accepted as the appropriate attitude (Saxton, 1997).

In recent years, the number of "improper birth" lawsuits filed by families who have babies with disabilities against their doctors has increased. The American Association of People with Disabilities (AAPD) opposes these improper birth cases because they facilitate the spreading of negative stereotypes of people with disabilities and this does not comply with American Disabilities Act. As a result of campaign made by groups opposing abortion and by AAPD, abortion has been prohibited in Dakota in 2013 by showing current or potential genetic abnormality diagnosis as reason. This law is hailed by disability rights activists as an important step toward ending discrimination against people with disabilities from the time they are a fetus and throughout their lives (Chew, 2013). The American Civil Liberties Union, which has campaigned for access to abortion, opposes the prohibition of improper birth lawsuits because of the potential that doctors who are against abortion may lie to pregnant women about the results of their prenatal tests.

Bio-ethics culture concentrated on the treatment of babies with disabilities in the 1980s and also on prenatal examination in the 1990s. Many bio-ethics experts

22 There may be some problems when we want to apply the concept of "normality" (a statistical term) in conjunction with medical terms such as "healthy," "sick," and "disabled." (Asch, 1999, p. 1650). For example, the average height of people changes over time. Similarly, people who are accepted as normal and healthy in the past decades may be below average in health as per the contemporary standards; they may be considered disabled.

who participated in these discussions emphasized the importance of “being healthy,” evaluated “being disabled” as a defect which should be corrected, and believed that disabled babies should not live, as they believed that disabilities decrease quality of life. They asserted that the decision should not be made by families in order to decrease the pressure on them (Petersen, 2011, p. 16). Feminist bio-ethic experts opposed prenatal testing and abortion of disabled fetuses. Adrian Ash wrote that these misunderstandings were the result of an absence of social relations between geneticists and bio-ethics experts and people with disabilities (Asch, 2001).²³

Bio-ethics experts and geneticists chose radical methods for removing disabilities in the 2000s (Scully, 2008, p. 797). For example, Peter Singer, bio-ethics expert and active animal rights defender, opposes the care services given to babies with Down syndrome, spina bifida, and lower birth weight; he states that these babies are given more care than required and are not allowed to die. For Singer, allowing a baby with a disability who feels pain to die is no different from terminating the life of a disabled fetus via abortion (Hari, 2004). Bio-ethics expert Allen Buchanan opposes the birth of disabled fetuses, stating that the biotechnology, which has developed in recent years, presents the possibility of generating a superior and developed human race, and there will be various problems between the master human race and the so-called normal human race (Buchanan, 2009, p. 377).

It is estimated that the number of selective abortions may increase in developed countries as a result of the development of prenatal testing and the decrease in costs (Munsterhjelm, 2011, p. 179). Thus, it can be anticipated that there will be a decrease in the number of babies with disabilities who will be born in the future.

Eugenics and Selective Abortion in Turkey

Founders of the Republic of Turkey desired to found a young, strong, and dynamic state instead of the Ottoman Empire, which was referred as the “Sick man of Europe” in its last year. The founders tried to create national awareness

²³ Adrian Asch, who was visually impaired, died in 2013 at the age of 67.

by emphasizing the Turkish identity of this new state, and there were many studies aimed at determining the characteristics of the Turkish race. Scientists and politicians in Turkey were impressed by the eugenic policies that were widespread in Europe and the U.S. in the first year of the new Republic. Mazhar Osman organized a conference on eugenics in 1939, titled “Role of Heredity in Protecting the Race and the Ways to Protect Origin from Corruption,” Fahrettin Kerim Gökay emphasized the importance of having healthy children in order to prevent the corruption of the Turkish race (Özta, 2006). On May 19, 1938, when Mustafa Kemal arrived in Samsun, the first “Commemoration of Atatürk Youth and Sports Day” was held with the theme of “a healthy mind in a healthy body.” This day was aimed at the youth, whose worth was defined in terms of both mental and physical health.

The decrease in the population of Turkey as a result of World War II and the War of Independence made it necessary to enact policies aimed at increasing the population. Under these new policies, abortion was prohibited in 1926 under the Criminal Code, numbered 765, Article 468 of the Crime of Intentional Miscarriage Act section. Women that terminated their pregnancy were punished with a prison sentence of 2–5 years.

This policy was changed under the Crimes against Unity and Health of Race policy of 1936. The goal in the 1950s was to increase the population. As a result of social and economic problems in the 1960s, the birth rate declined to 6.5%. The Law on Population Planning was enacted in 1965 and the policies enhancing population growth were left ignored. It became legal to import, distribute, and use contraceptives. Selective abortion became legal for the first time with the Law on Population Planning of 1983, and the term “miscarriage” was changed to “uterine evacuation.” Abortion was allowed within finite rules and on the condition that the abortion was performed within the first 10 weeks of pregnancy. The state gave freedom of choice to woman while protecting certain rights of the fetus (Işık, 2008). Article 5.2 of the law allowed eugenic abortion by allowing the performance of an abortion within additional weeks under the circumstance that a severe disability of the fetus was identified; this was deemed a “medical obligation.” Annex 2 stated that abortion be allowed within additional weeks

under the circumstance that a threat to the life of the mother or fetus were present. Threats considered legitimate included oligophrenia, schizophrenia, psychosis, manic depressive disorder, paranoia, and drug addiction or alcoholism. Also included were congenital defects such as Down syndrome.

There were different ways of interpreting Annex 2. Some doctors asserted that the list included diseases and disabilities of the mother, such as bladder exstrophy. This condition was included in the chapter covering congenital defects and was present in one in 30 thousand women, who required bladder exstrophy surgery. The presence of Down syndrome also included Down syndrome present in the mother and was considered a hereditary disease that presented a high risk of giving birth to a baby with an illness or disability— meaning that the disease or disability may pass from the mother or father to the baby (Çorbacioğlu & Yüksel, 2012, pp. 88-89).²⁴

Some doctors believe that aborting a disabled or diseased fetus was the appropriate thing to do, as they believe that a baby with an illness or disability would be a socioeconomic burden to women, families, and the society (Çorbacioğlu & Yüksel, 2012, p. 90).

Lawyers have various ideas on whether the term “severe disability” means a disability of the mother or of the fetus. On the basis of the abovementioned law, some lawyers assert that giving birth to a baby with a disability negatively affects the mental health of the mother, and therefore there is no problem with terminating such a pregnancy (Dönmez, 2007, p. 120). Other lawyers assert that Turkish Criminal Code Article 99.2 gives the right to doctors to abort a fetus without the consent of the mother because of the health conditions of the mother. This article can be misinterpreted to mean that doctors can terminate a pregnancy even if the mother wants to give birth to the baby. However, it is illegal, in fact, to perform an abortion under this circumstance; the law is complex and there is a need to clarify this article (Kiziroğlu, 2013, p. 81).

To perform an abortion in Turkey because of any of the reasons given in this list, it is mandatory to submit the final clinic and laboratory results to the Turkish

²⁴ It is stated that the list should be re-arranged because the list prepared in 1983 is based on the screening tests of that period, and that contemporary gene technology identifies more diseases in early periods. For detailed information, see (Çorbacioğlu & Yüksel, 2012, p. 90).

Gynecology and Obstetrics Society Ethics and Law Committee, which makes decisions about late abortions. The committee states that it is beneficial to abort fetuses that have diseases that would be a detriment to the life of the mother, and to the family and society at large. It is required that the decision on abortion of fetuses that have diseases such as Down, Turner, or Klinefelter syndromes within 10–12 weeks of pregnancy should be made not only by a doctor but also by the committee, and that there should be the authorities from the fields of ethics, law, and psychology in the committee in addition to doctors. They agree that it is not appropriate to have an abortion after 22 weeks of pregnancy (Dölen, 2012a, 2012b, p. 77). The exclusion of individuals with disabilities from participation in the committee suggests that people with disabilities are not perceived by the committee as having the ability to make their own decisions.

It is predictable that people who oppose abortion because of religious convictions believe that religious authorities should have influence over these decisions. The reaction shown against fatwa of R.T. Presidency of Religious Affairs on not to abort disable babies show that religious sensitivity is ignored by public.²⁵ Note that the writers who criticize the fatwa asserted that it could be the case that the disabled children may not want to be born given a choice, and that their families go through a trauma, similar to the cases in other countries.²⁶ Whether there should a religious functionary in the council to discuss the abortion decision is a choice that can be left to the mother and family.

There are no reliable statistics in Turkey on the rate of abortions performed after the 10 weeks of pregnancy because of the diagnosis of a disability in the fetus. Research conducted in Antalya found that the abortion rate of 29% in women younger than 30 increases to 63.6% in the women between ages 40 and 49 (Yılmaz et al., 2010). This may be explained by a decrease in the willingness of women to have a baby at older ages or with the increase of health risks presented by a baby with a disability. One reason for using abortion as a birth control method may be a lack of sexual health education.²⁷

25 While the Orthodox and Catholic Churches oppose abortion, the Anglican Church allows it when the fetus is disabled. For detailed information, please see https://www.spuc.org.uk/youth/student_info_on_abortion/religion

26 See (Mengi, 2005).

27 It was seen in a research that 60 of women who have abortion use traditional birth control methods, 85% of them uses intrauterine devices and 44.7% undergo after-abortion family-planning education (Yılmaz et al., 2010, p. 159).

The first study done in Turkey examining the attitudes and behaviors towards abortion was done in 1975. It was found that 74% of women viewed abortion positively when a child is conceived out of wedlock, 71% viewed abortion positively when the health of the mother is in danger, 71% viewed abortion positively when there is a disability present in the fetus, and 26% viewed abortion positively when performed without any specific reason (Tezcan & Akadlı, 2012, p. 40). In another study conducted with 229 women, 83% of women approved of abortion under the circumstance that the baby will be disabled or when the health of mother is in danger, 74% approved when the family is poor or when the family has too many children, and 57% approved when the decision was purely taken by the woman. On the other hand, 9% of women disapproved of abortion under any circumstances (Gürsoy, 1996, p. 533). Among 109 women who had an abortion in Konya in 2009, 47.6% cited number of children as their reason for having an abortion, 37.9% cited economic problems, 27.2% cited their own health problems, 16.5% cited their drug use and 3.9% cited a medical problem present in the fetus. Further, 20% of women who use drugs chose to have an abortion due the high likelihood that their baby would be born with a disability (Yılmaz et al., 2010, p. 158). Studies also show that families in Turkey are inclined to choose abortion when the baby would be born with a disability. An increase may be seen in the number of early period abortions because of disability may be seen with the improvements in early diagnosis technology in Turkey.²⁸

Eugenic attitudes toward people with disabilities are expressed in a timely manner in Turkey for various reasons. For example, in 2009, the Kocaeli Social Services Committee discussed the possibility of sterilizing women with mental disabilities who were victims of rape, which generated many public discussions. When this news was reported in the media, several associations for people with disabilities asserted that the state was failing to prevent crimes against individuals with disabilities (“Utanç verici teklif”, 2010).

Studies on the attitudes, perceptions, and behaviors of members of the public toward people with disabilities should be done in several segments of society to determine the extent and depth of the problem.

²⁸ Harmony test that is used in USA has begun to be used in several laboratories of Turkey in 2013 (“Amniyosentez korkusunda sona dogru”, 2013).

Conclusion

Improvements in medicine and genetics research and technology give the opportunity for more healthy babies to be born, and to avoid the birth of disabled fetuses. Many dream of a world in which there are no people with illnesses or disabilities, and this attitude is found within science, art, and law. It is said that the resources dedicated to people with disabilities throughout their lifetime could instead be used to prevent poverty and war. Moreover, those who prefer to give birth to babies with disabilities are accused of being sinful and these families are made to feel guilty.

The question of to what degree is society civilized, merciful, and caring can be answered by examining the perceptions, attitudes, and behaviors toward women, children, elders, people of different religions and ethnic groups, and toward people with disabilities who are defined as disadvantaged groups.

People with disabilities are arguably the weakest of the weak in society. The negative attitudes and behaviors toward people with disabilities, which begin as early as in the prenatal period of their lives, result in a decrease in humanitarian values and raises serious ethical issues. The idea of forming a society of smart, healthy, good people comes with an approval of aborting or preventing the existence of babies with illnesses or disabilities in the future.

The eugenic attitudes and behaviors directed at disabled fetuses cannot be eliminated in a short time. It is not realistic to expect families to stop choosing eugenic abortions unless a social and economic structure is established that takes into consideration the differences in society. Policies must be enacted that ensure the participation, to a degree similar to that of non-disabled people, and not segregation of people with disabilities in social life.

Kaynakça/References

- Alberman, E. Mutton, D., & Ide, R. G. (1998). Trends in prenatal screening for and diagnosis of Down's syndrome: England and Wales, 1989-97. *British Medical Journal*, 317, 922-933. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/317/7163/922>
- Amniyosentez korkusunda sona doğru. (2013). *Sabah*. <http://www.sabah.com.tr/Yasam/2013/04/03/amniyosentez-korkusunda-sona-dogru> adresinden edinilmiştir.
- Asch, A. (1999). Prenatal diagnosis and selective abortion: A challenge to practice and policy. *American Journal of Public Health*, 89(11), 1649-1657. doi: 10.2105/AJPH.89.11.164
- Asch, A. (2001). Disability, bioethics and human rights. In L. Albrecht, K. D. Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of disability studies* (pp. 297-326). London: Sage.
- Baynton, D. C. (2013). Disability and the justification of inequality in American History. In L. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (2nd ed., pp. 33-57). New York, NY: Routledge.
- BBC. (2003). *Disability in the foetus*. Retrieved from <http://www.bbc.co.uk/ethics/abortion/philosophical/disability.shtml>
- Bindley, K. (2013). *As prenatal testing for down syndrome increases, so do concerns about counseling*. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/2013/08/20/prenatal-testing-down-syndrome_n_3744893.html
- Bjorgman, M., & Widmalm S. (2010). Selling eugenics: The case of Sweden. *Notes & Records of Royal Society*. Advance online publication. doi:10.1098/rsnr.2010.0009. Retrieved from <http://royalsocietypublishing.org/content/roynotesrec/early/2010/08/12/rsnr.2010.0009.full.pdf>
- Buchanan, A. (2009). Moral status and human enhancement. *Philosophy and Public Affairs*, 37, 346-381.
- Chew, K. (2013). *Would you abort a disabled child?* Retrieved from <http://www.theguardian.com/commentisfree/2013/apr/22/abort-down-syndrome-child-society-shares-blame>
- Çorbacioğlu, E. A. ve Yüksel, A. (2012). Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum [Özel Sayı: Düşükler]. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 83-93. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/%C3%B6zel%20say%C4%B1%201.pdf_2012.pdf adresinden edinilmiştir.
- Davis, L. J. (2013). *The disability studies reader*. New York, NY: Routledge.
- Dölen, İ. (2012a). *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) Etik ve Hukuk Kurulunun kürtaj tartışmasıyla ilgili görüşü*. <http://www.medikalakademi.com.tr/tjod-kurtaj-etik-ismalidolen/#> adresinden edinilmiştir.
- Dölen, İ. (2012b). Kürtaj gerçeği - Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü [Özel Sayı: Düşükler]. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 75-82. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/%C3%B6zel%20say%C4%B1%201.pdf_2012.pdf adresinden edinilmiştir.
- Dönmez, B. (2007). TCK'da çocuk düştürme suçu mukayeseli hukuk ve AİHM'nin bakış açısıyla ceninın yaşama hakkının sınırlandırılması tahlili. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 9(2), 99-141. web.deu.edu.tr/hukuk/dergiler/dergimiz9-2/bdonmez.pdf adresinden edinilmiştir.
- Faden, R. R., Chwalow, A. J., Quaid, K., Chase, G. A., Lopes, C., Leonard, C. O., & Holtzman, N. A. (1987). Prenatal screening and pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetuses. *American Journal of Public Health*, 77(3), 288-290.
- Furedi, A. (2001). *Abortion for fetal abnormality: Ethical issues*. Retrieved from <http://www.spiked-online.com/newsite/article/11815>
- Gürsoy, A. (1996). Abortion in Turkey: A matter of state, family or individual decision. *Social Science and Medicine*, 42(4), 531-542.
- Hall, L. A. (2002). *The Eugenics Society archives in the welcome. Library for the history and understanding of medicine*. Retrieved from http://www.galtoninstitute.org.uk/Newsletters/GINL0209/Eugenics_Society_Archives.htm

- Hari, J. (2004, 01 July). Peter Singer: Some people are more equal than others. *Independent*. Retrieved from <http://www.independent.co.uk/news/people/profiles/peter-singer-some-people-are-more-equal-than-others-6166342.html>
- Heumann, U. (1990). How women with disabilities can advance into the mainstream of society. *Australian Disability Review*, 3(91), 65-90.
- Hubbard, R. (1988). Eugenics: New tools, old ideas. In E. H. Baruch, A. F. D'Adamo, & J. Seager (Eds.), *Embryos, ethics and women's rights* (pp. 225-235). London: The Haworth Press.
- Hubbard, R. (2013). Abortion and disability: Who should and should not inhabit the world. In D. Lennard (Ed.), *The disability studies reader* (pp. 74-86). New York, NY: Routledge.
- Işık, M. Ş. (2008). 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nda çocuk düşürme ve düşürme suçları. *Adalet Dergisi*, 31. http://www.yayin.adalet.gov.tr/adaletdergisi/31.sayi/09_47_17.htm adresinden edinilmiştir.
- Kaelber, L. (2012). *Eugenics: Compulsory sterilization in 50 American States*. Retrieved from <http://www.uvm.edu/~lkaelber/eugenics/>
- Kaplan, D. (1993). Prenatal screening and its impact on persons with disabilities. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 36(3), 605-612.
- Kevles, D. J. (1999). Eugenics and human rights. *British Medical Journal*, 319(7207), 435-438.
- Khoshnood, B. (2004). Socioeconomic barriers to informed decisionmaking regarding maternal serum screening for down syndrome: Results of the French National Perinatal Survey of 1998. *American Journal of Public Health*, 94(3), 484-491.
- Kızıroğlu, S. K. (2013). Türk Ceza Kanununda çocuk düşürme, düşürme ve kısırlaştırma suçları. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 165-190. <http://dosya.marmara.edu.tr/huk/fak%3%BCIteDergisi/nurcentel/serapkeskin.pdf> adresinden edinilmiştir.
- Lombardo, P. A. (2008). *Three generations, no imbeciles: Eugenics, the Supreme Court, and Buck v. Bell*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Luker, K. (1984). *Abortion and the politics of motherhood*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Masden, M. (1992). *Pre-natal testing and selective abortion: The development of a feminist disability rights perspective*. Retrieved from <http://wwda.org.au/issues/eugenic/eugenic1995/masden1/>
- Mendelsohn, E. (2010). The eugenic temptation. *Harvard Magazine*, March-April, 105-106.
- Mengi, R. (2005). *Diyanet'in "özürlü bebek" yorumu*. <http://www.gazetevatan.com/ruhat-mengi-49478-yazar-yazisi-diyamet-in--ozurlu-bebek--yorumu> adresinden edinilmiştir.
- Munsterhjelm, M. (2011). Unfit for Life: A case study of protector-protected analogies in recent advocacy of eugenics and coercive genetic discrimination. *Bioethical Inquiry*, 8, 177-189.
- Neumayer, G. (2005). *The new eugenics*. Retrieved from <http://www.orthodoxytoday.org/articles5/NeumayrNewEugenics.php>
- Öztan, G. G. (2006). Türkiye'de öjeni düşüncesi ve kadın. *Toplum ve Bilim*, 105, 265-283.
- Petchesky, R. P. (1984). *Abortion and woman's choice*. Northeastern: University Press.
- Petersen, A. (2011). *The politics of bioethics*. New York, NY: Routledge.
- Poore, C. (2007). *Disability in twentieth-century German culture*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Rogers, A., & de Bousingen, D. (1995). *Bioethics in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Press.
- Saxton, M. (1997). Disability rights and selective abortion. In R. Solinger (Ed.), *Abortion wars: A half century of struggle* (pp. 374-395). Berkeley, CA: University of California Press.
- Saxton, M. (2000). Why members of the Disability Community oppose prenatal diagnosis and selective abortion. In E. Parens & A. Asch (Eds.), *Prenatal testing and disability rights* (pp. 147-150). Washington DC: Georgetown Press.
- Scully J. L. (2008). Disability and genetics in the era of genomic medicine. *Nature Reviews | Genetics*, October, 797-802.
- Scully J. L., Baldwin-Ragaven, L., & Fitzpatrick, P. (2010). *Feminist bioethics at the center, on the margins*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.

Sharp, K., & Earle, S. (2002). Feminism, abortion and disability: Irreconcilable differences? *Disability & Society*, 17(2), 137-145.

Society for the Protection of Unborn Children. (2014). *Disability and eugenics*. Retrieved from <https://www.spuc.org.uk/education/abortion/briefing>

Star, P. (2008). *UK eugenic abortion stats released – Thousands killed for downs, cleft lip, club foot, etc.* Retrieved from <http://www.lifesitenews.com/news/uk-eugenic-abortion-stats-released-thousands-killed-for-downs-cleft-lip-clu>

Stark, P. (2013). *Is abortion justified when the unborn baby is disabled?* Retrieved from <http://www.lifenews.com/2013/09/25/is-abortion-justified-when-the-unborn-baby-is-disable>

Terzo, S. (2013). *Is it a baby? Abortion clinic workers respond.* Retrieved from <http://www.lifesitenews.com/opinion/is-it-a-baby-abortion-clinic-workers-respond>

Tezcan, S. ve Akadlı, B. (2012). Türkiye’de isteyerek düşükler [Özel Sayı: Düşükler]. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 36-42.

UK Parliament. (2013). *Parliamentary inquiry into abortion on the grounds of disability*. Retrieved from <http://www.abortionanddisability.org/>

Utanc verici teklif. (2010). *Milliyet*. <http://www.milliyet.com.tr/utanc-verici-teklif/gundem/gundemdetay/11.12.2010/1325084/default.htm> adresinden edinilmiştir.

Wellman, C. H. (2011). *Debating the ethics of immigration*. Is there a right to exclude? New York, NY: Oxford University Press.

Will, G. (2005). Eugenics by abortion. *Washingtonpost*. Retrieved from <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A51671-200>

Yılmaz, S. D., Ege, E., Akın, B. ve Çelik, Ç. (2010). 15-49 yaş arası kadınların kürtaj nedenleri ve kontraseptif tercihleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18(3), 156-163.

Organ Bağışı ve Transplantasyon Tıbbı: Etik Çerçeve ve Çözüm Tartışmaları*

Hakan Ertin^a

İstanbul Üniversitesi

Özet

Cerrahideki gelişmeler ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların kullanıma girmesi, transplantasyon tıbbının önünü açmıştır. Günümüzde kalp, böbrek, karaciğer, akciğer, pankreas, kornea, kemik iliği ve yüz gibi doku ve organların bağışı ve nakli mümkün hale gelmiştir. Transplantasyon tıbbı, yeni etik ve hukuki tartışma alanları yaratmıştır. Bu tartışmalarda tıp etiğinde genel kabul gören dört etik ilke, yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet, farklı boyutlarda yer almakta, zarar vermeme ve özerklik ilkeleri karşı karşıya gelmektedir. Organ bekleyenlerin sayısındaki dramatik artış, konu ile ilgili çözümsüzlüğün birçok kişinin ölümü anlamına geldiğini, toplumun değer yargılarına uygun çözüm bulunmasının önemli olduğunu göstermektedir. Çalışmada, dünyada var olan yöntemler tartışılmakta, temel etik ilkeler ele alınmakta ve etik perspektife uygun etkili bir çözüm yöntemi aranmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Transplantasyon, Etik, Yararlılık, Zarar Vermeme, Özerklik, Adalet

* 9 Mayıs 2014 tarihinde Malatya'da "Tıp, Etik, Din, Sosyoloji ve Hukuk Bağlamında Organ Nakli, Sorunlar ve Çözüm Önerileri" sempozyumunda sunulan bildirinin yeniden düzenlenmiş metnidir.

a Doç. Dr. Hakan Ertin, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Çapa, Fatih, İstanbul 34093
Çalışma alanları: Psikiyatri etiği, transplantasyon etiği, tıbbi patentler ve etik, tıbbi sahtekarlık
Elektronik posta: hakanertin@gmail.com

Transplantasyon Tarihiçesi

Dünyada Transplantasyon

On dokuzuncu yüzyıla kadar insan bedeni işlevsel bir bütün olarak ele alınmış, hastalıkların beden sınırlarındaki denge halinin bozulduğu sonucu ortaya çıktığı düşünülmüş, sınırları yeniden dengelemek amacıyla ilaçlara ve kusturma, kan alma, bağırsak temizleme gibi yöntemlere başvurulmuştur. 1850'lerden itibaren ise hekimler bedeni belli işlevlerden sorumlu doku ve organların bir bileşimi olarak görmeye başlamış, bu bileşenlerden hastalıklı olanları bedenden uzaklaştırmak üzere cerrahiye yönelmişlerdir. Cerrahi tekniklerin gelişimiyle birlikte, hastanın sağ çıkabildiği başarılı ameliyatlar artmıştır (Schlich, 2011).

Cerrah Emil Theodor Kocher, guatrın nüksünü önlemek için tiroid bezlerini çıkardığı hastalarda gelişen kilo alımı, saç kaybı, idrak ve konuşmada tutukluk, kansızlık gibi belirti ve bulguların tiroid hormonlarının eksikliğinden kaynaklandığını anlamış (Parangi ve Phitayakorn, 2011; Schlich, 2011; Ziegler, 2001), ve 1883'te işlemi bu kez tersine çevirerek, önceden tiroid bezini çıkardığı bir hastaya tiroid dokusu nakletmiştir. İlk organ nakli sayılabilecek bu uygulama, cerrahların, bedendeki işlevlerini anlamak üzere organları çıkarıp yeniden naklettiği birçok hayvan deneyini başlatmıştır. Kocher, tiroid bezinin işlevini keşfinden ötürü 1909'da Nobel Fizyoloji / Tıp Ödülü'nü kazanmıştır (Schlich, 2011; Testi, 1991).

Yirminci yüzyılın ilk yıllarında cerrah Emerich Ullmann bir köpekten diğere böbrek nakletmiş, verici canlı ve alıcı canlının genetik yakınlığı arttıkça nakledilen organın işlevselliğini daha uzun süre koruduğunu ileri sürmüştür. 1920'lerin sonlarında insanda deri nakline girişilmiş ve tek yumurta ikizlerinde doku reddi yaşanmadığı görülmüştür (Flaman, 1994). 1940'larda tavşanlar üzerinde deneyler yürüten biyolog Peter Medawar, nakil denemelerini başarısız kılan doku reddinin bir bağışıklık tepkisi olduğunu, ancak nakledilen dokuya karşı tolerans sağlanabileceğini göstermiştir. Bu bulgu üzerine alıcının bağışıklık sistemini baskılayarak doku reddini önleyen ilaçlar kullanıma girmiş (Starzl, 1995), 1954'te tek, 1959'da çift yumurta ikizleri arasında ilk başarılı böbrek nakli, 1966'da ilk başarılı pankreas nakli, 1967'de ilk başarılı karaciğer ve

kalp nakilleri, 1968'de ilk başarılı kemik iliği nakli gerçekleştirilmiştir. 1968'de Harvard Tıp Okulu tarafından ilk kez nörolojik kriterlere göre beyin ölümü tanımlanmıştır. 1983'te ilk başarılı akciğer nakli, 1989'da ilk başarılı ince bağırsak nakli, 1998'de ilk başarılı el nakli, 2005'te ilk başarılı yüz nakli uygulanmıştır (U.S. Department of Health & Human Services, t.y.). Yaklaşık yüz yıldır aralıklarla denenmekte olan hayvandan insana doku-organ nakli (ksenotransplantasyon) ise 1990'larda, bu kez genetik mühendisliğinden yararlanma fikriyle yeniden ilgi görmüştür. Ancak, domuzdan kalp kapakçığı sağlamak gibi doku düzeyinde uygulamalar mevcutsa da, bugüne dek hayvandan insana tam organ nakli başılamamıştır (Ekser ve ark., 2012). Son yıllarda ksenotransplantasyon yerine kök hücre teknolojisi, nakledilebilir organ sayısını arttırmak üzere bir diğer cazip seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye'de Transplantasyon

Türkiye'de organ transplantasyonu ilk kez 1968'de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinde gerçekleştirilmiş, ancak bu kalp nakli başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bunu 1975'te Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde canlı vericiden, 1978'de ise kadavradan hastaya ilk başarılı böbrek nakilleri izlemiştir (Bayezid, Balkanay, Öztekin ve ark., 1990; Erek, Süleymanlar ve Serdengeçti, 2002). 1979'da organ nakli işlemlerine yönelik ilk yasal düzenleme olan "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir. Kadavradan ilk karaciğer nakli 1988'de, ilk başarılı kalp nakli ise 1989'da gerçekleştirilmiştir (Ateş, Çanakçı, Alkış ve Saygın, 1994; Bayezid, Balkanay, Carin ve ark., 1990).

Organ Bağışının Etik Analizi

Canlıdan Organ Bağışı

Bugün ülkemizde, kalp, böbrek, karaciğer, akciğer, pankreas, kornea, kemik iliği gibi doku ve organların bağışı ve nakli mümkündür. Son yılların başarısı ise 2012'de yapılmaya başlanan yüz nakilleridir. Türkiye'de canlıdan organ bağışı genellikle 1.-4. derece akrabalar arasında gerçekleştirilmektedir. Verici ile alı-

cının akraba olmadığı nakiller, bir etik komisyon tarafından mevzuata ve etiğe uygunlukları onaylandıktan sonra yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Tıpta çoğu tedavi yalnızca hastayı kapsar; canlıdan organ transplantasyonunda ise bir hasta alıcı ve bir sağlıklı verici söz konusudur. Transplantasyon, tamamen hasta alıcının çıkarına yönelik bir işlemdir. Sağlıklı vericiyi bu tıbbi müdahaleye maruz bırakan -idealde- gönüllülüğüdür. Hekim, verici ve alıcının birbirlerini önceden tanıdığı akraba arası organ bağışlarında, vericinin bağışı baskı altında veya maddi–manevi bir beklenti ile yapmadığından emin olmalıdır (*Sorun 1*). Transplantasyon alıcı için başarısızlıkla sonuçlanabilir. Vericide ağır bir fiziksel komplikasyon gelişebilir veya minnet görememekten, vaat edilen karşılığı alamamaktan kaynaklanan öfke ve boşunalık hissi gibi depresif duygular ortaya çıkabilir.

Organ transplantasyonu, tıp etiğinin zarar vermeme ve özerklik ilkelerinin karşı karşıya geldiği bir süreçtir (*Sorun 2*). Hekim, verici karşısında bir ikilemedir: Her cerrahi müdahale yüksek veya düşük bir risk içerir ve bu durum, zarar vermemeye ant içmiş hekimin sağlıklı vericiye neşter vurmamasını gerektirir. Ancak verici özerktir, çıkarlarıyla çelişse de bedeninden doku veya organı bağışlama hakkına sahiptir ve hekim de vericinin kendi bedeni üzerindeki tasarruf yetkisine saygı duymakla yükümlüdür.

Sorun 1 ve 2 ancak sağlıklı bir rıza (aydınlatılmış onam) süreci ile çözüme kavuşabilir. Organ bağışı, verici için büyük bir özveri örneği ve hasta alıcı için eşsiz bir şifa şansıdır. Ancak hekim, gereğince zaman ayırarak ve tıbbi terimlerden arındırılmış açık bir dil kullanarak verici ve alıcıya ameliyatın riskleri, komplikasyonları, başarısızlık ihtimali, ameliyat sonrası fiziksel sıkıntılar ve performans düşüklüğü gibi konularda ayrıntılı bilgi vermekle yükümlüdür ve iki tarafın da aydınlandığından emin olmalıdır. Böylece bağışın yeterli bilgiyle, bir baskı–beklenti olmaksızın, salt bir gönüllülükle yapılması temin edilir. Bu sağlandıktan sonra hekime, vericinin kendi bedeni üzerindeki tasarruf yetkisine dayanarak ve bir hasta alıcının tedavisi adına, işlemi gerçekleştirmek kalmaktadır. Artık eylemin referansı hastanın rızasıdır. Hekimin insani ve mesleki yükümlülüklerini yerine getirmiş sayılabilmesi, taraflardan titizlikle alınacak aydınlatılmış onama bağlıdır.

Çocuklardan organ alınması da etik yönüyle tartışılan önemli bir konudur. 3 Haziran 1979 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanununun 5. maddesinde “*On sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır.*” ifadesi yer alır. Türkiye’nin imzaladığı Avrupa İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin (Oviedo, 4 Nisan 1997) 20. maddesi ise şöyledir: “*Muvafakatını açıklama yeteneği bulunmayan bir kimseden organ veya doku alınmaz. İstisnai olarak ve kanun tarafından öngörülmüş koruyucu şartlar altında, muvafakat verme yeteneği olmayan bir kimseden kendisini yenileyen dokuların alınmasına aşağıdaki şartların gerçekleşmesi halinde izin verilebilir:*

- i) *muvafakat verme yeteneği bulunan uygun bir vericinin bulunmaması;*
- ii) *alıcı şahsın, vericinin erkek veya kız kardeşi olması.”*

Görüldüğü üzere Oviedo Sözleşmesi bazı hallerde erişkin olmayanlardan da organ ve doku alınmasına cevaz vermektedir. Türkiye 9 Aralık 2003 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan 5013 sayılı kanunla Oviedo Sözleşmesini mevzuata kazandırırken şu çekinceyi koymuştur (Mumcu ve Küzeci, 2005): “*Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti, ‘Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nin 36ncı maddesi uyarınca, Sözleşmenin 20nci maddesinin, muvafakat verme yeteneği olmayan kimselerden kendisini yenileyen dokuların alınmasını mümkün kılan 2 numaralı bendinin, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanununun 5 inci maddesiyle uyum halinde olmaması nedeniyle, işbu madde fıkrasını uygulamamak hakkını saklı tutar.*” (“Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından...”, 2003).

Ülkemizde yasak olmakla birlikte, çocuklarda organ alımı ve nakli konusunu etik yönüyle tartışabiliriz. Bir verici (genellikle doku donörü) olarak sağ çocuk ve adölesanlara, çoğunlukla kardeşinin hayatı-sağlığı söz konusu olduğunda başvurulmaktadır. 18 yaş altı vericilere, erişkin vericilerden ve kadavradan doku-organ sağlanamadığında ve başka bir tedavi seçeneği kalmadığında etik ikilemler en aza indirilerek başvurulması makul bulunabilir. Çocuklar herhangi bir tıbbi müdahale için karar ve onam veremez. Hekim, ebeveynin mu-

hakemesine ve kendileri için biricik ve vazgeçilemez olan iki çocukları adına alacakları karara güvenir. Bununla birlikte küçük verici, hekim ve aile tarafından muhatap alınmalı ve tıpkı reşit vakalardaki gibi, yaşayacağı deneyime dair bilgilendirilmelidir.

7 ve 17 yaşındaki iki vericinin, organ bağışını, riskini ve alıcı için değerini anlamaları aynı olmayacaktır. Vericinin bilgilendirilmesi yaşı gözetilerek yeterince açık bir dille yapılmalı, ardından ameliyata dair görüşü yine yaşı gözetilerek değerlendirilmelidir. Süreç, sağ kefedeyken verici adına alacakları kararın, sol kefedeyken ise vericinin kendi kararının bulunduğu bir teraziye benzetilebilir. Başlangıçta 18 tuğlanın tamamı sağ kefedeyken, vericinin yaşı yasal sınıra yaklaştıkça, her yıl sağ taraftan sol kefeye bir tuğla aktarılmalıdır. 18 yaş altı bireyden onam alınmasını gerektiren her tıbbi müdahale için bu benzetme yapılabilir. 18 yaş altı bireyin bağışta bulunmak istemediğinden kuşkulaniyorsa, diğer aile üyelerince buna yönlendirilmediği temin edilmelidir.

Hasta bebekler için de organ transplantasyonu yaşam kurtarıcıdır. Ancak pediatrik transplantasyonlar için uygun boyutta organ az olduğundan, organ temini erişkin vakalara göre daha da zorlaşmaktadır. Buna bir çözüm olarak, beyin ve kafatası noksan doğan ve hayatta kalması mümkün olmayan (anensefalik) bebeklerin organ kaynağı olarak kullanımı gündeme gelmiş ve ilk kez 1980'lerde uygulanmıştır. Ancak beyindeki noksanlığa karşın, mevcut beyin sapı kalp atışını ve solunumu sürdürdüğünden, anensefalik bebekler doğumdan sonra kısa süre yaşamaktadır. Doğuştan beyin ölümü kriterlerine uymayan bu bebeklerin kalp-solunum ölümü beklendiğinde ise organlar transplantasyon için elverişsiz hale gelmektedir (Bioethics Committee, Canadian Paediatric Society 2005). Verici olarak anensefalik bir yenidoğana başvurulduğunda, henüz sağ bir bireyden organ almış olma tehlikesi ve suçu söz konusudur. Anensefali görülme sıklığı (ABD, Avrupa ve Türkiye için) %0,5'ten (Lie, 2006) düşük olduğundan, anensefalik bebekler doku-organ temini için küçük bir kaynaktır. Bu bireylere organ kaynağı olarak öncelik verilmemesi ve kalp-solunum ölümü gerçekleşene dek palyatif tedavinin sürdürülmesi etik açıdan en uygun seçenek gibi görünmektedir.

Kadavradan Organ Bağışısı

Transplantasyon ameliyatlarının başlangıcından beri “ölü verici kuralı”¹ geçerli olmuş, ölü vericiler canlılara tercih edilmiştir (Truog ve Miller, 2008). Organ transplantasyonunda “ölü”, bir hastanenin yoğun bakım ünitesinde ventilatör desteğindeyken beyin ölümü gerçekleşen hastadır. Sağken organ bağışıcısı olmuş kişilerde beyin ölümü halinde, yasalar gerektirmese de yakınlarından görüş alınması tercih edilmektedir. Bağış beyanında bulunmamış kişiler için ise, organların alımında yakınları yasal karar vericidir.

Ancak tedavinin başarısızlıkla sona erdiğinden ve beyin ölümünün gerçekleştiğinden haberdar edilen hasta yakınları, mekanik destek sayesinde sürmekte olan kalp atışı nedeniyle veya kaybın acısından kaçmak için hastanın hâlâ yaşadığı inancını ve yaşayacağı ümidini koruma eğilimindedir. Bazıları ise beyin ölümü ile koma ve bitkisel hayatı karıştırmaktadır.² Hasta yakınları, beyin ölümünün “ölüm” olduğuna ve hastanın kaçınılmaz sonuna dair hassasiyetle aydınlatılmalıdır.³ Sonrasında gerekçeleriyle açıklanarak organ bağışısı için onayları aranabilir.

Bir diğer zorlu senaryo, bir yakınına ulaşılamayan kimsesizler ve naaşı tanınamayacak haldeki kişilerle ilgili olandır. Doğal olarak bu kişilere ait olumlu veya olumsuz bir bağış kararı mevcut olmayacaktır. Bireyin kararı bilinmiyor ve tahmin de edilemiyorsa, organların alımının bireysel özerkliğe aykırı olacağı öne sürülebilir. Bu, güvenli ancak o denli kolaycı bir yaklaşımdır. Geride kalanlar, pekâlâ, hayatını kaybeden insan adına, aslında insanlık adına, ölü ve faydalı olmayı ölü ve özerk olmaya yeğ tutabilir ve organların alımı lehine karar verebilir.

Ömrü kürtajla biten fetüse ait hücre, doku ve organların transplantasyon, tedavi ve araştırma amaçlı kullanımını da tartışmalıdır. Fetal dokuların kullanımının

1 İng. *Dead donor rule*. Canlılara zarar vermemek için organ nakillerinde ölüleri canlı vericilere tercih eden yaklaşımdır.

2 ABD’de yapılan bir ankette, katılımcıların bir kısmının beyin ölümü gerçekleşmiş hastaları ölü saymadığı, çoğunluğun ise beyin ölümünün tanımını doğru bilmediği, ayrıca koma ve bitkisel hayattaki hastaları ölü kabul ettiği ortaya çıkmıştır. Robert Veatch, yasalara göre yaşıyor olan koma ve bitkisel hayattaki hastalardan organ almanın nasıl meşru kılınabileceğini sorgulamıştır: Koma ve bitkisel hayattaki hastaları sağ sayarak ve buna rağmen organlarını alarak mı, yoksa beyin ölümünün tanımını bu hastaları da kapsayacak biçimde genişleterek ve böylece organları ölülerden almış olarak mı? (Siminoff, Burant ve Youngner, 2004; Veatch, 2004).

3 Beyin ölümü halinde ölümün sahiciliği kimi hekimler tarafından da tartışılmıştır. Bu vakalarda, beyin işlevlerinin geri dönüşü kayıbdan sonra dahi ventilasyon nedeniyle kalp atışı ve solunum sürdüğünden, ventilasyon öncesi devirde gözlemlenen “geleneksel ölüm” gerçekleşmemektedir. Beyin ölümü, tıbbi teknolojinin gelişiminin bir sonucu -veya bedeli- niteliğindedir ve ölümün insan müdahalesine maruz kalmasından sonra aldığı yeni formdur.

tercihe bağlı kürtajların sayısını arttırabileceği, bazı gebelerin doku sağlamak amacıyla gebeliklerini sonlandırabileceği düşünülmüştür (Sanders, Giudice ve Raffin, 1993). Sırf ihtiyaç halindeki çocuklarına doku-organ sağlamak için yeni bir gebelik planlayan anne-babalar bulunabilir. Ancak kürtaj, talep üzerine gerçekleştirilebildiği yasal sürenin bitiminden sonra, ancak fetüsün veya annenin iyiliği için yapılırsa yasal ve etik olur. Diğer deyişle, ağır fetal özürlülük vakaları dışında kürtaj, bir alıcının değil annenin fiziksel-zihinsel sağlığına yönelik risklerle gerekçelendirilmeli, aksi halde onaylanmamalıdır.

Transplantasyon etiğinde birkaç tartışma konusu bir soru(n)da buluşabilir. Örneğin; fetüsünde anensefali teşhis edilen bir anne, gebeliği o anda sonlandırmak seçeneğine karşın, bebeği doğurmak ve böylece diğer hasta bebeklere organ sağlamak gibi bir karar alırsa, bu karara itiraz etmemek bir hekim için etik midir? Tedavi edilemez bir hastalıkla ve kısa süre içinde ölmek üzere doğmak, fetüsün iyiliğine aykırı düşecektir. Öte yandan, anne özerk olduğu için gebeliği sonlandırıcı bir girişime zorlanamaz. Anensefalik fetüsün iyiliği mi, yoksa onun ölümü ve organları sayesinde diğer bebeklerin tedavisi ve onları yaşatarak talihsiz gebeliğini anlamlandırmak isteyen annenin bu surette tesellisi mi daha önemli ve önceliklidir? Birinin zararı pahasına diğer bebeklerin tedavisinin kabul edilemezliği anneyle tartışılmalıdır.

Organ Bağışına Yaklaşımlar

Organ bağışı konusunda, pekçok insan *habersiz*, *duyarsız* veya *eylemsiz*dir. Habersizler, organ bağışlayarak hastaların tedavisinde rol alabileceklerini bilmektedir. Duyarsızlar bunu bilmekle birlikte umursamamaktadır. Eylemsizler ise, bağışın önemini bilmekte ve genellikle yardım isteği taşımakta, ancak ilgili bir kuruma gitmek ve organlarını bağışlayıp “bağış kartı” edinmek için eyleme geçmemektedir. Üç grubun ortak noktası, bağışçı olmak veya olmamak üzere herhangi bir seçimde bulunmamaktır. Bugün Türkiye’de çoğunluk bağışçı değilse, ölüm sonrası organlarının kullanımını reddettikleri için değil, yalnızca buna dair bir onay beyanında bulunmamış oldukları içindir. Yeraltında işlenmemiş bir maden gibi, toplumda da değerlendirilmemiş bir bağış potansiyeli vardır.

Aksi beyan edilmediği takdirde ölüleri verici varsayan ülkelerde yükselişe geçen bağış oranları, çoğunluğun retçi değil eylemsiz olduğunun bir göstergesidir.

Bununla birlikte, başta dini yanlılar olmak üzere yanlış bilgiden ötürü organ bağışından kaçınan insanların sayısı da azımsanamaz. Oysa organ bağışında bulunmak ve organ naklinden yararlanmak, dini otoritelerce tasvip ve teşvik edilmektedir. Papa II. John Paul, “başka bir umudu kalmayan hastalara sağlık, hatta hayat şansı vermek üzere ve etik açıdan kabul edilebilir bir biçimde gerçekleştirildiğinde”, organ bağışını olumlu değerlendirmiştir (Papa II. John Paul, 2000). Halefi Papa XVI. Benedict kardinallik yıllarında bağış kartı taşımıştır (Squires, 2011). İslam da organ bağışına ve nakline karşı çıkmamaktadır. Domuz gibi yenmesi yasaklanan hayvanların dahi zorunluluk halinde doku-organ sağlamak üzere kullanımını uygun görülmüştür (Atighetchi, 2007). T.C. Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu “...*hastanın hayatını veya hayati bir uzvunu kurtarmak için bundan başka çaresi olmaması; ...organ veya dokusu alınan kişinin bu işlemin yapıldığı esnada ölmüş olması, sağ ise alınacak organ veya dokunun hayati bir organ olmaması, ...organ veya dokusu alınacak kişinin ölmeden önce buna izin vermiş olması veya hayatayken aksine bir beyanı yoksa yakınlarının rızasının sağlanması; alınacak organ veya doku karşılığında hiçbir şekilde ücret alınmaması; tedavisi yapılacak hastanın da kendisine yapılacak bu nakle razı olması...*” halinde ölüden ve canlıdan organ naklini onaylamıştır (T.C. Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı, 1980). “Tedavi için başka çare olmaması; bağışçının, yakınlarının ve alıcının rızasının sağlanması” gibi şartlar, tıbbi otoritelerce de gözetilmekte, hastaya zarar vermeme ilkesi ve aydınlatılmış onam ile hareket edilmektedir. Geriye, bu görüşleri dini çekinceleri olan insanlara iletmek ve doğru sanılan yanlışları düzeltmek kalmaktadır.

Alıcının Seçimi

Transplantasyon öncesinde verici ile alıcı birbirini tanıdığı takdirde, ikisi arasında vaat, beklenti ve pazarlıklar olabilir. Alıcının resmi bir kurum tarafından belirlendiği sistemlerde, bağışın yalnızca gönüllülüğten ileri geldiğini temin etmek kolaylaşır.

Organ bağışından yararlanmak için öncelikli bir alıcı grubu ve seçim kriterleri olmalı mıdır? Nakledilecek organ kıtlığı göz önüne alındığında, çok sayıdaki

alıcı adayı arasından, transplantasyonun başarı ve en yüksek yararlarla sonuçlanması daha muhtemel görünen aday seçilmelidir. Buna göre, alıcı adayı ile verici arasındaki kan ve doku uyumu, ayrıca alıcının yaşı, halihazırdaki sağlık durumu ve motivasyonu başlıca faktörlerdir.

Alıcının seçiminde bu yol gösterici kriterlerle dahi birtakım zorluklar gündeme gelebilir. Örneğin, İngiltere ve ABD'deki uygulamalar, böbrek transplantasyonu adayları arasından gençleri, ileri yaştaki hastalara göre önceliklendirmektedir (Beauchamp ve Childress, 2001). Adalet ilkesi ise organ için beklenen süreyi göz ardı etmemeyi gerektirecektir. Bir böbrek, verici ile biyolojik uyum sağlayan iki alıcı adayı arasından, beş yıldır organ bekleyen 55 yaşındaki hastaya mı, bir yıldır organ bekleyen 25 yaşındaki hastaya mı nakledilmelidir? Veya sözü edilen diğer parametreler denkse, örneğin, bir anne bir hayat kadınından öncelikli olmalı mıdır? Alkolizmden ötürü karaciğer nakline ihtiyaç duyan bir hastayı “kendi hatasıydı” diye öteleyen bir yaklaşıma, “hata yapmak insana özgüdür” gibi basit bir cevapla karşı çıkılmaz mı? En önemlisi, bu gibi sorulara öznel yargılardan uzak cevaplar vermek mümkün müdür? Alıcıyı belirleyecek formülü, mümkün olduğunca, biyolojik uyum oranı, tıbbi başarı şansı ve bekleme süresi gibi sayısal parametrelerden ibaret tutmak etiğe uygun olmalıdır.

Dünyadaki Organ Bağışı Modelleri

Hayat kurtarıcı organ transplantasyonları öncelikle organ bağışıyla mümkündür. Ölüden ve canlıdan organ bağışını arttırmak için farklı uygulamalara gidilmiştir (Ertin, Harmancı, Mahmutoğlu ve Başağaoğlu, 2010).

İspanya Modeli

İspanya'da düşük bağış oranını arttırmak için 1989'da Ulusal Transplantasyon Kurumu⁴ kurulmuş, organ bağışı süreci özel eğitimli organ nakli koordinatörlerinden oluşan takımlara bırakılmıştır. Takımların süreci iyi idare edebilen ve güven telkin eden doğru kişilerden oluşmasına, bağış talebinden önce aileyle

4 İsp. *Organización Nacional de Trasplantes (ONT)*

iyi ilişkiler kurmasına ve organ talep etmek için en uygun zamanı belirlemesine önem verilmiştir. Ailenin, ölümün gerçekleştiğini anlaması sağlandıktan sonra organ bağışı için talepte bulunmaktadır.

Sistem öncelikle yoğun bakımdaki potansiyel vericileri tespit etmekte ve beyin ölümlerinin kaçırılmadan rapor edilmesini sağlamaktadır. Böylece her beyin ölümü vakasında aileye bağışta bulunma seçeneği sunulabilmektedir. Koordinatörlere göre organ bağışındaki asıl sorun uygun bağışçı yokluğu değil, potansiyel vericilerin bulunmasında ve onam alınmasında yaşanan zorluklardır. Çalışmalar sayesinde son yıllarda ailelerin organ bağışını ret oranı %21,5'e inmiş, İspanya bağış oranı yüksek ülkeler kategorisine girmiştir. Bu başarı, insanların gönüllülük ve azimle organize olmaları halinde organ bağışının artabileceğini göstermiştir (Ertin ve ark., 2010). Sağlık çalışanlarının verici yakınlarını organ bağışına ikna etme kabiliyetine dayanan İspanya yönteminin, ticari amaçlı çağdaş pazarlama ve ikna yöntemlerine benzediği, ancak tüketimi körükleyen yaygın pazarlama taktiklerinin ahlaki bir dönüşüme uğramış hali olduğu söylenebilir.

Belçika Modeli

Belçika'da yürürlükte olan 'varsayılan onam' yasasına göre, organ bağışında öncelik isteklilere aittir. Kişiler ilgili merkezlerde bağış formu doldurmakta ve bilgiler ulusal kayıt merkezine gönderilmektedir. Bu bilgilere yalnızca transplantasyon takımı elemanları ulaşabilmektedir. Bağış formu dolduran kişinin organları ölümünden sonra ailesi istemese de alınabilmekte, doldurmayan kişinin ise bağışa gönüllü olduğu varsayılmakta ve organ alımı için ailenin izni aranmamaktadır. Organların alınacağını aileye bildirme yükümlülüğü yoktur, ancak aile reddederse organlar alınamaz. Aydınlatılmış onamı ortadan kaldıran ve aksi belirtilmemişse onamı varsayan bu uygulama "nasıl askerlik vatani bir görevse, doku-organ bağışı da öyle olmalıdır" teziyle savunulmaktadır. Bu sayede Belçika nüfusunun %98'i organ bağışçısı durumundadır. Ancak sağken fikir belirtmemiş kişilerin böyle bir isteği olmayabileceği düşünöldüğünde, bu uygulamanın, insanın kendi bedeni üzerinde tasarruf özgürlüğüne ve tıbbi etiğin özerklik ilkesine aykırı olduğu söylenebilir (Ertin ve ark., 2010).

İran Modeli

İran modelinin çarpıcı özelliği, birçok ülkeden farklı olarak, vericinin bağış için maddi bir bedel almasıdır. Akraba olmayan sağ kişilerden böbrek bağışının kabulüne yönelik 1998 tarihli düzenlenmeyle birlikte, İran'da artık böbrek bekleyen olmadığı belirtilmektedir.

Bazı düşünürler, organlar satılmasa da vericinin bağış için ödüllendirilebileceğini, organ için alınan maddi bedelin “ödüllendirici bir hediye” olduğunu dile getirmiştir. Bazıları da vericiye organı karşılığında ödeme yapmanın, üzerinde fiyat etiketi olan bir malı satın almakla aynı olmadığını, vericiyi fedakarlığı ve hayatından ödün vererek başkasının hayatını kurtarma çabası için takdir etmek anlamına geldiğini belirtmiştir. Robert Veatch gibi bazı düşünürler ise “ödüllendirici hediye” ifadesini dilin çarpıtılması olarak yorumlamış, maddi bedelin bir ödül değil açıkça bir “ödemeye” olduğunu söyleyerek uygulamaya karşı çıkmıştır. Bununla birlikte vericinin masraflarını karşılamak makul bulunmuştur. Organların aracı kurumlarca satımı ve satın alımı yaygın kabul görmemektedir (Nuffield Council on Bioethics, 1995).

İran'da birçok kişi bu uygulama sayesinde organ bularak ölmekten kurtulmuş olsa da, başarı, riskleri ortadan kaldırmamaktadır. “Uygun-yeterli” bedelin miktarı toplumdan topluma, aynı toplumda kişiden kişiye değişebilir ve “kısırtıcı miktar” ile arasındaki sınır oldukça ince ve subjektiftir. Paranın bir kötü niyet ve kötüye kullanım aracına dönüştüğü örnekler sayısızdır; çaresiz insanlara geri çeviremeyecekleri miktarlar teklif etmek etik olmayacaktır.

İran ve Belçika'daki uygulamalara dair sözü edilen sakıncalar dolayısıyla, organ teminine yönelik bu üç farklı çözüm arasından İspanya modeli, tıp etiğince en kabul edilebilir uygulama olarak öne çıkarılabilir. Bu modelde toplumu duyarlı kılmak ve ikna etmek amaçlanmaktadır. Böylelikle bireylerden ölüm sonrasında organlarının kullanımı için onay alınabilir. Özerk birey herhangi bir uygulamaya zorlanmaz, önerilene kabul eder veya geri çevirir. İkna süreci, organ bağışının bireyin kendisine ve topluma katacağı değer ve yararların hepsini vurgulayacak kadar kapsayıcı, ancak bireyin insani ve dini değerlerini istismar etmeyecek kadar ölçülü olmalıdır (Ertin ve ark., 2010).

Türkiye’de Organ Bağısı ve Sorunlar

“Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun”a göre Türkiye’de 18 yaşından büyük ve mümeyyiz kişiler, organlarını bağışlama isteklerini iki tanık huzurunda ve yazılı olarak beyan ettiklerinde bağışçı haline gelirler. Sağken bağış beyanında bulunulmamışsa, beyin ölümü teşhisinin ardından organ alımı için kişinin yakınlarından yazılı izin sağlanması şarttır.

İlgili kanuna bağlı olarak 28 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe giren “Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi” bir Ulusal Koordinasyon Sistemi getirmiştir. İspanyol modeline benzeyen bu sistemde Türkiye coğrafi yakınlık temel alınarak 9 bölgeye ayrılmıştır. Beyin ölümü gerçekleşmiş vericiler hastane koordinatörleri tarafından Bölge Koordinasyon Merkezine, buradan da Ulusal Koordinasyon Merkezine bildirilmekte ve dağıtım sıralamaya göre yapılmaktadır. Örneğin, böbreklerin dağıtımında kan–doku uyumu, diyalize girme süresi ve yaş gibi faktörlerin etkili olduğu bir puanlama sistemi kullanılır. Kadavradan temin edilen böbrek, daha önce bilgileri sisteme girilmiş hastalar arasından en yüksek puan alan hastanın bekleme listesinde olduğu hastaneye gönderilir.

ABD’de organ nakil koordinatörlüğü büyük oranda hemşireler tarafından yapılır. İngiltere’de Organ Nakli Koordinasyon Sistemi bütünüyle hemşireler üzerine kurulmuştur. Dünyaca örnek alınan İspanya’da ise tek tek koordinatörler yerine koordinasyon takımları rol almakta, bu takımlarda yoğun bakım uzmanları ve hemşireler sıklıkla birlikte çalışmaktadır. Türkiye’de de çözüm için hemşirelerden yararlanılabilir.

Verici sayısının azlığı Türkiye için önemli bir sorundur. Bekleyen hastalara organ sağlanamazken her yıl binlerce yeni hasta listeye eklenmektedir. Organ ihtiyacının çözümünde mevcut yaklaşımların ötesine geçmek şarttır.

Organ Donation and Transplantation Medicine: Ethical Framework and Solutions*

Hakan Ertin^a

Istanbul University

Abstract

Advances in surgery and the introduction of drugs that suppress the immune system have paved the way for transplantation medicine. Today, the donation and transplantation of tissues and organs (including heart, kidney, liver, lung, pancreas, cornea, bone marrow, and face) are feasible. Transplantation medicine has created new areas of ethical and legal discussion. In these discussions, four principles generally accepted in medical ethics – beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice – have featured in their different aspects. In particular, the principles of non-maleficence and autonomy can collide. The dramatic increase in the number of people waiting for an organ shows that any deadlock on this subject means the death of many; hence, it is important to find a solution appropriate to the values held in society. In this study discussing current transplantation methods throughout the world, basic ethical dilemmas are addressed and effective solutions sought in accordance with ethical perspectives.

Keywords: Transplantation, Ethics, Beneficence, Nonmaleficence, Autonomy, Justice

* Revised version of the paper presented at “Transplantation, Problems and Solution Proposals in the Context of Medicine, Ethics, Religion, Sociology and Law” symposium in Malatya, Turkey on May 9, 2014.

a Correspondence

Hakan Ertin, MD., Ph.D., Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Medical History and Ethics, Capa, Fatih, Istanbul 34093 Turkey

Research areas: Psychiatric ethics, transplantation ethics, medical patents and ethics, medical fraud

Email: hakanertin@gmail.com

The History of Transplantation

Transplantation in the World

Until the nineteenth century, the human body was viewed as a functional whole. Diseases were thought to occur as the result of an imbalance in bodily fluids, and treatment methods such as medication, emesis, blood letting, and purging were often employed to rebalance these fluids. In the 1850s, physicians began to see the body as a composite of tissues and organs responsible for specific functions and therefore became more prone to use surgery to remove diseased components from the body. Advances in surgical techniques have increased the success of operations and patient survival rates (Schlich, 2011).

In the last quarter of the nineteenth century, surgeon Emil Theodor Kocher found that in patients from whom he removed the thyroid gland to prevent the recurrence of goiter, signs and symptoms such as weight gain, hair loss, cognitive and speech slowness, and anemia developed. These complaints resulted from the lack of thyroid hormones (Parangi & Phitayakorn, 2011; Schlich, 2011; Ziegler, 2001). He reversed this operation in 1883 by transplanting thyroid tissue into a patient whose thyroid gland previously had been removed. This event can be considered as the first organ transplant. Surgeons then initiated a number of animal experiments in which they removed and transplanted organs in order to understand their functions in the body. Kocher was awarded the Nobel Prize in Physiology or Medicine in 1909 for discovering the function of the thyroid gland (Schlich, 2011; Testi, 1991).

In the early years of the twentieth century, surgeon Emerich Ullmann transferred kidneys from one dog to another. He argued that the functionality of the transplanted organ was more prolonged with closer genetic proximity between donor and recipient. In the late 1920s, skin transplantations were initiated in humans, and it was found that no tissue rejection occurred between monozygotic twins (Flaman, 1994). Biologist Peter Medawar, who was conducting experiments on rabbits in the 1940s, showed that the tissue rejection that made transplantation attempts fail was an immune response and that tolerance to the transplanted tissue could be achieved. Upon these findings,

medications to suppress the immune system and prevent tissue rejection were introduced (Starzl, 1995). The first successful kidney transplantation was conducted between monozygotic twins in 1954 and between dizygotic twins in 1959; the first successful liver and heart transplants were performed in 1967; and the first successful bone marrow transplant was done in 1968. In the same year, at Harvard Medical School brain death was for the first time defined according to neurological criteria. The first successful lung transplantation was performed in 1983; the first successful small intestine transplantation in 1989; the first successful hand transplantation in 1998; and the first successful face transplantation in 2005 (U.S. Department of Health & Human Services, n.d.). Tissue or organ transplantations from animals to humans (xenotransplantation), having been studied intermittently for around a hundred years, gained renewed popularity in the 1990s –this time with the idea of benefitting from genetic engineering. Although there have been some applications, such as providing heart valve tissues from pigs, animal-to-human organ transplantation has not yet been fully achieved (Ekser et al., 2012). In recent years, stem cell technology, rather than xenotransplantation, has become a more attractive option for increasing the number of transplantable organs.

Transplantation in Turkey

Organ transplantation in Turkey was performed for the first time in 1968 at Ankara High Specialty Hospital; however, this heart transplantation attempt failed. This was followed by the first successful kidney transplants at Hacettepe University Hospital, in 1975 from a live donor and in 1978 from a cadaver (Bayezid, Balkanay, Öztekin et al., 1990; Erek, Süleymanlar, & Serdengeçti, 2002). In 1979, the first law covering organ transplant surgery, the Law on Organ and Tissue Removal, Retention, and Transport, took effect. Thereafter, the first liver transplantation from a cadaver was conducted in 1988 and the first successful heart transplantation the following year (Ateş, Çanakçı, Alkış, & Saygın, 1994; Bayezid, Balkanay, Carin et al., 1990).

Ethical Analysis of Organ Donation

Organ Donation from Live Donors

Today, the donation and transplantation of many tissues and organs –heart, lung, liver, pancreas, kidney, bone marrow, and cornea– is possible in Turkey. The greatest success of recent years has been face transplants, which began in 2012. Live organ donation in Turkey is usually performed between first- to fourth-degree relatives. Transplants between non-relatives are carried out only after approval by an ethics committee, in compliance with legislation and ethical standards (T.C. Sağlık Bakanlığı [Republic of Turkey, Ministry of Health], 2012).

Most medical treatments in medicine cover only the sick person; however, in live organ transplantation, both a healthy donor and a recipient patient are involved, while the transplantation is conducted solely for the benefit of the sick recipient. The healthy donor is undergoing this medical intervention – ideally– entirely of his/her own accord. In organ donations between relatives, where both the donor and the recipient already know each other, physicians must ensure that the donor is making the donation without being pressured to do so and without any material or non-material expectations (*Problem 1*). The outcome of the transplantation may be unsuccessful for the recipient or result in serious physical complications in the donor. Strong emotions like anger, depression, or a sense of futility may develop when the desired result is not obtained, and anger in the donor can arise if perceiving a lack of gratitude in the recipient.

Organ transplantation is a process in which two ethical principles, beneficence and autonomy, may conflict (*Problem 2*). The physician is in a dilemma regarding the donor: Given that every surgery involves risks, the physician, who has sworn not to do harm, should not operate on a healthy donor. However, the donor is autonomous; he/she has the right to donate tissues or organs from his/her body altruistically, even if this act goes against his/her interests. The physician is responsible for respecting this right of self-determination that the donor has over his/her own body.

Problems 1 and 2 can be resolved only through a healthy process of approval that we call informed consent. Organ donation is an excellent example of the donor's sacrifice and a unique healing chance for recipient. However, the physician is responsible for spending an adequate amount of time explaining the various aspects of the procedure (the risks and complications of the surgery, the possibility of failure, postoperative physical difficulties, and poor outcomes) to both the donor and the recipient in lay language (i.e. free of medical terms), making sure that both parties are sufficiently enlightened. Thus it can be made sure that an organ donation is made with sufficient information, without pressure or unwarranted expectations, and entirely voluntarily. Once this is achieved, the physician is entitled operate on the donor, despite the latter's authority over his or her own body, in the name of healing the recipient, whose consent remains the reference point for the operation. The physician's fulfillment of his/her humanitarian and professional obligations depends on meticulously obtaining the informed consent of both parties.

Removal of organs from children is another issue with important ethical aspects. Article 5 of Law No. 2238 on Removal, Retention, Grafting and Transplantation of Organ and Tissues, dated June 3, 1979, states that, "It is forbidden to take organs or tissues from individuals under the age of 18 or *non-compos mentis*." Article 20 of the European Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo, April 4, 1997), which was signed by Turkey, reads as follows: "(1) No organ or tissue removal may be carried out on a person who does not have the capacity to consent. (2) Exceptionally and under the protective conditions prescribed by law, the removal of regenerative tissue from a person who does not have the capacity to consent may be authorised provided the following conditions are met:

- i. there is no compatible donor available who has the capacity to consent;
- ii. the recipient is a brother or sister of the donor; ..."

Apparently then, the Oviedo Convention in some cases permits harvesting organs or tissues from non-adults. Turkey, while codifying the Oviedo Convention into Law No. 5013 (published in the *Official Gazette* on December 9,

2003), has put in place the following reservations (Mumcu & Küzeci, 2005): The government of the Republic of Turkey, conforming to art. 36 of the “Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine”, has reserved the right not to apply art. 20 clause 2 of the convention, as it is not in conformity with art. 5 of law 2238 on “Removal, Retention, Grafting, and Transplantation of Organs and Tissues” allowing the removal of self-regenerating tissues from a person who does not have the capacity to consent. (“Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından...”, 2003).

Although being banned in Turkey, a discussion of the ethical aspects of organ donation and transplantation in children is still warranted. Living children and adolescents are often referred to transplantation specialists as potential donors (usually as tissue donors) when their sibling’s life or health is in question. The referring of such donors under the age of 18 can be deemed reasonable when tissues or organs cannot be obtained from an adult donor or cadaver and when no other treatment option is left, thus minimizing the ethical dilemmas. Children cannot make decisions or give legal consent for a medical intervention. A physician trusts the parents’ judgment and their decision regarding their dear and indispensable two children. Nevertheless, the little donor should be addressed by physician and family and, just as with adults, should be informed about the procedure.

The challenge of understanding organ donation, the risks involved, and its importance for the recipient would not be the same for two donors at ages 7 and 17. Considering his/her age, informing the donor should be done in sufficiently clear language. Then, his/her opinion regarding the operation should be sought and evaluated, again, considering the age. The process can be compared to a pair of scales in which the decision made by the parents on behalf of the donor weighs on the right pan and the donor’s own decision on the left. At birth, all 18 weights are on the right pan, while one weight is transferred from the right pan to the left for every year the donor’s age approaches the legal limit. This analogy can be made for any medical intervention that requires the consent of an individual under the age of 18. If it is suspected that a young person does not

want to make an organ donation, then it should be ensured that he/she is not being directed to do so by other family members.

Organ transplantation can be lifesaving for an infant patient. However, there are few organs of suitable size for pediatric organ transplantation available; organ procurement is more difficult than in adult cases. As a solution, the use of non-viable anencephalic babies (those born lacking a skull and brain) as organ donors was first admitted in the 1980s. However, despite the absence of the endbrain, anencephalic babies can maintain a heartbeat and respiration due to the presence of the brainstem; therefore, they can live for a short while after birth. These babies do not fulfil the brain death criteria, so their organs cannot legally be used for transplantation while waiting for the cardiorespiratory death of these babies (Bioethics Committee, Canadian Paediatric Society, 2005). When an anencephalic newborn is dedicated as a prospective donor, there is the danger of harvesting an organ from a living individual who cannot give consent – which constitutes a crime. Anencephalic babies are a limited source for tissue/organ procurement, given that the incidence of anencephaly in the United States, Europe, and Turkey is below 0.5% (Li, 2006). The best ethical option regarding these cases seems to be not giving priority to these individuals as a source for organ donation but maintaining palliative treatment until natural cardiorespiratory death takes place.

Organ Donation from Cadavers

Since the beginning of transplantation surgeries, the “dead donor rule”¹ has been valid and dead donors have been preferred to living donors (Truog & Miller, 2008). The “cadavers” in organ transplantation are patients who have been diagnosed brain-dead and are on ventilator support in a hospital intensive care unit. For brain-dead individuals who had declared to be organ donors when alive it is still recommended to ask for their relatives’ opinion (although this is not legally required). For those who had not made a declaration of donation, close relatives are their legal decision-makers.

1 The organ transplantation approach in which dead donors are preferred rather than living ones not to harm the latter group.

Some patients' relatives, when informed that treatment has failed and brain death has occurred, tend to believe that the patient is still alive (due to the continuing heartbeat thanks to mechanical support) and hope that he/she will survive. They want to avoid the pain of loss. Some confuse coma and vegetative state with brain death.² These relatives should be sensitively informed that brain death is death and signals the inevitable end of the individual's life.³ Subsequently, their approval for organ donation may be sought by explaining its reasons.

Another challenging scenario arises with homeless persons whose relatives cannot be reached and individuals whose bodies have not been identified. Naturally, it is not possible to assess their potential decision in favor of or against donation. If an individual's stance is not known, it can be argued that the procurement of his/her organs is contrary to the person's autonomy. This is a safe but very simplistic approach. The bereaved relative, when acting on behalf of the deceased person, might indeed prefer the dead being beneficial to another patient, rather than burying the body intact in the name of autonomy; hence, the proxy might decide in favor of organ donation.

Also the use of aborted fetuses for cell, tissue, or organ transplants – for medical treatment and research purposes – must be discussed. It is thought that giving the option of using fetal tissues might increase the number of abortions, because some pregnant women might terminate their pregnancies in order to obtain such tissue (Sanders, Giudice, & Raffin, 1993). Some parents might plan another pregnancy just to procure the necessary tissues or organs for their existing child(ren) in need. However, abortion after the expiration of the legally recognized duration of pregnancy is considered legal and ethical only if it is performed for reasons pertaining to the fetus or the mother. In other words, abortion has to be justified by the risk of the pregnancy for the mother's

2 In a United States survey, it was found that some of the participants did not regard brain-dead patients as dead, and the majority of survey respondents did not know the neurological criteria of brain death completely; they also considered patients in a coma or a vegetative state as dead (Siminoff, Burant, & Youngner, 2004). Robert Veatch (2004) questioned how taking organs from patients in a coma or vegetative state, who are alive according to the law, can be deemed legitimate: by regarding them as alive and taking their organs nevertheless, or by expanding the definition of brain death to include these patients and thus taking the organs from the dead?

3 The authenticity of death in cases of brain death has also been discussed by some doctors. In these cases, heartbeat and respiration continue because of mechanical ventilation even after the irreversible loss of brain function; "traditional death" as known in the pre-ventilation era cannot be expected. Brain death is a result of –or a price paid for– the development of medical technology; it is a new form of death produced by human intervention.

physical and mental health (except for cases of severe fetal disability), not by a potential transplant recipient's needs; it should not be approved otherwise.

Further discussion on transplantation ethics may arise from this issue. Suppose that a mother whose fetus has been diagnosed with anencephaly, instead of making the decision to terminate her pregnancy at that moment, decides to give birth and thereby provide organs for other sick babies. Would it be ethical for a physician not to object to this decision? Being born with an incurable disease and dying in a short time would be contrary to the wellbeing of the fetus. On the other hand, a mother cannot be forced to terminate her pregnancy, as she is autonomous. Which is more important and primary, the well-being of an anencephalic fetus or the treatment of other babies as a result of its death? What about consolation for the mother who tries to make sense of her ill-fated pregnancy by saving the lives of other babies? It should be discussed with the mother what it means refusing other babies' treatments at the expense of harming one baby's body.

Perspectives on Organ Donation

Many people are *uninformed*, *insensitive*, or *passive* about organ donation. Those who are uninformed do not know that they may play a role in the treatment of patients by donating organs. Those who are insensitive know but do not care about it. Those who are passive know the importance of organ donation and generally wish to help but do not take action to obtain a donor card that declares their intent. The commonality among these three groups is that they do not make a choice about whether or not to become organ donors. If a majority of the population in Turkey does not donate, this is mainly because they have not made a declaration of consent, not because they reject the use of their organs after death. Just like in an unexplored underground mine, there is an unevaluated donor potential in society. The increasing donation rates in countries that presume the dead to be donors unless they have declared otherwise in advance is an indication that a majority of the population is inactive, not opposed to donation.

Additionally, the number of people who refuse organ donation because of false information, particularly based on religious misconceptions, cannot be overstated. Yet, organ donation and benefitting from organ transplantation have been approved and encouraged by religious authorities. Pope John Paul II viewed organ donation positively, “if conducted for providing a chance of health, even life [,] for those who have no other hope left [,] and acceptable in terms of ethics” (Pope John Paul II, 2000). His successor, Pope Benedict XVI, carried a donor card during his years as a cardinal (Squires, 2011). Islam, too, is not opposed to organ donation and transplantation. Even the use of animals which adherents of some religions are forbidden to eat, such as pigs, to provide tissues/organs for transplantation has been deemed appropriate in case of necessity. The Republic of Turkey’s High Council of Religious Affairs has approved the transplantation of organs from dead and living donors if “...the patient has no other option for saving his/her life or a vital organ; ...the person whose organ or tissue will be taken is dead at the time of the operation[;]... if alive, the organ or tissue which will be taken is not a vital organ[;]...the person whose organ or tissue will be taken has given his/her consent before his/her death or[,] if he/she has not stated otherwise, his/her relatives have given their consent; no remuneration is taken in return for organ or tissue donation; [and] the recipient patient... [has given] consent for the transplantation...” (T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı [Republic of Turkey, Presidency of Religious Affairs], 1980). Conditions such as there being no other treatment options and having obtained the consent of donors, donors’ relatives, and recipients are also followed by medical authorities in line with the non-maleficence principle of ethics and informed consent. Conveying these opinions to people who have religious scruples can correct their misconceptions.

Recipient’s Choice

If the donor and the recipient have known each other prior to the transplantation, then promises, expectations, and negotiations may take place between the two. In a system where the recipient is determined by an official institution, however, it is easier to ensure that donations are purely voluntary.

Should there be a priority group of recipients that benefits from selection criteria for organ donation? Considering the scarcity of organs to be transplanted and the great number of potential recipients, candidates for whom the benefit of transplantation and the chance of success are greatest should be chosen. Accordingly, blood and tissue compatibility between donor and recipient, the age of the donor, and his/her current state of health and motivation are the main factors.

Even under these guiding criteria, some difficulties may arise in the selection of recipients. For example, the United Kingdom and the United States both prioritize younger people over elderly patients for kidney transplantation (Beauchamp & Childress, 2001). The principle of justice would require that we not ignore the waiting time for the organ. Considering two biologically compatible recipient candidates, should we give a kidney transplant to the 55-year-old patient who has been waiting for an organ for five years or to the 25-year-old who has been waiting for one year only? Or, if all other parameters mentioned are identical, should a mother have priority over a prostitute? Can we object to an approach that postpones a patient who needs a liver transplant due to alcoholism, stating that "It's his/her fault," by simply saying, "To err is human?" Most importantly, is it possible to answer such questions without subjective judgments? Having a formulation that would rank organ recipients using numerical parameters like degree of biological compatibility, chance of medical success, and waiting time would be the most ethical approach.

Organ Donation Models in the World

Lifesaving organ transplants are possible primarily through organ donation. Different approaches have been formulated to increase organ donations from both the dead and the living (Ertin, Harmancı, Mahmutoğlu, & Başağaoğlu, 2010):

Spanish Model

In order to increase the low rate of organ donation in Spain, the National Transplant Organization was founded in 1989.⁴ The organ donation process itself is left to teams of specially trained transplant coordinators. These teams consist of people with good governance of the process who can also inspire confidence, establish satisfactory relationships with families before making organ donation requests, and find the appropriate time to make these requests. The teams request organ donation only after a family has understood that their relative has died.

The Spanish system identifies potential donors primarily in intensive care and ensures the timely reporting of brain deaths. Thus, an option to make a donation is given to the family in each brain death case. According to the coordinators, the main problem in organ donation is the difficulty of locating potential donors and obtaining consent, not the lack of suitable donors. Thanks to these team efforts, families' rejections of organ donation requests in recent years have dropped to 21.5%. Spain is now considered a high-donation-rate country. This success shows that organ donation may increase with people's willingness and determination (Ertin et al., 2010). It can be said that the Spanish model, which depends upon the persuasiveness of health workers towards donors' relatives, resembles modern commercial marketing and inducement methods. However, it is a tactic which, unlike marketing that encourages consumption, has undergone a moral transformation.

Belgian Model

According to the "consent by default" law in force in Belgium, priority is given to organ donation volunteers. Individuals fill out a donor form at one of the designated centers, and this information is sent to the national records center. This information is available only to transplant team members. The organs of the individual who has filled out the donation form can be harvested after his/her death even if the family objects. Individuals who have not completed a form

⁴ In Spanish *Organización Nacional de Trasplantes* (ONT)

are presumed to be donation volunteers, and no permission is sought for the donation from their families. There is no obligation to notify families about harvesting organs, although organs cannot be removed if the family refuses. This approach eliminates informed consent and assumes consent by default unless indicated otherwise. The argument used is that “tissue/organ donation must be a duty, just as military service is a national duty.” Thus, 98% of the Belgian population is organ donors. However, considering that people who did not state their opinion when they were alive may have had no intention to donate, they may be deprived of their right to determine what happens to their own body, which represents a violation of the autonomy principle of medical ethics (Ertin et al., 2010).

Iranian Model

The striking feature of the Iranian model, different from that of many other countries, is that the donor can receive a significant payment for the donation. After the adoption of a regulation on kidney donation from unrelated living persons in 1998, it has been reported that there are no individuals left in Iran who are waiting for a kidney donation.

Some ethicists have expressed that, even if the organ is not sold, it could be permitted to compensate the donor, considering the financial amount received for the organ donation “a rewarding gift.” Some also think that paying a donor for the organ is different from purchasing goods in a store; the former is a way of expressing appreciation for the donor’s dedication and effort to save someone else’s life by compromising his/her own. Some thinkers, such as Robert Veatch, have interpreted the term “rewarding gift” as a language distortion and have objected to its application, stating that the amount of money given is not “a reward” but clearly “a payment.” Nevertheless, it has been found reasonable to meet the donor’s expenses. Organ selling and purchasing through intermediary institutions is not widely accepted (Nuffield Council on Bioethics, 1995).

Although many people in Iran have found organs and survived thanks to this approach, success does not eliminate its risks. The appropriate or sufficient

price for an organ may vary from society to society and from person to person in the same society. The line between “appropriate or sufficient” and “tempting” amounts is very thin and subjective. Examples where money has become a tool for malicious intent and abuse are countless; offering desperate people amounts of money which they cannot refuse would be unethical.

Because of the drawbacks mentioned regarding the organ donation practices in Iran and Belgium, the Spanish model seems to be the most acceptable, from the perspective of medical ethics, among these three approaches. This model is intended to sensitize and influence the community. Thus, consent can be taken from individuals for the use of their organs after death. As autonomous individuals, people should not be forced into any particular decision; they should be able to accept or reject organ donation as they wish. The persuasion process employed should be inclusive enough to emphasize all the benefits that organ donation will provide to the individual and society; however, it should be restrained enough so as not to abuse the humanitarian and religious values of the individual (Ertin et al., 2010).

Organ Donation in Turkey and its Problems

According to the Law on Organ and Tissue Donation, Retention, Grafting, and Transplantation, individuals who are at least 18 years old and *compos mentis* become donors by declaring their willingness to donate their organs in writing in front of two witnesses. If no donor declaration has been made during life, it is essential that the relatives of a brain-dead individual give written permission for organ donation.

The “National Organ and Tissue Transplant Coordination System Directive,” which was promulgated under the abovementioned law of May 28, 2008, introduced a new National Coordination System in Turkey. Similar to the Spanish model, Turkey has been divided into nine geographic regions. Hospital coordinators report brain-dead prospective donors to their Regional Coordination Center and, from there, to the National Coordination Center. Organ distribution is then decided according to the patient queue. In the

distribution of kidneys, for example, a scoring system is used in which the key patient factors are blood/tissue compatibility, dialysis period, and age. Kidneys procured from cadavers are sent to those hospitals where patients on the waiting list have the highest scores.

Coordination of organ transplants in the United States is largely carried out by nurses. The Organ Transplant Coordination System in the United Kingdom is based entirely on nurses. In Spain, coordination teams take part instead of a single coordinator, and intensive care specialists and nurses often work together on these teams. In Turkey, nurses can be employed as part of the solution.

The scarcity of donors is an important problem for Turkey. Thousands of new patients are added to the waiting list every year, while organs cannot be obtained for them. It is essential to go beyond the current approaches to resolve this situation.

Kaynakça/References

- Ateş, Y., Çanakçı, N., Alkış, N., & Saygın, B. (1994). Bir vaka nedeni ile karaciğer transplantasyonunda anesteziyak yaklaşım. *Ankara Tıp Mecmuası*, 47, 695-704.
- Atighetchi, D. (2007). *Islamic bioethics: Problems and perspectives*. Netherlands: Springer Netherlands.
- Bayezid, Ö., Balkanay, M., Carin, M. Öztekin, İ., Öcal, A., Işık, Ö. ... Yakut, C. (1990). Türkiye'de ilk takipli ortotopik kalp transplantasyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 18, 136-141.
- Bayezid, Ö., Balkanay, M., Öztekin, İ., Carin, M., Öcal, A., Ener, S. ... Yakut, C. (1990). The first successful heart transplantation in Turkey. *Koşuyolu Heart Journal*, 1(1), 3-10.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Bioethics Committee, Canadian Paediatric Society. (2005). Use of anencephalic newborns as organ donors. *Paediatrics & Child Health*, 10(6), 335-337.
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun (2003). *T.C. Resmi Gazete*, 25311. 9.12.2003.
- Ekser, B., Ezzelarab, M., Hara, H. van der Windt, D. J., Wijkstrom, M., Bottino, R. ... Cooper, D. K. (2012). Clinical xenotransplantation: the next medical revolution? *Lancet*, 379(9816), 672-683. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61091-X
- Erek, E., Süleymanlar, G., & Serdengeçti, K. (2002). Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17(12), 2087-2093.
- Erтин, H., Harmancı, A. K., Mahmutoğlu, F. S., & Başağaoğlu, İ. (2010). Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation. *Nursing Ethics*, 17(6), 705-714.
- Flaman, P. (1994). Organ and tissue transplants: Some ethical issues. In M. A. Lynch & N. Stinson (Ed.), *Topics in bioethics for science and religion teachers: Readings and study guide* (pp. 31-46). Edmonton: Edmonton Catholic Schools.
- Lie, R. T. (2006). An international perspective on anencephaly and spina bifida: Prevalences by the turn of the century. In D. F. Wyszynski (Ed.), *Natural tube defects: From origin to treatment* (pp. 125-129). New York, NY: Oxford University Press.
- Mumcu, A., & Küzeci, E. (2005). *İnsan hakları ve kamu özgürlükleri* (Yay. Haz. A. T. Yürük & K. Selvi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Nuffield Council on Bioethics. (1995). *Human tissue: Ethical and legal issues*. England: Author.
- Papa II. John Paul. (2000). *Address of the Holy Father John Paul II to the 18th International Congress of the Transplantation Society*. Retrieved from http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_en.html
- Parangi, S., & Phitayakorn, R. (2011). *Thyroid disease*. Santa Barbara, CA: Greenwood.
- Sanders, L. M., Giudice, L., & Raffin, T. A. (1993). Ethics of fetal tissue transplantation. *The Western Journal of Medicine*, 159(3), 400-407.
- Schlich, T. (2011). The origins of organ transplantation. *Lancet*, 378, 1372-1373.
- Siminoff, L. A., Burant, C., & Youngner, S. J. (2004). Death and organ procurement: Public belief and attitudes. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 14(3), 217-234.
- Squires, N. (2011). The Pope is an organ donor but his body parts cannot be donated. *The Telegraph*. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/news/religion/the-pope/8303510/The-Pope-is-an-organ-donor-but-his-body-parts-cannot-be-donated.html>
- Starzl, T. E. (1995). Peter Brian Medawar: Father of transplantation. *Journal of the American College of Surgeons*, 180(3), 332-336.
- T.C. Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı. (1980). *Organ bağıışı* (Din İşleri Yüksek Kurulu 6.3.1980 tarih ve 396/13 sayılı kararı). http://www.diyaret.gov.tr/turkish/namazvakti/dok/d_hiz/id2.asp adresinden 10.7.2012 tarihinde edinilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. *T.C. Resmi Gazete*, 28191, 1.2.2012.

Testi, A. R. (1991). Founders of medical techniques and inventions: An annotated bibliography. In T. Stankus (Ed.), *Biographies of scientists for sci-tech libraries: Adding faces to the facts* (pp. 155–170). New York, NY: Haworth Press.

Truog, R. D., & Miller, M. G. (2008). The dead donor rule and organ transplantation. *The New England Journal of Medicine*, 359(7), 674–675.

U.S. Department of Health & Human Services. (n.d.). *Timeline of historical events significant milestones in organ donation and transplantation*. Retrieved June 10, 2012 from <http://www.organdonor.gov/legislation/timeline.html>

Veatch, R. M. (2004). Abandon the dead donor rule or change the definition of death. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 14(3), 261–276.

Ziegler, M. M. (2001). Nobel laureates in surgery. In W. W. Souba & D. W. Wilmore (Eds.), *Surgical research* (pp. 1287-1297). San Diego, CA: Academic Press.

İş Ahlakı Uygulamalarının Hastane Performansına Etkisi: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Saha Çalışması

Mehveş Tarım^a

Marmara Üniversitesi

Halil Zaim^b

Fatih Üniversitesi

Yasemin Torun^c

Süleyman Şah Üniversitesi

Öz

Son yıllarda iş dünyasında karşılaşılan ahlaki sorunlar ve bunların yol açtığı güvensizlik, istikrarsızlık ve itibar kaybı iş ahlakının giderek önem kazanmasına sebep olmuş; karar, tutum ve davranışlarda, ürün ve hizmetlerin üretiliş ve sunuluş biçiminde verimlilik, kârlılık ve kalite kadar iş ahlakı ilkeleri de dikkate alınmaya başlamıştır. Merkezinde insan bulunan ve insan hayatının korunmasını en kutsal görev olarak gören sağlık sektörünün, ahlaki ilke ve kurallara en çok ihtiyaç duyulan sektörlerden biri olduğu açıktır. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde iş ahlakı ile kurumsal performans arasındaki ilişkiyi sorgulamaktır. Araştırmada kullanılan modelde iş ahlakı üç farklı boyutu ile ele alınmıştır: yöneticilerin ahlaki tutumları, çalışanların ahlaki tutumları ve hastanenin ahlaki tutumu. Veriler İstanbul'daki kamu hastanelerinde görev yapan 207 kişiden anket yolu ile toplanmıştır. Araştırma sonucunda iş ahlakının üç boyutu ve bu boyutlar ile kurumsal performans arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Hastanelerin performansını en çok etkileyen iş ahlakı boyutu kurumsal politikalar, daha sonra yöneticilerin tutum ve davranışlarıdır. Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının ahlaki tutum ve davranışlarının da performans üzerinde belirgin ancak daha az bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, iş ahlakı uygulamalarının yalnız manevi değerler açısından değil, hastanelerin performansı ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından da önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler

İş Ahlakı, İş Etiği, Kurumsal Etik, Sağlık Sektörü, Sağlık Personeli, Sağlık Yöneticisi, Kurumsal Performans

a Yetkilendirilmiş yazar

Prof. Dr. Mehveş Tarım, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cevizli, Kartal, İstanbul 34865

Çalışma alanları: Toplam kalite yönetimi, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, performans yönetimi, stratejik yönetim, çağdaş yönetim teknikleri, yönetim ve organizasyon, sağlık politikaları

Elektronik posta: mtarim@marmara.edu.tr

b Prof. Dr. Halil Zaim, Fatih Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Büyükçekmece, İstanbul 34500

Çalışma alanları: Bilgi yönetimi, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları yönetimi

Elektronik posta: halilzaim@fatih.edu.tr

c Arş. Gör. Yasemin Torun, Süleyman Şah Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, Orhanlı, Tuzla, İstanbul

Çalışma alanları: Yönetim ve organizasyon, örgütsel davranış, insan kaynakları

Elektronik posta: ytorun@ssu.edu.tr

İş Ahlakı Kavramı

Arapçada huy, karakter, tabiat, alışkanlık, erdemlilik, manevi nitelik ve güzel davranış gibi anlamlara gelen (Yılmaz, 2009, s. 13) ve hulk sözcüğünün çoğulu olan ahlak, TDK' nın Türkçe Sözlüğünde (1998) “bir toplum içinde kişilerin benimsedikleri, uymak zorunda buldukları davranış biçim ve kuralları” ile “iyi nitelikler, güzel huylar” olarak tanımlanmaktadır.

Ahlak, bir toplumsal oluşuma, sınıfa, kesime özgü, tarihsel ve somut olarak belirlenmiş, bunların belli bir topluluğa, devlete ya da tümüyle topluma olan tutumunu kurallandıran görüşler, değerler, normlar, ilişki ve davranış biçimlerinin tümüdür (Aydın, 2001, s. 3). Diğer bir tanımla, ahlak, toplumsal yaşamın olanaklı, uyumlu, olumlu, verimli olabilmesi için, toplum üyelerinden beklenen davranış biçimleri ile kurallardır (Tevrüz, 2007, s. 58). İslam dinine göre güzel ahlakın kaynağı olan Kuran-ı Kerim’de, hadislerde ve diğer İslami kaynaklarda da hulk ve ahlak kavramları genellikle iyi ve kötü huyları, fazilet ve rezaletleri ifade etmek için kullanılmıştır (Çağrı, 2000, s. 25).

Ahlaki gelişimi açıklamaya çalışan psikanalitik, sosyal öğrenme ve bilişsel gelişim yaklaşımları arasında en dikkat çeken Kohlberg’ in bilişsel gelişim yaklaşımıdır. Kohlberg’ e göre ahlak, doğru yanlış, iyi kötü konularında karar vermeyi ve bu karar doğrultusunda davranmayı içeren bilişsel bir olgudur. Ahlaki gelişim ise her biri iki ayrı basamak içeren üç dönemden meydana gelmektedir: Çocukluk evresini temsil eden, cezadan kaçınma ve karşılıklı ilişkilerin düzenlenmesini içeren gelenek öncesi dönem; gelişme çağı ve gençliği temsil eden, diğerleri tarafından kabul edilmeyi ve kurallara uymayı içeren geleneksel dönem; yetişkinliği temsil eden, bireysel hakları ve evrensel ilkeleri gözetmeyi içeren ilkesel dönem (Ekşi, 2006, s. 30).

Ahlak ve etik kavramları kimi yazarlar tarafından aynı anlamda kullanılıyor olsa da iki kavramın içeriği farklıdır. Genel olarak etik, ahlak felsefesi olarak incelenmektedir. Ahlak felsefesi (etik), ödev, yükümlülük, sorumluluk, gereklilik ve erdem gibi kavramları analiz eden, doğruluk ve yanlışlık, iyi ve kötü ile ilgili ahlaki yarguları ele alan, ahlaki eylemin doğasını soruşturan ve iyi bir yaşamın nasıl olması gerektiğini açıklamaya çalışan felsefe dalıdır (Cevizci, 1993, s. 18).

“Morality” ile “ethics” kavramları arasında mutlaka bir ayırım yapmak gerekiyorsa “morality” karşılığında ahlak, “ethics” karşılığında ahlakbilim veya ahlak felsefesi terimlerini kullanabiliriz (Arslan, 2001, s. 6-8). Özetle, etik “bireyin davranışlarına temel teşkil eden, yön veren ahlak ilkelerinin tümü” olarak tanımlanır (Kılavuz, 2003, s. 34). Bireyi ahlak dışı davranmakla itham etmek ve etiğe aykırı davranmakla itham etmek çoğunlukla farklı algılar oluşturmaktadır. Türkiye’de etik kavramının toplumsal bir karşılığının olmaması kelimenin vurgusunu azaltmaktadır (Eğri ve Sunar, 2010, s. 44).

İş ahlakı, ahlak kavramının bir alt başlığı olarak ele alınmakta ve ahlak ile ilgili genel tanımlardan yola çıkarak “iş hayatında doğruluğun, haklılığın ve emeğe saygının esas alınması; çalışma kurallarının belirlenmesinde, çalışanlara iş ortamının sağlanmasında ve ücretlerinin ödenmesinde ahlaki ilkelerin gözetilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2009, s. 13).

İş ahlakını; işe yönelik amaçlar ve bunlara ulaşmak için gerçekleştirilen faaliyetler, görev ve sorumluluklar ile örgüt paydaşlarının takındığı tutum ve davranışları araştıran (Bolat ve Seymen, 2003, s. 5), ahlaki norm ve kurallar vasıtasıyla hangilerinin doğru veya yanlış olarak kabul edilebileceğini sorgulayan (Özdemir, 2009, s. 307) bir bilim dalı olarak tanımlamak mümkündür.

İş ahlakı ve iş etiği kavramları arasında içerik, referans, nitelik, kapsam ve çıkış noktaları bakımından birtakım farklılıklar bulunmakla birlikte, iş ilişkilerinin düzenlenmesi, çalışma ortamında güvenin oluşturulması, bütünleşmenin ve iş barışının sağlanması, dürüstlük, saygı ve eşitliğin geliştirilmesi, çalışanların kontrol edilmesi gibi konularda aynı hedeflere hizmet etmektedirler (Gök, 2008, s. 15). Dolayısıyla, iki terimin eş anlamlı olarak kullanılmasında önemli bir sakınca bulunmamaktadır (Özdemir, 2009, s. 304).

İş Ahlakı Kavramının Gelişimi

İş ahlakı kavramı, toplumsal değişim ve dönüşümlere yön veren politik, ekonomik ve yönetsel gelişmelerden etkilenmiştir. Eski Yunan ve Roma dünyasının filozofları ticari faaliyetleri hırs ve yalanla ilişkilendirip olumsuz karşılarken (Berkman ve Arslan, 2009, s. 45), hemen bütün dinler iş hayatına dair bir takım

ahlaki hükümler ortaya koymuş ve bu hükümler iktisadi hayatın şekillenmesinde önemli rol oynamıştır (Zaim, 2012, s. 30). İş ahlakı kavramı 19. yüzyılın sonlarında dini çerçevenin dışına çıkmıştır.

Bireylerin ve işletmelerin daha fazla kazanma arzusu ve hırsı, bireysel çıkarların herşeyin önünde tutulması, yoğun rekabet ortamının yaşam savaşına dönüşmesi (Özdemir, 2009, s. 302), lider olarak kabul edilen kuruluşlarda bile güvenilir olmayan ürünlerin satılması, işletmelerin doğal çevre üzerindeki olumsuz etkileri, rüşvet mekanizmasının ulusal ve uluslararası düzeyde yaygınlaşması, iş dünyasında ve genel olarak toplumda ahlakın para ve güç ile eşdeğer görülmesi (Bolat ve Seymen, 2003, s. 5) iş hayatında ahlaki sorunların ortaya çıkmasını hızlandırmıştır. 21. yüzyılın başından itibaren özellikle Enron, Tyco, WorldCom, Adelphia, Ahold, Parmalat gibi büyük şirketlerde patlak veren skandallar, ahlaki olarak iş görmek için kamu baskısıyla gelişen sosyal sorumluluk olgusu, ahlaki kararların şirket kârlılığına, kalite ve mükemmelliğe de olumlu etkisi olabileceği düşüncesi (Özgener, 2009) iş ahlakı kavramının iş hayatında ve akademik çevrelerde daha çok tartışılmasına zemin hazırlamıştır. İşletmelerde etik ilkeler, etik komiteler, etik programlar oluşturulmuş, üniversitelerde iş etiğini konu eden dersler açılarak pek çok yüksek lisans ve doktora tezi yazılmıştır.

20. yüzyılın başından itibaren ortaya çıkan iş ahlakı yaklaşımları ve literatürü şöyle dönemselleştirilebilir (Torlak, 2013, s. 11):

- İş dünyasında ahlak arayışı dönemi (1900-1920)
- İş dünyasında profesyonellik ve iş ahlakı dönemi (1920-1950)
- İş dünyasında büyüyen ölçekler ve iş ahlakında karmaşıklık dönemi (1950-1970)
- Önleyici ve düzenleyici iş ahlakı arayışı dönemi (1970-1990)
- Küresel işletmecilik ve küresel iş ahlakı dönemi (1990 -)

İş Ahlakı - Performans İlişkisi

İş ahlakı ile performans ilişkisine dair birçok çalışma yapılmıştır. Genel olarak, ahlaki ilkelere sahip insanların performansları daha yüksek olmaktadır (Zaim, 2013, s. 194). İş hayatında örgütsel sonuçları en çok etkileyen ahlaki özellikler, dürüst, güvenilir, adil, herkese eşit, tarafsız, sorumluluk sahibi, hukuka ve yasalara bağlı ve bağımsız olmaktır (Ergün ve Kudret, 2005; Uzunçarşılı, Toprak ve Ersun, 2000; Zaim, 2013).

Çalışanların iş güvenliğini sağlamak, çalışma ortamını sağlık koşullarına uygun olarak düzenlemek, tatminkar bir ücret politikası izlemek, sendikal faaliyetlere karşı hoşgörülü olmak, çalışanların mahremiyet haklarına özen göstermek, personel seçiminde ve terfiinde liyakati esas almak, çalışanlardan herhangi birinin mesleki yeterliliğine ve güvenilirliğine yönelik duygusal taciz ve küçük düşürücü davranışlar sergilememek, ırk ve cinsiyet ayrımcılığı yapmamak, çocuk ve kadın emeğini sömürmemek, cinsel taciz olaylarına karşı caydırıcı önlemler almak ve çeşitli sosyal hakları teslim etmek gibi emeğin kalitesini de yükseltici ahlaki uygulamalar, işletme güvenilirliğinin ve verimlilik artışının ana koşulları arasında gösterilmiştir (İlhan, 2009, s. 263-264). Buna paralel olarak çalışanların, işe zamanında gelmek ve işten zamanında ayrılmak, işi zamanında bitirmek, işletme malzemelerini kişisel amaçlar için kullanmamak, görevlerini başkalarına yüklememek, başkalarını rahatsız edecek ve işlerini aksatacak davranışlarda bulunmamak (Aras, 2001, s. 44) gibi ahlaki tutum ve davranışlarının da örgütsel sonuçlara olumlu katkılarda bulunacağı söylenebilir.

Kore ve Japonya'daki şirketlerde yapılan çalışmalara göre, iş etiği uzun dönemde kârlılığa önemli katkılarda bulunmaktadır (Lee ve Yoshihara, 1997). "Fortune" dergisinin her yıl yaptığı itibarlı şirketler sıralaması, sosyal performans olarak tanımlanan etik davranış ve sosyal sorumluluğun şirket itibarını arttırdığını ortaya koymaktadır. Algılanan etik derecesinin yüksek olduğu örgütlerde iş tatmini fazladır (Babin ve ark., 2000; Joseph ve Deshpande, 1997; Koh ve Boo, 2001; Mulki ve ark., 2006; Schwepker, 2001; Schwepker ve Hartline, 2005; Vitell, Ramos ve Nishihara, 2009). Etik anlayışa sahip örgütler sosyal sorumluluk faaliyetlerine daha fazla önem vermekte, bu örgütlerde çalışanlar daha etkin, pazar payı ve kârlılık gibi performanslar daha yüksek olmaktadır (Jin ve

Drozdenko, 2009). Ahlaki değerlere saygılı liderlik öncelikle çalışanların verimliliğini, memnuniyetini ve şirkete bağlılığını arttırmaktadır (Kerns, 2005). Sürdürülebilir rekabet avantajı sağlayabilmek için ahlaki ilkeler doğrultusunda hareket etmek zorunludur (Hitt ve Collins, 2007).

İşletmelerde yöneticilerin ahlaki kararlar verme eğilimini etkileyen en önemli unsurlar, faaliyette bulunulan sektör, işletme çevresinin kültürü, örgütün kendi kültürü ve yöneticilerin kişisel tecrübeleri iken, ahlaki kararlar verilememesinin en önemli nedenleri üst düzey yöneticiler ve kanunların yaptırım gücünün yetersiz olmasıdır (Yurtsever, 1997).

Sağlık Hizmetlerinde İş Ahlakı

İş ahlakının tıbbi uygulamalardaki ahlaki sorunlarla ilgili dalı olan tıp etiği, karar verme süreci ve davranışlar üzerinde etkili olabilen akılcı yaklaşımları dikkate alır. Bu türden dört yaklaşım, deontoloji, sonuçsalcılık, ilkecilik ve erdem etiğidir. Deontoloji, mutlak doğru veya mutlak yanlış kabul edilen davranışları konu alır. Sonuçsalcılık, ahlaki kararları eylemin en iyi sonucu üzerine dayandırır. İlkecilik ahlaki kararları verebilmek için etik ilkeleri kullanır. Bunlar, zarar vermeme, yararlı olma, özerkliğe saygı ve adalet olarak belirlenmiştir. Erdem etiği ise davranışa yansıdığı için karar verenin karakteri üzerine odaklanır (Türk Tabipler Birliği, 2005). Zarar vermeme ilkesi hastayı daha kötü hale getirecek gereksiz girişimlerde bulunmamayı, yararlı olma ilkesi öncelikle hastaya olan yararı göz önüne almayı, özerkliğe saygı ilkesi hastanın kendi kararlarını verebilme yetisine saygı duymayı ve planlanan girişimler için bilgi verip onay almayı, adalet ilkesi tıbbi hizmeti hakkaniyetle dağıtmayı ifade eder (Kantarcı, 2007).

Bir sağlık kurumunda sunulan hizmetin kalitesi etik kalitesi açısından da değerlendirilmelidir. Hekimin yalnız hastasına karşı sorumluluk aldığı, etik kalitesinin gizlilik ve mahremiyet gibi dar bir içeriğe sahip olduğu geleneksel tıp etiği, bilimsel ve teknolojik ilerlemeler, tıbbi bilgilerin artması ve tıbbi uygulamaların karmaşıklaşması karşısında yetersiz kalmaktadır. Günümüzde kürtaj, yardımcı üreme, tedavinin reddi, ötenazi, organ nakli, yaşamı uzatma, genetik çalışma, deneysel araştırma, bilgilerin kaydı gibi birçok ahlaki sorunda karar

vermek durumunda olan hekim, hastalara zarar vermemek, yararlı olmak, hasta özerkliğini zedelememek için daha büyük bir özen göstermeli; sınırlı kaynakların paylaşımını ve toplumun ihtiyaçlarını göz önüne almalıdır (Aydın, 2001; Fox, 2014; Güngören ve Kurutkan, 2013; Sayım, 2011).

Sağlık sektörü belirsizliklerin olduğu bir yapıya sahiptir. Belirsizlik, kimin, ne zaman ve ne şekilde hasta olacağına tahmin edilememesini ve tıbbi tedavilerin etkili olup olmayacağına bilinmemesini ifade etmektedir (Hussmann, 2011). Hastalığın doğası gereği taraflar maliyet ve zamanlama konusunda tam bilgiye sahip olamazlar (Dolan ve Olsen, 2002). Sağlık piyasası için harcama planlaması yapmak neredeyse imkansızdır ve bu durum sigorta sektörü için temel varlık nedenidir. Ancak belirsizlikler konusunda taraflar eşit mesafede değildir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi problemi, diğer alanlara göre daha büyük boyuttadır. Hastaların tıbbi bakımın etkililiği ve kalitesi üzerindeki bilgilerinin sınırlı olması, tetkik ve tedavilerden hangilerinin gerekli hangilerinin gereksiz ya da değişik alternatifler arasından hangilerinin daha uygun olduğunu bilememesi (Civan, 2009), sağlıkları ile ilgili kararları hekime devretmeleri ile sonuçlanmaktadır (Avcı ve Teyyare, 2012). Hekim isterse bu bilgiyi kendi menfaatleri için kullanabilir. Öte yandan, hastanın sağlık hizmetinin niteliği ile ücreti arasındaki dengeyi tespit edememesi, alacağı sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini sigortalı olup olmama durumuna göre belirlemesi ihtimalini doğurur (Sayım, 2011). Sigortalı hasta teşhis için bütün tetkiklerin yapılmasını, sigortası olmayan, cebinden ödeme yapacak olan hasta mümkün olan en az tetkikin yapılmasını talep edebilir.

Performansa dayalı ödeme sistemi, puan ve maddi kazanç karşılığında gerekli olmayan işlemlerin yapılmasına, hastaneye gelir sağlamak amacıyla gereksiz yere yatış verilmesine ve dava edilme endişesi ile ciddi vakaların başka kurumlara yönlendirilmesine yol açtığı ve nitelikli sağlık hizmetine erişimi zorlaştırdığı için hasta haklarını ve hekim sorumluluğunu zedelemekte, hastaya zarar vermeme ve yararlı olma ilkeleri ile çelişmektedir. Bu sistem hastaya ayrılan zamanı daha kısaltmakta, özerkliğe saygı ilkesince hastayı karar sürecine katarak yeterince bilgilendirmeyi, anladığından emin olmayı ve girişim için onayını almayı zorlaştırmakta, tıbbi hataların artmasına zemin hazırlamaktadır (TTB-

UDEK Etik Çalışma Grubu, 2011). Aydınlatılmış onamin etik ilkelere uygun olması için, önerilen tıbbi girişimin risklerinin saklanmaması, yararlarının abartılmaması, yapılmaması durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukların büyütülmemesi, yönlendirme ve zorlamadan kaçınılması gerekmektedir.

Hekimin ahlaki olarak uygunsuz davranışlara yönelebileceği bir diğer alan da ilaç uygulamalarıdır. Hastayı görmeden ilaç yazılması, reçeteye yazılacak ilaçlar konusunda tıbbi mümessillerle pazarlık yapılması, ilaç yazılması karşılığında ilaç şirketlerinden sponsorluk alınması gibi ahlaki tehlikeler mevcuttur.

Sağlık alanında etik sorunların belirlenmesi için Ahlaki Duyarlılık Anketi ve benzeri ölçeklerle birçok akademik çalışma yapılmıştır (Tosun, 2005; Yıldırım, 2008). Bu çalışmalarda, hekimlerin ahlakın kanunlarla sınırlı olduğu yanlışlığıyla zaman zaman toplumsal normların dışında kalan davranışlarda bulunabildiği görülmüştür (Yürütücü ve Gürbüz, 2001). Hekimlerin gelir temin etme yollarını ve ilaç endüstrisinin hekimler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışma, bazı hekimlerin etik dışı davranabildiğini göstermektedir (Sur ve Çekin, 2009).

ABD'de bulunan Sağlık Örgütleri Birleşik Akreditasyon Komitesinin (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO) hasta hakları ve örgütsel etik ile ilgili standartlara rağmen hastanelerde gereksiz ameliyatlara yapılmasına ve hastaların daha uzun sürede taburcu edilmesine dikkat çekmesi, Amerikan Hekim Yöneticiler Birliğinin (American College of Physician Executives; ACPE) 2005 yılında yaptığı araştırmada etik dışı uygulamaların %54 civarında olduğunu tespit etmesi (Desphande ve Joseph, 2009) etik davranışın sağlık örgütleri açısından önemini ortaya koymaktadır (Şahin ve Dündar, 2010).

Sağlık alanında etik sorunların artması hastaları, sağlık profesyonellerini, yasa koyucuları ve sigorta şirketlerini etkilemektedir (Olson, 1998). Etik kurulların kurulması konusu 1960'ların başında gündeme gelmiş, 1975 Helsinki Bildirgesi'nde revize edilmiştir (Walanj, 2014). Türkiye'de etik kurullar 1993 yılında yürürlüğe giren İlaç Araştırmaları Yönetmeliği ile kurulmuştur. Etik kurullar, klinik araştırmaların etik ilkelere uygun olmasında önemli rol oynamaktadır (Desai, 2012). Klinik araştırma etik kurullarının kararı, araştırmamanın

başlatılablmesinin ön koşulu olmaktadır ancak kararın yasal açıdan bağlayıcılığı yoktur. Etik kurulların varlığı ahlaki davranışı yaygınlaştırmaya yardımcı olabilir (Weber, 2000). Sağlık personelinin tıbbi bilgi ve beceri açısından yetkin oldukları kadar, uygulamalarının etik ve yasal kurallara uygunluğu hakkında da derinlemesine bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Lawson, 2011; Unnikrishnan ve ark., 2014).

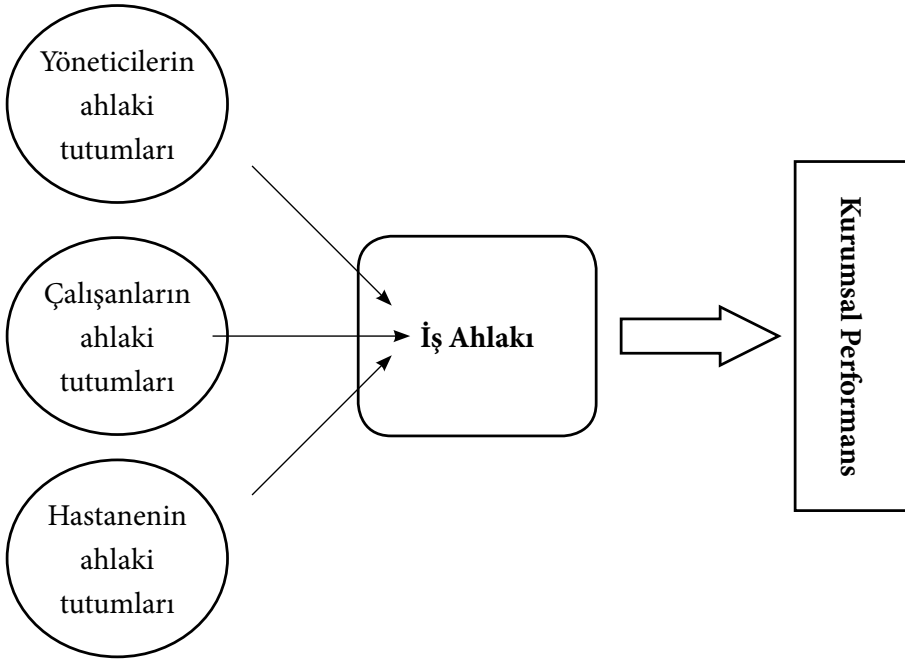
Toplumların sürdürülebilir başarıyı, refah ve mutluluğu elde etmesi ahlaki ilkelerin hayatın her alanında uygulanması ile mümkün olabilir. İş dünyasının yalnızca “verimlilik” ve “kârlılık” ekseninde hareket etmesi topluma ve uzun vadede iş hayatına büyük bir maliyet yüklerken, insanı merkeze alması gereken sağlık sektörünün iş dünyasındaki gelişmelerden etkilenecek verimliliği merkeze alması ahlaki sorunları arttırmaktadır. Ahlaki ilkelere ihtiyaç hissedilmesi yeni anlayışların gelişmesini ve “ne kadar” sorusunun yanında “nasıl” sorusunun da sorulmasını gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde ahlaki ilke, tutum ve davranışların ölçülmesi ve sağlık kuruluşlarının bu konuda daha duyarlı olmaya teşvik edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Yöntem

Literatürde iş ahlakının sağlık hizmetlerindeki önemi üzerine kavramsal çalışmalar yer almakla birlikte örgütsel sonuçlarını inceleyen ampirik çalışmalar yetersizdir. Alana katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde iş ahlakı ile kurumsal performans arasındaki ilişki sorgulanmıştır.

Model ve Hipotez

Araştırmada kullanılan modelde iş ahlakı üç farklı boyutu ile ele alınmıştır. Bunlar yöneticilerin ahlaki tutumları, çalışanların ahlaki tutumları ve hastanenin ahlaki tutumudur. Araştırmanın temel hipotezi söz konusu üç faktör ile kurumsal performans arasında doğrusal yönde ve olumlu bir ilişki olduğudur (Şekil 1).



Şekil 1: İş ahlakı kurumsal performans modeli.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan ölçek Zaim (2012) tarafından geliştirilmiştir. İş ahlakı ile ilgili kapsamlı bir literatür taramasının ardından çeşitli şirketlerin insan kaynakları yöneticileri, üst düzey yöneticiler, akademisyenler ve konuyla ilgili uzmanlardan oluşan bir odak grup çalışması ile taslak haline gelen ölçek, pilot çalışmadan sonra iki ayrı saha çalışmasında kullanılmış (Zaim, 2012, 2013) ve gerekli görülen düzeltmelerle 2013 yılında son şeklini almıştır.

Ölçek, iş ahlakı ile ilgili 48 sorudan oluşmaktadır. Sorular, yöneticilerin ahlaki tutumları, çalışanların ahlaki tutumları ve hastanenin ahlaki tutumu kategorilerine ayrılmıştır. Ankette kullanılan beşli Likert ölçeğinde 5=kesinlikle katılıyorum, 4=katılıyorum, 3=kararsızım, 2=katılmıyorum, 1=kesinlikle katılmıyorum anlamlarını ifade etmektedir. 6. ve 48. sorular yanıtma ön yargısını (response bias) azaltmak amacıyla dolgu maddesi olarak yer almakta ve puanlamada hesaplanmamaktadır. Ölçek puanı, bu iki soru dışarıda bırakılıp

46 soru üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği (Cronbach's alpha) 0,98 olarak hesaplanmıştır. Ölçek Ek 1'de yer almaktadır.

Çalışma Grubu ve İşlem

Araştırma 2013-14 yıllarında gerçekleştirilmiştir. İstanbul'un kamu hastanelerinden İstinye Devlet Hastanesi, Paşabahçe Devlet Hastanesi, Taksim İlyar-dım Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan farklı düzeyde yöneticilerle, hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına tesadüfi örnekleme yoluyla 500 adet anket dağıtılmıştır. Anketlerden 255 tanesi geri dönmüş, eksiklikler sebebiyle bir kısmı elenmiştir. Yöneticilerin ve çalışanların bütün sorularını cevapladığı 207 adet anket değerlendirilmeye alınmıştır.

Değerlendirmenin ilk aşamasında faktör analizi yapılmış ve varsayılan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. İkinci aşamada ise söz konusu faktörler ile kurumsal performans arasında varsayılan olumlu doğrusal ilişki regresyon analizi ile test edilmiştir.

Bulgular

Regresyon Analizi

Araştırma hipotezinin doğruluğunu test etmek amacıyla doğrusal (lineer) bir model oluşturularak tahmini en düşük kareler (ordinary least squares estimates) yöntemiyle regresyon analizi yapılmıştır. Modelde, bağımlı değişken (Y) kurumsal performans, bağımsız değişkenler ise sırasıyla yöneticilerin ahlaki tutumları (X_1), çalışanların ahlaki tutumları (X_2) ve hastanenin ahlaki tutumudur (X_3). Modeldeki $\beta_1, \beta_2, \beta_3$ katsayıları X_1, X_2, X_3 'teki bir birimlik artışın Y'yi ne kadar değiştireceğini göstermektedir. Çoklu regresyon analizine (multiple regression analysis) başlamadan önce doğrusal regresyonun bütün varsayımları (Lind, Marchal ve Mason, 2001, s. 510-512) test edilmiş ve herhangi bir problem görülmemiştir.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

Modelin anlamlılığını ölçmek için yapılan Anova testinin hipotezleri şu şekildedir:

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = 0$$

$$H_1 : \beta_1, \beta_2, \beta_3 \text{ 'ün en az biri } \neq 0$$

Testin sonuçları Tablo 1'de görülmektedir. Anlamlılık seviyesi 0,05'ten küçük olduğu için model anlamlıdır.

Tablo 1
Anova (F) Testi

Model		Kareler Toplamı	df	Ortalama	F	Sig.
1,00	Regresyon	51,52	3,00	17,17	62,55	0,00
	Kalan	37,61	137,00	0,27		
Toplam	Toplam	89,13	140,00			

Bir sonraki aşamada bağımlı değişkenin ne oranda bağımsız değişkenler tarafından açıklandığına bakılmalıdır. Tablo 2'de görüldüğü gibi, modelde bağımlı değişkenin %57'si ($R^2 = 0,57$) bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır. Bu oran kurumsal performans için oldukça yüksektir.

Tablo 2
Modelin Özeti

Model Özeti	Sütun 1	Sütun 2	Sütun 3	Sütun 4	Sütun 5
Model	R	R-kare	Düzenlenmiş R-kare	Tahmini Standart Hata	
1,00	0,76	0,58	0,57	0,52	

Son olarak *t*-testi sonuçlarına bakılmalıdır. Tablo 3'te görülen sonuçlar faktörlerin anlamlı olduğuna işaret etmektedir. Beta değerlerine göre, hastanelerin kurumsal performansını etkileyen unsurların başında kurumun ahlaki tutumu gelmektedir (0,35). Yöneticilerin ahlaki tutumları ise bununla hemen hemen eşit düzeyde kurumsal performansı etkilemektedir (0,34). Çalışanların ahlaki tutumlarının kurumsal performansa etkisi nispeten daha azdır.

Tablo 3
t-Testi Sonuçları

Sütun 1	Sütun 2	Sütun 3	Sütun 4	Sütun 5	Sütun 6	Sütun 7
Model	Standart olmayan katsayılar		Standart katsayılar		<i>t</i>	Sig.
	B	Std. Error	Beta	B	Std. Error	
1,00	Sabit	1,07	0,22		4,99	0,00
	Yönetici ahlakı	0,27	0,07	0,34	3,91	0,00
	Çalışan ahlakı	0,16	0,08	0,16	2,00	0,04
	Kurumsal ahlak	0,29	0,07	0,35	4,29	0,00
a	Bağımlı değişken: Kurumsal performans					

Tartışma

Kamu hastaneleri son yıllarda hem fiziki hem idari yapıları itibariyle önemli bir değişim sürecinden geçmektedir. Bu değişim temelde verimlilik ve kaliteyi arttırmaya yöneliktir. Ancak sağlık hizmetlerinin başarılı biçimde sunulması ve hastalar ile sağlık personeli nezdinde istenen sonuçların elde edilmesi için verimlilik parametreleri yanında ahlaki unsurlara da dikkat edilmesi gerekmektedir. Meselenin ahlaki boyutu ihmal edilirse, uzun vadede hem hastanelerin performansı hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sürdürülebilirliği açısından ciddi sorunlar yaşanması kaçınılmazdır.

Hastanelerin performansı ele alınırken iş ahlakı boyutunun genellikle ihmal edilmesi, iş ahlakı uygulamaları ile performans arasındaki ilişkinin belirli olmayışındandır. Bu çalışmanın temel amacı, iş ahlakı uygulamalarının hastane performansı ile ilişkisini veriye dayalı biçimde ortaya koymaktır.

Araştırma verilerimizin analizi, iş ahlakı uygulamaları ile hastane performansı arasında olumlu yönde doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuç iş ahlakı uygulamalarının yalnız manevi değerler açısından değil, hastanelerin performansı ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından da önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Kamu hastanelerinde iş ahlakı uygulamalarının genel olarak hastane performansını olumlu yönde etkilediği sonucu, daha önce iş ahlakı uygulamaları ile performans ilişkisini farklı sektörlerde ortaya koyan Zaim (2013, s. 194) ve Ergün ve Kudret'in (2005) bulgularıyla uyum göstermektedir. Hussmann

(2011) ve Dolan ve Olsen (2002) sağlık sektöründe belirsizliklerin çokluğunu ve iş ahlakı ile performans ilişkisi ölçümünün güçlüğünü ileri sürmüşlerdir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar, iş ahlakı uygulamalarının performansla ilişkisinin sağlık sektöründe de ölçülebilir biçimde ortaya konması açısından önemlidir.

Hastanelerin performansını etkileyen iş ahlakı boyutları içinde kurumsal politikaların ilk sırada geldiği ve bunu yöneticilerin tutum ve davranışlarının takip ettiği görülmektedir. Bu sonuçlar, araştırmamızda ele aldığımız üç boyutla birlikte hastaların ahlaki tutumları boyutunu da ele alan Foglia, Pearlman, Bottrel, Altemose ve Fox (2009) elde ettiği sonuçlarla benzerlik arz etmektedir. Kanji ve Moura (2003) da hastane performansında özellikle üst yönetimin önemine dikkat çekmişlerdir. Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının ahlaki tutum ve davranışlarının da performans üzerinde belirgin ancak daha az bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Kamu hastanelerinde verimlilik ve kaliteyi esas alan zihniyet değişikliği olumlu bir gelişme olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin temel dinamiklerinden uzaklaşmamaya özen göstermek, insan-odaklılığa daha fazla eğilmek ve ahlaki boyutları ihmal etmemek gerekir. Sürdürülebilir başarı ancak, insan unsurunun etkili kullanılması, mesleğinde yetkin ve ahlaklı insanların doğru konumlandırılıp verimli biçimde çalışması ile mümkündür.

The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals

Mehveş Tarım^a

Marmara University

Halil Zaim^b

Fatih University

Yasemin Torun^c

Süleyman Şah University

Abstract

In recent years, ethical issues that are confronted in the business world, and the distrust, instability, and loss of reputation that have emerged from these ethical issues have caused work ethics to gain importance. The principles of work ethics are being considered in decisions, attitudes, and behaviors, as well as in manufacturing and presenting products and services to enhance efficiency, profitability, and quality. Health sector, in which the focus is people and which deems the protection of human health as the most sacred duty, is one of the sectors that mostly need moral principles and rules. The aim of this study is to question the relationship between work ethics and institutional performance in health services. In the model of this study, work ethics was categorized into three aspects: ethical manner of managers, ethical manner of workers, and ethical manner of hospitals. Using questionnaires, the data were gathered from 207 people working in public hospitals in İstanbul. As a result, the positive relationship between these three aspects of work ethics and institutional performance is observed. The aspect that mostly affects the performance of hospitals is the institutional policies followed by the attitudes and behaviors of managers. The study found that the ethical attitudes and behaviors of doctors, nurses, and other medical staff have a clear but less impact on performance. These results indicate that the work ethics practices are important not only in terms of sentimental values, but also in terms of hospital performance and health service sustainability.

Keywords

Work Ethics, Professional Ethics, Business Ethics, Institutional Ethics, Healthcare Sector, Health Personnel, Health Facility Administrators, Institutional Performance

a Corresponding author

Mehveş Tarım, MD., Ph.D., Marmara University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, Cevizli, Kartal, İstanbul 34865 Turkey

Research areas: Total quality management, quality management in health services, strategic management, performance management, contemporary management technics, management and organization, health policies

Email: mtarim@marmara.edu.tr

b Halil Zaim, Ph.D., Fatih University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business Management, Büyükkçekmece, İstanbul 34500 Turkey

Research areas: Information management, management and organization, human resources management

Email: halilzaim@fatih.edu.tr

c Yasemin Torun, Süleyman Şah University, Faculty of Business and Management Sciences, Orhanlı, Tuzla, İstanbul, Turkey

Research areas: Management and organization, organizational behavior, human resources

Email: ytorun@ssu.edu.tr

Work Ethics Concept

In Arabic, the term “ethics” means “temperament, character, nature, habit, virtuousness, spiritual qualification, and gesture” (Yılmaz, 2009, p. 13). In Turkish Language Association (TLA)’s Turkish Dictionary (1998), ethics is the plural form of the term “hulk,” which is defined as “the behavioral methods and rules which should be adopted and obeyed by the people in a society” as well as “good qualifications and beautiful habits.”

Ethics comprise all the ideas, values, norms, relations, and behavioral patterns, which historically or perceptibly make the attitudes for a social constitution, class, and district into a rule for a definite society, country, or a whole society (Aydın, 2001, p. 3). According to another definition, ethics means the behavior pattern and rules that are expected from the members of society with the aim of ensuring a feasible, positive, and fruitful communal living (Tevrüz, 2007, p. 58). In the Koran, the terms “hulk” and “ethics”—which are the core of social ethics in Islam, hadiths, and other Islamic resources—are used to state good and bad manners, virtues, and disgraces in general (Çağrıç, 2000, p. 25).

The most remarkable approach among psychoanalytic, social learning, and cognitive enhancement, which try to explain moral development, is the cognitive enhancement approach of Kohlberg. For Kohlberg, moral is a cognitive concept that includes the act of taking a decision on what is right or wrong and good or bad, and to act in line with this decision. Moral development comprises three periods, each of which includes two different steps. These are (i) pre-traditional period that represents the childhood stage and includes penalty—avoidance and regulation of mutual relations; (ii) growth age and the traditional period that represents the juvenility and includes being recognized by others and obeying the rules; and (iii) the principal period that represent the adulthood and includes individual rights and universal principles (Ekşi, 2006, p. 30).

Although several writers use the terms “morals” and “ethics” with the same meanings, the content of these terms is different. In general, ethics are considered as a moral philosophy. Moral philosophy (ethics) is the philosophy branch that analyzes the terms such as task, liability, responsibility, necessity,

and virtue, and discusses the ethical judgments regarding the righteousness and wrongfulness, good and bad, which questions the nature of moral action and tries to explain a good life (Cevizci, 1993, p. 18). If there is a need to state a clear distinction between “morality” and “ethics,” we can use “moral” in terms of “morality” and “philosophy of ethics” in terms of “ethics” (Arslan, 2001, pp. 6–8). In brief, “ethics” is defined as “the whole of moral principles which constitute and dominate the behaviors of a person” (Kılavuz, 2003, p. 34). It generally stimulates different perceptions to charge the person acting amorally or unethically. Moreover, the emphasis of this word is decreasing because there is no social meaning of the term “ethics” in Turkey (Eğri & Sunar, 2010, p. 44).

Work ethics, as an under title of the term “ethics” and in line with the general definitions of “ethics,” is defined as “being based on righteousness, legitimacy and effort in business life; observing the moral principles in ensuring the work environment for staff and in paying their wages” (Yılmaz, 2009, p. 13).

It is also possible to define work ethics as a science, which investigates the targets directed to work and activities, duties, and responsibilities that are conducted with the aim of achieving these targets, as well as the attitudes and behaviors that are shown by the shareholders (Bolat & Seymen, 2003). In addition, it questions the attitudes and behaviors as right or wrong in line with the ethical norms and rules (Özdemir, 2009, p. 307).

While there are several differences between work ethics and business ethics concerning content, reference, qualification, scope, and starting point, they serve the same purpose, such as in regulating business relations, creating safety in work environment, ensuring integrity and peace, developing righteousness, respect and equality, and auditing of staff (Gök, 2008, p. 15). Thus, there is no problem in using these two terms synonymously (Özdemir, 2009, p. 304).

Development of “Work Ethics” Concept

Work ethics concept has been affected by political, economic, and managerial developments that lead to social change and transformation. While the

philosophers of Ancient Greek and Rome were relating the commercial activities with greed and lies, and evaluating them negatively (Berkman & Arslan, 2009, p. 45), almost all the religions have stated several moral/ethical judgments on business life, and these judgments have played an important role in shaping the economic life (Zaim, 2012, p. 30). Work ethics concept went beyond the religious framework at the end of 19th century.

The emergence of ethical issues in business life has been accelerated by the desire and passion of individuals and businesses to gain more, by placing self-interest before everything, and by turning highly competitive environment into struggle for life (Özdemir, 2009, p. 302). This was further induced by selling of unworthy products even in institutions that are accepted as leaders, causing negative impacts of businesses on natural environment, spreading of bribery practices in national and international stages, and deeming ethics as equal to money and power in the business world and in general (Bolat & Seymen, 2003, p. 5). Because of scandals in big companies, such as Enron, Tyco, WorldCom, Adelphia, Ahold, and Parmalat, since the beginning of the 21st century, the social responsibility concept has developed with public pressures to conduct work ethically. The idea that there may be positive impacts of ethical decisions on company profitability, quality, and perfection (Özgener, 2009) has caused more discussions in the business world and academic environment on work ethics. Nowadays, there are ethical principles, ethical committees, and ethical programs created in businesses. Moreover, there are several postgraduate and doctorate theses and courses about work ethics in universities.

The work ethics approach and literature that have emerged since the beginning of the 20th century can be categorized as follows (Torlak, 2013, p. 11):

- Period of ethics emerging in business world (1900–1920)
- Period of professionalism and work ethics in business world (1920–1950)
- Period of growing scales in business world and complexity in work ethics (1950–1970)

- Period of preventive and regulative work ethics (1970–1990)
- Period of global business and global work ethics (1990 -)

Relation Between Work Ethics and Performance

There are several studies regarding work ethics and performance. In general, people who have ethical principles have higher performance (Zaim, 2013, p. 194). The ethical features that impact the organizational results in business life are honesty, reliability, fairness, equality, objectivity toward everybody, responsibility, dependency on laws and rules, and independence (Ergün & Kudret, 2005; Uzunçarşılı, Toprak, & Ersun, 2000; Zaim, 2013).

The ethical practices that may increase the business quality are efforts such as ensuring workers' occupational safety, designing work environment conforming to health conditions, applying a satisfactory wage policy, respecting union activities, paying attention to workers' privacy rights, and, considering merits when selecting and promoting personnel. Additionally, avoiding sexual harassment and insulting acts toward workers' vocational competencies and reliability, avoiding race and gender discrimination, avoiding exploitation of women and children, preventing sexual abuses, and ensuring various social rights, are among the main conditions for increasing business reliability and productivity (İlhan, 2009, pp. 263–264). Likewise, ethical attitudes and behaviors of workers, such as attending and leaving work on time, finishing work on time, avoiding the use business materials for personal purpose, not passing the buck on others, avoiding behaviors that may disturb or delay others' works (Aras, 2001, p. 44) contribute to organizational results.

According to studies conducted in Korean and Japanese companies, work ethics contribute significantly to profitability in the long run (Lee & Yoshihara, 1997). The annual survey of admired companies range by “Fortune” magazine has shown that ethical behavior and social responsibility defined as social performance strengthen companies' reputation. Work satisfaction is also higher in organizations where ethical degree is perceived high (Babin et al., 2000;

Joseph & Deshpande, 1997; Koh & Boo, 2001; Mulki et al., 2006; Schwepker, 2001; Schwepker & Hartline, 2005; Vitell, Ramos, & Nishihara, 2009). Organizations that have ethical understanding give more importance to social responsibility activities and workers in such organizations are more active, and they have higher performances in terms of market share and profitability (Jin & Drozdenko, 2009). Leadership that is respectful about ethical values increases workers' productivity, satisfaction, and their dependence on companies (Kerns, 2005). They are required to move in line with the ethical principles to gain advantage in sustainable competence (Hitt & Collins, 2007).

The main areas that business managers rely on ethical decisions are the sector in which the company is active, business environment, organizational culture, and managers' personal experiences, whereas the main reason for failure in taking ethical decisions is the lack of law enforcement by senior managers (Yurtsever, 1997).

Work Ethics in Health Services

Medical ethics, which is the sub-branch of work ethics regarding ethical issues in medical practices, considers mentalist approaches that are effective in decision-making processes and behaviors. Four such approaches are the code of ethics, consequentiality, principlism, and morality. Code of ethics includes behaviors that are accepted as absolute right or absolute wrong. Consequentiality puts the ethical decisions on the best results. Principlism uses ethical principles to reach the ethical decisions. These are determined as not to harm, being helpful, respect to self-determination, and justice. Morality focuses on the character of the decision maker as he/she reflects on the behavior (Türk Tabipler Birliği [Turkish Medical Association], 2005). The principle of not to harm means avoiding redundant acts that may worsen the patient's condition, and the principle of being helpful means considering the patient's benefit. Likewise, the principle to respect to self-determination means showing respect on the patient's ability to take his/her own decisions, providing information, and getting approval for planned interventions. Lastly, justice means distributing medical service fairly (Kantarıcı, 2007).

The quality of service provided in any health institution should be evaluated in terms of the ethics. Traditional medical ethics, in which the doctor has responsibility only for the patient with a narrow sense called “privacy,” is not satisfactory from the perspective of scientific and technological development, increasing medical knowledge, and complexity of medical practices. Doctors, who have to take decisions about abortion, assisted reproductive therapy, dismissal of treatment, euthanasia transplantation, life-extending therapy, genetic research, experimental research, and recording of data should show great care not to harm patients. Moreover, they should be helpful to protect patients’ autonomy, and should think of sharing the limited resources and needs of society (Aydın, 2001; Fox, 2014; Güngören & Kurutkan, 2013; Sayım, 2011).

Health sector has a structure where there are uncertainties. Uncertainty means the condition that is not possible to estimate who, when, and how a disease would be diagnosed and whether the medical treatment will be effective (Hussmann, 2011). The concerned parties cannot have enough information about costs and timing because of the nature of disease (Dolan & Olsen, 2002). It is almost impossible to make a budget for health sector, which is the main reason for the existence of insurance companies. However, the parties are not on equal footing in terms of uncertainties. Information asymmetry in the health sector is higher in comparison with other fields. The limited knowledge of patients on efficiency and quality of medical care, ignorance about medical investigation and treatment required, or unfamiliarity with the appropriateness of various alternatives (Civan, 2009) cause them to let the doctor to take a decision (Avcı & Teyyare, 2012). However, the doctor may use this data for his/her self-interest or at his/her own will. In contrast, a patient’s inability to define the balance between the quality of health service and its price creates the possibility of determining whether to have insurance or not (Sayım, 2011). The patient with insurance may demand to take all the medical examinations, whereas the patient without insurance who has to pay out of pocket may demand to take minimum medical examinations.

Because of the implementation of redundant transactions for earning points or monetary gains, a hospital would recommend stay for generating income for the

hospital, and create a situation in which a serious patient is referred to another hospital to avoid being sued, making access to quality health service. Performance-based payment system violates the patient's rights and the responsibility of doctors, and thus conflicts with the principles of not harming the patient and being helpful. This system shortens the time for the patient and makes the condition difficult, in which the patient is included in the decision-making process following the principle of respect to self-determination, informed about the process, and also his/her approval is taken, thus increasing medical errors (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu [TTB-UDEK Ethics Study Group], 2011). In order to ensure that the informed consent conforms with the ethical principles, the risks of suggested medical intervention should not be hidden, the benefits of suggested intervention should not be exaggerated, the disadvantages which may emerge due to lack of medical intervention should not be exaggerated, and there should be no pressure.

Another area in which the doctor may tend towards inappropriate ethical behavior is regarding drug applications. There are some ethical issues, such as prescribing a drug without seeing the patient, making bargain with pharmaceutical representative on the drugs to be prescribed, and taking sponsorship from drug companies for prescribing the drugs.

Several academic studies are conducted by Ethical Sensitivity Survey and similar scales to determine the ethical issues in health sector (Tosun, 2005; Yıldırım, 2008). In these studies, it was observed that the doctors may show behaviors which are out of social norms because of the fallacy that ethics are limited to the laws (Yürütücü & Gürbüz, 2001). A study that investigates the ways of income generation and the impacts of drug industry on doctors shows that some doctors may act unethically (Sur & Çekin, 2009).

Studies conducted by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) of U.S. focusing on redundant surgeries and hospital stay time (despite the standards related to patient rights and organizational ethics), and those conducted by the American College of Physician Executives (ACPE) in 2005 determine that there are approximately 54% unethical practices (Desphande & Joseph, 2009). This shows the importance of ethical act for health organizations (Şahin & Dündar, 2010).

An increase in the number of ethical problems in health sector affects patients, health professionals, lawmakers, and insurance companies (Olson, 1998). The decision to establish ethical committees was taken in the beginning of the 1960s and was revised in Helsinki Declaration in 1975 (Walanj, 2014). Ethical Committees in Turkey were established with Regulations on Drug Researches, which became effective in 1993. Ethical committees have important roles in compliance of clinical researches with ethical principles (Desai, 2012). The decision of clinical investigation ethical committee is the precondition for initiating the investigation; however, this decision has no cohesiveness in terms of law. The existence of ethical committee may be helpful in spreading ethical behaviors (Weber, 2000). In addition to the competencies of health personnel on medical information and skills, they should have deep information about compliance of practices with ethical and legal rules (Lawson, 2011; Unnikrishnan et al., 2014).

Societies may ensure sustainable success, welfare, and happiness by applying the ethical principles in every life stages. On one hand, business world acts only in line with “productivity” and “profitability” and thus, this cause a big cost on society and business life in the long run. On the other hand, ethical issues are increasing because health sector puts productivity in the core due to development in the business world. The need for ethical principles invokes new understandings and demands answers on “how” in addition to “how many.” It is very important in health services to measure the ethical principles, attitudes, and behaviors, and to promote health institutions to become more sensitive on this issue.

Method

In the literature, although there are conceptual studies about the importance of business ethics on health services, empirical studies that investigate the organizational results are insufficient. Therefore, in this study, the relationship between work ethics in health services and institutional performance is questioned with the aim of contributing to the field.

Model and Hypothesis

In the model used in this study, work ethics are categorized into three aspects: ethical attitudes of managers, ethical attitudes of staff, and ethical attitudes of hospitals. The main hypothesis is that there is a linear and positive relationship between the above-mentioned three factors and institutional performance (see Figure 1).

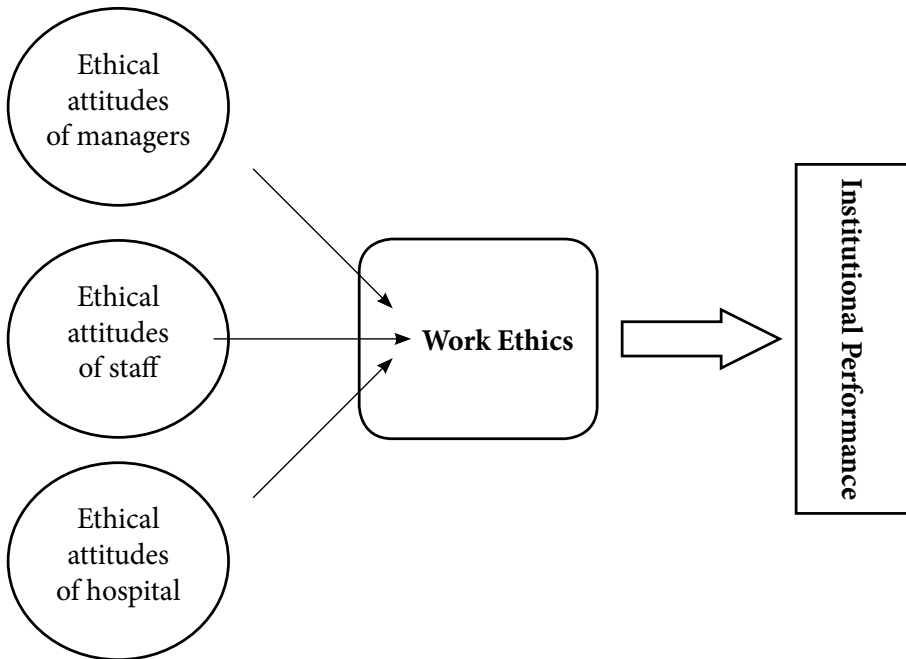


Figure 1: Work ethics institutional performance model.

Data

The questionnaire used in the study was developed by Zaim (2012). Following a comprehensive literature review regarding work ethics, the draft scale was developed after a focus group discussion, including human resources managers, senior managers, academicians, and experts on the issue. Two different field studies were used after the pilot study (Zaim, 2012, 2013), and it took its final

shape in 2013 after the required amendments were made.

The scale included 48 questions about work ethics. The questions were classified as the ethical attitudes of managers, ethical attitudes of staff, and ethical attitudes of hospitals. A Likert scale was used in the survey, where 5=absolutely agree, 4=agree, 3=doubtful, 2=disagree, and 1=absolutely disagree. Question 48 was a fill-in-the-blank question in order to decrease the response bias, which was not considered for scoring. The score of the scale was calculated over 46 questions by exempting 6th and 48th questions. The reliability of scale (Cronbach's alpha) is calculated as 0.98. The scale is provided in Annex 1.

Work Group and Analysis

The research was conducted in 2013–14. A total of 500 questionnaires were distributed via random sampling method to different levels of managers, doctors, nurses, and other health staff from İstinye State Hospital, Paşabahçe State Hospital, Taksim First Aid Training and Research Hospital, Ümraniye Training and Research Hospital, Şişli Etfal Training and Research Hospital, and Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. Of the total, 255 questionnaires were returned; 48 were excluded because of inadequate data. Finally, 207 questionnaires completed by managers and workers were evaluated. In the first stage of evaluation, a factor analysis was performed and the reliability of assumed factors was tested. In the second stage, the positive linear relationship (supposed to be between the mentioned factors and institutional performance) was tested using regression analysis.

Findings

Regression Analysis

A regression analysis was performed using ordinary least squares method by creating a linear model with the aim of testing the validity of the research hypothesis. The dependent variable (Y) is institutional performance and the independent variables are ethical attitudes of managers (X_1), ethical attitudes

of workers (X_2), and ethical attitude of hospital (X_3). β_1 , β_2 , and β_3 are factors in model that shows the impact of one unit of increase in X_1 , X_2 , and X_3 on Y . Before performing the multiple regression analysis, all the assumptions of linear regression were tested (Lind, Marchal ve Mason, 2001, s. 510–512), and no problem was found.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

The hypothesis for the ANOVA test that was conducted with the aim of measuring the significance of model are as follows:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = 0$$

$$H_1: \text{At least one of } \beta_1, \beta_2, \beta_3 \neq 0$$

The results of the test are shown in Table 1. As the significance level is below 0.05, the model is meaningful.

Table 1
Anova (F) Test

Model		Total of Squares	df	Average	F	Sig.
1.00	Regression	51.52	3.00	17.17	62.55	0.00
	Residual	37.61	137.00	0.27		
Total	Total	89.13	140.00			

Next, the ability of independent variables in explaining the dependent variable is investigated. As is seen in Table 2, 57% ($R^2 = 0.57$) of the variation of the dependent variable is explained by the independent variables. This rate is very high for institutional performance.

Table 2
Summary of the Model

Summary of the Model	Column 1	Column 2	Column 3	Column 4	Column 5
Model	R	R-square	Adjusted R-square	Estimated Standard Error	
1.00	0.76	0.58	0.57	0.52	

Finally, the results of t -test are evaluated. The results in Table 3 show that the factors are meaningful. The Beta values indicate that the ethical attitude of institution is the top factor that affects the institutional performance of hospitals (0.35). Ethical attitudes of managers are almost at par in affecting the

institutional performance (0.34). The impact of ethical attitudes of workers on institutional performance is relatively low.

Table 3
Results of t-Test

Column 1	Column 2	Column 3	Column 4	Column 5	Column 6	Column 7
Model		Non-standard factors		Standard factors	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1.00	Stable	1.07	0.22		4.99	0.00
	Manager ethic	0.27	0.07	0.34	3.91	0.00
	Worker ethic	0.16	0.08	0.16	2.00	0.04
	Institutional ethic	0.29	0.07	0.35	4.29	0.00
a	Dependent variable: Institutional performance					

Discussion

In recent years, public hospitals are going through significant changes both in terms of physical and administrative structures. These changes are initially aimed at increasing the productivity and quality. However, in addition to productivity parameters, attention should be given to ethical issues with the aim of offering efficient health services and ensuring that the required results are met for patients and health personnel. If ethical issues are ignored, serious problems will result in terms of hospital performance as well as quality and sustainability of health services in the long run.

The reason for ignoring work ethics in hospitals is due to the uncertainty of the relationship between work ethics and hospital performance. The main aim of this study is to show the relationship of work ethics practices with hospital performance, supported by the data.

The analysis of the data shows a linear positive relationship between work ethics practices and hospital performance. This result implies that work ethics practices are important not only for sentimental values, but also for hospital performance and sustainability of health services.

The result that work ethics practices in public hospitals generally affect hospital performance positively corresponds with the findings of Zaim (2013, p. 194) and Ergün and Kudret'in (2005) who demonstrate the relationship of work

ethics practices and performance in various sectors. Hussmann (2011) and Dolan and Olsen (2002) asserted the difficulty of measuring the uncertainty level of work ethics and performance. The results taken from this research are important for health sector in defining the relationship of work ethics practices with performance in a measurable way.

It is seen that institutional policies come first among work ethics aspects that affect the hospital performance, followed by the attitudes and behaviors of managers. These results are similar to the results of Foglia, Pearlman, Bottrel, Altemose, and Fox (2009) who investigated the ethical attitudes of patients in addition to the three aspects that we covered in our study. Kanji and Moura (2003) also focused on the importance of senior management on hospital performance. They found that the ethical attitudes and behaviors of doctors, nurses, and other staff have a clear but lower impact on performance.

Although the mentality based on productivity and quality is a positive development in public hospitals, more attention should be directed to the main dynamics of health services and people-oriented ways without ignoring ethical aspects. Sustainable success is possible only by effectively using human resources and by positioning vocationally competent and well-behaved people in the right environment for productive works.

Kaynakça/References

- Aras, G. (Ed.). (2001). *İş etiği: Eski sorunlar, yeni kavramlar, yeni yaklaşımlar*. İstanbul: Friedrich Ebert Stiftung Yayınları.
- Arslan, M. (2001). *İş ve meslek ahlâkı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Avcı M. ve Teyyare, E. (2012). Sağlık sektöründe yolsuzluk: Teorik bir değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 199-221.
- Aydın, İ. P. (2001). *Yönetel mesleki ve örgütsel etik*. Ankara: Pagem Yayıncılık.
- Babin, B. J., Boles, J. S., & Robin, D. P. (2000). Representing the perceived ethical work climate among marketing employees. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(3), 345-358.
- Berkman, Ü. ve Arslan, M. (2009). *Dünyada ve Türkiye'de iş etiği ve etik yönetimi* (TÜSİAD İş Etiği Raporu). <http://www.etik.gov.tr/dosyagoster.ashx?id=38&sayfaid=4> adresinden edinilmiştir.
- Bolat, T. ve Seymen, O. A. (2003). *Örgütlerde iş etiği ve kariyer yönetimi ilişkisi: Normatif etik boyutuyla bir değerlendirme*. *Yönetim*, 13(45), 3-19.
- Cevizci, A. (1993). *Felsefe sözlüğü*. İstanbul: Paradigma Yayınları.
- Civan, A. (2009). *Sağlık sektöründe devletin rolü*. A. Coşkun ve A. Akın (Ed.), *Sağlık işletmeleri yönetim rehberi* içinde (s. 286-303). İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Çağrırcı, M. (2000). *İslam düşüncesinde ahlak*. İstanbul: Birleşik Yayıncılık.
- Desai, M. (2012). Ethics committee – critical issues and challenges. *Indian Journal of Pharmacology*, 44(6), 663-664.
- Desphande, S. P., & Joseph, J., (2009). Impact of emotional intelligence, ethical climate, and behavior of Peers on ethical behavior of nurses. *Journal of Business Ethics*, 85(3), 403-410.
- Dolan, P. ve Olsen, J. A. (2002). *Distributing health care-economic and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press.
- Eğri, T. ve Sunar, L. (2010). Türkiye'de iş ahlâkı çalışmaları: Mevcut durum ve yönelimler. *İş Ahlakı Dergisi*, 3(5), 41-67.
- Ekşi, H. (2006). Bilişsel ahlak gelişim kuramı: Kohlberg ve sonrası. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 29-38.
- Ergün, H. ve Kudret, G. (2005). Muhasebe mesleği etik kuralları ve bu kuralların meslek mensuplarının algılanışı. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 25, 143-154.
- Foglia, M. B., Pearlman, R. A., Bottrel, M., Altemose, J. K., Fox, E. (2009). Ethical challenges within veterans administrative healthcare facilities: perspective of managers, clinicians, patients, and ethics committee chairpersons. *The American Journal of Bioethics*, 9(4), 28-36.
- Fox, E. (2014). Evaluating ethics quality in health care organizations: Looking back and looking forward. *AJOB Primary Research*, 4(1) 71-77.
- Gök, S. (2008). İş etiği ile iş ahlâkı arasındaki ilişki ve çalışma yaşamında iş etiğini etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-19.
- Güngören, O. ve Kurutkan, N. (2013). Mikro rekabetçilikte yeni yaklaşımlar: Hastanelerde oluşan etik iklimin kalite ve akreditasyon açısından değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 221-241.
- Hitt, M. A., & Collins, J. D. (2007). Business ethics, strategic decision making and firm performance. *Business Horizons*, 50(5), 353-357.
- Hussmann, K. (2011). *Addressing corruption in the health sector; securing equitable access to health care for everyone* (Working Paper No: 1). Anti-Corruption Resource Centre.
- İlhan, S. (2009). İş ahlâkı: Kuramsal bir yaklaşım. *Afyon Karahisar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 258-275.
- Jin, K. G., & Drozdenko, R. G. (2009). Relationships among perceived organizational core values, corporate social responsibility, ethics, and organizational performance outcomes: An empirical study of information technology professionals. *Journal of Business Ethics*, 92(3), 341-359.
- Joseph, J., & Deshpande, S. P. (1997). The impact of ethical climate on job satisfaction of nurses. *Health Care Management Review*, 22(1), 76-81.

- Kanji, G. P., & Moura, P. (2003). Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management*, 14(3), 269-289.
- Kantarci, Z. (2007). *İş etiği ve ahlak* (Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> adresinden edinilmiştir.
- Kerns, C. (2005). *Value-centered ethics*. Massachusetts: HRD Press.
- Kılavuz, R. (2003). *Kamu yönetiminde etik ve bir sorun alanı olarak yozlaşma*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Koh, H. C., & Boo, E. H. Y. (2001). The link between organizational ethics and job satisfaction: A study of managers in Singapore. *Journal of Business Ethics*, 29(4), 309-324.
- Lawson, A. D. (2011). What is medical ethics? *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 1, 3-6. doi: 10.1016/j.cacc.2010.02.009
- Lee, C. Y., & Yoshihara, H. (1997). Business ethics of Korean and Japanese managers. *Journal of Business Ethics*, 16, 7-21.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., & Mason, R. D. (2001). *Statistical techniques in business & economics* (11th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill Irwin.
- Mulki J. P., Jaramillo E., & Locander, W. B. (2006). Effects of ethical climate and supervisory trust on salesperson's job attitudes and intentions to quit. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 26, 19-26.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 345-349.
- Özdemir, S. (2009). Günümüz Türkiye'sinde akademik iş ahlakı çalışmalarına genel bakış. S. Orman ve Z. Parlak (Ed.), *İşletmelerde iş etiği* içinde (s. 301-336). İstanbul: İTO Yayınları.
- Özgener, Ş. (2009). *İş ahlakının temelleri: Yönetmelik yaklaşımı* (2. basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık piyasası ve etik: Sağlık hizmetlerinde ve sağlık piyasasının yapısında etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.
- Schwepker, C. H. (2001). Ethical climate's relationship to job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention in the salesforce. *Journal of Business Research*, 54(1), 39-52.
- Schwepker, C. H., & Hartline, M. D. (2005). Managing the ethical climate of customer-contact service employees. *Journal of Service Research*, 7(4), 377-397.
- Sur, H. ve Çekin, M. D. (2009). Sağlık hizmetleri ve etik. *Kamu Etiği Akademik Araştırmaları*, 2, 436-596.
- Şahin, B. ve Dündar, T. (2010). Sağlık sektöründe etik iklim ve yıldırma (mobbing) davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(1), 129-159.
- Tevrüz, S. (2007). *Etik yaklaşımlar ve iş ahlakı*. S. Tevrüz (Ed.), *İş hayatında etik* içinde (s. 151-178). İstanbul: Beta Yayın.
- Torlak, Ö. (2013). Etik, ahlak ve iş ahlakı. N. Tokgöz (Ed.), *İş etiği* içinde (s. 2-18). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tosun, H. (2005). *Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi* (Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> adresinden edinilmiştir.
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. (2011). Sağlık sisteminde performans uygulamalarının mesleki değerlere etkileri ve etik sorunlar çalıştay sonuç bildirgesi. *XVII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Kitabı* içinde (s. 75-79). Ankara: Yazar.
- Türk Dil Kurumu. (1998). *Türkçe sözlük* (9. basım, C. I). Ankara: Yazar.
- Türk Tabipler Birliği. (2005). *Dünya Hekimler Birliği tıp etiği kitabı*. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi.pdf adresinden edinilmiştir.
- Unnikrishnan, B., Kanchan, T., Kulkarni, V., Kumar, N., Papanna, M. K., Rekha, T., Mithra, P. (2014). Perceptions and practices of medical practitioners towards ethics in medical practice: A study from coastal South India. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 51-56.
- Uzunçarşılı, Ü., Toprak, M. ve Ersun, O. (2000). *Şirket kültürü ve iş prensipleri*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Vitell, S. J., Ramos, E., & Nishihara, C. M. (2009). The role of ethics and social responsibility in organizational success: A Spanish perspective. *Journal of Business Ethics*, 91(4), 467-483.

Walanj, A. S. (2014). *Research ethics committees: Need for harmonization. Perspectives in Clinical Research*, 5(2), 66-70.

Weber, L. (2000). Healthcare management ethics. Reflections on quality. *Research in Ethical Issue in Organizations*, 2, 13-23.

Yıldırım, G. (2008). *Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kuramsal etik çalışması yapanlardan beledikleri* (Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana). <https://tez.yok.gov.tr/Ulusal-TezMerkezi> adresinden edinilmiştir.

Yılmaz, H. (2009). Bir iş ahlakı sorunu olarak 'sömürü' ve toplumsal zararları: Dinî/egitsel bir yaklaşım. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 5(9), 11-34.

Yurtsever, G. (1997). Türk yöneticilerin ahlakı karar vermesine etki eden unsurlar. *Öneri: M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(7), 79-82.

Yürütücü, A. ve Gürbüz, H. (2001). Hekimlerin ahlakı değerleri ile meslek etiğinin istatistiksel olarak incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 6(1), 157-172.

Zaim, H. (2012). *İş hayatında erdemli insan*. İstanbul: UTESAV.

Zaim, H. (2013). İş hayatında erdemli insanın yetkinlikleri ile performans arasındaki ilişki. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*, 12(23), 181-196.

Ek 1

Kurumsal Sorular

1. Bence bu hastanede ne gerekçesi olursa olsun kimseye rüşvet verilmez ve iltimas yapılmaz.
2. Bence bu hastanede çalışanlar arasında ayrımcılık yapılmaz.
3. Bence bu hastanede hastaların hakları konusunda hassas davranılır.
4. Bence bu kuruluştta çalışanların hakları konusunda yeterli hassasiyet vardır.
5. Bence bu hastanede daha fazla kâr elde etmek amacıyla ahlaki ilkelerden taviz verilmez.
6. Bence bu hastanede ahlaki değerler çalışma hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır.
7. Bence bu hastanede birlikte iş yaptığımız paydaşların (ortak, tedarikçi, müşteri, vs.) ahlaki ilkeler konusundaki hassasiyetine önem verilir.
8. Bence bu hastanede hastaya sunulan hizmet konusunda yanıtıcı bilgiler verilmemektedir.

Yöneticilerin Temel Ahlaki Sorumlulukları

9. Bence bu kurumda yöneticiler dürüştür ve dürüştüğe önem verirler.
10. Bence bu kurumda yöneticiler çalışanlarına karşı adil davranırlar.
11. Bence bu kurumda yöneticiler iş ahlakına sahiptir.
12. Bence bu kurumda yöneticiler güvenilirlerdir.
13. Bence bu kurumda yöneticiler istişareye önem verirler.
14. Bence bu kurumda yöneticiler sözünde dururlar.
15. Bence bu kurumda yöneticiler çalışkandır.
16. Bence bu kurumda yöneticiler ilkeli davranırlar.
17. Bence bu kurumda yöneticilerin özgüveni yüksektir.
18. Bence bu kurumda yöneticiler sabırlıdır.
19. Bence bu kurumda yöneticiler inançlıdır.
20. Bence bu kurumda yöneticiler ölçülü davranır.

Çalışanların Temel Ahlaki Sorumlulukları

21. Bence bu kurumda çalışanlar dürüştür.
22. Bence bu kurumda çalışanlar çalışkandır.
23. Bence bu kurumda çalışanlar iş ahlakına sahiptir.
24. Bence bu kurumda çalışanlar güvenilirlerdir.
25. Bence bu kurumda çalışanlar sözünde durur.
26. Bence bu kurumda çalışanlar sadıktır.
27. Bence bu kurumda çalışanlar saygılıdır.
28. Bence bu kurumda çalışanlar adil davranırlar.
29. Bence bu kurumda çalışanlar istişareye önem verirler.

30. Bence bu kurumda çalışanlar inançlıdır.
31. Bence bu kurumda çalışanlar ilkelidir.
32. Bence bu kurumda çalışanların özgüveni yüksektir.

Kurumsal Performans

33. Bence çalıştığım kurum genel olarak rakiplerine göre daha başarılıdır.
34. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha yüksek bir pazar payına sahiptir.
35. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha hızlı büyümektedir.
36. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha kârlıdır.
37. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha yenilikçidir.
38. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha kaliteli hizmetler üretmektedir (sunmaktadır).
39. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre daha rekabetçi bir yapıya sahiptir.
40. Bence çalıştığım kurum rakiplerine göre çalışanlarına daha fazla yatırım yapmaktadır.

Bireysel Performans

41. Bence çalıştığım kurumda çalışanların performansı rakiplerine göre daha yüksektir.
42. Bence çalıştığım kurumda çalışanların mesleki bilgisi rakiplerine göre daha iyidir.
43. Bence çalıştığım kurumda çalışanlar rakiplere göre daha başarılıdır.
44. Bence çalıştığım kurumda çalışanlar rakiplere göre daha yüksek bir motivasyona sahiptir.
45. Bence çalıştığım kurumda çalışanlar rakiplere göre daha fazla kurum aidiyetine sahiptir.
46. Bence çalıştığım kurumda çalışanlar rakiplere göre daha fazla değer üretmektedir.
47. Bence çalıştığım kurumda çalışanların memnuniyeti rakiplerinden yüksektir.
48. Bence çalıştığım kurumda çalışanlar rakiplere göre daha başarılıdır.

Kitap
Değerlendirmeleri
Book Reviews

Review

Meslek Etiği, Sorumluluk ve Sorgulama/ İşkence

Professional Ethics, Responsibility, and Interrogation

Adem Başpınar^a

The Ethics of Interrogation: Professional Responsibility in an Age of Terror

Paul Lauritzen

Washington DC, 2013 Georgetown University Press, 227 pages

11 Eylül olayları birçok toplumsal kodu baştan aşağı dönüştürmüş ve bunların bir kısmı önceki konumuna dönememiştir. Bu dönüşümden profesyonel meslek grupları ve meslek kuruluşları da etkilenmiş, meslek sosyolojisi çerçevesinde; kamu yararı, devlet çıkarı, ulusal güvenlik, *teröre yönelik savaş*, iş ve meslek ahlakı gibi kavramlar yoğun biçimde tartışmaya açılmıştır. *Teröre yönelik savaşın* askeri personel ve istihbarat personeli yanında avukat, psikolog, hekim gibi profesyonel meslek sahiplerini de kapsaması bazı soruları beraberinde getirmiştir: Profesyonel meslek sahibi kimdir ve yaptığı işin ahlaki tabiatı nedir? Profesyonel meslek sahibi kamu yararını mı profesyonel sorumluluğunu mu öncelermelidir? Esas olan mesleğin gereğini yerine getirmek midir, ücretini ödeyenin istediklerini yapmak mıdır?

John Carroll University öğretim üyesi olan ve dini ahlak, bioetik, insan hakları alanında çalışmalar yapan Paul Lauritzen “The Ethics of Interrogation”

^a Arş. Gör. Adem Başpınar, Kırklareli Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Kavaklı Yerleşkesi, Kavaklı, Kırklareli 39000

Çalışma alanları: Askeri sosyoloji, sivil-asker ilişkileri, askeri etik, silahlı güçler ve toplum

Elektronik posta: abaspınar@kirkklareli.edu.tr

isimli eserinde farklı profesyonel meslek gruplarının ve meslek örgütlerinin *gelişmiş sorgulama tekniklerini* (enhanced interrogation techniques) nasıl değerlendirdiklerini, bu süreçlerde yeralmaya veya yeralmamaya nasıl yaklaştıklarını, yeralmışlarsa neler yaptıklarını avukatlar, psikologlar, sağlık personeli ve askeri personel üzerinden ele almaktadır.

Lauritzen'in cevabını aradığı soruları şu şekilde ifade edebiliriz: Profesyonel meslek sahipleri sorgulamanın bir parçası olmalı mıdır? Sorgulamalarda yeralacaklarsa süreçlere hangi oranda katılmalıdır? Profesyonel meslek örgütlerinin etik kodları, üyenin sorgulamaya katılmasında nasıl bir etkiye sahiptir? Profesyonel meslek sahiplerinin sorgulamalara katılmaları bu mesleklere yönelik kamu güvenini sarsar mı?

Lauritzen, geleneksel adli sorgulama tekniklerinin ötesine geçen ve askerî alanda izin verilen teknikleri “sert veya gelişmiş sorgulama teknikleri” olarak tanımlamakta ve bu kapsamda 10 adet tekniğin kullanıldığını belirtmektedir: (1) *Attention grasp*: sorguyu yapan iki eliyle mahkumun yakalarından tutup kendine doğru çeker ve onu sarsar. (2) *Walling*: sorguyu yapan mahkumu sırtı düz bir duvara gelecek şekilde hızlıca iter; mahkumun boynu ve kafası incinmesin diye bir havlu veya kapüşonla desteklenir. (3) *Facial hold*: sorguyu yapan, oturan mahkumun arkasında durur, avuç içiyle mahkumun kafasını yanaklarından bastırarak sabit tutar. (4) *Facial slap*: sorguyu yapan mahkumu şaşırtmak, sarsmak ve aşağılamak için tokat atar. (5) *Cramped confinement*: mahkum oturarak veya ayakta durarak ancak sığabileceği boyutta kutulara hapsedilir. (6) *Wall standing*: mahkum, ayakları duvardan 1-1,5 metre uzakta, el parmaklarının ucuyla duvara şınav pozisyonunda dayanır. (7) *Stress positions*: mahkum oturur vaziyette bacaklarını yanlara doğru açar ve ellerini başının arkasında birleştirerek uzun süre bekler; maksat fiziksel acı çektirmek değil, kas yorulmasına bağlı fiziksel rahatsızlık oluşturmaktır. (8) *Sleep deprivation*: mahkumun elleri önden bağlanır ve havada asılı bekletilir, uyuması engellenir. (9) *Insects placed in a confinement box*: mahkum fobisi olduğu bir hayvan ile aynı ortamda tutulur. (10) *Water boarding*: mahkumun ağzı ve burnu havlu ile kapatılır, belli bir yükseklikten havluya su dökülerek boğulma duygusu yaşatılır.

Lauritzen, 1 ila 6 numara arasındaki sorgulama tekniklerinin temel kişilik onurunu tehdit etmediği için kullanılabileceğini, geri kalanların ise kişiliği zedelediği ve zihinsel muhakemeyi ortadan kaldırdığı için kullanılmaması gerektiğini söylemektedir.

Psikologlar Guantanamo'da bu sorgulama tekniklerinin uygulanmasında G.W.Bush yönetimine yardımcı olmuş, avukatlar *gelişmiş sorgulama tekniklerini* meşrulaştırmış, hekimler ise sert sorgulamalar sırasında tutukluların fiziksel durumlarını gözlemlemiştir. Söz konusu meslek sahiplerinin bu sorgulamalara katılmaları kamuoyunda tartışma başlatmış, meslek icrasında etik ve ideallerin işlevinin sorgulanmasına yol açmıştır.

Lauritzen, profesyonel özeleştirinin meslek etiğine bağlılığın sürdürülmesine nasıl yardım edebileceği, *terör* tehdidi altındaki demokratik toplumda etik değerlerin nasıl şekilleneceği noktasında bir bakış açısı sunmaya çalışmıştır. Bu çerçevede öncelikle American Psychological Association (APA) içindeki profesyonellik tartışmasını ele almıştır. Sonra da profesyonel sorumluluk, hesap verebilirlik ve kontrterörizmin erdemli bir şekilde yürütülmesi etrafındaki temel tartışmaları incelemiştir. Lauritzen *tutuklunun onuru* ilkesini ve bunun kontrterörizme uygulanmasını savunmaktadır.

American Medical Association, American Psychiatric Association ve American Psychological Association, sağlık personelinin, psikiyatristlerin ve psikologların sorgulamalara katılmaları konusunda kendi tutumlarını açıklayan birer rapor yayınlamıştır. Ayrıca American Psychological Association kendi kurum rehberinde psikologların gelişmiş sorgulamalara *dolaylı* katılımlarının önünü açacak değişiklikler yapmıştır. Lauritzen ise Guantanamo'da sorgulamalara katılan psikologların, psikolojinin temel meslek değerlerini tehdit ettiğini söylemektedir.

Senate Select Committee on Intelligence 3 Aralık 2014 tarihinde 11 Eylül'den sonra CIA'nın kullandığı işkence tekniklerini deşifre eden bir rapor yayınladı. Bu rapor sayesinde sorgulama tekniklerinin Lauritzen'in belirttiklerinin çok daha ötesine geçtiğini ve -Lauritzen'in hiç değinmediği biçimde- bu tekniklerin işe yaramadığını öğrenmiş olduk. Halbuki CIA 1989'da ABD Kongresine verdiği bir raporda bu gibi sorgulama tekniklerinin mahkumlardan istihbarat elde etmeye yaramadığını zaten belirtmişti. Lauritzen eserinde bu konuya temas etmemiştir.

Lauritzen çalışmasının “Interrogating Justice” başlıklı bölümünde Adalet Bakanlığı tarafından 2002’de yayınlanan ve daha sonra yazarlarının isimleriyle (John Yoo ve Jay Bybee) meşhur olan bir dokümana (Bybee memorandum) dayalı olarak görüş belirtmektedir. Bu raporda CIA’in kullandığı hiçbir sorgulama tekniğinin işkence olarak nitelendirilemeyeceği, bu şekilde nitelenseler bile Başkomutan olarak Başkanın bu yöntemlerin kullanımına yetki verebileceği, bundan dolayı da federal kovuşturma açılmayacağı ileri sürülmektedir. Adalet Bakanlığı 2010’da yayınladığı bir başka raporda ise Bush yönetimine hukuki meşruiyet sağlayan bu dokümanın hukuki yaklaşımını kusurlu bulmuştur (Lichtblau ve Shane, 2010). Sorunlu olduğu yayınlayan kurum tarafından da kabul edilen bir raporun sonuçlarına dayalı olarak görüş belirtmek Lauritzen’in çalışmasının değerini düşüren bir unsur olmuştur. Çok sayıda alıntıya yer verilmesi de eserin argümantasyon akışını bozmaktadır.

Gelişmiş sorgulama tekniklerinin liberal demokrasilerde hangi düzeye kadar kullanılabilceği, bilgi ve istihbarat elde etmek amacıyla *terör* suçlusu kabul edilen kişiye işkence edilip edilemeyeceği tartışması gündemdeki yerini korumaya devam edecektir. CIA’in gelişmiş sorgulama tekniklerinin tasarımında ve uygulanmasında yeralan iki psikoloğun isimleri henüz deşifre edildi (Risen & Apuzzodec, 2014). APA son açıklamasında durumu kınadı ama gelişmiş sorgulamalarda yeralacak psikologların askeri sorgulama konusunda eğitimli olmalarının da önemini vurguladı. Lauritzen *insan onuru* ile *gelişmiş sorgulama tekniklerini* birarada değerlendirerek liberal demokrasinin açmazlarından birini göstermiştir.

Kaynakça

- Lichtblau E., & Shane, S. (2010, February 19). *Report faults 2 authors of Bush terror memos*. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2010/02/20/us/politics/20justice.html>
- Risen, J., & Apuzzodec, M. (2014, December 15). *C.I.A., on path to torture, chose haste over analysis*. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2014/12/16/us/politics/cia-on-path-to-torture-chose-haste-over-analysis-.html>
- Senate Select Committee on Intelligence. (2014). *Committee study of the Central Intelligence Agency’s Detention and Interrogation Program*. Retrieved from <http://www.intelligence.senate.gov/study2014/ssci2014.pdf>

Review

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Palyatif Bakım Kılavuzu

Practical Guidance for the Management of Palliative Care on Neonatal Units

Tutku Özdoğan^a

Practical Guidance for the Management of Palliative Care on Neonatal Units

Alex Mancini, Sabita Uthaya, Christina Beardsley, Daniel Wood, Neena Modi

2014, Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust & The Royal College of Paediatrics and Child Health, 36 sayfa

Bir bebeğin doğumu her zaman mutluluk verir. Ancak doğan her 10 bebekten biri yenidoğan yoğun bakım ünitesine girmekte ve ne yazık ki, ileri bilgi ve teknolojiye rağmen bu bebeklerin bir kısmı hayatını kaybetmektedir. Böyle bir durumda, hem kısa hayatının sonuna gelen bebeğe, hem de karmaşık duygular içindeki ailesine hassasiyetle yaklaşmak ve uygun destek vermek önemlidir.

Ülkemizde, hayatının sonundaki bir bebeğe -profesyonellik ve empatiyi dengeleyecek biçimde- nasıl palyatif bakım verilebileceğine dair yazılı veya şifahi bir rehber bulunmamaktadır. Palyatif bakım yalnızca son dönem kanser hastalarını ağırılarını kesmek gibi algılanmakta ve bu şekilde uygulanmaktadır.

^a Doç. Dr. Tutku Özdoğan, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Neonatoloji Eğitim Görevlisi; İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı doktora öğrencisi
Çalışma alanları: Yenidoğan, yaşam sonu bakımı
Elektronik posta: tutkuozdogan@yahoo.com

Yenidoğan palyatif bakımına yönelik farkındalığı arttırmak için İngiltere'deki "Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust" ve "The Royal College of Paediatrics and Child Health" kuruluşları farklı alanlardaki akademisyenlerle multidisipliner bir rehber hazırlayıp 2014 şubat ayında yayınladılar. Özet olarak tercüme ettiğimiz bu çalışmanın dünya ve Türkiye için bir örnek olmasını diliyoruz.

Tedaviyi kesme veya uygulamama kararı verilecek bebekler

Palyatif bakım yapılacak bebekleri 5 grupta toplayabiliriz (İngiliz Perinatal Tıp Birliği):

- 1- Her iki böbreğin veya beynin yokluğu gibi hayatla bağdaşmayan anomalilere sahip olanlar
- 2- Ciddi hastalık veya ölüm riski taşıyan, her iki böbrekte idrar birikmesi (hidronefroz) gibi anomalilere sahip olanlar
- 3- Gebelik haftası olarak yaşama sınırının altında kalanlar
- 4- Ağır asfiksi gibi, kendi kendine nefes alamayacak, yoğun bakımdan çıkmayacak, hayat kalitesi çok düşük olması beklenenler
- 5- Taşınamayacak kadar ağır yakınması olanlar

Tedaviyi kesme veya uygulamama kararı verildikten sonra bebeğe yapılacak işlemler

Yoğun bakımdan ayrı, sessiz bir odada aileyle yüz yüze konuşun. Aile isterse yakınlarını davet edebilmelidir.

Örnek bir konuşma: "Amacımız bebeğiniz için ağrısız huzur dolu bir son hazırlamaktır. Onu tedavi edemeyiz ama onun bakımına sonuna kadar devam edeceğiz. Size bu zor dönemde destek olmaya çalışacağız."

Gerekirse tercüman bulundurun. Aile bireylerinin tercüme yapmamasına dikkat edin. Aileye kendi aralarında tartışmak için şans ve zaman verin. Duygularını ve sorularını iletebilsinler. Hastayı takip eden hekim ve hemşire de görüşmeye dahil olsunlar. Teşhis için parça almak gerekiyorsa bunu aileye açıklayın.

Tedaviyi sonlandırmak için uygun yer ve zamanı aileyle konuşun. Bebeğe fiziksel olarak ne olacağını anlatın. Ölümün gecikebileceğini açıklayın. Ölüm sürecinde bebeğin nefes almada zorluk çekeceğini, renk değişikliği olabileceğini belirtin. Bu sırada ailenin bebeğin yanında bulunmak isteyip istemediğini sorun. Aile bunu istemeyebilir veya fikir değiştirebilir, saygılı olun.

Diğer aile üyeleri de anne-baba ile birlikte olabilir. Bu sırada bebeklerine banyo yaptırmak, bir kıyafet giydirmek, onu kucaklamak, el veya ayak izini almak, onunla fotoğraf çektirmek, kardeşleri veya ikizi varsa onlarla fotoğraf çektirmek, kullandığı eşyayı saklamak isteyebilirler.

Bebeğin hemşiresinin başka bebekle ilgilenmemesini sağlayın. Aile istediği anda hemşireye ulaşabilmelidir. Ölümünden sonra bebek morga veya aile isterse eve gidebilir.

Ağrı kontrolü

Palyatif bakım sırasında ağrıyı azaltmak önemlidir. Kullanılacak ilacın grubunu, dozunu, veriliş yolunu ve süresini iyi ayarlayın. Ağrıyı ölçmek gerekebilir. Bebeğin damar yolu açıksa onu kullanın. Bebek ağrı kesici alıyorsa devam ettirin, opiat türevi bir ilaç başlayacaksanız dozunu ayarlayarak yükleme yapın. Opiatların solunumu baskılayıp ölümü hızlandırabileceğini aileye bildirin.

Bebeğin damar yolu açık değilse ve ağızdan ilaçla ağrı yeterince azaltılamıyorsa ilacı derialtı veya yanakiçi yolla verebilirsiniz. İlacı kastan uygulamayın. Az ağrı durumunda sukroz veya parasetamol deneyebilirsiniz. Gürültü ve ışığı azaltın. Emzik verebilir, kundaklama uygulayabilirsiniz.

Belirtilerin kontrolü

Bebek havale için ilaç alıyorsa devam ettirin. Sekresyon varsa yavaşça aspire edip glycopyrrolate, hyoscine gibi ilaçlar kullanabilirsiniz. Sekresyonu ve ağlamaları kayıt altına alın. Damarıçinden kan basıncı, kandaki oksijen miktarı, kalp atımı ve kan testleri takiplerini sonlandırın. Bebeği solunum cihazından ayırdıktan sonra belirli aralarla kalp atımını sayın.

Beslenme ve sıvı takviyesine devam edilmesi veya edilmemesi

Tedavinin amacı beslemek değil, konfor olmalıdır. Bebeğin ağrısı varsa ağızdan beslenmeyi sonlandırın, kusması varsa beslenme miktarını azaltın. Bebek emebiliyorsa anne emzirebilir. Yaşama desteğini çektikten sonra, ölüm zamanı çok yakınsa ağızdan ve damardan beslenmeyi kesin. Ölüm zamanı yakın değilse bebekte açlık ve huzursuzluk yaratmayacaksa aile ile konuşarak beslenmeyi kesebilirsiniz. Bebek eve gönderilecekse beslenmeye ve sıvı takviyesine nasıl devam edileceği aile ile birlikte düzenlenmelidir. Aileye nazogastrik tüple besleme eğitimi verin. Bebeğin doğrudan mide veya bağırsaktan beslenmesi için cerrahi girişim yapıp yapılmamasına işlemin zararlarını ve ölümü uzatacağını düşünerek karar verin. Gerekirse aileye bu yolla besleme eğitimi verin ve takip edin.

Solunum ve oksijen tedavisi

Aileye solunum cihazından ayrılınca bebeğe ne olacağını, ne zaman ve nasıl olabileceğini, hangi personelin yanlarında olacağını açıklayın. Ölümün hemen gerçekleşmeyebileceğini ve zaman alabileceğini anlatın. Solunum tüpünü kimin çekeceğine ve solunum cihazını kimin kapatacağına karar verin. Tüpü çekmeden önce bebeği beslemeyin ve tüpü aspire edin. Solunum cihazı ve monitörlerin alarmını susturun. Aileye o sırada odada bulunma ve bebeği tutma şansı verin. Oksijen tedavisine devam etmek ölümü geciktirebilir.

Palyatif bakım alanı

Ailenin mahremiyeti ve konforu gözönüne alınarak bir yer seçilmelidir. Bebek yoğun bakımın içinde kalabilir veya ayrı bir oda seçilebilir. Annenin kendi tedavisi devam ediyorsa aksamaması sağlanmalıdır. Bebeğin tedavisine son verildikten sonra ölümü hemen gerçekleşmeyecekse ve bir bakımevine gönderilme imkanı varsa aile ile konuşulmalıdır. Bebek palyatif bakım ekibinin olduğu bir bakımevine gönderilecekse taburcu edildiği hastanedeki yenidoğan hekimiyle bağlantısı devam etmelidir.

Tüpü çıkarmadan önce eve veya ev yakınındaki bir hastaneye transfer de konuşulmalıdır. Transfer edilen yerde şartlar tüp çıkarmaya uygunsa tüpü çıkarın. Palyatif bakım ve transfer ekiplerinin uygunluğu da kontrol edilmelidir. Bebeğe ve aileye göre bakım şartları değiştirilebilir. Palyatif bakım kararı doğum öncesinde alındıysa aileye bir bakımevini ziyaret etmesi önerilebilir. Bu süreçte aileye destek olabilecek aile hekimliği, hemşirelik hizmetleri gibi birimlerle dialog kurulmalıdır.

Yenidoğan ünitesinde hayatın sonuna dair ikilemler

Yenidoğan bebek için bakım planının palyatif bakıma dönüşmesi aşamasında aile bireyleri arasında, sağlık personelinin kendi arasında ve aile - sağlık personeli arasında fikir ayrılıkları olabilir.

Sağlık personeli arasında görüş ayrılığı varsa, iyi planlanmış, psikososyal içeriği olan toplantılar ve multidisipliner vaka tartışmaları yapılmalı, hastayla ilgilenen bütün personelin fikirleri alınmalı, mümkünse taraflar arasında görüş ayrılığı azaltılmalı, karar aşamasında en tecrübeli olanların düşüncelerine önem verilmeli, son kararı hastayı takip eden kıdemli klinisyene bırakmalıdır.

Aile ile sağlık personeli arasında görüş ayrılığı varsa, aileye kararı düşünmek için zaman verilmeli ve kıdemli klinisyen yeni bir görüşme ayarlamalıdır. Hekim ailenin tedaviye devam etme kararı vermesine yolaçan sebepleri bulmaya çalışmalıdır. Destek ünitesinin tedavi edici olmadığını, bebeğin durumunu değiştiremeyeceğini, tedaviyi sonlandırmanın bakımın bırakılacağı anlamına gelmediğini,

bakım şeklinin değişeceğini açıklamalıdır. Aile, fikirlerini diğer aile bireyleriyle, arkadaşlarıyla, dinsel ve ruhsal otoritelerle tartışabilir, ikinci bir görüş alabilir. Ailenin tedaviye devam etme kararı karşısında sağlık personeli yargılayıcı davranmamalıdır. Fikir birliğine varılmadığında hastane etik komitesinden yardım alınabilir, tartışmanın yapıldığı açık bir forum istenebilir. Bu süreçte aileye bebeğin bakımında en ufak bir değişikliğe gidilmeyeceği açıklanmalıdır.

Hollandada yapılan bir araştırmada sağlık personeli arasındaki fikir ayrılığı %4, aile - sağlık personel arasındaki fikir ayrılığı %12 olarak bulunmuş, fikir ayrılıkları toplantı yapılarak ve gerektiğinde ikinci görüş alınarak giderilmiştir.

Yenidoğan ekibine ruhsal destek dahil her türlü yardım hazır olmalıdır. Bebeğin ölümünden sonra personelle refleksiyon çalışması yapılmalıdır. Gerekirse inançlar konusunda din görevlilerinden yardım alınmalıdır.

Palyatif bakım başladıktan sonra aileye destek

Yenidoğanda palyatif bakıma başlandığında annenin sütünü kesmek konusunda yeterince veri yoktur. Göğüsler sarılarak sütün kesilebileceği belirtilmiştir. Cabergoline, prolaktini inhibe etmek için dopamin D2 reseptör agonisti gibi ilaçlar ve süt bağıışı uygun çözüm olabilir.

Yenidoğan ekibi palyatif bakım sırasında aileye ruhsal ve duygusal açıdan destek olmalı, bebekleriyle ilgili kritik kararları kolaylaştırmalıdır. Personel her ailenin kendine özgü kültürel ve dini inançları olduğunu bilmelidir. Aile istediği din adamını çağırabilmeli, inançlarına göre dua, vaftiz, oruç gibi dini vecibelerini yerine getirebilmelidir. Anne ile baba arasında inanç ve kültür farklılıkları olabilir. Dindar olmadığını söyleyen ailelere din konusunda yardım önerirken dikkatli olmalıdır.

Ailelerin bebekleriyle özel zaman geçirmesi ve birlikte hatıralar oluşturması yas sürecinde faydalı olmaktadır. Yastaki aileye verilebilecek destekle ilgili veriler yetersiz olmasına ve yakınına kaybeden herkes yas sürecindeki yardımdan aynı derecede fayda görmemesine rağmen, personelin gerekli eğitimi alıp bebeğini kaybeden aileye destek olması için yeterince etik neden ve olumlu tecrübe var-

dır. Literatüre göre, bebeğin ölümünden sonra 2 ay içinde bebeği takip eden yenidoğan uzmanı ve hemşiresinin aile ile görüşmesi ruhsal fayda sağlamaktadır.

Otopsi ve organ bağışı

Bebeğin ölüm nedeni bilinse de her ölen bebek için otopsi istenmelidir. Ailenin rızasını bu konuda eğitilmiş personel almalıdır. Adli vakalarda otopsi daha fazla önem kazanmaktadır. Organ bağışı düşünülüyorsa aile ve sağlık personeli birlikte hareket etmelidir.

Sonuç

Ülkemizde yenidoğan palyatif bakım uygulamalarının aileler ve sağlık personeli tarafından kabul edilmesi zaman alacaktır. Bu konuda hukuki açıdan da ciddi değişikliklere ihtiyaç vardır. İnsanlık onuru adına ilerleme kaydedilebilmesi için ilgili tarafların biraraya gelip gerekli düzenlemeleri yapması gerekir.

Review

Enhancing Evolution, Transcending Human Nature

Evrimi Geliştirmek, İnsan Doğasını Aşmak

Rainer Brömer^a

Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People

John Harris

Princeton, 2010 (Kindle Ed.), Princeton University Press, 261 pages

What is “human nature”? While discussing human dignity and rights, what is the nature of the being that we have in mind? Anthropology seeks to address the ancient foundational question of philosophy: “Who are we?” With all its variety, the human species, at the current point in time, is usually considered to be stable. It consists of a gene pool that produces phenotypes that vary but is not moving in one specific direction. Biomedical interventions into human bodies and minds are assessed on the basis of this common humanity – however differently abled individuals can be perceived among them.

John Harris, a doyen of bioethics at the University of Manchester (U.K.), challenges this widely held consensus. Over hundreds of millennia, the succession of populations leading to our current human community underwent momentous changes. Had it not, “we” would still be living in the guise of

^a Rainer Brömer, Ph.D., Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Medical History and Ethics, Capa, Fatih, Istanbul 34093 Turkey
Research areas: History of medicine in Islam, cultural history, bioethics
Email: rainer.broemer@gmx.de

humanoid organisms. Had we gone down a different route of changes, “we” would be bonobos or chimpanzees. If this is true of our past, Harris argues, then how can it not be true of our future? Why should we assess possible modifications of “human nature” by the yardstick of today’s physiology and psychology? Harris doubts that current humanity is ethically more valuable than potential descendants diverging significantly from our present form and function. He discusses the future of humankind, not with an apocalyptic view in which today’s *Homo sapiens* struggles for survival but with a vision of a different humankind benefiting from all sorts of enhancements; genetic, pharmacological, etc. Harris’s perspective is one in which humankind reaches a state of bodily immortality or at least achieves a lifespan of five hundred to one thousand years. He considers this aim to be attainable even with today’s state of technology and to be ethically desirable, brushing off common reservations, be they egalitarian or ecological. Harris suggests a pilot project enabling a small number of individuals to undergo life-extending treatments to monitor these effects on society. Given the possibility that few people would even volunteer for an untested modification, he does not anticipate major conflicts over access to life prolongation. Eventually, he argues that participation in this line of research will become a moral obligation, if not to ourselves, then to future generations.

It is common to find philosophers feeling more confident vis-à-vis technological possibilities than scientists themselves. Though risk assessment is not the topic of Harris’s book, we should not forget that even modest advances in biotechnology have revealed major flaws; the cloned sheep Dolly died young and in pain. However, even the ethical perspective seems strangely underdeveloped. At the current state of this debate, it might be more useful to explore societal scenarios through science fiction, a genre that provides a wider range of thoughts than dry academic speculations. I was quite surprised to not find a single reference to the classic film “Gattaca” (1997), which addresses a number of the ethical questions raised by Harris and answers them in the negative. The plausibility of Harris’s assertion that providing genetic enhancement and extreme longevity to a limited section of the population would not create existential ethical problems is not very high, and his comparison with the use of artificial lighting or compulsory schooling as established enhancement techniques is not convincing.

Harris's basic reminder that living species change is certainly valuable. It is also undeniable that humans have increased the depth of interventions into species' evolutionary destiny in various ways. On the other hand, the specific manipulations Harris champions in his book ought to be contemplated with great caution, for biological reasons as well as from an ethical and socio-political perspective. Germ line modifications cannot be undone except by undoing their carriers. In addition, revolutionizing the most fundamental aspects of society (like mortality) in the blink of an eye, which have evolved over millennia, does not bode well for the future of humankind—this one or another.

“Enhancing Evolution” is a stimulating read, raising vital issues that deserve reflection. Yet, we could call it a premature book, several steps ahead of an argument that still requires substantiation.

Review

Tıptaki Değişimin İnsani, Hukuki ve Etik Boyutu Humanistic, Legal, and Ethical Dimensions of Medical Transformation

E. Elif Vatanoglu-Lutz^a

Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk

Sevtap Metin

İstanbul, 2010, On İki Levha Yayıncılık, 579 sayfa

Uygulamalı bir etkinlik olarak tıp, öznesi ve nesnesi insan olan hekimlik mesleği aracılığı ile hastalıkları engellemek ve tedavi etmek amacı güder. Tıp alanında bilgi üretme yöntemlerinin gelişmesine paralel olarak teşhis ve tedaviye ilişkin bilgiler logaritmik hızla artmaktadır. Ancak hastalıkların teşhis ve tedavisinde yalnız bilgi ve beceri değil, hastalığa ve hastaya özgü değer sorunları ve hukuki süreçler de önemli yer tutmaktadır.

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Felsefesi ve Sosyolojisi profesörü Sevtap Metin tarafından kaleme alınan “Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk” başlıklı kitap, bütün bu değer sorunlarını ve hukuki süreçleri geniş bir perspektifle ele alıyor. Kitabın, alanında yazılan en kapsamlı araştırma ve düşünce eseri olduğunu söyleyebiliriz. Yazarın önsözde dile getirdiği “yeni yüzyılın biyo-teknoloji yüzyılı olacağı” öngörüsü hem bir gerçekliğe işaret etmekte, hem de kitabın önemini arttırmakta.

^a Doç. Dr. E. Elif Vatanoglu-Lutz, Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İnönü Mah. Kayışdağı Cad. 26 Ağustos Yerleşimi, Ataşehir, İstanbul 34755
Çalışma alanları: Etik, tıp tarihi, tıp hukuku, sağlık politikaları
Elektronik posta: drvatanoglu@yahoo.com

Kitap üç ana bölümden oluşuyor. Birinci bölüm “Biyo-Tıbbın Sosyo-Kültürel ve Ahlakı Temellendirilmesi” başlığını taşıyor. Bu bölümde biyoetiğin temel konuları arasında yer alan ölüm kavramı, semavi dinlerin hayatın başlangıcına ve yardımcı üreme tekniklerine yaklaşımı ve biyo-tıp alanındaki ahlak teorileri üzerinde durulmakta, günümüzde giderek yaygınlaşan ve hızla yenilenen biyo-tıp teknolojisi sorgulanmakta, kültürel farklılıkların biyoetikteki yansımalarına değinilmektedir. Dünyada ve ülkemizde tıp etiği eğitiminde yaygın olarak kullanılan “ilkecilik” akımı, içeriğindeki dört temel ilke tek tek ele alınarak açıklanmaktadır. Biyo-tıp alanıyla ilgili herkesin faydalanabileceği örneklerle zenginleşen bölüm, özellikle tıp ve hukuk alanında eğitim görenlerin ve çalışanların düşünme, sorgulama ve problem çözme becerisi geliştirmesine ciddi katkılar sağlayacak nitelikte. Bölüm içeriği, insan hakları, onuru, gönenci ve örselenebilirliği kavramlarını tarihsel süreciyle birlikte anlamak için iyi bir fırsat sunuyor. Hastaya biyopsikososyal yaklaşımın önemini anlamayı kolaylaştırıyor. Etik sorunları özellikle hukuk sorunlardan ayırt edebilme konusunda tanımlara yer veren bölüm, sağlık politikaları, ekonomisi ve teknolojisinin hekimlik uğraşına, hekim-hasta ilişkisinin dinamiklerine ve temel değerlerine etkilerini görebilme, yönetebilme, hastasının lehine dönüştürebilme ve hukuki yansımalarını kavrayabilme açısından önemli bilgiler ve ipuçları içeriyor.

İkinci bölüm, “Biyo-Tıp Etiğinin Kapsama Alanındaki Hayatın Başlangıç ve Sonuna İlişkin Temel Konular” başlığını taşıyor. Deontoloji, ahlak ve hukuk gibi normatif sistemleri tanımlayabilme ve aralarındaki farkları değerlendirebilme bilgisini akıcı ve ayrıntılı bir kurguyla ele alan bu bölüm, biyo-tıp ve biyoetik alanlarının değer sorunlarını fark edebilme, hekim-hasta iletişimde etik değerleri koruyabilme, etik ikilemleri çözme becerisini geliştirebilme amacı güden herkes için bir kılavuz olarak değerlendirilebilir.

Hayatın başlangıcına dair etik ikilemler, insan haklarını ve hekimlik uygulamalarındaki değer sorunlarını doğrudan ilgilendirmesi nedeniyle biyoetiğin ana meselelerindedir. Kürtaj ve sezaryenin son dönemde dünyada ve toplumumuzda nasıl yaygın biçimde tartışıldığına, yazılı ve görsel basın-yayın organlarında haberlere konu edildiğine ve haklarında pekçok görüş farklılığı bulunduğu şahit oluyoruz. Bu meseleyi hayatın değeri bakış açısıyla ele alan bölümde çarpıcı açıklamalar ve yorumlar var.

Canlıdan ve ölüden alınan organın, organ parçasının veya dokunun bir başka insanın, işlevini yitirmiş organı veya dokusu yerine aktarılmasını ve bununla ilgili her türlü hazırlık, temin, koruma, saklama ve uygulama koşullarını içeren organ nakli operasyonları, olağanüstü emek, bilgi ve yetkinlik isteyen, insanlık ve bilim adına çok önemli ve öncü nitelikte gelişmelerdir. İnsan hayatını kurtarmak, uzatmak, hayatın niteliğini geliştirmek, tedavi etmek amacıyla yapılan organ nakli operasyonlarının tıbbi, etik ve hukuki boyutları birçok farklı görüş ve tartışmayı da beraberinde getirmektedir. Bir başka hayatı kurtarmak için canlı bedene dokunmak yerine kök hücre araştırmaları gibi yeni teknolojilerden yararlanmak üzere çalışmalar yapılmaktadır. Organ bağıışı için kamuoyunda duyarlılık, güven, bilinç ve destek yaratacak bilgi temelli aydınlatıcı kampanyalar yürütülmesi önemlidir. Kitabın bu bölümünde beyin ölümü kavramı bütün yönleriyle geniş çapta ele alınmış; organ naklinin insan varlığının biricikliği ve değeri öncelenecek, insan onuru ve kişiliği korunarak, ırk, din, dil, cinsiyet ayrımı gözetmeden, insan temel hak ve özgürlüklerine saygılı biçimde gerçekleştirilmesine dair değerli bilgilere yer verilmiştir.

Üçüncü bölüm ise “Biyo-Tıp Meselelerinin Adalet ve Hukuk Boyutu” başlığını taşımaktadır. Tıbbın evrimi ve bireyin devlet ve toplum karşısında güçlenmesi, hukuk ve deontolojide değerlerin ve kurulların sorgulanmasını ve değişmesini gündeme getiriyor. Hukuk doktrinleri; hak, yetki, ödev, yükümlülük, sorumluluk, adalet gibi kavramların tanımını yapmaya çalışan, hakların kaynağını araştıran ve yöntemli bir zihni çabanın ürünü olan bilgi sistemleridir. Bu bölümde hemen hemen bütün tıp hukuku konularına ait kapsayıcı bir bakış ve bilgilendirme sunulmuş. Bölüm, etik kurulların yapısı ve işleyişiyle ilgili geniş ve faydalı bir değerlendirme içermekte. Klinik araştırmalarda; gönüllülerin güvenlik, esenlik ve haklarının korunması, bilimin ve toplumun çıkarının hiçbir zaman deneğin sağlığı ile ilgili kaygıların üzerine çıkarılmaması ve gönüllülüğün kötüye kullanımının önlenmesi için temel güvence Araştırma Etik Kurullarıdır. Kurullar, araştırma protokollerini önceden gözden geçirip gerekli işlemleri yaparak kamu güvencesini sağlamaktadır. Bu bölümde, tıp etiği alanının önemli belirleyicilerinden olan Dünya Hekimler Birliği Bildirgelerine hiç yer verilmemiş olması bir eksiklik gibi görünse de, bölümün içeriği kendi içinde bir bütünlüğe ve akışa sahip.

Sağlık hizmetlerinin ve teknolojilerinin bilimsel, hukuki, etik standartlara uygun olarak hastaya ulaşması için bütün tarafların, devlet organlarının, yasa koyucuların, sağlık kurumlarının, sağlık çalışanlarının, meslek örgütlerinin, uzmanlık derneklerinin, yazılı ve görsel medyanın ve tek tek bireylerin, hastanın yararı ve toplumun ihtiyaçları çerçevesinde sorumluluklarını yerine getirmek üzere işbirliği yapması gerekir. Sevtap Metin'in "Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk" isimli eseri bu ihtiyaca bütüncül bakış açısıyla yaklaşan bir çalışma. Akademisyenlere olduğu kadar akademisyen olmayanlara da hitap eden rahat anlaşılır dili ve akıcı, sürükleyici anlatımı, kitabın güçlü yönlerinden biri olarak vurgulanmalıdır.

Tıp fakültesinden mezun olan her hekimin öncelikle, tarihi ve felsefi tartışmaları takip edebilen, olaylara yeni ve alternatif yaklaşımlar sunabilen bir aydın kimliğine sahip olması beklenir. Hekim, yaşadığı toplumun sorunlarını izlemek, tahlil etmek ve sorumluluk bilinci ile kendi görüşlerini oluşturmak durumundadır. Öte yandan, hukuk fakültesi mezunlarının da biyo-tıp meselelerinin hukuk ve adalet boyutu üzerinde giderek daha çok düşünmeleri ve fikir üretmeleri beklenmektedir. Biyo-tıbbın sosyo-kültürel ve ahlaki temellerini yetkinlikle ortaya koyan "Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk", mesleki kimliğini ve onu oluşturan değerler bütününe bilme ve buna uygun tutum ve davranışlar geliştirme kaygısı duyan bütün tıp ve hukuk mensupları için bir başucu kaynağıdır.

İş Ahlakı Dergisi

Yazarlara Notlar

İş Ahlakı Dergisi iktisadi hayatın bütün unsurlarına ahlakın yaygınlaştırılması, ahlakın iş dünyasında egemen olması ve ahlaklı girişimcilerin çoğalması yönünde çalışmalar yapan İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Derneği'nin (İGİAD) altı ayda bir (Mayıs-Kasım) yayımladığı akademik bir yayındır.

İş Ahlakı Dergisi, iş ahlakı ile ilgili akademik araştırmalara, teorik ve pratik çalışmalara yardım ve öncülük yaparak iş ahlakının tüm iktisadi kavramlara ve iş dünyasına nüfuzunun önünü açmak, iş ahlakı konusunda yeni düşünsel çalışmaların yapılmasına katkı sağlamak ve üretilen bilgi birikimini açığa çıkarmak amacıyla yayımlanmaktadır.

İş Ahlakı Dergisi, yayımlayacağı makalelerle iş ahlakı alanında bilimsel bir bilgi birikimi oluşturmak üzere, değerlendirme ve tanıtım yazılarıyla alanda yapılan çalışmaları, kurumları ve eserleri tanıtır. Bu bağlamda dergide; yönetim süreçleri ve politikalarıyla ilgili ahlakı konuları ve farklı perspektifleri özenli ve detaylı bir biçimde analiz eden, bireysel ve kurumsal iş ahlakı konusunda teorik ve pratik açılımlar sunan, iş ahlakı konusunu girişimcilik bağlamında ele alan yazılara yer verilmektedir.

İş Ahlakı Dergisi'nde;

- İş ahlakı alanı ile ilgili nicel, nitel araştırmalara, en son literatürü kapsamlı biçimde değerlendiren derlemelere, meta-analiz çalışmalarına, model önerilerine ve benzeri özgün yazılara yer verilir.
- İleri araştırma/istatistik yöntem ve teknikleri kullanılan güncel çalışmalara öncelik tanınır.
- Çalışmaların yöntembilim açısından yetkinlikleri kadar alana orijinal ve yeni katkı sunmaları da temel yayımlanma kriteridir.
- Yayımlanan yazıların sorumluluğu yazarına aittir. Yayımlanan yazılar, düşünsel planda İş Ahlakı Dergisi'ni bağlamaz.
- Yayımlanmış yazıların yayım hakları İGİAD'a aittir.
- İş Ahlakı Dergisi ve yazar/ların isimi kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.
- İş Ahlakı Dergisi'nin yayım dili Türkçe ve İngilizce'dir.

Dergiye gönderilecek yazılar;

- A4 boyutlarındaki kağıda üst, alt, sağ ve sol boşluk 2,5 cm bırakılarak (16 x 24,7 cm'lik alana) 1,5 satır aralıklı, iki yana dayalı, satır sonu tirelemesiz ve 10 punto Times New Roman yazı karakteri kullanılarak yazılmalıdır.
- Gönderilen tablo, şekil, resim, grafik ve benzerlerinin derginin sayfa boyutları dışına taşmaması ve daha kolay kullanılmalrı amacıyla 10 x 17 cm'lik alanı aşmaması gerekir. Bundan dolayı tablo, şekil, resim, grafik vb. unsurlarda daha küçük punto ve tek aralık kullanılabilir.
- İngilizce uzun özet de dâhil olmak üzere çalışmalar 35 sayfayı aşmamalıdır.
- Çalışmanın, MS Word ile yazılmış bir kopyasının editor@isahlakidergisi.com ve turkishjournalofbusinessethics@gmail.com e-posta adreslerine ekli dosya olarak gönderilmesi editoryal sürecin başlaması için yeterlidir.

- Çalışma gönderildikten sonra en geç bir hafta içinde alındığını teyit eden bir elektronik posta mesajı gönderilir.

Gönderilen çalışmaların aşağıda koyu yazılan bölümleri içermesi gerekmektedir;

- *Türkçe Başlık Sayfası* (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgilerini içermelidir)
- *Türkçe Öz* (150-200 kelime arası)
- *Anahtar Kelimeler* (5-8 kelime arası)
- *Ana Metin* (Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)
- Yöntem kısmında ise eğer yeni bir model kullanılmışsa model alt bölümü ile mutlaka örneklem/çalışma grubu, veri toplama araçları ve işlem alt bölümleri bulunmalıdır. Derleme türü çalışmalar ise problemi ortaya koymalı, ilgili literatürü yetkin bir biçimde analiz etmeli, literatürdeki eksiklikler, boşluklar ve çelişkilerin üzerinde durmalı ve çözüm için atılması gereken adımlardan bahsetmelidir. Diğer çalışmalarda ise konunun türüne göre değişiklik yapılabilir, fakat bunun okuyucuyu sıcağak ya da metinden faydalanmasını güçleştirecek detayda alt bölümler şeklinde olmamasına özen gösterilmelidir.
- Tablo, şekil, resim, grafik vb. metin içerisinde yer almalıdır.
- *İngilizce Başlık Sayfası* (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgilerini içermelidir)
- *Abstract* (150-200 kelime arası)
- *Key Words* (5-8 kelime arası)
- *İngilizce Ana Metin* (En az 2,000 kelimelik çalışma Türkçe metindeki alt bölümlerini ve kaynakçada yer alan her bir referansı içermelidir. İngilizce ana metin çalışma yayıma kabul edildikten sonra gönderilir)
- *Kaynakça* (Hem metin içinde hem de kaynakçada Amerikan Psikologlar Birliği (APA) tarafından yayınlanan *Publication Manual of American Psychological Association* adlı kitapta belirtilen yazım kuralları uygulanmalıdır).

Yayım Süreci Üzerine Notlar

- Yazar ya da yazarların tamamının ıslak imzasını taşıyan aşağıdaki içeriğe sahip bir mektup yayıncıya posta ile gönderilmelidir: *yazının tüm yazarlarca okunduğu, onaylandığı, başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, yazının hazırlanmasının her aşamasında bilimsel etik kodlara uyulduğu, yazı yayımlandığı takdirde tüm yayın haklarının yayıncıya devredildiği.*
- Birden çok yazarlı makalelerde editoryal yazışmanın kiminle yapılacağı belirlenmeli ve açık bir şekilde belirtilmelidir.
- Yayımlanan yazıların içeriğinde ya da alıntılarında olabilecek çarpıtma, yanlış, telif hakkı ihlali, intihal vb. hususlardan yazar/yazarlar sorumludur.
- Yayımlanan yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. İlgili çalışmada, eğer etik onay alınması gereken durumlar söz konusu ise yazarların etik kurullardan ve kurumlardan onay aldığı var sayılmaktadır.
- Hem metin içinde hem de kaynakçada *TDK Yazım Kılavuzu (Yazım Kılavuzu, 2009, Türk Dil Kurumu, Ankara)* veya www.tdk.gov.tr adresindeki online hali yazım kuralları, akademik atıf ve gelenekler bağlamında ise *Publication Manual of American Psychological Association* [6. Baskı] esas alınır.

Turkish Journal of Business Ethics Notes for Contributors

Turkish Journal of Business Ethics is a semiannual, peer reviewed publication of the *Economic Enterprise and Business Ethics Association (IGIAD)* which aims to promote ethical practices in all the aspects of business world and supports ethically concerned entrepreneurs.

Turkish Journal of Business Ethics is published with the purpose of pioneering, covering, and supporting theoretical and practical academic studies in the area of business ethics. The journal hopes to stimulate and contribute to contemporary exchanges of views on the topic. It is the hope of this journal that through such efforts good ethical practices will be spread and made common in business world.

Turkish Journal of Business Ethics is published twice (May, and November) a year by the Economic Enterprise and Business Ethics Association (IGIAD). In the journal, all the activities related with exchange of properties and services are considered within business and work. The ethical dimensions of mentioned activities of business world, managers, workers, academicians, institutes, NGOs, and etc. are analyzed in the journal.

In that respect, the journal considers articles, reviews, book reviews, and announcements;

- Analyze carefully the processes and politics of ethical issues in management.
- Present theoretical and practical expansions on personal and institutional business ethics.
- Approach business ethics in the context of entrepreneurship.

Contributors submitting their work to *Turkish Journal of Business Ethics* (TJBE) Journal should be informed that:

- TJBE seeks to publish articles from all areas of business ethics. Articles should include quantitative, qualitative research, comprehensive literature reviews, meta-analysis, model proposals and original writings of similar quality.
- TJBE gives priority to current studies using advanced research and statistical methods and techniques.
- TJBE considers original contribution to the field and competency in methodology the main criterion for publication.
- Authors bear responsibility for the content of the published articles.
- Authors are assumed to have conformed to an ethical code of conduct during research. Ethical problems that may arise after publication are binding for authors only.
- Published articles are not intellectually binding on TJBE.
- Publishing rights of the manuscripts belong to IGIAD.
- Articles may not be quoted without citing TJBE and the author(s).
- TJBE publishes manuscripts in Turkish and English.

The manuscripts that have been submitted to TJBE are first assessed by the editorial board in terms of purpose, topic, content, presentation style and mechanics of writing.

As part of the submission process, authors are required to ensure their submission's compliance with all of the following items;

- manuscripts should be typed on a A4-sized paper, with top, bottom, right and left margins 2.5 cm (16 x 24.7 cm area), 1.5 line spacing, justified, no end of line hyphenation, using Times New Roman font 10.
- tables, figures, pictures, graphics, and the like should not exceed an area of 10 x 17 cm, and a smaller font and single spacing is recommended.
- manuscripts must not exceed 25 pages,
- the editorial process starts when a copy of the manuscript is forwarded to the following e-mail address as an attached file written in MS Word: editor@isahlakidergisi.com or turkishjournalofbusinessethics@gmail.com
- within one week after the submission of the manuscript an electronic mail message is sent to confirm receipt.
- Submitting authors will be asked to mail, fax or e-mail a letter to the publisher bearing the signatures of all authors, with the following content: This letter should clearly indicate that the manuscript is the product of a collaborative study of the authors; it has not been submitted to another journal; and ethical codes have been complied with at every stage of the study. If there are co-authors, the letter should specify with whom editorial correspondence will be conducted.
- All submissions will be first reviewed and assessed by the Editorial and Advisory Boards in terms of subject matter, contents, suitable presentation and accordance with spelling rules.
- The manuscripts which are found suitable and acceptable by the mentioned boards will be submitted for scientific assessment to referees who are well-known and distinguished by their works in related branches.
- Referees' reports are secret. Authors have to take into consideration the suggestions, criticisms and corrections made by both Referees and Editorial-Advisory Boards.
- Authors are responsible for opinions expressed in the articles.
- Quotation from the articles in the journal is allowed in condition that the journal should be indicated and acknowledged as source.
- Quoting person or institutions are responsible by law for distortions.
- No payment will be made for published articles.

The manuscripts submitted should comply with the sample manuscript format and contain the following sections:

- *English Title Page* (article title, author(s)' full names and titles, address, phone, fax and electronic mail)
- *Abstract* (between 150-200 words)
- *Key words* (between 5-8 words)
- *Main Text* (quantitative and qualitative studies should include introduction, methodology, findings, and discussion sections. If the study has used a new model, the methodology section must include sample/working group, data collection tools and subdivisions of the procedure. Papers that are based on compilation of other studies should lay down the problem, analyze the relevant literature comprehensively, underline the gaps and contradictions in the field, and discuss the solution to the problem. Other studies may vary the sections depending on the subject, but there should not be too many sub-sections that will impede fluency. Tables, figures, pictures, graphics and so on should be included within the text.)
- *References* (for in text citations and references section, APA style (Publication Manual of the American Psychological Association [6th edition] published by the American Psychological Association) must be used.
- *Appendices*