

SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN AYRIMCILIK

Kevser VATANSEVER*

Öz: Sağlık çalışanlarının önyargıları ve ayrımcılık davranışları sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin ortaya çıkmasında belirleyici etmenlerdendir. Diğer kamu çalışanları gibi sağlık çalışanları da yaygın kalıpyargı (stereotip), önyargı ve ayrımcılıkların etkisi altındadır. Sağlık hizmetinde ayrımcılık hasta-çalışan iletişimi sırasında, tanı tedavi kararı aşamasında ve istatistiklere başvurarak karar verilirken aşırı genelleme yoluyla kendini gösterir. Azınlık gruplardan bireylerle iletişimde isteksizlik ve olumsuz emosyonel tonda yaklaşım oldukça yaygındır. Tanı tedavi aşamasında ise daha az tanınal ve terapötik yöntem ve daha az teknoloji kullanımı, acil odasında ya da transplantasyon listesinde daha uzun süre bekletme gibi yollarla ortaya çıkar. İrk, etnik köken, dil, din vb. nedeniyle ayrımcılık en belirgin/açık olarak karşımıza çıkarken, toplumsal cinsiyet, yaş, beden imajı, engellilik temelinde ayrımcılık daha örtük ve dolaylı şekillerde kendini gösterir. Normal yaşamsal olayları tıbbileştiren, hastalarda kronik stres yaratacak yoğunlukta olan, pozitif ayrımcılık gibi görünen ama aslında küçümsemeye içeren ya da örtük bir paternalist yaklaşımla kendini gösteren ayrımcılık davranışlarını ayırt edebilmek çok da kolay değildir. Sağlık çalışanlarının kalıpyargıya dayalı (stereotipik) düşünmeye benzeyen tanıya yönelik düşünme ve klinik karar verme gibi üst düzey düşünme becerilerini öğrenmelerinin gerekmesi, stereotiplere yatkınlıklarını artırır. Bu nedenle eğitim programlarının biyomedikal perspektifle sınırlı kalmaması, hasta/insan-merkezli düşünme, etik akıl yürütme ve klinik akıl yürütme becerilerini bir arada kazandırması gerekir. Sağlık çalışanlarının zihinlerinde ayrımcılığın yerleşmesinde temel neden yoksulları temel sağlık paketlerine sınırlayan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini pekiştiren ve maliyetleri azaltma baskısıyla sağlık çalışanlarını "tedavi edilebilir" grupları önelemeye yönelten sağlık sistemidir. Yine de sistem sorununun ardına sığınmadan sağlık çalışanlarının kendi yanlı, paternalist ve ayrımcı tutum ve davranışlarını fark etmeleri ve değiştirmeleri, temel mesleki sorumluluklarından biridir.

Anahtar sözcükler: stereotip (kalıpyargı), önyargı, ayrımcılık, sağlık çalışanları

Discrimination Relating to Health Professionals

Abstract: Prejudices and discrimination behaviors of health professionals are among determinants of health services inequalities. Similar to other public service workers, health professionals are under influence of prevalent stereotypes, prejudices and discrimination. Discrimination in health services can arise during patient-professional communication, diagnostic-therapeutic judgment and through over-generalization while looking to statistics. Reluctance to communication and negative emotional approach are prevalent. During diagnostic-therapeutic judgment, discrimination shows itself as underuse of diagnostic and therapeutic methods and technology, and longer waiting time in emergency room or transplantation lists. Discrimination of race, ethnicity, language, religion is more explicit while discrimination due to gender, age, body image and disability are more implicit and indirect. It is not easy to differentiate discriminative behaviors that medicalize normal life events; intensify so as to cause chronic stress in patients, and look like positive-discrimination but embrace disdain or paternalistic approach. As it is necessary for health professionals to learn higher order thinking skills, which are similar to stereotypic thinking, predisposition to stereotypes increases. Thus, educational programs shouldn't be limited to biomedical perspective, but should bring patient/human-centered thinking, ethical reasoning and clinical reasoning skills incorporated. The main reason for having discrimination rooted in health professionals minds is the health system that limits the poor to basic health packages, reinforces gender inequalities in society, and steers health professionals to prioritize "curable" groups to decrease the costs. However, it is one of the main professional duties of health professionals to detect and change biased, paternalistic and discriminative attitudes, without hiding behind the system problem.

Key words: stereotype, prejudice, discrimination, health professionals

Giriş

Sağlıkta eşitsizlikler; **farklar, eşitsizlikler/uyumsuzluklar** (disparity) ve **ayrımcılık** olarak üç düzeyde tanımlanabilir. Bu tanımlı yaptığımızda sağlık hizmeti kullanımında gördüğümüz her farklılığın olumsuz ya da sistematik bir hataya bağlı olmayabileceğini kabul etmiş oluruz (**Sondik ve ark., 2010**).

Örneğin, bir etnik gruptan bir kadın için doğum tıbbi bir durum değil de doğal bir olay olabilir ve bu kadın, doğumun monitörize edilmesi ya da ağrının azaltılması için invaziv yöntemlere başvurmak istemeyebilir (**Satcher ve Rust, 2006**). Ayrıca bu kadın için aynı zamanda güvencesizlik, çevirmen

*Dr., İyeyeri Hekimi (ORCID No: 0000-0002-8943-9874)

Geliş Tarihi / Received : 15.08.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 07.09.2019

olmaması gibi sağlık sistemine dair sorunlar geçerli olabilir. Ya da sağlık çalışanlarının cinsiyete, etnik kökene, dış görünüme vb. dair farkında olmadıkları önyargıları olabilir ve tanı yöntemi ve tedavi seçiminde yan tutabilirler (**Satcher ve Rust, 2006**).

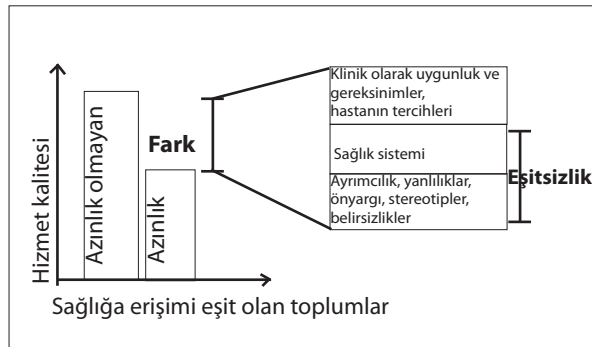
Sağlık hizmetinde eşitsizlik, belli bir sosyal gruba (ırk, cinsiyet vb.) üye olanların aleyhine sağlık hizmeti ya da hizmetin sonucu açısından kişinin gereksinimleriyle orantısız ve haksız bir farklılık görülmesidir (**Balsa ve McGuire, 2003**).

Yapılan çalışmalarda, sağlık güvencesi, hizmete erişim gibi etmenler kontrol edilse dahi, tanı-tedavi protokollerinin çoğunlukla standart olduğu bulaşıcı hastalıklarda bile, bazı hasta gruplarının diğerlerinden farklı muamele gördüğü ve tedavi aldığı gösterilmiştir (**Chandra ve Skinner, 2003**). Bu farklılıkların talep temelli mi olduğu (hastanın talepleri), yoksa arz temelli mi olduğu (hekimin inanışları/tercihleri, hastanenin genel hizmet paterni, kullandığı tanı-tedavi protokolleri) konusunda tartışmalar sürmektedir (**Chandra ve Skinner, 2003**).

Şekil-1'de gösterilen gibi bir kavramsal çerçeve, sağlıkta eşitsizliklere ilişkin nedenselliği ve sağlık çalışanlarının eşitsizliklere katkısını anlamayı kolaylaştıracaktır.

Bu şekildeki analizde ve yazının ilerleyen bölümlerinde **"azınlık"** terimi ile ırk, etnik köken, sosyoekonomik sınıf, din, dil, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim/cinsiyet kimliği, engellilik ve diğer özellikleri nedeniyle çoğunluğu oluşturanlar tarafından **"öteki"** olarak görülmeye aday gruplar kastedilmektedir.

Bu şemada **eşitsizlik** sağlık hizmeti niteliğinde erişim, klinik gereksinim ya da tercihlere bağlı olmayan farklılıklar olarak ele alınmıştır (**Smedley ve**



Şekil 1. Sağlık hizmetlerine erişimi eşit olan toplumlar arasında farklılıklar, eşitsizlikler ve ayrımcılık

Kaynak: Gomes ve McGuire (2001), Smedley ve ark. (2002) içinde.

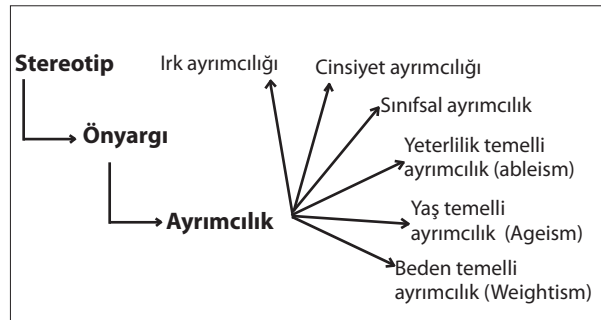
ark., 2002). **Ayrımcılık** terimi ise yanlılık, önyargılar, stereotipler ile klinik iletişim ve karar verme süreçlerindeki belirsizliklerden kaynaklanan hizmet farklılıklarını işaret etmektedir (**Smedley ve ark., 2002**).

Azınlıkta olan grubun aldığı sağlık hizmetinin niteliğinin azınlıkta olmayan gruba göre farklı olması (1) "sağlık sisteminin işleyişi ve içinde bulunduğu yasal çerçeve ve düzenlemeler", (2) "bireysel, hasta-sağlık çalışanı düzeyinde ayrımcılık" başlıkları altında analiz edilebilir. Azınlıkta olan grup aleyhine hizmet kalitesinde farklılık oluşturan üçüncü bileşen olan "klinik olarak uygunluk ve gereksinimler" ise hastalık tablosuna ve hastanın klinik durumuna göre oluşabilecek kaçınılmaz farklılıkları tanımlamaktadır (**Smedley ve ark., 2002**).

Hastanın tercihleri, anlaşılır ve eksiksiz sunulan tedavi seçeneklerine dair bilgi temelinde hastanın yaptığı seçimleri kapsar (**Smedley ve ark., 2002**). Diğer yandan, hastaların tercihlerinin sağlık çalışanı-hasta iletişiminin nitelik ve içeriği tarafından belirlendiğini ve hastanın ve/veya hizmet sunanın ırk, etnik köken ve kültüründen de etkilendiğini unutmamak gerekir (**Betancourt, 2006**). Yani hastaların tercihleri sadece sağlık çalışanının sunduğu bilgiler temelinde şekillenmemektedir.

Hastaların tercihleri ve klinisyenin klinik bilgiyi sunuşu karşılıklı olarak birbirini etkilese de bu iki bileşenin ayrı ayrı ele alınması, her birinin eşitsizliklere neden olan etmenler arasındaki yerlerinin daha iyi anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.

Sağlık meslekleri açısından ciddi ahlaki ve etik sorun olan eşitsizlikler, sağlık çalışanlarının yükümlülüklerini yerine getirebilmelerini zorlaştırmakta ve hem meslek ahlaki standartlarına ve etik ilkelere uyabilmelerini hem de sınırlı kaynaklarla en fazla sayıda kişinin gereksinimlerini karşılama



Şekil 2. Stereotipler, önyargılar ve ayrımcılık

Kaynak: Zohoori, 2011'den uyarlandı

sorumluluğu ile baş etmelerini gerektirmektedir (**Smedley ve ark., 2002**). Bu zorlukların yanı sıra artan finansal ve bürokratik baskılar eşitsiz hizmet sorununu daha da ağırlaştırmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetindeki eşitsizliklerle olan katkıları, ne yazık ki sundukları hizmetlerin sadece sisteme bağlı nedenlerle eşitsiz dağılımı ile sınırlı değildir. Diğer kamusal hizmet çalışanları gibi sağlık çalışanları da toplumda yaygın olan önyargıların, stereotiplerin ve stigmaların etkisi altındadır ve ancak eğitimle ve ayrımcılığa yer vermeyen bir kamusal hizmet kültürünün etkisiyle bu algılardan uzak durabilmeleri sağlanabilmektedir (**Yoshio ve ark., 2008**).

Stereotipler ve önyargılar, ayrımcılığa dek uzanan sonuçları olması nedeniyle özellikle sağlık ve eğitim gibi kamusal hizmet alanlarında istenmeyen olgulardır.

Temel tanımlar

Sağlık çalışanları açısından ayrımcılığı doğru kavrayabilmek için önce ayrımcılık ve ilişkili kavramları kısaca tanımlamakta yarar vardır. Şekil 2'de stereotipten ayrımcılığa giden yol şematik olarak gösterilmektedir (**Zohoori, 2011**).

Şekil 2'de ilk basamakta yer verilen **stereotipler/kalıpyargılar**, sosyal dünyaya dair algı ve yorumlarımızı belirleyen sosyal kategorilerin birer sonucu olarak "dış" gruplar hakkında karar vermeyi kolaylaştırırlar. **Önyargılar** ise, herhangi bir olumsuz duygu olmadan bilişsel bir bilgi olarak zihinde yer bulan stereotiplerden farklı olarak, olumsuz duyguları beraberinde getirir ve "dış" gruba karşı olumsuz bir tutumu içerir. Önyargı, kişinin ait olduğu gruba yönelik (gerçekte olsun ya da olmasın) bir tehdit algılandığında, tehdidin geldiği varsayılan dış gruba yönelik olarak gelişir (**Fiske, 1998**).

Stereotip: Walter Lipmann'ın 1922'de yaptığı tanımla "zihnimizdeki resimler" olan stereotipler/kalıpyargılar belirli birey ya da grupları tanımlamak için kullanılan, bilgi boşluklarını dolduran ve karar vermeyi kolaylaştıran, önceden oluşturulmuş izlenimler bütününe içeren imgelerdir (**Stroebe ve Insko, 1989; Göregenli, 2012**). Olumlu ya da olumsuz olabilen stereotipler, çok az çabayla çok miktarda bilgi sağlayan önceden derlenmiş ve düzenlenmiş bilgi paketleri olarak çok hızlı yaygınlaşırlar (**Cook ve Stoeker, 2014; Burgess ve ark., 2004**). Sıklıkla hedef olan gruplar ise yaş, cinsiyet, meslek, etnik

azınlık grupları ve milliyetlerdir (**Sürgevil, 2008**). Örneğin Almanlar çalışkandırlar, Hindistanlıların temizlik alışkanlıkları yetersizdir, yaşlılar gevezedir vb.

Önyargı: Bir grubun üyelerine yönelik sabit, aşırı basitleştirilmiş, aşırı genelleştirilmiş, bireysel özellikleri yok sayan ve grubun tüm üyelerine ortak özellikler yükleyen ve genellikle olumsuz olan bilişsel şemalardır. Önyargı terimi genel olarak iyi ya da kötü bir yargı içermeyen, her türlü 'ön fikir' anlamında kullanılsa da ayrımcılık literatüründe 'olumlu' önyargıdan söz edilemez. Önyargılar, önyargıyla yaklaştığımız kişi ya da gruplarla aramıza, en hafifinden fiziksel ya da sosyal mesafe koymamıza yol açan ve tutumlardır. Önyargıların davranışa dönüştüğü durumlarda ise ayrımcılık söz konusu olur (**Göregenli, 2012**).

Önyargıların ortak özellikleri; herkeste olması, duygularla birlikte bulunması, deneyim ya da bilgiye ya da kişisel deneyime dayanmaması ve kendi kendini pekiştirmesidir.

Ayrımcılık: Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini stigma ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlardan yoksun bırakmasıdır (**Göregenli, 2012**). Bir toplumda hiyerarşik örgütlenme, adaletsizlik, gücün inşası, güçle ilgili söylemsel yapı ne kadar baskınsa, dezavantajlı gruplara yönelik önyargı ve ayrımcılık o ölçüde ortaya çıkacaktır (**Göregenli, 2012**). Önyargılar ve dolayısıyla ayrımcılık, bir gruba ya da grup üyelerine yönelik olumsuz düşüncelerin yanı sıra hoşlanmama, hor görme, kaçınma ve nefret etmeye kadar uzanan olumsuz duyguları içeren tutumlara da yol açarlar. Toplu taşıma aracı kullanan bir kamu görevlisinin, 'yaşlılar işimi yavaşlatıyor' düşüncesiyle yaşlılardan hoşlanmaması ve yaşlı yolculara daha tahammülsüz davranması ayrımcılıktır (**Göregenli, 2012**).

Sağlık çalışanlarının ayrımcılığa katkıları

Hastaların da sağlık çalışanlarının da birbirleri hakkında karşılıklı olumlu-olumsuz stereotipleri yaygındır. Burada önemli olan stereotipin olumsuz içerikte olmasıdır çünkü bu durumda eşitsiz hizmet tehdidi ortaya çıkar (**Burgess ve ark., 2010**). Bu nedenle sağlık çalışanlarının azınlıklar hakkında toplumsal öğrenmeleri (gizli müfredat) yoluyla edindikleri stereotipler çok da masum değildir.

Sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinde ayrımcılık yapılmadığına ve çalışanların herkese eşit davrandığına gerçekten inansalar da, hastalar karşısında sıklıkla sözel iletişimleri ve davranışları arasında

tutarsızlık gözlemlenir ve tıbben doğru olduğuna inandıkları pek çok uygulamayla aslında ayrımcılık davranışı göstermiş olurlar. Örneğin ABD’nde beyaz hekimler sağlık hizmetlerinde ayrımcılığın asla yapılmadığını savunurken, Siyah hastaların %56’sı, Latin kökenlilerin %51’i sağlık sisteminde ırk/etnik köken temelinde ayrımcılık gördüklerini belirtmişlerdir (**Balsa ve McGuire, 2003**).

Sağlık çalışanlarından, hem kendileri hem de toplum, hizmete gereksinimi olanlara tarafsız bir yaklaşım göstermeleri, ayrıntılı ve doğru bir klinik ve sosyal öykü ile kapsamlı fizik muayene ve test sonuçlarını birleştirerek doğru bir klinik karar üretmelerini bekler (**Burgess ve ark., 2004**). Ancak bu beklentinin çok gerçekçi olmadığı aşikârdır. Sıklıkla eksik bilgilerle ve hızla karar vermek zorunda kaldıkları için “boşlukları otomatik doldurma” yoluyla kavramsal çerçeveyi tamamlamayı alışkanlık haline getirirler (**Burgess ve ark., 2004**). Tüm insanlar gibi sağlık çalışanları da başkaları (hastalar) hakkında düşünürken farkında olmadan stereotiplere başvururlar ve gruplara atfedilen özellikleri otomatik olarak bireye de atfetmiş olurlar (**Burgess ve ark., 2010**).

Sağlık hizmeti için başvuranların ırk/etnik köken, cinsiyet, yaş, cinsel yönelim ve sosyoekonomik durum gibi özelliklerinin, sağlık çalışanlarının hastalar ve beklentileri hakkındaki inanışlarını etkilediğine dair ciddi düzeyde kanıtlar vardır. Örneğin ABD’nde bir çalışmada hekimlerin, gerçek eğitim düzeyi ve meslekten bağımsız olarak siyah hastaları daha az eğitilmiş ve kalifiye olmayan işlerde çalışıyor olarak değerlendirdikleri görülmüştür (**Burgess ve ark., 2010**).

Ampirik çalışmalarda sağlık sigortasının var olması, hizmete erişimde uzaklık, maddi yetersizlik gibi engellerin olmaması gibi etmenlerin kontrol edildiği ve karşılaştırılan gruplar için eşit olduğu koşullarda bile, siyah hastaların beyazlardan daha farklı muamele gördüğü gösterilmiştir (**Balsa ve McGuire, 2003**).

İstatistiksel ayrımcılık

Klinik karara varmada önemli başvuru kaynakları olan istatistikler sağlık çalışanları için, aynı zamanda stereotiplerin de kaynağıdır (**Burgess ve ark., 2004**). Bu durum epidemiyolojide “ekolojik yanlışlık – ecological fallacy” olarak tanımlanır (**Burgess ve ark., 2004**).

Balsa ve McGuire’in (2001) **istatistiksel ayrımcılık** olarak tanımladığı durum sağlık hizmetlerinde sıkça

yaşanmaktadır. Sağlık çalışanları kasıt gütmekten istatistiksel olasılıklara dayanarak tıbbi yaklaşım planlarlar. Örneğin bir kardiyolog antihipertansif ajanların erkeklerde daha çok yan etkiye yol açtığı ve bu nedenle tedavi uyuncunun erkeklerde daha düşük olduğu bilgisinden yola çıkarak yeni bir antihipertansif ilacı önce kadın hastalarda deneme eğiliminde olabilir. Tümünüyle hasta yararı düşünülerek yapılan bu tercih aslında sistematik bir tedavi ayrımcılığına yol açar (**Balsa ve McGuire, 2001**).

Her ne kadar kanıta-dayalı olsa da bireysel verileri eksiksiz ve doğru yorumlamayı engellediği, belli bir sosyal kategorideki bireylerde o sorunun olma olasılığına dair kararı gölgelediği ve aşırı genellemeler içerdikleri için, kanıta-dayalı stereotiplerin de eşitsizliklere katkısının olduğu göz ardı edilmemelidir (**Burgess ve ark., 2004**).

Sağlık çalışanlarının ayrımcılık davranışları

Sağlık çalışanlarının ayrımcılık davranışları şöyle sınıflanabilir (**Balsa ve McGuire, 2003**):

İletişimde ayrımcılık

- Azınlık/dezavantajlı grubun üyeleriyle iletişime geçmekte isteksizlik ve yetersizlik (biyomedikal perspektifi “hasta” perspektifinden üstün görmek, anlaşılır dil kullanmamak, yeterli bilgilendirmemek, kültürlerarası iletişimde yetersizlik vb.)

- Olumsuz bir emosyonel tonda iletişim (ilgili, arkadaşça, empatik, dikkatli/sorumlu yaklaşım göstermemek)

Tanı-tedavi aşamasında yanlılık

- Hastaların belirttiği semptomların şiddetini hastalığın ciddiyetine ilişkin indikatör olarak önemsememek (yanlış tanı, yetersiz girişim/tedavi).

- Hastaların uyuncunun daha yetersiz olduğunu varsaymak.

- Tıbbi gereksinimleri ve aciliyeti daha düşük dereceli olarak değerlendirmek (daha az sevk, daha az tetkik, daha az ya da çok ilaç).

- Var olan tanı-tedavi seçeneklerinin azınlıklar için geçerli olmadığına inanmak.

İletişim sırasında ayrımcılık

Öykü ve fizik muayene ya da tanı-tedavi planı tartışıldığı sıradaki iletişimin niteliğinin iyileşmeyi etkilediği çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. İletişim sorunları en sık olarak sağlık çalışanı ve hastanın

farklı etnik kökenlerden olması durumunda ortaya çıkar. Waitzkin (1989) hasta ve sağlık çalışanları arasında sosyoekonomik sınıf farkının eşitsiz iletişime yol açan bir başka etmen olduğunu, hekimlerin daha düşük sosyoekonomik sınıftan olduğunu düşündüğü bireyleri dinlemeye ve bilgilendirmeye daha isteksiz olduğunu tanımlamıştır.

Yoksulluğun nedeni olarak kişileri suçlama ve mesafeli bir tutum içinde olma ne yazık ki sağlık çalışanları için sıkça raporlanan bir diğer bulgudur (**Yoshio ve ark., 2008**).

Johnson ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hekimlerin hastalarla görüşmeleri izlenmiş ve Afrikalı-Amerikalı hastalarla iletişimde sözel olarak daha dominant oldukları, hasta-merkezli davranış eğilimlerinin daha az olduğu saptanmıştır.

Sözel dominans ve hasta-merkezlilik, hasta hekim iletişiminde hasta lehine işlemesi gereken, hekimin zaman ayırmasını, daha az dominant olmasını ve hastanın aktif katılımını sağlamasını gerektiren ve iletişimin dinamiklerini en çok belirleyen hassas alanlardır (**Johnson ve ark., 2004**). Özellikle son yıllarda hekimler üzerindeki zaman baskısının arttığı göz önüne alındığında, bu bulguların önemi artmaktadır (**Johnson ve ark., 2004**).

Tanı-tedavi aşamasında ayrımcılık

Hekimlerle ilgili çalışmalarda yan tutma ve önyargılı tutumun tanı ve tedaviye ilişkin tıbbi karara varma aşamasında sıkça gerçekleştiği gösterilmiştir (**Schulman ve ark., 2002**). Bir çalışmada kardiyoloji uzmanlarına aktörlerin canlandırdığı, aynı kişilik özelliği gösteren, aynı göğüs ağrısı öyküsünü veren ancak farklı cinsiyet ve etnik kökenlerden hastaların öykülerinin videoları izletilmiş, gerekli girişimi seçmeleri istendiğinde, anjiyografi en az siyah kadın hastalara ikinci sırada düşük oranda beyaz kadınlara önerdikleri saptanmıştır (**Schulman ve ark., 2002**).

Sağlık hizmeti almaya çalışırken ayrımcılığa uğrayanların listesi uzar gider; LGBTİ+ bireyler, yaşlılar, sigara, alkol ve/veya madde kullananlar, obesler, yoksullar... Pek çok çalışma tıpta neredeyse sistematik bir ayrımcılık yapıldığını göstermektedir (**Jauhar ve Login, 2001**).

Hekimler neden siyah hastaları böbrek nakli listesine daha geç alırlar? Bunun temelinde ırkçılık mı yoksa siyahlarda transplant reddinin daha sık görülmesi

mi olduğu acil olarak yanıtlanması gereken bir sorudur (**Jauhar ve Login, 2001**).

Hekimlerin her gün kliniklerde, acil odalarında endokardit olan madde bağımlıları, akciğer kanseri olan sigara bağımlıları, ciddi kardiyak sorunları olan obes hastalar gibi öz-yıkım davranışları sabit kişilere ya da CYBH komplikasyonlarıyla sıkça başvuran LGBTİ+ bireylere kusursuz bir eşitlikçi davranış gösterdiklerine, ahlaki ya da değer yargısı taşımadan yaklaştıklarına inanmak çok zor görünüyor (**Jauhar ve Login, 2001**). Ancak bunun zor olduğunu kabul etmek ve böyle devam etmesini olağan kabul etmek mesleğin en temel etik ilkesinin ihlaline göz yummak anlamına gelir.

Toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılık

Geleneksel olarak kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinde "bütüncül" bir yaklaşım yerine, doğurganlık dönemine odaklanmış "geleneksel" yaklaşım hâkimiyetini sürdürmektedir. Tıp ve sağlık araştırmalarında biyolojik fonksiyonlar açısından erkeğin öncelikli olarak ele alınıp kadınların erkeklere (özellikle beyaz erkeklere) biçilen normlara göre değerlendirildiği görülmektedir (**Sezgin, 2015**). Kadınlar açısından bir başka önemli nokta da menstrüasyon, gebelik, doğum ve menapoz gibi yaşamsal olayların tıbbileştirilmesi ve sağlık çalışanları tarafından patolojik bir durum olarak algılanıp gereksiz cerrahi işlemler ve uygunsuz tedaviye sıkça yönelmesidir. Ancak kadınlar için bu alanlarda daha çok sağlık hizmeti, daha nitelikli sağlık hizmeti anlamına gelmez (**Gijsbers ve ark., 1996**).

Sağlık çalışanlarında kadınlarla ilgili stereotipik imaj yaygındır, kadınları hem hastabakıcı hem de "aşırı hizmet kullananlar" olarak görürler, açık ya da örtük olarak "**hasta cinsiyet**" olarak adlandıırırlar ve açıklayamadıkları tüm yakınmaları, üreme işlevleriyle ilgili normal durumlar ya da emosyonel sorunlar olarak tanımlarlar (**Gijsbers ve ark., 1996**). Bu nedenle çok ciddi sağlık sorunları bile gereken ilgiyi göremeyebilir. Örneğin bir çalışmada göğüs ağrısıyla gelen kadın hastaların acil serviste sıra bekleme süresinin erkeklere göre daha uzun olduğu gösterilmiştir (**Jauhar ve Login, 2001**). Hollanda'da yapılan bir araştırmada birinci basamakta kodlanan tanınların % 62'si erkeklere, %38'i kadınlara konmuştur (**Gijsbers ve ark., 1996**). Tüm yaş gruplarında ve hastalık ciddiyet skorunun eşit olduğu koşullarda böbrek nakli listesine alınan kadın oranı daha düşüktür. Ya da sigara öyküsü standardize edildiğinde bile akciğer kanseri tanısı almış olan kadınlara daha

az oranda sitolojik balgam incelemesi yapılmıştır (**Gijsbers ve ark., 1996**).

Toplumsal cinsiyet temelli önyargı ve ayrımcılığın yaygın olarak yöneldiği bir başka grup LGBTİ+ bireylerdir. Sağlık çalışanları toplumda yaygın olan önyargılardan muaf değildir ve ne yazık ki sağlık alanında heteroseksizm epeyce yaygındır (**Yılmaz ve Göçmen, 2016**). Hekimlerin LGBTİ+ bireyi tedavi etmeyi reddetmesi, LGBTİ+ olmanın patolojik olarak tanımlanması, LGBTİ+ bireylerin cinsiyet kimliğini/yönelimini tedavi etmeye çalışan psikiyatristlerin varlığı gibi pek çok sorunla karşılaşmaktadırlar. Nitekim durumunu açıklamaktan, kınanmaktan bıktığı için acil durumlarda bile tıbbi tedaviye başvurmak istemeyen LGBTİ+ birey sayısı hiç de az değildir. pek çok LGBTİ+, hekim ve hemşirelerin tutumları nedeniyle sağlık ortamında kendini güvende hissetmez (**Yılmaz ve Göçmen, 2016**).

Göze görünmeyen ayrımcılıklar (yaşlılar, engelliler, obesitesi olanlar)

Yaş, engelli olma ve beden ağırlığı gibi özellikler sağlık çalışanlarının hem klinik karar aşamasında göz önünde bulundurmaları gereken temel parametrelerdir, hem de göze en az görünen ve ihmal edilen önyargılara ve ayrımcılık davranışlarına konu olan durumlardır (**Allen, 2016**).

Son yıllarda geriatri hızla gelişen bir disiplin olma özelliği kazansa da, yaş-temelli ayrımcılık yaşlıların sağlığını bozan bir kronik stres kaynağı olacak kadar yaygındır (**Lievesley, 2013, Allen, 2016**). İngiltere’de genel pratisyenlerle yapılan bir çalışmada yaşlılarda kalp hastalıklarından koruyucu tedavi reçetelemede cinsiyet ve yaş eşitsizliği eğilimi olduğunu bildirmiştir. Yine aynı çalışmada 75 yaş üzeri hastalarda kolesterol ölçümü ve antikolesterol tedavi rehberlerine uyumda ve düşme riski değerlendirmesinde isteksizlik saptanmış, yaşlı obes hastalara kilo azaltıcı yaşam biçimi değişikliği önerilerinin gençlere göre daha az yapıldığı gösterilmiştir (**Lievesley, 2013**).

Hastanelerde de durum farksızdır. Sağlık çalışanları arasında yaşlı hastaların çok yakındığından sıkça bahsedilir, yaşlı birey orada yokmuş gibi hakkında konuşulur ya da kadın erkek karışık koşullara daha çok yerleştirilirler. Psikiyatri servislerinde ise 65 yaş üstü yatış olmaması dikkat çekicidir (**Allen, 2016**).

Sağlık çalışanları arasında obes bireyler konusunda da önyargılar yaygındır. Çeşitli çalışmalarda sağlık

çalışanlarının %25-63 arasında değişen oranlarda, obes bireylerin daha başarısız ve kontrolsüz oldukları, tembellik ettiklerine inandıkları saptanmıştır (**Budd ve ark., 2011**). Birinci basamakta rutin jinekolojik muayene ve mammografi gibi ikincil koruyucu hizmetler normal ağırlıktaki bireylere göre obes bireylerde daha az oranda ya da geç uygulanmaktadır (**Budd ve ark., 2011**). Ayrıca sağlık çalışanlarının ısrarla kilo vermesini önermesi, olumsuz tutumu ve saygılı davranmaması bireylerin hizmeti almaktan kaçınmasıyla sonuçlanmaktadır (**Budd ve ark., 2011**).

Engellilerin sağlık alanında ayrımcılığa uğrayıp uğramadığı konusuna gelindiğinde ilk dikkati çeken sağlık çalışanlarının engellilerle kurduğu mesleki bağın temel özelliğinin baskın bir şekilde hiyerarşik ve paternalist olmasıdır. Engelliler iyi niyetle başlayan ve pozitif ayrımcılık amacı güden ancak uygun olmayan davranışlara maruz kalırlar, örneğin neredeyse tüm engellilere zihinsel engeli varmış gibi “yardımsever”, çocukmuş gibi “merhametli” yaklaşılır. Çoğu çalışan, engellilerin daha nevroitik olduğu kalıp yargısını taşır ve bu nedenle yakınmaları göz ardı edilir. Engelliler genel olarak, sağlık çalışanlarının aldığı tek taraflı kararların pasif alıcıları olarak görülür ve bireyin gereksinimlerine özgü olmayan aksine engellilik tipine göre verilen standart kararlara uymaları beklenir (**French ve Swain, 2012**).

Sağlık çalışanları ayrımcılığı nerede ve nasıl öğrenir?

Sağlık çalışanlarında, tipik olarak hekimlerde, tanıya yönelik düşünme ve klinik karar verme becerileri gelişirken, sık kullanılan bilgiler, stereotiplere benzer bir yapıyla “hastalık senaryoları-illness scripts” içinde komprime edilip uzun süreli belleğe atılır (**Custers, 2015**). Hastalık senaryoları içinde fizyopatoloji, tanı-tedavi, etyolojik faktörler ve klinik tablolar ile sağlık ortamı ve sağlık sistemine ait özellikler gibi bilgiler saklanır ve görülen her hastayla senaryolar zenginleşir.

Hasta karşısında bu senaryolar otomatik olarak tetiklenir, genel hastalık tablosu hatırlanır ve hastanın tipik-atipik özellikleri saptandıktan sonra tanıya yönelik düşünme ve karar verme süreci başlatılır. Hekim deneyim kazandıkça bu süreç zihinde ışık yanması gibi çok kısa sürede, örtük bir şekilde ve otomatik olarak gerçekleşir (**Custers, 2015**). Bu süreç aynı zamanda bilişsel yükü azaltma işlevine de sahiptir ve bu açıdan stereotiplerle düşünmeye yatkınlığı arttırır.

Taniya yönelik düşünme ve klinik karar verme becerilerini öğrenme süreci sadece biyomedikal perspektifi öğrenmeyle sınırlı kalırsa, hekimler mesafeli, püriten ama analitik becerileri yüksek profesyonellere dönüşürler. Bu nedenle hasta/insan-merkezli düşünme, etik akıl yürütme ve klinik akıl yürütmenin birlikte öğretilmesi gerekir (**Kaldjian, 2010**).

Sağlık çalışanlarından dürüst, sorumlu, adaletli, yardımsever ve müşfik olmaları beklense de, sağlık çalışanları profesyonel sosyalleşmeleri sırasında travmatik de-idealizasyona maruz kalırlar ve tam tersine kinizm (sinizm) gelişir (**Testerman ve ark., 1996**). Kinizmin temelinde iyiye, doğruya ve güzele olan inancın yitirilmesi vardır, öfke, küçümseme ve güvensizlik duyguları güçlüdür ve başkalarıyla sadece kendi yararını korumanın bir aracı olarak ilgilenme davranışları ortaya çıkar (**Topçu ve ark., 2013**).

Öğrencilik döneminde ağır bilgi yükü altında kaos, belirsizlik ve karmaşanın hakim olduğu klinik ortamlarda var olma çabası içinde, kendiliklerinden empati becerisi kazanamazlar ve dürüstlük, yararlı olma, zarar vermeme ve ayrımcılık yapmamayı içeren mesleki etik ilkeleri edinemezler (**Testerman ve ark., 1996, Thomas ve ark., 2007**).

Diğer yandan meslek ahlakı ve mesleki etik ilkeler ya da kültürler arası iletişim, empati gibi öğrenme alanları, resmi müfredat içinde çok az yer bulmaktadır (**Stern, 1998**). Yapılan nitel bir çalışmada iç hastalıkları stajında öğrenciler ve eğiticiler gözlemlenmiş, değer öğrenmenin daha çok informal öğrenme yoluyla gerçekleştiği, daha çok ders ve mesai saatleri dışında ve eğitici niteliği olmayan asistanları gözlemleyerek kazanıldığı görülmüştür (**Stern, 1998**). Öğrenilenler ise "talepkar olduğu söylenen hastalarla göz teması kurmamak, test sonuçlarını erken almak için laboratuvara hastanın acil olduğu yalanını söylemek ya da reytingi yüksek ve düşük uzmanlık alanlarını ayırt etmek gibi fakülteye gelirken taşıdıkları naif idealizmin bile çok uzağında kalan informal bilgileri içerir (**Kopelman, 1983, Thomas ve ark., 2007, Peng ve ark., 2018**).

Ne yapmalı?

Sağlık alanında ayrımcılıkların önlenmesi için yapılması gerekenlerden ilki, ayrımcılığın kendini nerede ve nasıl gösterdiğinin anlaşılmasıdır. Literatürde bu konuda fazlasıyla bilgi birikmiştir, artık daha fazla vakit kaybetmeden nasıl önleneceğine dair politikalar belirlemek ve uygulamak gerekmektedir.

Ancak politika ve uygulamaların etkisinin gerçekte çok sınırlı olduğunun en tipik kanıtı, bu tür politikaların

çoktan uygulamaya konduğu ve sağlıkta eşitsizlik istatistiklerinin devlet tarafından düzenli olarak yayınladığı ABD'de, günlük sağlık hizmeti pratiği içinde ayrımcılığın hiç de azalmamış olmasıdır. Yine de "ne yapmalı" sorusunun yanıtını aranması ve başlangıç noktası olarak yardımsever (benevolent) ve bilgili bir sağlık çalışanında beklenen davranışların belirlenmesi elzemdir (**Balsa ve McGuire, 2003**).

Sağlık çalışanlarının önyargılarını ve ayrımcı davranışlarını elimine etmek için, sağlık çalışanlarının eğitiminde kültürel ve etnik farklılıklar konularına yer verilmesi son yıllarda giderek yaygınlaşmaktadır (**Seeleman ve ark., 2009**). İngiltere, İsveç, Hollanda gibi pek çok ülkede tıp fakülteleri müfredatlarında kültürel ve etnik farklılıkları ele alan öğrenme hedefleri bir şekilde yer almaktadır (**Seeleman ve ark., 2009**). Ancak bu hedeflere uygun eğitimler pratikte çeşitli zorluklar taşımaktadır.

Seeleman ve arkadaşları (2009) bu zorlukları aşmak için öncelikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının kültürel ve etnik olarak nötr olmadıklarının kabul edilmesi ve sağlık meslekleri fakültelerinde eğitim ortamlarının "beyaz" ve "batılı" tıp anlayışının hakimiyeti altında olduğunun farkında olunması gerektiğini vurgulamaktadır.

Toplumlarda çeşitliliğin giderek arttığı koşullarda sağlık çalışanlarının, farklı sosyal grupların epidemiyolojik farklılıklarını, sağlıklarını etkileyen sosyal belirleyicileri bilmesi, ve kendi önyargı ve stereotiplerinin farkına varabilmesinin önemi giderek artmaktadır (**Kai ve ark., 1999**). Nihai amaç öğrencilerin belli kültürler hakkında bilgi sahibi olmasından çok, kendi tutum ve yargılarının ve başka sosyal gruplarla arasına koyduğu mesafenin farkına varmasını ve hastaların sağlık gereksinimlerine onları bir grubun üyesi değil başlı başına bireyler olarak kabul ederek yanıt vermesini sağlamaktır (**Kai ve ark., 1999**).

Yine de sağlık çalışanlarının stereotip ve önyargılarını açığa çıkarıp kişisel tutumlarını ve davranışlarını değiştirmeye yönelik eğitim programları ve yasal düzenlemelerin etkisi sınırlıdır. Tıp öğrencileri ya da asistanların yanlılıklarını fark etmelerine ve iletişim becerilerini geliştirmelerine yönelik programlar umut vaat etse de yaklaşık 6000 saatlik tıp eğitimi programının %5'ini aşmayan sürelerde ve in vitro ortamlarda verilen sporadik eğitimler günlük pratiğe transfer edilememektedir. Ayrıca bu tür sosyal-bilişsel programların uzun vadedeki ve gerçek klinik ortamdaki etkisi henüz gösterilememiş, daha çok kontrollü laboratuvar ortamlarında,

yüksek maliyetli ve gerçek klinik ortamda tekrarlanması zor deneysel çalışmalarla sınırlı kalmıştır (**Burgess ve ark., 2004**).

Bir çalışmada eğitimde mental betimlemeye dayalı bilişsel terapi tekniği kullanılmasının bilinçsiz ve otomatik stereotiplerin değişmesine etkili olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada ise stereotip ve önyargılarını fark etmeleri sağlanan bireylerin, yanlı tutumlarını değiştirme konusunda motivasyonlarının arttığı saptanmıştır. Bunlardan yola çıkarak sağlık çalışanlarının azınlıklara ve "öteki"lere karşı tutumlarının, bu bireylerin hizmetlerden yararlanamamasıyla sonuçlandığının gösterilmesi, hasta karşısında oluşan ilk yargılarının yanlı olabileceğini fark edip kararlarını gözden geçirmelerine ve düzeltmelerine olanak verecektir (**Betancourt, 2006**). Bu çalışmalar aynı zamanda, sağlık çalışanlarına karşısındakilere yeterli zaman ayırmalarına fırsat tanıyan yapısal düzenlemelerin gerekli olduğuna da işaret etmektedir (**Burgess ve ark., 2004**).

Sonuç

Sağlık hizmetleri gibi eşitliğin tartışılmaz olduğu kamusal bir alanda sağlık çalışanlarının ayrımcı davranışlarını kontrol etmeye yönelik düzenlemelerin olmaması, eşitsizliğin sistematik hâle gelmesine yol açar ve sağlık çalışanlarının kendileri, dezavantajlı/azınlık gruplar aleyhine toplumsal ve kurumsal düzeyde eşitsizlik araçlarına dönüşürler.

Sağlık çalışanları açısından stereotipten ayrımcılığa giden yol çok kısadır ve özel düzenlemeler ve kurallar olmadığı sürece her türlü önyargı yeni bir ayrımcılık ortaya çıkarır. Önyargıların toplumsal normlar ve kurallar gereği doğru bulunmadığı ve de toplumda güce dayanmayan, adaletli bir örgütlenme olduğu koşullarda ayrımcılık sınırlı kalır.

Sonuçta, yanlılık ve ayrımcılık tek başına sağlık çalışanının yarattığı bir sorun değildir, asıl neden sağlık çalışanını sürekli bilişsel bir yük altında ve rekabet içinde aşırı çalışmaya zorlayan, zaman baskısı yaratan ve sağlık çalışanını maliyet kısıtlamanın temel aracına dönüştüren sağlık sistemidir. Yoksulları temel sağlık paketlerine sınırlayan, coğrafi ve kültürel erişimi zorlaştıran, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini pekiştiren ve maliyetleri azaltma baskısıyla sağlık çalışanlarını "tedavi edilebilir" grupları öncelemeye yönelen sağlık sistemleri, zihinlerde ayrımcılığın yerleşmesinin temel nedenidir. Sağlık sistemi eşitlikçi ve erişilebilir kamusal hizmet olma özelliğini çoktan yitirmiştir. Yine de sağlık çalışanlarının "sistem" sorununun ardına sığınmadan, kendi yanlı,

paternalist ve ayrımcı tutum ve davranışlarını fark etmeleri ve değiştirmeleri, en temel ve en acil mesleki sorumluluklarından biridir. Ayrımcılığa yer vermeyen bir kamusal sağlık hizmeti kültürü oluşması, bu kültürü tasarlayan ve her koşulda savunan sağlık çalışanlarının emekleriyle mümkündür.

Kaynaklar

- Allen, J.O.** (2016) Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *Gerontologist*, 56(4), 610-614.
- Balsa A.I., ve McGuire T.G.** (2001) Statistical Discrimination in Health Care. *Journal of Health Economics*, 20(6), 881-907
- Balsa, A.I., ve McGuire, T. G.** (2003) Prejudice, Clinical Uncertainty and Stereotyping as Sources of Health Disparities. *Journal of Health Economics*, 22(1), 89-116.
- Betancourt, J. R.** (2006) Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care: What is the Role of Academic Medicine? *Academic Medicine*, 81(9), 788-792.
- Budd, G.M., Mariotti, M., Graff, D., ve Falkenstein, K.** (2011). Health Care Professionals' Attitudes About Obesity: An Integrative Review. *Applied Nursing Research* 24 (3): 127-137.
- Burgess, D.J., Fu, S.S., ve Van Ryn, M.** (2004) Why do Providers Contribute to Disparities and What can be Done About it? *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1154-1159.
- Burgess, D.J., Warren, J., Phelan, S., Dovidio, J., ve van Ryn, M.** (2010) Stereotype Threat and Health Disparities: What Medical Educators and Future Physicians Need to Know? *Journal of General Internal Medicine*, 25(S2), 169-177.
- Chandra, A, Skinner, J.** (2003) *Geography and Racial Disparities (No. 9513)*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Cook, K., ve Stoecker, J.** (2014) *Healthcare Student Stereotypes: A Systematic Review with Implications for Interprofessional Collaboration*. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(2), 1-13.
- Custers, E.J.F.M.** (2015) *Thirty Years of Illness Scripts: Theoretical Origins and Practical Applications*. *Medical Teacher*, 37(5), 457-462.
- Fiske S.T.** Stereotyping, prejudice, and discrimination. in Gilbert T.D., Fiske S.T., Lindzey G. (eds). *Handbook of Social Psychology*. Boston: MacGraw-Hill Companies.
- French, S., ve Swain, J.** (2001) *The Relationship between Disabled People and Health and Welfare Professionals*. in Albrecht G.L., Seelman K., Bury M. (eds) *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage.
- Gijsbers V.C.M.T., Van Vliet, K.P., ve Kolk, A.M.** (1996) *Gender Perspectives and Quality of Care: Towards Appropriate and Adequate Health Care for Women*. *Social Science and Medicine*, 43(5): 707-720.
- Gomes ve McGuire** (2001) *Identifying the Sources of Racial and Ethnic Disparities in Health Care Use*. Unpublished manuscript. in Smedley B.D., Stith A.Y., Nelson A.R.(eds) : *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington D.C.: National Academies Press.

- Göregenli, M.** (2012) Temel Kavramlar : Önyargı , Kalıpyargı ve Ayrımcılık. in Çayır K. Ç., Ceyhan M.A. (Editörler). Ayrımcılık Çok Boyutlu Yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Jauhar, B. S., ve Login, S.** (2001) Cases; Hidden in the World of Medicine , Discrimination and Stereotypes. *The New York Times*, (19.06.2001) 4-7.
- Johnson, R.L., Roter, D., Powe, N. R., ve Cooper, L. A.** (2004) Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication during Medical Visits. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2084-2090.
- Kai, J., Spencer, J., Wilkes, M., ve Gill, P.** (1999) Learning to Value Ethnic Diversity - What, Why and How? *Medical Education*, 33(8), 616-623.
- Kaldjian, L.C.** (2010) Teaching Practical Wisdom in Medicine Through Clinical Judgement, Goals of Care, and Ethical Reasoning. *Journal of Medical Ethics*, 36(9), 558-562.
- Kopelman, L.** (1983) Cynicism Among Medical Students. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 250(15), 2006-2010.
- Lievesley, N.** (2013) *The ageing of the Ethnic Minority Populations of England and Wales: Findings from the 2011 Census*. London: Centre for Policy on Ageing.
- Peng, J., Clarkin, C., ve Doja, A.** (2018) Uncovering Cynicism in Medical Training: A Qualitative Analysis of Medical Online Discussion Forums. *BMJ Open*, 8(10).
- Satcher, D., ve Rust, G.** (2006) Achieving Health Equity in America. *Ethnicity and Disease*, 16 (August), S3-8.
- Schulman, K.A., Berlin, J.A., Harless, W., Kerner, J.F., Sistrunk, S., Gersh, B.J. ve Escarce, J.J.** (2002) *The Effect of Race and Sex on Physicians' Recommendations for Cardiac Catheterization*. *New England Journal of Medicine*, 340(8), 618-626.
- Seeleman, C., Suurmond, J., ve Stronks, K.** (2009) Cultural Competence: A Conceptual Framework for Teaching and Learning. *Medical Education*, 43(3), 229-237.
- Sezgin, D.** (2015). Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 18 (1) : 153-186.
- Smedley B., Stith A., Nelson A.R.** (2002) *Unequal Treatment: What Healthcare Providers Need To Know About Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington D.C.: National Academies Press.
- Sondik, E. J., Huang, D. T., Klein, R. J., ve Satcher, D.** (2010) Progress Toward the Healthy People 2010 Goals and Objectives. *Annual Review of Public Health*, 31(1), 271-281.
- Stern, D.** (1998) In Search of Informal Curriculum: When and Where Professional Values are Taught? *Academic Medicine*, 73(10S), S28-30.
- Stroebe, W., Insko, S. A.** (1989) Stereotype, Prejudice, and Discrimination: Changing Conceptions in Theory and Research. in Bar-Tal D, Graumann C.F., Kruglanski A.F., ve Stroebe W. (Eds.), *Stereotyping and Prejudice*. New York: Springer.
- Sürgevil, O.** (2008) Farklılık Kavramına ve Farklılıkların Yönetimine Temel Oluşturan Sosyo-Psikolojik Kuramlar ve Yaklaşımlar. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(20), 111-124.
- Testerman, J.K., Morton, K.R., Loo, L.K., Worthley, J.S., ve Lambertson, H.H.** (1996) *The Natural History of Cynicism in Physicians*. *Academic Medicine*, 71(10S), S43-45.
- Thomas, M.R., Dyrbye, L.N., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan, J.A., ve Shanafelt, T.D.** (2007) How do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183.
- Topçu, İ., Ünalı Türkkan, N., Eşkin Bacaksız, F., Tiryaki Şen, H., Karadal, A., ve Yıldırım, A.** (2013) Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6(3). 125-131.
- Waitzkin, H.** (1989) *A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters*. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(2), 220-239.
- Yılmaz, V., Göçmen, İ.** (2016) Denied Citizens of Turkey: Experiences of Discrimination Among LGBT Individuals in Employment, Housing and Health Care. *Gender, Work and Organization*, 23(5), 470-488
- Yoshio, M., Nobufumi, Y., Toshihide, T., ve Shinji, S.** (2008) Effects of a One Hour Educational Program on Medical Students' Attitudes to Mental Illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 501-507
- Zohoori, N.** (2011) *National Association of Chronic Disease Directors (NAACD) President's Challenge: Health Equity: Getting the Ground Zero*. Arkansas: NAACD.