



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**TEKNOLOJİ-VASIF İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA EMEK
SÜRECİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM: HEKİMLERE İLİŞKİN BİR
SAHA ÇALIŞMASI**

SERCAN DERELİ

**ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI**

ARALIK 2021



**TEKNOLOJİ-VASIF İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA EMEK SÜRECİNDE
YAŞANAN DÖNÜŞÜM: HEKİMLERE İLİŞKİN BİR SAHA ÇALIŞMASI**

Sercan DERELİ

DOKTORA TEZİ

**ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Sercan DERELİ

03/12/2021

TEKNOLOJİ-VASIF İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA EMEK SÜRECİNDE YAŞANAN
DÖNÜŞÜM: HEKİMLERE İLİŞKİN BİR SAHA ÇALIŞMASI
(Doktora Tezi)

Sercan DERELİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Aralık 2021

ÖZET

Emek süreci teorisi; emeğin kendisi, nesnesi ve üretim araçları unsurları ile üretim yapılanmasını analiz eden bir yaklaşımdır. Teoriye göre teknolojinin etkisiyle gelişim gösteren üretim araçları, bir bütün halinde emek sürecini dönüştürebilme potansiyeline sahiptir. Bu tez kapsamında, teknolojik gelişmelerin etkisiyle profesyonel bir meslek grubu olan hekimliğin yaşamış olduğu dönüşüm emek süreci teorisi ile analiz edilmeye çalışılmıştır. Tez çalışmasında, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin saptanması amaçlanmıştır. Hekimlerin emek sürecinde yaşanan teknoloji temelli dönüşümler neticesinde klinik vasıflarının aşınıp aşınmadığının ortaya konulması temel sorunsal olarak belirlenmiştir. Tez kapsamında, nitel bir araştırma yöntemi benimsenerek saha araştırması yürütülmüş ve toplamda 36 hekim ile derinlemesine mülakat yapılmıştır. Elde edilen nitel veriler, emek süreci teorisi ile belirlenen kavramsal çerçeve bağlamında betimsel analiz yaklaşımı ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerden hareketle, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin tetiklediği bir dizi dönüşüm sonucunda hekimlerin bütüncül tıp bilgisi ve işin yürütümündeki özerklik bağlamında klinik vasıflarının aşınma eğilimi içerisinde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Bilim Kodu : 113505
Anahtar Kelimeler : Emek Süreci, Vasıf Kavramı, Vasıfsızlaşma, Özerklik, Olgusal Bilgi, Hekimlerin Emek Süreci, Tarif Tıbbı
Sayfa Adedi : 339
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Yücel UYANIK

THE TRANSFORMATION IN THE LABOR PROCESS IN THE CONTEXT OF
TECHNOLOGY-SKILL RELATIONSHIP: A FIELD STUDY ON PHYSICIANS

(Ph. D. Thesis)

Sercan DERELİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

December 2021

ABSTRACT

Labor process theory; It is an approach that analyzes the production structure with the labor itself, its object and the elements of the means of production. According to the theory, the means of production, which develop under the influence of technology, have the potential to transform the labor process as a whole. Within the scope of this thesis, the transformation of medicine, which is a professional profession, with the effect of technological developments, has been tried to be analyzed with the theory of labor process. In the thesis study, it is aimed to determine the effects of developments in medical technologies on the skill level of physicians. As a result of the technology-based transformations experienced in the labor process of physicians, it has been determined as the main problematic to reveal whether their clinical skills have been eroded. Within the scope of the thesis, field research was carried out by adopting a qualitative research method and in-depth interviews were conducted with 36 physicians in total. The qualitative data obtained were analyzed with the descriptive analysis approach in the context of the conceptual framework determined by the labor process theory. Based on the data obtained as a result of the research, it was found that, as a result of a series of transformations triggered by the developments in medical technologies, the clinical skills of physicians in the context of holistic medical knowledge and autonomy in the conduct of work are in a tendency to erode.

Science Code : 113505
Key Words : Labor Process, The Concept of Qualification, Deskilling,
Autonomy, Factual Knowledge, Labor Process of Physicians,
Cookbook Medicine
Page Number : 339

TEŞEKKÜR

Tez yazım süreci boyunca katkı, görüş ve eleştirileri ile çalışmamın geliştirilmesini sağlayan Prof. Dr. Şerife Türcan ÖZŞUCA, Prof. Dr. Türker TOPALHAN ve Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN hocalarıma teşekkür ederim. Tez konumun belirlenmesinde ve çalışmamın devamında desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen kıymetli Prof. Dr. Eyüp BEDİR hocama şükranlarımı sunarım. Tezimin öneri aşamasından savunma aşamasına kadar her daim görüş ve önerileri ile katkıda bulunan değerli danışmanım Prof. Dr. Yücel UYANIK hocama çok teşekkür ederim.

Tıp ve hekimlik mesleği gibi disiplinimize oldukça uzak olan bir alanda çalışmamı kolaylaştıran, değerli görüş ve yönlendirmeleriyle ufkumu açan, iki farklı disiplin arasında ortak bir dil kurmamda yardımcı olan ve vaktini ve emeğini ayırıp çalışmama çok büyük katkılar sağlayan kıymetli Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU KUŞ hocama sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans aşamasından doktora yeterliliğe ve son olarak doktora tez savunması aşamasına kadar beraber ilerlediğimiz, her daim beni usanmadan dinleyen, motivasyon sağlayan ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili arkadaşlarım Nursel KARAMAN ile Yalçın AKYEL'e teşekkür ederim.

Doğduğum günden bugüne değin sevgi ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen annem Selvet DERELİ ile babam Murat DERELİ'ye ve kardeşleri olmaktan gurur duyduğum Ayhan DERELİ ile Reyhan TEKİN'e üzerimdeki emekleri ve hakları için çok teşekkür ederim.

Doktora tezim boyunca saatlerce sabırla beni dinleyen, her türlü fedakarlıkta bulunan, bu tezi yazmamda en az benim kadar emeği olan ve hayatımın sonuna kadar desteğini üzerimde hissedeceğim sevgili eşim Zeynep DERELİ'ye sonsuz teşekkürler. Ve son olarak hayatımıza güneş gibi doğan ve karşılıksız sevginin ne demek olduğunu her gün tekrar tekrar anlamamızı sağlayan biricik kızım Ekin, bir gün bunu okuman ümidiyle yoğun çalışma temposu içerisinde seninle yeteri kadar ilgilenemediğim dönemler için senden özür diliyor ve motivasyon kaynağım olduğun için sana binlerce kez teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM

ÜRETİMİN YAPILANMASI

1.1. Üretimi Açıklamak: Emek Süreci Teorisi.....	11
1.1.1. Kavramsal Boyutuyla Emek Süreci	12
1.1.2. Emek Sürecinin Unsurları ve Gelişimi	14
1.1.2.1. Üretici bir güç: emeğin kendisi.....	14
1.1.2.2. Üretimin odağı: emeğin nesnesi	16
1.1.2.3. Üretim araçları: emeğin aletleri	17
1.2. Üretici Bir Güç Olarak Teknoloji	18
1.3. Teknolojik Gelişme ve Üretim Aracı İlişkisi.....	24
1.3.1. Alet.....	24
1.3.2. Makine	25
1.4. Üretim Araçlarının Gelişimi ve Emek Süreci İlişkisi	27
1.4.1. Atölye Tipi Üretim: Zanaatkarlık	30
1.4.2. Fabrika Düzeni: Kapitalist Emek Süreci.....	33

2. BÖLÜM

PROFESYONEL MESLEKLERDE MEYDANA GELEN TEKNOLOJİK

GELİŞMELERİN VASIF DÜZEYİNE ETKİLERİ

2.1. Profesyonel Meslek.....	41

Sayfa

2.2. Profesyonelleşmeme Tezi	44
2.3. Vasıf.....	47
2.4. Vasfın Unsurları.....	52
2.4.1. Temel Karmaşıklık Düzeyini Çözen Bilgi Birikimi	54
2.4.2. İş Yürütümünde Kontrol Gücünü Sağlayan Mesleki Özerklik.....	57
2.5. Vasıf ve Teknoloji İlişkisi.....	59
2.5.1. Vasıfsızlaşma Teorisi.....	61
2.5.1.1. Fordizm analizi	65
2.5.1.1.1. Kafa ve kol emeği ayrışması.....	68
2.5.1.1.2. İşbölümü ve uzmanlaşma.....	69
2.5.1.2. Post-Fordizm analizi	73
2.5.1.2.1. Dijital Taylorizm.....	76
2.5.1.2.2. Otomasyon teknolojileri.....	79
2.5.2. Vasıflılaşma Teorisi	83

3. BÖLÜM**TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN HEKİMLERİN VASIF DÜZEYİNE ETKİLERİ**

3.1. Tıbbi Sağlık Hizmetlerinin Evrimi	87
3.2. Hekimlik Mesleğinin Gelişimi.....	94
3.3. Hekimlerin Emek Süreci.....	99
3.3.1. Emeğin Kendisi: Tıbbi Bilgi.....	100
3.3.2. Emeğin Nesnesi: İnsan.....	105
3.3.3 Emeğin Üretim Araçları: Tıbbi Teknoloji	108
3.4. Hekimlerin Emek Sürecinde Yaşanan Teknoloji Temelli Dönüşümler	113
3.4.1. Bilimsel Bürokratik Tıp Anlayışı.....	114
3.4.2. Tıpta Uzmanlaşma	117

Sayfa

3.4.3. Klinik Yönetişim	121
3.4.4. Klinik Protokoller	125
3.4.5. Modern Tıbbi Teknolojiler	129
3.4.5.1. Öneri sistemleri: karar destek sistemleri ve klinik algoritmalar	133
3.4.5.2. İletişim sistemleri: elektronik sağlık kayıt sistemleri	135
3.5. Teknolojik Gelişmelerin Hekimlerin Vasıf Düzeyine Etkilerine Dair Teorik ve Ampirik Bulgular.....	137
3.5.1. Teknolojiye Artan Bağımlılık	140
3.5.2. Geleneksel Vasıfların Azalması.....	142
3.5.3. Bütüncül Tıp Anlayışından Uzaklaşılması	144
3.5.4. Olgusal Bilgiden Uzaklaşılması.....	147
3.5.5. Bilgi Tekelinin Kaybedilmesi	151
3.5.6. Tarif Tıbbının Yükselişi.....	153
3.5.7. Tıbbın İnsansızlaşması.....	157
3.5.8. İşin Yürütümünde Özerkliğin Azalması	161
3.5.9. Yönetime Artan Bağımlılık.....	164
3.5.10. Hekim-Dışı Personele Artan Bağımlılık	166

4. BÖLÜM**HEKİMLERE İLİŞKİN BİR SAHA ÇALIŞMASI**

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	171
4.2. Araştırmanın Yöntemi	174
4.3. Hekimlerin Vasıf Düzeyinde Teknoloji Kaynaklı Dönüşümler: Saha Bulguları	182
4.3.1. Hekimlerin Emek Sürecinde Dönüşümün Kaynağı Olarak Teknoloji	183
4.3.1.1. Tıbbi teknolojilerin hekimlerin günlük pratikleri üzerindeki etkisi	184
4.3.1.2. Tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti üzerindeki etkisi	188
4.3.2. Tıbbi Teknolojilerdeki Gelişmelerin Hekimlerin Vasıf Düzeyine Etkileri	192

Sayfa

4.3.2.1. Geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması	193
4.3.2.1.1. Geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesi: daha az anamnez, daha az fizik muayene	194
4.3.2.1.2. Tamamlayıcı olarak değil ikame edici bir yöntem olarak tıbbi teknolojiler: teknolojiye artan bağımlılık.....	198
4.3.2.1.3. Hekimin kendini güvence altına alması: defansif hekimlik.....	204
4.3.2.2. Geleneksel hekim profilinden uzaklaşılması	211
4.3.2.2.1. Hekimlerin genel tababetten uzaklaşması: tıpta aşırı uzmanlaşma.....	212
4.3.2.2.2. Hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınması.....	223
4.3.2.2.3. Tıp eğitiminin kalitesinin azalması	231
4.3.2.2.4. Tanısal muhakeme yapan hekim yerine talimatlara uyan hekim profili: reçete yazan ama tanı koyamayan hekimler	239
4.3.2.2.5. Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması: hekimlerin işin yürütümündeki kontrol gücünün aşınması.....	250
4.3.2.2.6. Hekimlerin profesyonel kimlikliklerinin aşınması	261
4.3.2.2.7. Hekim-hasta ilişkisinin dönüşümü: hastaların bilinçlenme(me)si ve tıbbın insansızlaşması.....	267
SONUÇ	279
KAYNAKÇA.....	297
EKLER.....	335
EK 1: GÖRÜŞMECİ LİSTESİ	336
EK 2: REHBER SORU FORMU	337
ÖZGEÇMİŞ	338

GİRİŞ

Üretim, insanlık tarihinin gelişim çizgisinin her bir döneminde ihtiyaçların karşılanması amacıyla başvurulmuş bir süreci ifade etmektedir. Üretim süreci, her toplum aşamasında, üretici-ürün-üretim araçları olmak üzere temel üç unsur üzerinden yapılanmıştır. Üretim sürecini açıklamaya yönelik yaklaşımlardan emek süreci teorisi, ilgili üç unsuru temel alarak sistematik bir analiz yapmaktadır.

Emek süreci teorisinde üretim yapılanmasının üç temel unsuru; emeğin kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin aletleri şeklinde tanımlanmaktadır. Emek süreci, her toplum aşamasında var olan evrensel bir kategori olarak kabul edilmekte ve teori, analizini her bir toplum aşaması özelinde ayrı ayrı yapmaktadır. Bu bağlamda ilkel topluluk aşamasından günümüz toplumlarına kadarki süreçte yapılan her bir üretim yapılanması, emek süreci teorisinin odağına taşınmaktadır.

Emek süreci unsurlarından ilki üretici bir güç olan emeğin kendisidir ve çalışma olgusunu ifade etmektedir. İlkel topluluk aşamasından günümüzün sanayi toplumlarına kadarki süreçte çalışma olgusu; avlanma, toplayıcılık, tarım, ticaret, sanayi ve hizmet başlıkları altında örgütlenmiş, amaca dönük faaliyetleri kapsamına almış ve gelişim göstermiştir. Emek sürecinin ikinci unsuru olan emeğin nesnesi, üretken faaliyetin somutlaştığı ürünün temsil etmektedir. Çalışma olgusunun gelişimine paralel olarak emeğin nesnesi de doğada hazır bulunan besin kaynaklarından sınai ürünlere ve hizmetlere kadar kapsamına birçok konuyu almıştır. Emek sürecinin üçüncü ve son unsuru olan emeğin aletleri ise üretimde kullanılan üretim araçlarını ifade etmektedir. Emeğin aletlerinin yaşamış olduğu gelişim; mızraktan sabana, yel değirmeninden buhar makinesine ve bilgisayar teknolojilerden yapay zekaya kadar tüm teknolojik gelişmeleri kapsamına almaktadır.

Üretim araçlarının yaşamış olduğu gelişim, toplumların tarihsel gelişim sürecinde büyük bir rol üstlenmiştir. Üretim araçları, toplumların bir sonraki toplum aşamasına geçişlerinde ana belirleyicilerden biri olma işlevi görmüştür. Çünkü üretim araçlarında yaşanan gelişmeler, bir bütün halinde emek sürecini ve beraberinde toplumsal yapıyı dönüştürme potansiyeline sahiptir. Örneğin, toprağın bir üretim aracı olarak kullanılmaya başlanması, ilkel toplulukların yerleşik düzene geçip tarım toplumu aşamasını tecrübe etmelerinde; benzer

şekilde buhar gücünün üretimde kullanılmaya başlanması ve teknolojinin üretici bir güç olma özelliği kazanması, feodal toplum aşamasının geride bırakılarak sanayi toplum aşamasına geçilmesinde etkili olmuştur.

Üretim araçları ile teknolojik gelişme arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Teknoloji, en basit formuyla ilkel topluluk aşamasındaki bir mızrağın üretimi anlamına gelirken günümüz toplumları açısından yapay zekayı veya otomasyon sistemlerini temsil etmektedir. Bu nedenle, üretim araçlarındaki gelişmeler teknolojik birer gelişme olarak kabul edilmektedir.

Günümüzdeki anlamı itibariyle teknoloji, yüksek/modern teknolojileri kapsamına alan bir kavram olarak ele alınmaktadır. Ancak kavramın gelişimine bakıldığında, teknolojinin ürettiği ilk üretim araçlarının “alet” formunda ortaya çıktığı görülmektedir. Sanayi Devrimi sonucunda ise teknoloji bugünkü anlamını kazanmış ve bir üretim aracı olarak “makine” üretim sürecinde kullanılmaya başlanmıştır. Makine teknolojileri, üretim sürecinde yer alan üretici birer güç olma özelliği taşımaktadır. Teknolojinin üretici bir güç olma özelliği kazanmasında, makinelerin üretim sürecinde artan bir kullanım alanına ulaştığı sanayileşme süreci etkili olmuştur. Bu bağlamda Sanayi Devrimi ile emek sürecinde köklü bir değişim yaşanmış ve emek süreci kapitalist bir dönüşüm yaşamıştır. Teknolojik gelişmeye bağlı olarak gelişim gösteren üretim araçları, emek sürecine yeni bir form kazandırarak kapitalist emek sürecini yapılandırmıştır.

Sanayi toplumu aşamasında emek ve sermaye olmak üzere iki temel toplumsal sınıf ortaya çıkmıştır. Kapitalist emek sürecinde kurulan fabrika düzeni içerisinde emek; üretim araçlarının mülkiyetini kaybetmiş ve bağımlı bir çalışma ilişkisiyle istihdam edilmeye başlanmıştır. Atölye tipi üretimden fabrika tipi üretime geçiş yaşanmıştır. Fabrika düzeni emek açısından köklü bir takım değişikliklere neden olmuştur. İlgili değişikliklerin başında üretim sürecinin tamamından sorumlu olan zanaatkar profilinin, işbölümü ve uzmanlaşma gibi kapitalist emek sürecine ait anlayışlar nedeniyle aşınması olmuştur.

Kapitalist emek sürecinin en ayırt edici özelliklerin birini, yönetim mekanizmaları tarafından yapılandırılan bir üretim sisteminin varlığı oluşturmaktadır. Üretim sürecinin yönetsel bir üstyapı tarafından yapılandırılmasıyla kapitalist emek sürecinin ilk formu olan Fordist üretim sistemi ortaya çıkmıştır. Fordizm’de üretim süreci, bilimsel bir yönetim anlayışı olan

Taylorizm ile kurgulanmıştır. Taylorist ilkeler sonucunda üretimde işbölümü ve uzmanlaşma yaşanmış ve zanaat üretimi parçalanmıştır.

Kapitalist emek sürecinin Fordizm ve Taylorizm temelli yapılanmasında, üretim sürecinin yalnızca tek bir aşamasında yer alan işçi açısından vasıfsızlaşma eğiliminin ortaya çıktığı teorik olarak tartışılmaya başlanmıştır. İlgili eğilimin ortaya çıktığı yönündeki iddia ile birlikte emek süreci teorisyenlerinin ana gündemlerinden birini vasıf temelli tartışmalar oluşturmuştur. 1970’li yıllara gelindiğinde emek süreci teorisyenlerden Braverman, kapitalist emek sürecinde emeğin vasıflarının yoğun bir şekilde aşıldığını ileri süren vasıfsızlaşma tezini geliştirerek sistemli bir emek süreci analizi yapmış ve teoriyi yeniden gündeme taşımıştır.

Vasıfsızlaşma tezinin iki uğrak alanını Fordizm ve post-Fordizm analizi oluşturmaktadır. Fordizm analizinde, işbölümü ve uzmanlaşma üzerine odaklanılmaktadır. Emeğin, üretim sürecinin giderek daha basit bir parçası haline geldiği savunulmaktadır. Post-Fordizm analizinde ise işbölümü ve uzmanlaşmanın yeni bir forma büründüğünden ancak ilgili anlayışların bu yeni formunda dahi emeğin vasıf düzeyinde benzer eğilimler yaşandığından bahsedilmektedir. Günümüzün hakim üretim sisteminin post-Fordizm olması nedeniyle son dönemde vasıfsızlaşma tezi ekseninde yapılan çalışmalar odağına post-Fordist üretim sistemini almaktadır. Yapılan analizlerde, Taylorizm’in “dijital” bir yorumu ile yapılandırılan anlayış ve gelişim gösteren otomasyon teknolojileri ile karakterize edilen post-Fordist üretim sisteminde emeğin vasıflarının aşıldığı ileri sürülmektedir.

Emek sürecinde kafa ve kol emeği ayrışmasının yaşandığını, işbölümünün hakim kılındığını, emeğin işin tasarım görevlerinden dışlandığını ve aşırı uzmanlaşmayla üretimin bütüncül bilgisinden uzaklaştığını ileri süren vasıfsızlaşma tezinde, vasfın nasıl tanımlandığı büyük bir önem arz etmektedir. Literatüre bakıldığında vasıf temelli tartışmaların iki başlık altında yürütüldüğü görülmektedir: vasfın neye ait olduğu ve vasfın ne olduğu. Vasıf; işe, faaliyete ya da emeğe atfedilen bir kavram olarak kullanılmaktadır. Ancak vasfın neye ait olduğu konusundaki tartışmalarda bir çelişki göze çarpmaktadır. Bu çelişki, vasfın işe veya faaliyete atfedilen bir durum ifadesi olarak kabulünün beraberinde işin veya faaliyetin yürütümü için emeğin ilgili vasa sahip olması zorunluluğunu getirmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, işin ya da faaliyetin vasıf isteminin emek tarafından karşılanması aslında vasfın emeğe yönelik bir durum ifadesi olduğunu göstermektedir. Diğer bir tartışma ise vasfın ne

olduğuna ilişkindir. Vasıf kavramı genel olarak eğitim, zanaat, tasarım ve zihinsel emek gibi kavramlar ile tek boyutlu bir şekilde tanımlanma eğilimi içerisindedir.

Vasıf kavramının tanımlanmasında farklı yaklaşımlar söz konusu olsa da kavramın geniş perspektifli tanımında ortak unsurların ön plana çıktığı görölmektedir. Bu çalışma kapsamında, vasıf emeğe ait bir durum ifadesi olarak “bilgi” ve “özerklik” olmak üzere iki unsur bağlamında tanımlanmıştır. Vasin ilk unsurunu, işin temel karmaşıklık düzeyini çözen ve emek sürecinin bütüncül kavranışına olanak tanıyan bilgi düzeyi oluşturmaktadır. Temel karmaşıklık düzeyi kavramı, işin gerektirdiği eğitimi ve bilgi düzeyini ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. Emeğin zihninde, işin temel karmaşıklık düzeyini çözebilmesi sahip olduğu bilgi ile mümkün olmaktadır. Vasin ikinci unsuru olan özerklik ise işin yürütümünde kontrol gücü ile emeğin işini yönlendirebilme gücünü ifade etmektedir. Özerklik unsuru bağlamında vasıf, emeğin işin gerek uygulama gerekse tasarım süreçlerinde yer almasını ve emek süreci üzerinde bütüncül hakimiyetini temsil etmektedir.

Bilgi temelli vasıflar ve işin yürütümünde özerklik, profesyonel meslek tanımlamalarında ve profesyonelleşmeme tezinde de karşımıza çıkmaktadır. Profesyonel mesleklerin bilgiye dayalı vasıflar ile mesleki hakimiyet, özerklik ve prestij bağlamında aşınma sürecine girdiğine yönelik tartışmalar profesyonelleşmeme tezini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, vasıfsızlaşma eğilimi ile profesyonelleşmeme eğilimi arasında benzerlikler bulunmaktadır. İki tez arasındaki benzerlikler; profesyonellerin sahip olduğu vasıfların aşınması ve mesleki hakimiyetlerini kaybetmesi eğilimi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Öte yandan her iki tez de mesleki yapılarda meydana gelen dönüşümlerin ortak bir kaygıya ve sorun alanına neden olduğu 1970’li yıllarda yoğun bir gündem bulmuştur.

Emek-teknoloji-vasıf ilişkisini temel alan bu çalışmanın odağında hekimler ve hekimlik mesleği yer almaktadır. Hekimlik mesleği, profesyonel bir meslek olarak kabul edilmekte ve hekimler meslek profesyonelleri olarak adlandırılmaktadır. Hekimlik, insanlık tarihinin her döneminde icra edilmiş ve sağlık hizmeti üretiminden hekimler sorumlu olmuştur. Ancak profesyonel bir meslek grubu olarak hekimliğin ortaya çıkışı, çok daha yakın bir tarihe tekabül etmektedir.

Tıbbi sağlık hizmetlerinin evrimine bakıldığında, sağlık hizmetlerinin önceleri son derece basit düzeyde olduğu görölmektedir. Ancak özellikle Rönesans ile birlikte tıp alanında

önemli gelişmeler yaşanmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin arka planında düşünce akımları ile birlikte bilimsel keşifler ve teknolojik gelişmeler yer almıştır. Hekimlik mesleğinin profesyonel bir meslek olarak inşasında söz edilen gelişmeler etkili olmuştur. Rönesans sonrasında Sanayi Devrimi'nin yaşanması ve kapitalist toplumların ortaya çıkışı, sağlık alanında önemli dönüşümlerin yaşanmasına neden olmuştur. Mesleki yapı ve hekimlerin emek süreci eskisinden çok farklı bir forma bürünmüştür. İlgili dönüşümlerin ardında büyük bir dönüşüm potansiyeline sahip olan teknoloji yer almaktadır.

Bilimsel keşifler ile bütünleşen teknolojik gelişmeler; tıp anlayışının bilimsel-bürokratik bir yapıda kurumsallaşmasına ve tıpta uzmanlaşmaya neden olmuştur. Tıbbi teknolojilerin birer üretim aracı olarak yer aldığı hekimlerin emek sürecinde; tıbbi bilgi, klinik vasıf ve tanı yöntemleri başta olmak üzere hekimlerin mesleki pratikleri bağlamında önemli dönüşümler yaşanmıştır. Üretim araçlarındaki gelişmenin bir bütün halinde emek süreci dönüştürme potansiyeli taşıması nedeniyle hekimlerin emek sürecinde eskisinden farklı bir yapılanmaya girilmiş ve bu sürecin bir çıktısı olarak geleneksel hekim profili değişime uğramıştır. Hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşümü ve hekimlerde gözlemlenen profil değişikliğini emek süreci teorisi ile açıklamak mümkündür.

Emek süreci teorisinin hizmet üretiminin söz konusu olduğu üretim alanlarını ve profesyonel meslek gruplarını açıklama gücü olmadığı iddia edilse de teorisinin hekimlik mesleğine uyarlanması önünde herhangi bir engel bulunmamaktadır. Çünkü evrensel bir kategori olan emek sürecinin temel üç unsuru hekimlik mesleğinde de karşımıza çıkmaktadır. Hekimin “tıbbi bilgi” ile emeğin kendisi olarak yer aldığı hekimlerin emek sürecinde; emeğin nesnesi konumunda “insan/hasta” ve üretim araçları konumunda “tıbbi teknolojiler” yer almakta ve sağlık hizmeti üretimi yapılmaktadır. Bu nedenle teori, üç temel unsur ile hekimlik mesleğini analiz edebilmektedir.

Hekimlerin emek sürecine vasıfsızlaşma tezi perspektifinden yaklaşıldığında hekimlerin; artan tıpta uzmanlaşma nedeniyle bütüncül bir tıp anlayışından uzaklaştığı, üretim sürecinin bütününe kavrayamamalarından dolayı zanaatkar yönlerinin aşındığı, uzmanlaşma anlayışı ile parçalara ayrılan sağlık hizmeti üretim sürecinin basit bir parçası haline geldiği, artan tıbbi teknoloji kullanımı sonucunda geleneksel vasıflarının gerilediği ve işin yürütümünde özerkliklerini kaybettiği ileri sürülmektedir. İlgili iddialar, vasıfsızlaşma tezinin Fordizm analizinde öne çıkan hususlar ile paralellik göstermektedir. Aslında Braverman ve emek

süreci teorisyenleri, vasıfsızlaşma tezi ile kapitalist emek sürecinin belli bir dönemine değil aksine geneline ilişkin bir saptama yapmaktadırlar. Teorisyenler, vasıfsızlaşma eğiliminin kapitalizme içkin bir süreç olduğunu ifade ederek teknolojinin tasarım ve uygulama ilkeleri nedeniyle vasıfların aşınmasının doğal bir sonuç olduğunu ileri sürmektedirler. Ancak ilgili eğilimin yaşanmasının teknolojinin kendi doğasından değil tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklandığına da vurgu yapmaktadırlar. Dolayısıyla teknoloji karşıtı bir pozisyon almamaktadırlar.

Literatürde yer alan teorik ve ampirik çalışmalara bakıldığında, teknolojik gelişmeler sonucunda hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen değişimlerin genel olarak klinik vasıfların azalması, işin yürütümündeki özerkliğin aşınması, tıbbi bilgi düzeyinin gerilemesi ve zanaatkar profilinin kaybedilmesi şeklinde gerçekleştiği iddia edilmekte ve hekimlerin vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde oldukları ileri sürülmektedir. Ancak ilgili iddialar büsbütün bir vasıf kaybını ifade etmemektedir. Süregelen bir eğilimden söz edilmektedir.

Emek süreci teorisi üzerine inşa edilen bu çalışmada, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelere bağlı olarak hekimlik mesleğinde ve sağlık hizmeti üretiminden sorumlu olan başat aktör konumundaki hekimlerin vasıf düzeylerinde yaşanan değişimlerin saptanması amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın temel sorunsalı, teknolojik gelişmelerin hekimlerin klinik vasıflarını aşındırıp aşındırmadığının ortaya konulmasıdır. Çalışmanın alt sorunsalı, vasıf kavramsallaştırmasındaki iki unsur temelinde teknolojinin, hekimlerin bilgi ve işin yürütümünde sahip oldukları özerklik düzeyi üzerinde nasıl bir farklılaşmaya neden olduğunun araştırılmasıdır. Temel ve alt sorunsallardan hareketle hekimlerin vasıf düzeyinde yaşanan değişimler; literatürde yer alan teorik ve ampirik bulguların ışığında, çalışma kapsamında yürütülen saha araştırmasından elde edilen veriler doğrultusunda saptanmaya çalışılmıştır.

Çalışmada, öncelikle literatür taraması yapılarak öncül araştırmaların teorik ve ampirik bulgularına ulaşılmış; daha sonra hekimlik mesleğinin Türkiye pratiğinin analizi amacıyla sahaya çıkılmış ve hekimlerle derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Literatür taramasının kapsamlı bir şekilde yapılması, çalışmanın sorunsalının ve sahaya çıkıldığında izlenecek yolun belirlenmesini kolaylaştırmıştır. Çalışmada literatür bölümünün kapsamının geniş olmasının, tıp gibi sosyal bilimlere uzak bir alana ilişkin kavram setlerine ulaşmada ve sahada hekimlerle ortak bir dil kurmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Multidisipliner bir alana temas etmesi sebebiyle çalışmanın literatür kısmı, teorik üç bölümden oluşmaktadır. İlk iki bölümde emek süreci teorisi ile vasıfsızlaşma tezine ve ilgili kavram setlerine yer verilirken üçüncü bölümde ilgili kavram setlerinin hekimlik mesleğindeki karşılıklarına odaklanılmış, böylelikle tezin amaç ve sorunsalını belirleyen kavramların inşası gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın teorik ilk bölümünde; emek, emek süreci teorisi ve unsurları, teknoloji ve zanaat gibi araştırma boyunca sıklıkla atıfta bulunulacak kavram setlerine yer verilmiştir. İlk bölümde yer alan her bir başlık birbiriyle nedensellik ilişkisi kurularak ele alınmış ve ilgili başlıklar genel bir perspektiften ziyade çalışmanın sorunsalıyla ilintili olacak şekilde kurgulanmıştır. Bu bağlamda ilk bölümde; üretici bir güç olan emeğin üretici bir güç haline gelen teknolojiyle olan ilişkisine ve üretim araçları ile emek süreci arasındaki etkileşime odaklanılmıştır.

İkinci bölümde; çalışmanın temelini oluşturan emek süreci teorisinin vasıfsızlaşma tezi ekseninde şekillenen bir kurgusuna yer verilmiştir. Öncelikle, hekimlik mesleğinin profesyonel bir meslek grubu olması nedeniyle profesyonel meslek kavramına değinilmiştir. Vasıfsızlaşma tezi ile ortak iddialarda bulunan ve bu haliyle benzerlik gösteren profesyonelleşme tezi, hekimlerin tecrübe ettiği bir eğilim olarak genel kabul görmesi nedeniyle teorik kısımda üzerinde durulan bir diğer konu olmuştur. İkinci bölümün devamında; vasıfsızlaşma tezinde kilit bir kavram olan vasma, literatürdeki farklı tanımlamaları bağlamında yer verilmiş ve anlamı zaman içerisinde değiştiği iddia edilen kavram; “bilgi” ve “özerklik” gibi değişmesi güç evrensel unsurlar temelinde daha detaylı bir şekilde ele alınmıştır. İlgili unsurlar, literatürde kabul gören farklı tanımlamalarda öne çıkan ortak paydalar dikkate alınarak belirlenmiştir. Bu bölümün son kısmında temel iddia ve hipotezler bağlamında vasıfsızlaşma tezine ve Fordizm ve post-Fordizm temelli analizlere değinilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; hekimlerin emek sürecine detaylı bir şekilde yer verilmiştir. Bu bölümün kurgulanmasında multidisipliner çalışmalardan yararlanılmış ve bölüm içerisinde neden-sonuç ilişkisi gözetilerek bir iskelet inşa edilmiştir. Teknolojinin hekimlik mesleği ve hekimlerin mesleki pratikleri üzerindeki etkilerinin saptanabilmesi için öncelikle tıbbi sağlık hizmetlerinin yaşamış olduğu evrime değinilmesi uygun görülmüştür. İzleyen başlıklarda; emek süreci teorisi ve unsurları hekimlik mesleğine uyarlanmış ve her birindeki

gelişme ve dönüşümler ayrı ayrı ele alınmıştır. Bu bölümde son olarak teknolojinin hekimlik mesleği üzerindeki etkilerine yer verilmiştir. Literatür taraması sonucunda hakim tıp anlayışından sağlık alanındaki yönelimlere kadar her bir alanda ve hekimlik mesleğinde temel belirleyicinin teknoloji olduğu görülmüş; hekimlerin emek sürecinde yaşanan teknoloji temelli dönüşümler bir başlık altında toplanmıştır. Mevcut teorik ve ampirik çalışmalardan yola çıkılarak ilgili dönüşümlerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkileri ayrı ayrı ele alınmıştır. Mevcut literatür bulguları, ileride yapılacak saha araştırması esnasında çalışmanın amacı ve sorunsalı bağlamında araştırılacak konu başlıklarının ve sorun alanlarının tespitine katkı sağlamıştır.

Çalışmanın son bölümünde nitel araştırma yöntemi kullanılarak yürütülen saha araştırmasından elde edilen verilerin analizine yer verilmiştir. Çalışmanın kuramsal ve kavramsal inşasında emek-teknoloji-vasıf arasındaki nedensellik ilişkisi gözetildiğinden çalışma açıklayıcı bir tarzda kaleme alınmış ve yine aradaki nedensellik bağının sahadaki karşılığının açığa çıkarılması ve çalışmanın amacı ve sorunsalının anlamlandırılabilmesi amacıyla “neden” sorusuna cevap verebilen nitel bir araştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu bağlamda, 16 farklı uzmanlık alanından toplamda 36 hekim ile derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Sahadan elde edilen verilerin analizinde, nitel araştırmanın veri kaynağının metinlerden oluşması nedeniyle betimsel analiz yaklaşımı benimsenmiştir. Betimsel analiz yaklaşımı, nedensellik örüntüsünün verilebilmesi amacıyla birebir atıfların kullanılmasını gerektirdiğinden hekimlerin ifadelerine atıfta bulunulmuş ve ifadeler ile kuramsal ve kavramsal çerçeve arasında ilişki kurulmuştur. Nitel araştırmalarda istatistiksel değil kuramsal ve kavramsal saptamalarda bulunulabildiği için sıklıkla literatür ile bağlantı kurulmaya çalışılmış ve saptamalarda diğer teorik ve ampirik çalışmalara atıfta bulunulmuştur.

Nitel araştırmanın tümevarımsal karakteristiği gereğince sahadan elde edilen verilerden hareketle çıkarımlarda bulunulmuş ve kavramsal boyutta genellemelere ve kuramsallaştırmalara yer verilmiştir. Bu bağlamda araştırma sonucunda; tıbbi teknolojilerin etkisiyle geleneksel klinik vasıfların azalma ve hekimlik mesleğinin zanaat olma özelliğinin aşınma eğiliminde olduğu; ilgili eğilimlere hekim emeğinin bilgi ve özerklik temelinde tecrübe ettiği bozucu etkilerin kaynaklık ettiği saptanmıştır. Ancak ilgili saptamalarda bulunulurken tek perspektifli bir değerlendirmeden kaçınılarak mevcut gerçeklikler de göz önünde bulundurulmaya çalışılmış ve sonuç kısmında tartışmalara da yer verilmiştir.

Yürütülen çalışma bir bütün halinde değerlendirildiğinde, literatürdeki diğer çalışmalardan belli noktalarda ayrılmaktadır. Belirgin ilk farklılık, vasıf kavramına ilişkin kavramsallaştırmadan kaynaklanmaktadır. Odağına vasıf kavramını alan araştırmalar detaylı bir şekilde tarandığında, analiz yapılırken net bir vasıf kavramsallaştırmasından yola çıkılarak sistematik bir yolun izlenmediği görülmektedir. Bu duruma, büyük oranda vasıf kavramının tanımlanması ve vasıf düzeyinin tespit edilmesindeki zorluk neden olmaktadır. Literatürde farklı tanımlamalara rağmen ortak bir takım unsurların ön plana çıktığı da görülmektedir. Öte yandan ilgili çalışmalardaki vasıf kavramı inşasında, teknoloji ve üretim araçları ile yönetim anlayışı arasında kapsamlı bir ilişki kurulmamış olması, emek süreci teorisine dayalı sağlıklı bir analizin yürütülmesine engel olmaktadır. Oysa teknoloji ve yönetim gibi mekanizmaların vasıf üzerinde doğrudan etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle, analizin kurgusunda ilgili parametrelere dikkat edilmesi bir zorunluluk oluşturmaktadır.

Çalışmayı diğer çalışmalardan ayıran bir diğer farklılık ise analizin odak noktasıdır. Emek-teknoloji-vasıf ilişkisini odağına alan çalışmalar sayıca az olmakla birlikte mesleki pratikleri salt üretim noktasındaki pratikler özelinde ele alan çalışmalar yok denilecek kadar azdır. Hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin araştırmalar sıklıkla yeniden üretim alanı ile ilişki kurularak ekonomi-politik temelinde yürütülmektedir. Ancak, hekimlerin emek sürecinde meydana gelen dönüşümlerin ekonomi-politikten görece bağımsız bir şekilde gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu nedenle, ekonomik-politikten bağımsız olarak üretim noktasından analiz yapan bu çalışma, diğer çalışmalardan farklılık arz etmektedir.

Öte yandan çalışmada, gün geçtikçe yalnızca gelir elde etme aracı olarak görülen ve bu nedenle araçsallaştırılan çalışma olgusuna hekimlik mesleği özelinde, emek perspektifinden yaklaşılmaktadır. İlgili değerlendirme; bireyin aynı zamanda toplumsallaşmak ve kendini gerçekleştirmek amacıyla başvurduğu çalışma olgusuna, değersizleşme baskısı altında olduğu ve aşındığı ileri sürülen “vasıf” gibi idealize edilmesi gereken bir kavramdan hareketle yapılmaktadır. Sonuç olarak bu çalışmanın amacına ulaşabildiği ölçüde literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir.

1. ÜRETİMİN YAPILANMASI

Üretim; amaca dönük üretken faaliyet, bir başka ifadeyle emek ya da çalışma, bu faaliyetin somutlaştığı bir ürün ya da nesne ve son olarak nesne ile emek arasında doğrudan bir ilişki kurma işlevi üstlenen üretim aracı tarafından yapılan bir süreci ifade etmektedir.

Emek süreci teorisi, üretimin yapılanmasının teorik ve sistemli analizinde sahip olduğu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda oldukça elverişli bir teorik arka plan oluşturmaktadır. Çünkü emek süreci teorisi; emeğin kendisi, nesnesi ve üretim araçlarından oluşan bir bütünü ifade ederek aslında bizzat üretimin yapılanmasını incelemektedir. Bu nedenle de çalışmanın teorik temellerinin oluşturulması amacıyla ilk bölümde öncelikle emek süreci teorisine kavramsal boyutu ve unsurları bağlamında yer verilecektir.

Günümüzde üretim araçları; emeğin, üretimin, mesleki yapıların ve çalışma koşullarının ana belirleyicilerindendir. Üretim araçları ise teknoloji temelli bir gelişim göstermektedir. Bu bağlamda üretici bir güç olarak emeğe ve yine üretici bir güç olarak teknolojiye değinilerek ikisi arasındaki etkileşim analiz edilmeye çalışacaktır. Üretim araçları ile teknoloji arasındaki ilişki ise emek sürecini bir bütün halinde dönüştürme potansiyeli taşıması nedeniyle ayrı bir özenle ele alınacak ve teknolojik gelişmelerin emek sürecindeki dönüştürücü etkisi zanaat üretimi ve fabrika tipi üretim mukayesesıyla analiz edilecektir. Bu mukayese, çalışmanın profesyonel bir meslek olan hekimlik üzerindeki analizinin kavranması açısından teorik bir nedensellik kurması hasebiyle önem arz etmektedir. Çünkü teori, teknolojinin vasıf düzeyi üzerindeki dolaylı ve doğrudan etkilerini, kapitalist emek süreci ile ortaya çıkan yönetim pratikleri ve uygulamaları ile açıklamaktadır. Bu nedenle de emek sürecinin yaşamış olduğu dönüşüm ilgili gelişmelerin anlaşılması noktasında büyük bir öneme sahiptir.

1.1. Üretimi Açıklamak: Emek Süreci Teorisi

İhtiyaçsız insan olamayacağı (Illich, 2010: 66) kabulünden hareketle, üretimin her toplum aşamasında var olan bir süreci temsil ediyor olması tartışma götürmez bir gerçektir. Üretimin yapılanması ise her toplum aşamasında farklı şekillerde gerçekleşmiştir. Bu farklılıkları ele alan emek süreci teorisi; emeğin kendisi, nesnesi ve üretim araçları bağlamında teorik bir

yaklaşım ile üretim yapılanmasını incelemektedir. Yoğun olarak emeğin üretim araçları temelinde şekillenen üretim süreci bir dizi gelişme ile birlikte emek sürecini dönüştürmektedir. Bu bağlamda öncelikle emek sürecine ve ardından emek sürecinin unsurlarına farklı toplum aşamalarındaki gelişimi merkezinde değinilecektir.

1.1.1. Kavramsal Boyutuyla Emek Süreci

Fizyolojik ve sosyal insani ihtiyaçların varlığı, insanlık tarihi boyunca ilgili ihtiyaçların karşılanmasını zorunlu kılmıştır. İnsan emeğiyle gerçekleştirilen çalışma, her toplum aşamasında üretimde bulunan insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla başvurulan bir olgu olmuştur (Thompson, 1983: 38). Bu yönüyle emek süreci, insanlık tarihinin ortak bir kategorisi olarak değerlendirilmektedir (Savran, 2014: 126). Emek süreci her ne kadar insanlık tarihi kadar eski bir olguyu ifade etse de farklı toplum formasyonlarında farklı şekillerde yapılanmıştır. Ancak yine de emek sürecindeki nihai amaç ve unsurlar büyük oranda aynı kalmıştır.

Kullanım değeri olan malların üretimi amacıyla yapılan emek süreci ve bu yapı içerisinde gerçekleşen çalışma, her şeyden önce insan ile doğa arasındaki bir süreci ifade etmektedir. Çalışma faaliyetini gerçekleştiren insan; süreci yürütme, düzenleme ve denetleme görevlerini yerine getirmektedir (Gartman, 1978; Marx, 2020: 181). Bu görevlerin yerine getirilmesinde emeğe, emeğin nesnesi ve üretim araçları da eklenerek emek süreci yapılmaktadır.

Üretici güçler; doğayı dönüştürmek, kullanım değerleri üretmek ve belirli bir üretkenlik sağlamak için üretim araçlarının özel teknik birleşimiyle emek sürecini oluşturmaktadır (Callinicos, 2004: 54). Emek süreci, gerçekleştiği üretim biçiminden bağımsız olarak emeğin, emeğin nesnesinin ve üretim araçlarının birlikteliğini ifade etmekte ve emeğin nesnelleştiği süreci tanımlamaktadır (Özoğlu, 2003). Emek sürecinin üretim biçiminden bağımsız olması ifadesi, teorinin yalnızca sanayileşme süreci ile ya da Fordist ve post-Fordist gibi üretim modelleri ile bağıntılı bir teorik yaklaşım olmadığını vurgulayan bir özelliktir. Emek süreci, kapitalizm öncesi dönemde de vardır ancak teori esas olarak kapitalist formasyonu odağına almaktadır. Analizlerini kapitalist emek süreci üzerine yoğunlaştırmaktadır.

Sanayileşme süreci ile emek süreci yeni bir tanıma kavuşmuştur. Emek ve sermayenin mal ve hizmet üretimi için bir araya geldiği yolları ya da hammaddelerin; alet ve makinelerden oluşan üretim araçları ile emek tarafından piyasada satılacak olan metalara dönüştürülmesi sürecini ifade eden bir kavram olarak kullanılmaya başlanmıştır (Lazonick, 1990: 225; Thompson, 1983: XV).

Kapitalist toplumun doğuşuyla ortaya çıkan sermaye, üretim araçlarını ve emek gücünü bir araya getirmiştir. Diğer emek süreci formlarından farklı olarak emek gücü, hammadde ve üretim araçları ile temasa devam etse de üretim araçlarının mülkiyetine sahip olmamasından dolayı bağımlı bir çalışma gerçekleştirmektedir (Brighton Labour Process Group, 1977). Aslında emek sürecine kapitalist bir nitelik kazandıran da bu bağımlı çalışma olgusudur. Kapitalist emek sürecinde yer alan işçi, sermaye birikiminin sağlanması için sermayenin yönetim pratikleri ile kontrol altında çalışmaktadır (Yücesan-Özdemir, 2010). Emek süreci üzerindeki kontrol gücünün emekten ayrılarak sermayeye veya onu temsil eden yönetsel üst yapıya geçmesi, bağımlı çalışma olgusuyla beraber, kapitalist emek sürecinin ayırt edici özelliklerinden bir diğerini oluşturmaktadır.

Emek süreci üzerindeki kontrol gücü kaybı, bugün teorik açıdan tartışılan birçok konuya kaynaklık etmektedir. Emegın süreç üzerindeki kontrolünü kaybetmesinin; emegın kendine, sürece ve nesnesine yabancılaşmasına neden olduğu savunulmaktadır. Çünkü emek sürecinin sonunda, işçinin sürecin başında zihninde mevcut bulunan bir sonucu ortaya çıkarması beklenmektedir (Marx, 2020: 182). Ancak süreç üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ya da aşınması, emek sürecinin bütünü kavramayı işçi açısından zorlaştırmaktadır.

Bu noktada üretim araçlarına oldukça önemli bir vurgu yapılmaktadır. Emek süreci teorisyenleri; üretim araçlarını oluşturan modern teknolojinin temel işlevini, doğrudan işçinin kontrolü altında bulunan üretken faaliyetin kademeli olarak ortadan kaldırılması olarak değerlendirmektedir. Tasarımın uygulamadan ayrılması sonucunda vasfın ve işlerin parçalandığını, insana has vasıfların makinelerle aktarıldığını ve böylelikle yönetimin emek sürecinin kontrolünü ele geçirdiğini savunmaktadırlar. Öte yandan yönetimin, makineleri yalnızca emegın üretkenliğini artırmak için değil aynı zamanda çalışma temposunu ve karar alma süreçlerini kontrol etmek için kullandığını da ifade etmektedirler (Keefe, 1991). Teoride, bu nedenlerden dolayı, işverenlerin yönetim, kontrol ve işin yeniden

yapılandırılmasına ilişkin pratikleri temel gündemi oluşturmaktadır (Gaines ve Domagalski, 1996).

1.1.2. Emek Sürecinin Unsurları ve Gelişimi

Emek süreci; belirli bir amaca yönelmiş faaliyet ya da emeğin kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin üretim araçları olmak üzere üç genel unsurdan oluşmaktadır (Marx, 2020: 182). Bu unsurlar, herhangi bir toplum aşamasından bağımsız olarak emek sürecinde yer almaktadır ve tüm unsurların bir arada olmasıyla üretimin önkoşulları sağlanmaktadır (Thompson, 1983: 38-39). Emeğin kendi faaliyetinin, bir başka ifadeyle çalışmanın gerçekleşme şeklinin, farklı toplum aşamalarında farklı şekillerde gerçekleşmesine benzer şekilde emeğin nesnesi de insanlığın gelişimiyle önemli dönüşümler yaşamıştır. Üretimin odağı ilkel topluluklarda av hayvanları ve zamanla toprak olmuş iken günümüzde bilgisayardaki veriler haline gelmiş ve emeğin faaliyet gösterdiği nesne yelpazesi genişlemiştir. Aynı şekilde üretim araçları da basit aletlerden günümüzün karmaşık-yüksek teknolojilerine varan bir gelişim göstermiştir.

Emek süreci teorisinin gündemini yalnızca bunlar oluşturmamaktadır. Emek süreci aynı zamanda toplumsal bir süreci de ifade etmektedir (Price, 1983a). Çalışanlar yalnızca mal ve hizmet üretimi değil, aynı zamanda yönetimle ve birbirleriyle de toplumsal ilişkiler üretmektedir. Bu özelliği itibarıyla emek süreci, toplumsal ve siyasi ilişkilerin yeniden üretildiği bir alanı da ifade etmektedir (Yücesan-Özdemir, 2014: 158). Öte yandan emek süreci teorisi, kapitalist bir politik ekonomide işverenlerin ve işçilerin çıkarları arasındaki temel uyumsuzluğun yönlerini de ortaya çıkarmaktadır (Gaines ve Domagalski, 1996). Emek süreci teorisi kapsamına giren tüm bu gündemler, yoğun olarak yeniden üretim alanı ile ilgilidir. Çalışmanın sınırlılıkları nedeniyle emek sürecine yalnızca “üretim alanı” bağlamında değinilecek olup “yeniden üretim alanı” ile ilgili hususlara yer verilmeyecektir.

1.1.2.1. Üretici bir güç: emeğin kendisi

Emek sürecinin ilk unsurunu oluşturan emeğin kendisi ile amaca dönük faaliyet olarak “çalışma” kastedilmektedir. Emek gücünün kullanımı, çalışmanın kendisini ifade etmektedir

(Marx, 2020: 181). Ancak çalışmanın yerine getiriliş biçimi içinde bulunulan toplum aşamasına bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Toplum formasyonlarında ilk sırada yer alan ilkel topluluklara bakıldığında, ortaklaşa gerçekleştirilen bir çalışma olgusu görülmekte ve avlanma; ilk işbirliği olarak kabul edilmektedir (Callinicos, 2004: 44). Hayatın devamı amacıyla topluluk üyeleri işbirliği içerisinde av ve besin toplama faaliyetlerinde bulunmaktadır (Aydoğan, 2000: 32). Bu toplum aşaması sıklıkla “besin toplayıcılar” olarak adlandırılmaktadır. Çünkü doğada hazır halde bulunan besinlerin elde edilmesine dönük bir çalışma gerçekleştirilmektedir (Childe, 2001: 42-44). Maddi üretimin somutlaşması tarımsal faaliyete geçiş ile gerçekleşmiş ve ilkel toplulukların yerini köleci ve feodal toplumlar almıştır. Tarımsal üretime geçişte toprağın zenginliğin asıl kaynağı olarak görülmesi etkili olmuştur.

Köleci toplumlarda maddi üretimin sorumlusu kölelerdir ve çalışma faaliyeti köleler tarafından yerine getirilmektedir (Meda, 2012: 41). Feodal toplum aşamasında ise köleci toplumdan farklı olarak görece “özgür” olan serfler tarafından üretim gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın yerine getiriliş biçimini birbirinden ayıran husus; serflerin, haftalık çalışma döngüleri içerisinde haftanın belirli günlerini kendilerine derebeyleri tarafından verilen, kalan günlerini ise derebeyinin elinde bulunan topraklarda çalışarak geçirmeleridir (Burawoy, 2015: 48). Kendilerine verilen toprak üzerindeki üretimlerinin kendi ihtiyaçlarını sağlamaya dönük olması nedeniyle serfler, köleci toplum aşamasındakinden farklı bir çalışma faaliyeti yerine getirmektedirler.

Genel olarak bakıldığında emeğin kendisi; farklı toplum aşamalarının farklı emek süreçlerinde farklı şekillerde yerine getirdikleri faaliyetler ile üretim sürecine katılmıştır. İlkel topluluklarda emek, ortaklaşa gerçekleştirilen ve doğada hazır bulunan ürünlerin toplanması; yerleşik düzene geçiş ile tarımsal üretim önem kazanması sonucunda ise toprağa dayalı faaliyetlerinde bulunmuştur. Böylelikle üretimin yapılanmasında emeğin kendisi, farklı çalışma koşullarına bağlı olarak yer almıştır.

Emek süreci teorisinin ayrıntılı bir şekilde analiz ettiği sanayi toplumlarında ise öncekilerden çok farklı bir çalışma disiplini söz konusudur. Sanayi toplumlarında ortaya çıkan “kapitalist emek süreci” içerisinde yer alan emek, yeni kurulan fabrikalarda istihdam edilmeye başlanmıştır. Diğer toplum aşamalarından farklılaşan nokta, sanayileşme süreci ile

çalışmanın yeni bir üretim ilişkisi anlayışına kavuşmuş olmasıdır. İşçileşen tarım çalışanları, sermaye denetimi altında bağımlı çalışma gerçekleştirmeye başlamıştır. Üretim araçlarının işveren elinde toplanması çalışmanın bağımlı bir şekilde yerine getirilmesinin temel nedenini oluşturmaktadır. Kapitalist emek süreci başlığı altında bu konuya daha detaylı bir şekilde değinilecektir.

1.1.2.2. Üretimin odağı: emeğin nesnesi

Emeğin nesnesi ile kastedilen amaca dönük faaliyetler bütünüdür odaklandığı üretim nesnesidir. Emeğin nesnesi de tıpkı diğer emek süreci unsurları gibi zaman içerisinde değişim göstermiş ve kapsamı genişlemiştir. Üretim tekniklerinin gelişimiyle beraber daha önceden harcanan emek sonucunda ortaya çıkan hammaddeler, emeğin yeni nesneleri olma özelliği kazanmıştır (Marx, 2020: 182). Sanayileşme sürecinin ilerleyen yıllarında emeğin nesnesi konumuna somut ürünlerin yanı sıra hizmetler de eklenmiştir. Örneğin günümüzde eğitim ve sağlık gibi hizmetlerin üretiminde emeğin nesnesi konumunda canlı bir varlık olan insan yer almaktadır. Üretimin yapılanma biçimi dönüşüm geçirdikçe emeğin üretken faaliyetinin odağı da zenginleşmektedir.

Avcı ve toplayıcı topluluklarda emek faaliyetlerinin nesnesi konumunda doğada hazır bulunan besin kaynakları yer almıştır. İnsanlığın başlangıcından itibaren hazır geçim kaynaklarını sağlayan toprak olmuş ve bu özelliği itibarıyla emeğin nesnesini oluşturmuştur (Marx, 2020: 182). Tarımsal faaliyete geçişin tam anlamıyla sağlandığı ve yerleşik düzenin kurulduğu feodal toplumlarda da toprak, emeğin ana nesnesi olma özelliğini sürdürmüştür. Toprak esas zenginlik kaynağı olarak görülmeye devam etmiştir (Göze, 2000: 65). Ancak feodal toplum aşamasının özellikle son dönemlerinde zanaat üretimin yaygınlığını arttırmasıyla beraber emeğin nesnesi bağlamında çok büyük bir genişleme yaşanmıştır.

Serf ve derebeyi arasındaki üretim ilişkisinin güç kaybetmesi sonucunda bir yandan para ekonomisi canlanmış diğer yandan ise ticaret ile uğraşan burjuvazi ortaya çıkmıştır. Ticaret, ana gelir kaynağı haline gelmiştir. Bu dönemde ticarete konu olan ürünler, emeğin nesnesini oluşturmuştur (Bloch, 1983: 443; Grint, 1998: 61). Feodal toplumun yerini sanayi toplumuna bırakması sonucunda günümüz piyasalarındaki mal ve hizmet çeşitliliğine ulaşılmıştır.

Özellikle sanayileşmenin ilk yıllarından başlamak üzere 1950'li yıllara kadar otomobillerden ev aletlerine kadar sayısız sınai ürün emeğin nesnesi olarak üretim alanına hâkim olmuştur. Ancak 1950'li yıllara gelindiğinde sanayi ürünlerinin yanı sıra var olan her şeyin değerlendirilebilir olduğu düşüncesinin ve kültür ve eğlence gibi alanlardaki etkinliklere olan talebin artmasıyla hizmetler sektörü yükselişe geçerek emeğin nesnesi konumuna bu türden hizmetler gelmiştir (Meda, 2012: 308; Şimşek, 2002). Bu süreç sanayisizleşme süreci olarak da adlandırılmaktadır (Callinicos, 2001: 190). Sonuç itibariyle üretime konu olan ürün yelpazesinin sürekli olarak geliştiğini ve neredeyse sınırsız sayıda mal ve hizmetin emeğin nesnesi haline geldiğini söylemek mümkündür.

1.1.2.3. Üretim araçları: emeğin aletleri

Emeğin üretim araçlarında meydana gelen gelişmeler, bir bütün halinde emek sürecini dönüştürme potansiyeline sahiptir. Yeni bir üretim aracının keşfi ya da mevcut üretim aracında sağlanan teknik gelişmeler, emeğin faaliyet biçimiyle beraber bu faaliyetin nesnelleştiği ürün çeşitliliğini de belirlemektedir.

Ürün ya da hizmet üretiminde emeğin kendisi ile nesnesi arasındaki temas, emeğin üretim araçları vasıtasıyla kurulmaktadır (Gartman, 1978). Bu temasın kapsamı ise üretim araçlarındaki gelişmeler ile zaman içerisinde genişlemektedir. Üretim araçları toplumların gelişmesinde dahi doğrudan bir etkiye sahiptir ve iktisadi çağları birbirinden farklılaştıran temel faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Çünkü toplum formasyonlarına bakıldığında nelerin yapıldığı hususunda değil, yapılanların nasıl ve hangi üretim aracıyla yapıldığı hususunda farklılaşmaların olduğu görülmektedir (Marx, 2020: 183-184). Üretim araçlarının gelişiminin izlerini, toplumların gelişim çizgilerinde görmek mümkündür.

İlkel topluluk aşamasındaki üretim araçları genellikle doğada bulunan aletlerdir. İnsanların taş ve sopa gibi hazır aletleri kendi gereksinimlerine uygun olacak şekilde değiştirmeleri, üretim araçlarında gözlemlenen ciddi bir gelişme olarak kabul edilmektedir (Zubritski vd., 1981: 14-15). İlkel topluluk aşamasında üretim araçları, ortak mülkiyet anlayışı gereğince herkes tarafından kullanılmaktadır (Diakov ve Kovalev, 2014: 11). Öte yandan araçların ıllıklığından dolayı ilkel topluluklarda teknoloji darboğazı yaşandığı ve bu nedenle de üretkenliğin düşük seviyede gerçekleştiği ifade edilmektedir (Şenel, 1982: 86). Üretkenlik artışının gerçekleşmesi ise toprağın işlenmeye başlanması ile sağlanmıştır. Toprağın bir

Üretim aracı olarak kullanılmaya başlanması yerleşik düzeni ve devamında köleci ve feodal toplum aşamasını beraberinde getirmiştir.

Toprağın bir üretim aracı olarak kullanılmaya başlanması insanlığın yerleşik düzene geçişinin en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Lordoğlu ve zkaplan, 2014: 11). Feodal toplum aşamasında özellikle tarımsal üretimde kullanılan üretim araçlarında gelişmeler yaşanmıştır. Üretim araçlarının mülkiyeti ise el değıştirerek üretim aracını doğrudan kullanan serfler elinde değil derebeylerinde toplanmıştır (Huberman, 2007: 12). Bu gelişmeyle bir bakıma, sanayi toplumlarında ortaya çıkan bağımlı çalışma ilişkisinin temelleri atılmıştır. Özel mülkiyet anlayışı çerçevesinde sanayi toplumlarında, üretim araçlarına sahip olmayan işçiler, üretim araçlarının mülkiyetine sahip sermayenin kontrolü altında bağımlı çalışmaya başlamıştır.

Sanayileşme sürecinde üretim araçlarındaki gelişiminin teşvik edilmesi, fabrika düzenini mümkün kılmış ve bugün de varlığını sürdüren sınaı çalışmasının temelleri atılmıştır. Makinelerin büyük ölçekli üretime imkân tanınmasının bir sonucu olarak emek süreci kapitalist bir form kazanmıştır (Callinicos, 2004: 59). Kapitalist emek sürecinin Fordist ve post-Fordist olarak adlandırılan üretim modelleri bağılamında yapılanması, teknolojik makinelerin gelişimiyle yaşanmıştır. Emek sürecinde de emeğın gerek kendisi gerek nesnesi gerekse üretim araçları bağılamında önemli dönüşümler kendini göstermiştir. Bu nedenle de teknolojik gelişmeler, günümüzün mesleki yapılarında ve üretim süreçlerinin yapılanmasında büyük bir rol oynamaktadır.

1.2. Üretici Bir G Olarak Teknoloji

Teknoloji dinamik bir doğaya sahiptir ve doğasının net bir şekilde kavranabilmesi için teknoloji kavramına, teknolojinin nelerden oluştuğuna ve nasıl yönlendirildiğine dair yoğn tartışmalar yürütülmektedir (Wahab, 2012). Bu nedenle de teknoloji kavramına, bilim ile olan ilişkisine, nasıl yönlendirildiğine ve gelişimine bakmak kavramın kapsamlı bir şekilde anlaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir.

Teknoloji kelimesi, etimolojik açıdan, “tekhne” ve “logos” kelimelerinin bileşiminden türemiştir; tekhne sanat ve zanaata ilişkin ustalığı ifade ederken logos sistem ya da çalışma anlamında kullanılmaktadır (Artut, 2014: 24). Günümüzde ise teknoloji, en genel anlamıyla,

üretimin gerçekleştirilmesi amacıyla doğal süreçlerin ve şeylerin kullanılması olarak tanımlanmaktadır ve iki ana bileşenden oluşmaktadır: ürünler, aletler, ekipmanlar, planlar, teknikler ve süreçler gibi öğeleri içeren fiziksel bir bileşen ile yönetim, pazarlama, üretim ve kalite kontrol gibi alanlardaki know-how'dan oluşan bir bilgi bileşeni (Harvey, 2015b: 101; Kumar vd., 1999).

Teknolojinin doğuşu, ilk insanların taştan keskin araçlar yapıp bunları alet ve av silahı olarak kullanmaya başlamaları ile yaşanmıştır (Dosoudil ve Haward, 2007). Teknoloji kavramı, “teknik” kavramı ile ilişkilidir. Teknik; insanların belirledikleri amaçlara ulaşabilmek adına geliştirdikleri araçlarda somutlaşan beşerî bir edimdir (Heidegger, 2015: 12). Teknik, tecrübeyi ve tecrübelerden edinilen örtük bilgiyi içeren meydana getirme bilgisini ifade ederken teknoloji, bilimsel bilgiye dayalı imal etme bilgisini ifade etmektedir (Günay, 2017). Teknoloji kelimesinin mevcut anlamı ile kullanımı modern çağda ortaya çıkmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra Sanayi Devrimi gibi diğer terimlerle birlikte geliştirilmiş ve endüstriyel süreçlerin bir sonucu olarak Batılı toplumların radikal yeniden yapılanmalarını tanımlamak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (Murphie ve Potts, 2003: 3). En geniş anlamıyla teknoloji, üretimi gerçekleştirmek adına hammadde, alet veya makineler ile emeğin bir araya getirilme biçimini ifade etmektedir. Bu haliyle teknoloji, üretimin hem fiziksel hem de donanımsal ve sosyal organizasyonunu birleştirmektedir (Choi vd., 2008). Bilimsel bilgi düzeyinde yaşanan artışlar, teknoloji düzeyinde de ciddi artışlara neden olmuştur. Bilimsel bilgi ile teknoloji arasında tekniğin teknolojiye dönüşmesi bağlamında önemli bir ilişki bulunmaktadır.

Bilimsel keşifler, tek başına bireysel bir süreç sonucunda değil, bireyin ve toplumun önemli bir rol oynadığı toplumsal bir sürecin sonucunda yapılmaktadır. Keşif kavramı, yeni bir fikir kümesini ifade etmek için kullanılmaktadır. Bilimin teknolojiyle olan ilişkisi ise icat kavramı ile açıklanmaktadır. Çünkü icat kavramı bir makinenin ya da fiziksel bir şeyin üretimini ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (Barber, 1953: 191-193). Zaman içerisinde birikerek gelişen bilimsel bilginin nesnelleşmesi ile teknolojik aletlerin üretimi gerçekleşmektedir. Bu nedenle de bilim ve teknoloji karşılıklı bir ilişki içerisinde birbirini beslemektedir.

Bilme ihtiyacını karşılamak amacıyla doğanın deneysel yöntemler aracılığıyla araştırılması “saf bilim” olarak adlandırılmaktadır. Saf bilimin insani amaçlar doğrultusunda kullanılması ise “uygulamalı bilim” olarak ifade edilmektedir. Bilim, “bilmek” ve “yapmak” üzerine

kurulu iki amaca hizmet etmektedir. Bilme anlayış ile ilgiliyken yapma eylemi temsil etmektedir. Uygulamalı bilim, saf bilimde gerçekleşen keşifleri insani amaçlara uygulamaktadır. Bu işleyiş teknolojiyi doğursa da bilim olmadan da teknoloji uzun yıllar var olmuştur. Ancak burada bir farklılık söz konusudur ve farklılığı saf bilim olmadan uygulamalı bilim olamayacağı gerçeği oluşturmaktadır. Teknolojik gelişmenin yoğunluğu açısından bu farklılık son derece önemlidir. Çünkü geçmiş zamanların teknolojisi ile özellikle 17. yüzyıldan sonraki teknolojinin yoğunluk olarak kıyas edilmesi çok güçtür. Uygulamalı bilim alanına teknolojinin dahil edilmesiyle teknolojik gelişmeler büyük bir ivme kazanmıştır. Günümüzde teknoloji, aletlerin iyileştirilmesi aracılığıyla uygulamalı bilimde daha ileri bir adım olarak tanımlanmaktadır (Feibleman, 1961). Bilimsel bilgi alanında o denli bir gelişme yaşanmıştır ki özellikle 19. ve 20. yüzyıllarda üniversitelerde tüm önemli bilimsel bilgi alanları giderek daha uzmanlaşmış dallara bölünmeye başlamıştır (Elias, 1982: 4). Her teknoloji ve bilim alanı, alaka düzeyi temelinde dar bir şekilde uzmanlaşmıştır (Gorz, 1972).

Sonuç itibariyle bilimsel üretim, yeni teknolojilerin üretimine olanak tanıyarak üretim sürecinin hizmetine artan oranda dahil olmaktadır (Narin, 2008). Teknolojinin emek sürecinde artan kullanımı ise beraberinde teknolojik gelişmeyi kimin desteklediğine ilişkin olarak yürütülen tartışmaları literatürün gündemine taşımaktadır. Bilimin ve beraberinde teknolojinin yanlılığı tartışmaya açılmaktadır.

Teknolojik determinizm; bireyleri, grupları, organizasyonları, toplumsal davranışları ve dinamikleri etkileyen ve hatta belirleyen; tanımlanabilir, objektif ve belirleyici özellikleri bulunan bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Boreham vd., 2008: 15). Bu yaklaşım içerisinde teknoloji, toplumsal değişimleri belirleyen bağımsız bir değişken olarak kabul edilmektedir (Üşür, 2001). Teknolojinin kendi kendini düzenlediği ve minimum insan müdahalesi içerdiği ifade edilmektedir (Liker vd., 1999).

İktisadi, siyasi ve politik yapılardaki dönüşümü tetikleyen baş aktör konumunda doğrusal bir gelişim gösterdiği iddia edilen teknolojinin, toplumsal sistemden bağımsız bir şekilde bilim insanları tarafından geliştirildiği ve toplumsal değişimin teknoloji temelli yaşandığı savunulmaktadır (Yücesan-Özdemir, 2009: 47-48). Ancak bu yaklaşıma karşı çıkılmakta ve teknoloji engellenemez bir güç olarak görülmemektedir. Teknolojinin dönüşüme neden olma potansiyelinin toplumsal ölçekte yaşanan mücadelelere ve güç dengelerine göre belirlendiği

ileri sürülmektedir (Atabek vd., 2006: 306). Sonuç olarak teknolojik determinizm, teknolojinin “yanlı” olmadığı ve belirli bir kesime hizmet edecek şekilde geliştirilip dizayn edilmediği iddiasında bulunurken aksini iddia edenler teknolojinin dönüştürme gücünün temelinde güç ilişkilerinin yattığını düşünmektedirler. Kapitalizmin güç kazanması ve güç dengesinin sermaye lehine dönmesi sonucunda ise teknolojinin kendi amaçlarına hizmet edecek şekilde sermaye tarafından yönlendirildiği iddiası daha güçlü bir şekilde gündeme getirilmeye başlanmıştır.

Üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulunduran sermayenin üretim teknolojisini yönlendirme gücü bulunmaktadır (Noble, 1978). Bu nedenle de sermayenin teknolojiyi iktisadi, siyasi ve politik çıkarları doğrultusunda yönlendirdiği ve böylelikle sermayenin yanlı olduğu iddia edilmektedir (Yücesan-Özdemir, 2009: 49). Sermayenin önceliğinin sermaye birikiminin kesintiye uğramaması olmasından dolayı, bu hedefe ulaşmak adına teknolojinin üretim sürecine uygulandığı savunulmaktadır (Harvey, 2015b: 101-102). Teknolojiye, kapitalist emek sürecinin bir enstrümanı olarak bakılmaktadır (Spencer, 1979). Kâr düzeyinin artırılması amacıyla sermayenin teknolojik ekipmana yatırım yapmasının doğal bir sonuç olduğu kabul edilmektedir (Strangleman ve Warren, 2015: 17). Toplumsal bir süreç olan teknoloji üretimi bu yönüyle aynı zamanda sermaye birikimine dayanan bir üretim ilişkisi olarak da görülmektedir (Narin, 2012). Teknolojik gelişmenin ardında daha fazla kâr elde etme güdüsünün ve üretkenlik artışının sağlanmasının yattığı düşünülmektedir. Teknolojik gelişmenin yoğunluğu ise teknolojinin üretkenlik sağlama potansiyeli tarafından belirlenmektedir.

Başlangıçta, teknolojik gelişmeye kaynaklık eden bilimin sermaye üzerine herhangi bir maliyet yüklediği kabul edilmekle birlikte zaman içerisinde sermayenin kendi kaynaklarını kullanmak suretiyle bilimi sistematik bir şekilde örgütlediği, bu nedenle de bilimin sermayeye dönüştürülmesinin temel bir yenilik olduğu savunulmaktadır (Braverman, 2008: 162-171). Teknolojinin sermaye tarafından yönlendirilmesinin miladı olarak Sanayi Devrimi gösterilmektedir. Öyle ki Sanayi Devrimi teknolojik gelişmeler açısından yeni bir çağı ifade etmektedir.

Sanayi Devrimi’ne, Rönesans sonucunda hâkim kanı haline gelen “insanın doğa karşısında çaresiz olmadığı” ve “doğayı ele geçirebileceği düşüncesi” ile bilim ve teknolojinin gelişimi önündeki engellerin aşılması zemin hazırlamıştır (Albertini, 1995: 10). Sanayileşme süreci;

iktisadi, toplumsal ve siyasi koşulların halihazırda mevcut bulunduğu 18. yüzyılın Britanya’ında tarımsal faaliyetten koparılan çalışanların sanayiye aktarılması ile başlamıştır (Hobsbawm, 2013: 36). Üretimde tarımsal faaliyetten kopuş, köylülerin çitleme süreci ile topraksızlaştırılması ve toprakların sayıca az sermaye sahibinin elinde toplanması yoluyla ilkel sermaye birikiminin sağlanması sonucunda gerçekleşmiştir (Löwy, 2018: 20; Dowd, 2013: 39). Teknolojik gelişmelerin tetiklediği sanayileşme sürecinin hız kazanmasıyla beraber kapitalist sanayi toplumları doğmuş ve bu toplumlarda makineleşme süreci yaşanarak üretimde teknoloji kullanımı açısından yeni bir perde açılmıştır.

18. yüzyılın ikinci yarısında, büyük ölçüde Britanya başta olmak üzere Batı Avrupa’nın her yerinde ve devamında Amerika’da iktisadi ve toplumsal hayat yeni makinelerin icadıyla büyük oranda değişime uğramıştır. Buhar gücünün dokuma sanayindeki üretim sürecinde uygulanması bir dizi mekanik gelişmeyi tetiklemiştir (Galbraith, 2011: 14-15). Sanayi üretiminin yaygınlık kazanmasıyla teknoloji bu dönemde ayırt edici bir özellik kazanmış, mal ve hizmet üretiminde kullanılan fiziksel nesne ve teknik işlemlerin bileşimi halini almıştır (Blauner, 1964: 6). 18. yüzyılda başlayan sanayileşme sürecinde, rekabetçi kapitalizmin doğal bir sonucu olarak teknoloji, üretim maliyetlerinin düşürülmesi temel amacıyla dizayn edilmeye ve ölü emek olarak adlandırılan teknolojik alet ve makineler, üretim sürecinde canlı emeğin yerini almaya başlamıştır (Gorz, 1972). Üretim sürecinde teknoloji de emek gibi bir üretim faktörü olarak yoğun bir şekilde kullanılmıştır (Erkök, 1978: 3). Teknolojinin emek gibi üretici bir güç haline gelmesi teknolojinin emeği ikame edici bir tehdit olarak görülmesine neden olmuş ve sanayileşmenin ilk dönemlerinde teknoloji karşıtı görüşler sıklıkla dile getirilmiş ve toplumsal hareketler yaşanmıştır.

Sanayileşmenin ilk yıllarında teknolojiye; üretimde harcanan emek miktarını azaltma potansiyeline ve böylelikle boş zamanı herkese pay etme gücüne sahip bir güç olarak bakılmıştır (Russell, 2013: 13-14). Ancak sanayileşme sürecinin izleyen yıllarında üretim sürecinde gelişmesi ve yaygınlığını arttırması sonucunda teknolojiye, sermayenin emekten kurtuluşunda işlev gören bir araç olarak bakılmaya başlanmıştır (Totterdill, 1990). Özgürleştirici bir güce sahip olduğu düşünülen ve insanlığın kurtarıcısı olarak görülen makinenin, boş zamanı arttırıcı bir gelişmeden ziyade işçiye bir rakip haline geldiği iddia edilmiştir (Lafargue, 1996: 37-60). Bu türden iddiaların geniş bir gündem bulması sonucunda ise ilgili dönemde makine kırıcılık olarak da bilinen “Ludist Hareket” ortaya çıkmıştır. Ludist hareket aktivistleri, ölü emek ya da sabit sermaye adı verilen teknolojiyi,

canlı emeği ifade eden değişken sermayenin sömürülmesine olanak tanıyan araç olarak kabul etmiş ve eylemlerde bulunmuştur (Linebaugh, 2014: 9). İnsanlığın kurtarıcısı olarak algılanan makine-teknoloji, zaman içerisinde emeğe rakip hale gelmiş ve bunun sonucunda da üretimde kullanılan makinelere zarar verilmesi olarak özetlenebilecek teknoloji karşıtı toplumsal hareketler ortaya çıkmıştır.

Tarım ve Sanayi Devrimi'nden sonra yeni teknikleri, enerji türlerini, üretim biçimlerini ve güçlerini beraberinde getiren yeni bir devrim olarak enformasyon devriminden bahsedilmektedir (Kumar, 2013: 54). İnsanlık tarihinde tecrübe edilen bu üçüncü devrime bilgisayarlar kaynaklık etmektedir (Danziger, 1985). Mikro-elektronik teknolojilerinin kullanıma başlanmasıyla beraber yönetimin, teknoloji tarafından ikame edilen emeği üretim sürecinden dışlama olanağına kavuştuğu ve böylelikle işverenlerin emeğe olan ihtiyacının azaldığı ileri sürülmektedir (Smith, 1991). Öte yandan bilgisayar teknolojilerinin, insan beyninden daha hızlı düşünme kapasitesine sahip olmasından dolayı emek üzerinde hakimiyet kurma iddiasında bulunduğu da savunulmaktadır (Postman, 2013: 108-109). Teknolojinin modern çağda da işçiler açısından işe yaramazlık kabusuna neden olacağı savıyla bu düşünce desteklenmektedir (Sennett, 2011: 58). Kapitalizmin varlığını sürdürme tarzı ve ender üretici güç olarak insan bilgilerini temel aldığı bu evresine, enformasyon teknolojilerinin de etkisiyle “bilişsel kapitalizm” adı verilmektedir. Bu evrede insanın tüm benliğiyle üretim sürecinde emek, mal ve sermaye halini alarak üretim aracı haline geldiği ifade edilmektedir (Gorz, 2011: 59; Gorz, 2014: 17). Teknolojik gelişmelere emek cephesinden şüphe ile yaklaşma eğilimi sürmekle birlikte teknoloji bir tehdit olarak görülmeye devam etmektedir.

Yeni teknolojilerin kullanılmaya başlanmasıyla mevcut teknolojiler zaman içerisinde kullanımdan kalkmaktadır. Bu türden teknolojilere “ikame teknolojiler” adı verilmektedir. Yeni teknolojiler ürün kalitesinin daha az maliyetlerle geliştirilmesi gibi istenilen iş hedeflerine ulaşmayı mümkün kılmasından dolayı uygulama alanı bulmaktadır (Johnstone, 2005). Bu bağlamda yok oluş, çoğu teknolojinin kaderi olarak ifade edilmektedir (Cook-Deegan, 1988: 138).

Sonuç olarak teknolojik gelişmeler üretim araçlarını etkilemek suretiyle mesleki yapılardan üretimin yapılanmasına, çalışma koşullarından emeğin bizzat kendisine kadar birçok dönüşümü tetiklemektedir. Teknolojik gelişim sürecinin işleyişine bakıldığında,

teknolojinin artan oranda sermaye tarafından yönlendirildiğini ve teknolojinin yönetimi sonucunda sağlanan üretkenlik artışları ile üretici bir güç olarak emek sürecinde her zamankinden daha önemli bir konuma geldiğini söylemek son derece mümkündür.

1.3. Teknolojik Gelişme ve Üretim Aracı İlişkisi

Sanayileşme süreci, sürdürülebilir enerji kaynaklarının yardımıyla üretimde sürekliliği sağlamış ve yeni üretim tekniklerinin gelişimine olanak tanıyarak üretim sürecinde emek gücünün yerine makine gücünün önem kazanmasına neden olmuştur (Metin ve Özaydın, 2014: 32). Sanayileşme süreci ile üretimde emeğin teknoloji ile tam ikamesi gerçekleşemese de makinelerin üretim sürecinde artan kullanımı çalışmanın doğasını değiştirmiştir.

Kapitalist gelişme mantığının kar maksimizasyonu hedefi gereğince zor işler, verimsizliğe neden olmaları nedeniyle teknoloji yardımıyla basitleştirilmiş ve işin zorluğunun azaltılması sonucunda işçilerin kayıtsız hale geldiği çalışma koşulları ortaya çıkmıştır (Sennett, 2014: 79). Makineye ve teknolojiye bağlı çalışma öncelikle bir alanda başlamış olsa da zaman içerisinde dokuma, demir-çelik, ulaştırma, kimya, elektrik ve benzin motoru sırasını izleyerek el emeğine dayanan tüm üretim süreçlerini kapsayacak bir yaygınlık kazanmıştır (Freyer, 2014: 40-44).

Üretimde teknolojinin kullanılması Sanayi Devrimi ile gelen yeni bir gelişme olarak kabul edilmese de makinelerin üretimde kullanılmaya başlanması yeni bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Teknolojinin nesnelleştiği üretim araçları arasında belli farklılıklar olduğu görülmektedir: alet ve makine. Bu iki teknoloji ürünü arasındaki temel farklılık ise üretim aracı olarak emeğin üzerindeki etkileri bağlamında ortaya çıkmaktadır.

1.3.1. Alet

İnsan, alet yapabilen ve bunları kullanabilen bir canlı türü olarak tarih sahnesinde yer almış ve tarih boyunca bu aletler sayesinde yaşadığı çevrenin koşullarını değiştirerek kendine uyarlayabilmiştir (White, 1949: 40; Ayas, 1982). Tarih boyunca çoğu araç, kullanıcının ihtiyacını giderecek türde olma özelliği taşımış ve üretimleri bakımından emek yoğun olmuştur (Illich, 2010: 75).

Teknolojik bir üretim aracı olan alet, görece esnek bir kullanım alanına sahip olmakla birlikte kullanıcının vasfı ile doğru orantılı bir şekilde yönlendirilebilmektedir (Dikmen, 2015: 35). Alet kullanımında teknik ön plana çıkmaktadır. Çünkü teknik, el becerisi ve tecrübeyle ilişkilidir (Günay, 2017). El becerisine dayanan alet kullanımı özel bir eğitim gerektirmektedir ve bu eğitim sonucunda ustalık gelişmektedir. Öte yandan alete dayalı üretim sonucunda ortaya çıkan ürün benzersiz olma özelliği taşımaktadır ve bu yönüyle alet kullanımı atölye tipi zanaat üretimi ile özdeşleşmektedir (Dikmen, 2015: 35-36).

Üretim sürecinde alete yön veren emeğin bizzat kendisidir. Teknoloji-üretim aracı ilişkisi bağlamında bu özellik, emeğin faaliyetinin doğasını belirleme gücüne sahiptir. Emeğin vasıflı ya da vasıfsız olması, alet kullanımı esas alınarak değerlendirilebilmektedir. Emek açısından idealize edilen vasıf kavramsallaştırması bu nedenle alet kullanımına dayalı zanaat üretimi üzerinden yapılmaktadır.

Her neslin seleflerinin birikimine alet ve teknik eklemesiyle sağlanan teknik birikim, teknolojik ilerlemeye kaynaklık etmiştir (White, 1949: 44). Bilimsel bilginin teknik ve bilim adamlarının mucitler ile buluşması teknolojik ilerlemeye büyük oranda katkı sağlamıştır (Rostow, 1970). Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hız kazanmasıyla sürekli olarak yeni tür araçlar geliştirilmiş ve fabrikasyon üretim için uygun altyapı oluşturulmuştur (Illich, 2010: 75). Fabrika düzeninin kurulması, bir üretim aracı olan aletin gelişimi sonucunda ortaya çıkan makineler sayesinde mümkün olmuştur.

1.3.2. Makine

Makineler; organik olmayan bileşenleri enerjiye dönüştürmek, çalıştırılmak ve insanın mekanik ve duyuşsal kapasitesini artırmak üzere geliştirilmiş olan üretim araçlarıdır. İkisi de birer üretim aracı olan alet ile makine arasındaki temel farkı, kullanım aşamasında kullanıcının beceri ve hareket gücündeki bağımsızlık derecesi oluşturmaktadır. Alet el ile kullanıma özgü iken makine otomatik hareket temelinde dizayn edilmektedir (Mumford, 1947: 9-10). Bu nedenle zanaatkarın yüz yüze geldiği en büyük tehditlerden biri makine olarak görülmektedir. Vasıflı el işçiliği tarihinde, makineler çoğu kez bir dost olarak algılanmaya başlanmışsa da zaman içerisinde bir tehdide dönüşmüştür (Sennett, 2019: 108).

Zanaatkarın kullandığı alet ile makineler arasındaki farklılığı, insanın mı makineye yoksa makinelerin mi insana uyması gerektiğine ilişkin olarak yürütülen tartışmalar oluşturmaktadır. Çünkü aletlerden farklı olarak makineler, emeğin kendisine hizmet etmesi prensibine bağlı olarak dizayn edilmişlerdir. Ancak bir üretim aracı olan alette durum farklıdır çünkü en kapsamlı alet bile emeğe yön verme potansiyeline sahip değildir (Arendt, 2011: 217). Alete sahip olduğu ustalık ve el becerisiyle yön veren emeğin kendisidir. Makineler ise emeğin faaliyetini etkilemek suretiyle çalışmalarını dönüştürmekte ve emeğin vasıflarını ikame edebilmektedir.

Ancak makinelerin neden olduğu bu sorun, teknolojinin kendisinden kaynaklanmamaktadır. Sorunun kaynağı olarak makinelerin tasarımı ve gelişimi görülmektedir (Sennett, 2011: 60). Makinelerin üretim sürecindeki kullanımında belirleyici olan unsur, üretim aracının emeğin elinden çıkıp bir mekanizma tarafından kontrol ediliyor oluşudur (Durand, 2015: 56). Bu bağlamda makinenin yerine getirdiği işlemlerin nasıl kontrol edildiği sorusu makinenin evrimindeki kilit bir aşama olarak kabul edilmektedir (Braverman, 2008: 188). İnsan-makine etkileşimindeki unsurlar olarak vasıf çeşitliliği, fiziksel hareketlilik, karşılıklı bağımlılık, çalışma hızı üzerinde kontrol ve yoğunluk görülmektedir (Baron ve Bielby, 1982). Makinelerin kendi kendilerini kontrol etmesine olanak tanıyan otomasyon teknolojileri ile donatılması makinelerin evrimindeki önemli bir aşamayı temsil etmektedir.

Otomasyon, insan vücudunun parçalarının birer üretim aracı olarak kullanımıyla başlayan sürecin son adımı olarak değerlendirilmektedir (Mumford, 1947: 9-10). Otomasyon teknolojileri yoğun olarak nümerik kontrollüdür ve makine kontrollü teknolojileri ifade etmektedir. Sayısal olarak kodlanmış talimatların yerine getirilmesi üzerine kurulu çalışma prensibi söz konusudur (Keefe, 1991). Teknolojiye ilişkin bir kavram olması nedeniyle bir yandan düz bir anlama sahip olan otomasyon, bir yandan da insanın eylemsel ve düşünsel bazı faaliyet ve vasıflarını ikame edebilme potansiyeli nedeniyle daha derin bir anlama sahiptir (İnan, 2012: 107). Örneğin, mikro-elektronikğin gelişimiyle bir zamanlar hekimin muhakemesine dayanan tıbbi tanı alanının akıllı makineler tarafından işgal edildiği ileri sürülmektedir (Sennett, 2019: 108). Otomasyon teknolojileri bütün halinde emeği üretim sürecinden dışlamasa dahi emeğin faaliyet alanlarını daraltmaktadır.

Günümüzün yerleşik teknolojileri göz önünde bulundurulduğunda, teknolojik üretim araçları ile emek arasında simbiyotik bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir (Clark, 2003).

Otomasyon teknolojileri yaygınlık kazandıkça sabit insan vasıfları alanının sürekli daralmakta olduğu ve simbiyotik ilişki nedeniyle emeğin üretim aracının gerisine düşmemek adına bilgi temellerini ve becerilerini durmadan geliştirmek zorunda kaldığı savunulmaktadır (Sennett, 2011: 34). Piyasadaki işleyişe bakıldığında zorlayıcı rekabet güçleri nedeniyle teknolojik gelişmenin, sürekli olarak yeni ürün, üretim yöntemi ve organizasyon biçimleri arayışında kullanıldığı görülmektedir (Harvey, 2015a: 76-77). Bu durum ise geliştirilen yeni makinelerin işleyişini yöneten program ve organizasyon formlarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır (Harvey, 2017: 127). Teknolojinin talep ettiği yetkinlik düzeyine sahip olma zorunluluğu emek üzerinde baskıya neden olmaktadır. Teknolojik gelişmelerin beraberinde yeni yönetim ve üretim tekniklerini getirmesinden dolayı emek, üretim sürecinde teknolojiye uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Bu “yeni” yetkinlik gereklerinin ne kadarının vasıf ne kadarının teknoloji-okuryazarlık olduğu ise tartışmaya açık bir konudur.

Üretim sürecinde teknolojinin ürünü olan makinelerin yaygınlaştırılması sürecinin, sermayenin emek verimliliğinin arttırılmasına yönelik çabasının bir sonucu olarak yaşandığı kabul edilmektedir (Braverman, 2008: 203). Sermayenin verimlilik artışı güdüsü ise yığın üretime olanak tanıyan makine temelli montaj hattının kurulduğu Fordist üretim modeli ile karşılanmıştır.

Sanayi toplumlarında atölye tipi zanaat üretimi önemini kaybederek yeni kurulan fabrika düzeninde emek süreci “kapitalist” bir form kazanmıştır. Emek sürecine kapitalist bir form kazandıran gelişmeler teknoloji temelinde yaşanmış ve üretim araçlarında gözlemlenen gelişmeler emek sürecini dönüştürme potansiyeline ulaşmıştır.

1.4. Üretim Araçlarının Gelişimi ve Emek Süreci İlişkisi

Emek süreci, en ilkel topluluklarda dahi, hammaddelerin insan emeği tarafından “alet veya makinelerin yardımıyla” kullanım değeri olan ürünlere dönüştürüldüğü bir süreç olarak kendine yer edinmiştir (Gaines ve Domagalski, 1996). Bir üretim aracı olarak alet veya makine kullanımı emek sürecindeki üretim tarzının belirlenmesinde etkili olmuştur. Sanayileşme süreciyle “kapitalist” bir nitelik kazanmış olan emek sürecinde deneyimlenen teknolojik gelişmeler, mesleki yapılara etki ederek dönüşümlere neden olmuş ve emek sürecinin bizzat kendisini de dönüştürmüştür (Diprete, 1988). Bu dönüşümler kapitalizmin

kendi doğasına has bir özellik olarak kabul edilmektedir. Çünkü kapitalizm dönüşümle yaşamakta ve başka hiçbir toplum aşamasında görülmedik ölçüde dönüşüm üretmekte ve dönüşüme ihtiyaç duymaktadır (Dowd, 2013: 38). Kapitalizmin emek sürecini kendine has özellikleri bağlamında yapılandırması, büyük oranda üretim araçlarıyla ilişkili bir şekilde gerçekleşmiş ve bu ilişki sanayileşmenin ilk yıllarda kendisini yoğun bir şekilde hissettirmiştir.

Emek süreçleri arasındaki farklılık üretim süreci üzerindeki kontrolün kapsamından kaynaklanmaktadır. Feodal toplumun tarımsal üretimden sorumlu serfleri ve atölye tipi üretim yapan zanaatkarları, üretim sürecindeki kontrolü doğrudan ellerinden tutup üretim tarzlarını büyük ölçüde kendileri belirlemişken kapitalist emek sürecindeki her bir adım neredeyse her açıdan sermayenin kontrolü altına alınmıştır (Gartman, 1978). Kontrolün işçiden işverene kaymasında ise özel mülkiyet anlayışının ortaya çıkması etkili olmuştur. Çünkü kapitalist emek sürecinde üretim araçlarının mülkiyeti işçiden işverene geçmiştir. Üretimde ve sermaye birikiminde devamlılığın sağlanması için üretim araçlarının yanı sıra gerek emeğin gerekse bir bütün olarak emek sürecinin kontrol edilmesine ilişkin pratikler hayat bulmuştur.

Geçmiş deneyimler analiz edildiğinde emek sürecinde sağlanan teknik yeniliğin, büyük oranda işverenlerin stratejilerini yansıttığı tespit edilmiştir. Kapitalist gelişme mantığı gereğince işçilerin emek süreci üzerindeki kontrollerinin sağlanmasında teknolojiye merkezi bir önem atfedilmiştir (Smith, 1991). Yeni teknolojilerin uygulanmaya başlanması sonucunda ise emeğin doğasında dönüşümler yaşanmıştır (Thompson, 1990: 106). Çünkü teknoloji, insan emeğini dönüştürme ve çalışmasını değiştirme potansiyeline sahiptir (Thompson, 1983: 4). Teknoloji, “know-how” bilgisini beraberinde getirerek kendine uygun bilgi ve beceri isteminde bulunmaktadır (Madeuf, 1984). Teknoloji, üretim sürecindeki işçi becerilerini belirleme potansiyeline sahiptir (Blauner, 1964: 8). Yeni becerilerin kazanılması sonucunda ise teknolojinin eski becerilerin ortadan kalkmasını ve bu becerilerin değersizleşmesini teşvik ettiği düşünülmektedir (Postman, 2013: 50-117). Bu sürecin kapitalizmin son evresinde çok daha yoğun bir şekilde yaşandığı ve mesleki yapıların teknolojinin hakimiyeti altına her zamankinden daha fazla girdiği gözlemlenmektedir.

Bilim ve teknoloji alanlarının iç içe geçmesi sonucunda teknoloji belirli bir alanı değil tüm mesleki yapıları etkileyebilecek bir güce kavuşmuştur. Tüm mesleklerde birbiri ardına

teknolojik dönüşümler yaşanarak “teknoloji kaynaşması” sürecine girilmiştir (Ayhan, 2002: 6). Teknolojinin Fordist ve post-Fordist gibi üretim modellerini biçimlendirerek sınırlarına ulaşması sonucunda ise emek sürecinde emek, sermaye ve örgütlenme bağlamında yeniden yapılanmalar yaşanmış ve yeni yönetim anlayışları ortaya çıkmıştır (Bilgin, 2000:14-30). Üretim araçlarına dinamizm katan teknoloji bir yandan da üretim ilişkilerini etkilemiştir (Aydoğanoglu, 2011: 49-50). En büyük dönüşüm Sanayi Devrimi’nin etkisiyle zanaat üretiminden fabrika üretimine geçişte gözlemlenmiştir. Atölyedeki sabit tezgâhın yerini fabrikadaki hareketli bant almış; böylece işçinin bir üründen diğerine gitmesinin yerini ürünün işçinin önünden gelip geçtiği sistem almıştır (Murray, 1995: 46-47).

Meslekler açısından yapılandırılan değerlendirmelerde teknolojinin meslekler üzerindeki etkisinin belirsiz olduğu ileri sürülmektedir. Mesleklerin teknolojiye nasıl tepki vereceğinin teknolojinin kendisi tarafından önceden belirlenmediği: aksine yeni teknolojiler ile bilgi ihtiyaçları arasındaki ilişkiyi müzakere ettiklerinden dolayı profesyonel gruplar ile diğer toplumsal aktörlerin etkileşimine bağlı olduğu savunulmaktadır (McLaughlin ve Webster: 1998). Çeşitli araştırmalarda ise işverenlerin emek sürecinde kontrol kazanmak amacıyla bulundukları girişimler neticesinde, yeni teknolojilerin işçiler üzerinde vasıfsızlaştırıcı etkide bulunduğu ileri sürülmektedir (Thompson, 1990: 106). Teknolojinin emeğin vasıf düzeyi üzerindeki etkisinin, teknolojinin niteliğine bağlı olarak farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür.

Teknoloji, emeğin vasıflarını ikame edebileceği gibi eski teknolojiye alternatif ya da tamamlayıcı olabilme özelliği de taşıyabilmektedir. Vasıf-teknoloji ilişkisinde sorun alanı teknolojinin kendisinden ziyade, tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklamaktadır. Emek süreci teorisi kapsamında yürütülen vasıfsızlaşma tartışmalarında, sıklıkla, teknolojinin sermayenin kontrolü altında kazanmış olduğu niteliğine atıfta bulunmaktadır. Çünkü üretim araçlarının tasarım ve uygulama ilkeleri yönetim tarafından karlılık hedefleri doğrultusunda belirlenmektedir.

Teknolojiye bağlı olarak gelişen üretim araçları, zanaat üretimi yapılanmasından fabrika üretimi yapılanmasına doğru bir gidişatı başlatarak emek sürecini dönüştürmüştür. Bu nedenle ilerleyen bölümlerde yer alan vasıf kavramının daha net bir şekilde anlaşılabilmesi adına zanaat üretimine ve fabrika üretimi şeklinde ifade edilen kapitalist emek sürecine değinmek gerekmektedir.

1.4.1. Atölye Tipi Üretim: Zanaatkarlık

Zanaatkarlık ve zanaat üretimi siparişe dayalı küçük ölçekli üretimin yapıldığı, üretim sürecinin tamamının işçinin bizzat kendisi tarafından yönlendirildiği ve emek tarafından emek süreci üzerinde bütüncül bir hakimiyete sahip olunan bir üretim tarzını ifade etmektedir. Kapitalist emek süreci öncesi dönemin hâkim üretim tarzı konumundaki zanaat üretimi, emeğin vasfının parçalanmamış olduğu ve üretim sürecinin tamamına ilişkin tasarım, yönetim ve kontrol görevlerinin zanaatkar tarafından üstlenildiği bir üretim tarzıdır (Tezgel, 2013). Zanaatkarın emek süreci üzerindeki kontrolü; üretimin kontrolü ve ürünün kontrolüne sahip olması ile bir bütünlük oluşturmaktadır (Marglin, 1974). Ortaçağ'daki zanaatkar, tasarım ve uygulama görevlerinin her ikisini birden yerine getiren, emek sürecinde kullanılan yöntem, uygulama ve üretim araçları hakkında derinlemesine bilgi sahibi olan birer sanatçı olarak da kabul edilmektedir (Addison, 1914: VIII-X). Zanaat ve zanaatkarlık kavramları üretim yapılanmasındaki kontrol gücü ekseninde tanımlanmaktadır. Çünkü bütünün kontrolü için yüksek düzey vasıf gerekmektedir ve günümüzde dahi vasıf kavramına ilişkin tanımlamalar zanaat kavramından hareketle yapılmaktadır.

Sennett (2011: 68), zanaat kavramının kapsamlı tanımının “*bir şeyi o şeyin kendisi için iyi yapmak*” şeklinde yapılabileceğini düşünmekte ve öz-disiplin ile öz-eleştiri gibi kavramların zanaatçılık açısından önemini vurgulamaktadır. Yararlı nesneler ve faaliyetler üreten bilgi ve vasıf olarak da tanımlanan zanaat kavramı, hem belirli iş öğelerinin yargılarının dayandırılabilmesi standartlar ile estetiği hem de değerlendirici standartların kökenlerini ve mantıksal gerekçelerini bulduğu bir örgütsel biçimi ifade etmektedir (Becker, 1978). Zanaat kavramı ile ustalık kavramı arasında da bir benzerlik kurulmaktadır. Hoxie ustalık kavramını (1920: 131), yalnızca zanaatın araç ve gereçlerini yetkin bir şekilde kullanma yetkinliği ile değil, el becerisinin yanında zihinsel beceriler ile tanımlamıştır. Zanaatkarın, zanaatın kendisinden ya da araç ve gereçlerinden kaynaklanan sorunları anlama ve bu sorunların üstesinden gelme hususlarında ustalık bilgisinden yararlandığını da ifade etmektedir. Bu nedenle öz-disiplin ve öz-eleştiri aracılığıyla sorun çözmeye dönük eylem ve hedefler, zanaat kavramını ustalık kavramına yakınlaştırmaktadır.

Zanaat, zanaatkar ve ustalık gibi kavramların genel kabul gören bir tanımlaması olmasa da bu kavramlara ilişkin bilgi ve vasıfların öğrenilmesinin uzun süreli bir çıraklı döneminden geçtiği konusunda literatürde bir mutabakata varılmış durumdadır (Braverman, 2008;

Giddens, 2012; Hoxie, 1920). Polanyi'ye göre (2005: 51; 2009: 14), bilginin şekillenmesi vasfın kullanılmasıyla işleyen örtük öğrenme süreci ile gerçekleşmektedir ve bu süreç içerisinde emek kontrol edemediği ve hatta kendi içinde farkına varamadığı içsel bir eylem yerine getirmektedir. Pratik kazanmaya işaret eden ilgili süreç, çıraklık döneminden başlayıp ustalık dönemine kadar uzanan bir zaman dilimini kapsamaktadır.

Bilgi ve becerileri kapsayan emek vasıflarının öğrenimin uzun bir süreye yayılması, kapitalist emek süreci ile ayrılan bir noktayı oluşturmaktadır. Çünkü işbölümü ve uzmanlaşmanın çok yüksek düzeyde olduğu fabrika düzeninde emek, çok basit görevleri çok kısa süre içerisinde almış olduğu eğitim ile yerine getirmektedir. Bu durumun, aynı zamanda emek tarafından emek sürecinin tamamına hâkim olamama sorununa neden olarak vasıfsızlaşmaya yol açtığı kabul edilmektedir.

Zanaat üretiminde, sözü edilen farklılıkla örtüşecek şekilde, emek sürecinde bütüncül bir kavrayış ön plana çıkmaktadır. Çünkü zanaatkar, çalışmasında her bir parçayı özel olarak tasarlayan, yapan ve birleştiren bir üretici konumundadır (Murray, 1995: 47). Çalışması sırasında zanaatkar kendi döneminin teknik ve bilimsel bilgisine sıkı sıkıya bağlıdır ve zanaatında bu bilgiler ile emeği arasında gündelik bağlar kurmaktadır (Braverman, 2008: 142). Gündelik pratiklerinde zanaatkar büyük oranda üretim aracı olarak alet kullanmaktadır (Dikmen, 2015: 38). Kullandığı aletin nasıl çalıştığını anlayan zanaatkarın yaptığı işin bütün inceliklerini bildiği varsayılmaktadır (Nalbantoğlu, 2001). Çalışmayı yönlendiren bizzat emek sahibi olarak zanaatkarın kendisidir. Zanaat bilgi ve becerisinin üretim aracı olan alette somutlaşması nedeniyle emeğin vasfını ikame edebilme potansiyeline sahip bir teknolojinin varlığından söz etmek mümkün değildir. Bu durum, önceki bölümlerde alet ve makine arasındaki farklılıklarla da göz önünde bulundurulduğunda, zanaat üretimi ile fabrika üretimini birbirinden ayırmaktadır.

Yüksek derecede gelişmiş bir vasıf üzerine kurulu olan zanaat üretiminde, vasıf en üst noktaya ulaştığında emek tarafından emek süreci bütünüyle hissedilir ve derinlemesine düşünülebilir hale gelmektedir (Sennett, 2019: 33). Üretimin kapitalist karakterinden oldukça farklı olarak girdilerin çıktılarına dönüştürüldüğü üretim sürecinde emek bütüncül bir tasarım ve uygulama alanına sahiptir (Lazonick, 1990: 225). Ancak fabrikaların ortaya çıkmaya başlamasıyla beraber zanaatkarlar emek süreci üzerindeki ilgili güçlerini kaybetmeye başlamıştır (Derber, 1983).

Zanaat üretiminde araç ve gereçlerin kullanımına yönelik fiziksel beceriler ile ustalığa ait zihinsel beceriler tek bir kişide toplanmıştır. Ancak sanayileşme süreci ile birlikte zanaat bilgisi ve zanaat becerisi ayrışması tüm alanlarda etkisini göstermeye başlamıştır. Ayrışma süreci iki biçimde gerçekleşmiştir. İlk biçimde, makineleşmenin ortaya çıkması ve ürün, süreç ve araç-gereçlerin standart hale gelmesiyle büyük ölçekli üretim yapmak mümkün hale gelmiş ve işgücü uzmanlaşma eğilimi içerisine girmiştir. Böylelikle her bir işçi yalnızca dar bir zanaat bilgisine ve beceresine sahip hale gelmiştir. İkinci biçimde ise zanaat bilgisi sistemleştirilerek işverenin kontrolü altına alınmış ve her bir işçiye yalnızca kendi işlerini yapabilmeleri için gerekli olan zanaat bilgisi öğretilmiştir. Bu durum beceri ve bilginin ayrışmasına neden olmuştur. Ayrışma sürecinin tamamlanması sonucunda ise emek ustalık bağlamında vasıf kaybına uğramıştır (Hoxie, 1920: 131-132). Bu ayrışma Taylorizm adı verilen ve uygulama ve tasarımın birbirinden ayrılmasına neden olan bilimsel yönetim anlayışı ile gerçekleşmiştir.

Bir emek aristokrasisi oluşturduğu iddia edilen zanaatkarların daha fazla vasıf, kontrol gücü, farklılık, özerklik ve fırsatlara sahip olan mesleki yapıları, vasıf düzeyinin düşük olduğu, görevlerin farklılaştığı ve üretim sürecine işçilerin değil makinelerin hız verdiği fabrika düzeni ile yer değiştirmiştir (Baron ve Bielby, 1982). Geleneksel zanaatkar bilgilerinin, özerkliğin ve iş kontrolünün yönetim tarafından sistematik olarak belirlenmesi ile zanaatkar çalışmasının Taylorist ilkeler ile dönüşümü yaşanmıştır (Shields, 1995). Bu bağlamda zanaat ve fabrika üretimi arasındaki temel farklılığı tasarım ve uygulamanın birbirinden ayrılması oluşturmaktadır (Özuğurlu, 2008: 48). Fabrika düzeninin giderek yaygın hale gelmesiyle atölye tipi üretim zayıflamaya başlamış ve beraberinde zanaatkarlık sisteminde çırakların usta olmaları zorlaşmıştır (Yazıcı, 2010: 47). Zanaatkarlığa ait bilgi, beceri ve vasfın yerini, teknolojinin etkisiyle ortaya çıkan işbölümü ve uzmanlaşmayla yeni bir içerik almıştır (Braverman, 2008: 161). İlgili gelişmeler neticesinde, küçük ölçekli üretim yapan zanaat üretiminin yerini kitlesel üretim yapabilen fabrika düzeni almaya başlamıştır. Bu eğilim beraberinde emek sürecinde bütüncül bir dönüşümü getirmiştir.

Zanaat ve endüstri kavramlarının etimolojik kökenine bakıldığında, çoğu Avrupa dilinde birkaç yüzyıl öncesine dayanan bir geçmişe sahip olduğu görülmekle birlikte sanayileşme sürecinin başladığı 19. yüzyıldan bu yana kullanımlarının büyük ölçüde değiştiği görülmektedir. Önceleri genellikle vasıf, ustalık, çalışkanlık ve titizlik anlamında kullanılan endüstri kavramı sanayileşme süreci ile fabrika düzeninin ayrılmaz bir parçası haline

gelmiştir. Vasıf fikrini ifade etmesi nedeniyle eş anlamlı olarak kabul edilen zanaat ve endüstri kavramlarının kullanımında yaşanan dönüşüm ile endüstri kavramı, kendini yeniden keşfetme sürecine girmiş ve zanaat kavramı tasarım ile eş anlamlı olacak şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Cardoso, 2019: 322-331).

Günümüzde, tasarım ve uygulama görevlerinin birbirinden ayrılması nedeniyle emek sürecinin bütünü kavramaya olanak tanıyan bilgi düzeyindeki hissedilir azalış, zanaat üretiminin bittiğine dair görüşleri gündeme getirmektedir. Uygulama ve tasarım görevlerinin tekrar bir araya getirilmesi suretiyle vasıf düzeyinin yükseleceğini iddia eden görüşler, aslında tam olarak zanaatın “tasarım” temelli tanımlamasını yapmaktadır. Dolayısıyla zanaat ve tasarımın eş anlamlı hale geldiği görüşü mantıklı gibi görünmektedir. Çünkü zanaatkar, üretimin tasarım sürecinde doğrudan görev alan vasıf düzeyi yüksek bir çalışanı ifade etmektedir ve bu haliyle emeğin idealize edilmiş halini oluşturmaktadır.

1.4.2. Fabrika Düzeni: Kapitalist Emek Süreci

Emek sürecinin sanayi toplumu aşamasında kazandığı “kapitalist” form, kapitalizmin sermaye kavramı ile doğrudan bir ilişki içerisindedir. Sermaye kavramı; üretim süreci sonunda elde edilen tüketim mallarını, makineleri, maddi şeyler üzerinde hak taleplerini ve emeğin geçmiş üretim süreçlerinden sağladığı tükenmemiş birikimlerini içeren bir kapsamı ifade etmektedir. İlgili birikimler sanayi toplumu öncesindeki toplum aşamalarında da sağlanmış olabilmekle birlikte kapitalist nosyonda öne çıkan farklılık, sermayenin çok özel bir yolla kullanıma girmesi; sermayenin daha fazla sermaye biriktirmek için kullanıldığı ölçüde sermaye olarak kabul edilmesidir (Wallerstein, 2012: 15-16). Modern anlamıyla sermayenin ortaya çıkarak birikmesi ile emek sürecinin kapitalizm eksenli dönüşümü, emeğin; üretim araçlarının mülkiyetini kaybetmesi, faaliyetlerinin nesnelleştiği ürünlerin seri üretimine olanak tanıyan fabrika düzeninde çalışmaya başlaması ile birlikte bir dizi üretim/yönetim organizasyonunun kurumsallaşması ile sağlanmıştır.

Sanayi Devrimi sonrasında ortaya çıkan işçi sınıfına mensup çok sayıda işçinin, tek bir sermayedar tarafından istihdam edilmesi, sanayi kapitalizminin başlamasında en önemli etken olmuştur (Braverman, 2008: 83). Sermaye, ücret karşılığı işçi istihdam ederek çok sayıda işçinin aynı mekân ve zamanda üretim yapmalarını mümkün kılmıştır (Tezgel, 2013). Teknolojinin sağladığı imkanlarla üretim, fabrika düzeni içerisinde yapılandırılmıştır.

Fabrika düzeninin kurulup büyümesi süreci, iktisat tarihçileri tarafından, büyük ölçekli makinelerin teknolojik üstünlüğü ile açıklanmıştır (Marglin, 1974). Teknoloji, bir kontrol aracı olarak fabrika düzeninde kullanılmıştır (Clawson, 1980): Bu bağlamda kapitalist emek sürecini ortaya çıkaran eğilim olarak feodalizme ait bireyselleştirilmiş zanaat üretiminin ortadan kalkması kabul edilmektedir (Gartman, 1978). Yeni kurulan fabrikaların sanayileşme süreci ile hakimiyetini arttırması belirli bir süreye yayılmıştır. Atölye tipi üretim sanayileşme ile bir anda ortadan kalkmamış ve bir süre daha varlığını sürdürmeye devam etmiştir.

Kapitalist emek sürecine geçişte üç belirgin aşama tecrübe edilmiştir. El birliği dönemi olarak adlandırılan ilk aşamada üretim süreci henüz parçalanmamıştır ve işçinin süreç içerisindeki tasarım ve uygulama görevleri devam etmiştir. Manifaktürü ifade eden ikinci aşamada ise yeni teknolojiler üretim sürecinde kullanılmaya başlanmış ve işbölümünün oluşturulması suretiyle üretim süreci parçalanmıştır. Fabrika düzeni olarak adlandırılan son aşamada ise işler birbirinden kesin çizgilerle ayrılmış, işçiler birbirleriyle aynı işe yapar hale gelmiş ve makinenin bir parçası gibi faaliyet göstermeye başlamıştır (Aydoğanoglu, 2011: 34-36). Geçiş sürecinin ilk fabrikalarında üretimin zanaatkarlar tarafından kontrolü devam etmiştir (Form, 1987). Ancak sanayileşme süreciyle vurgunun tüketimden yatırıma kayması sonucunda, sermaye birikimi önemli hale gelmiş ve sermaye, inşa ettiği fabrikalarda yeni teknik imkanları keşfetmeye yönelik girişimlerde bulunmuştur (Landes, 1969: 237). Atölyeden fabrika düzene geçişte ilgili girişimlerin bir sonucu olarak çalışma saatlerinin ve ritminin düzenlenmesine yönelik disiplin çalışmaları yapılmıştır (Derber, 1983).

Öte yandan fabrika düzeninde vuku bulan makineleşme süreci, sermayenin emek süreci üzerindeki kontrolü ele geçirmesine ve bunu bir üretim ilişkileri sistemine dönüştürmesine imkân tanıyan maddi temeli oluşturmuştur. Makineleşme; belirli bir gelişme düzeyi temelinde mümkün olan en yüksek birikim düzeyine ulaşabilmesi için sermayenin emek sürecini tasarlamasına olanak tanımıştır (Brighton Labour Process Group, 1977). Bunun sonucunda sermaye işçiler üzerindeki kontrolünü arttırmış; işçiler ise üretim süreci üzerindeki kontrollerini ve üretim noktasındaki bilgi tekellerini kaybetmiştir (Form, 1987). Üretim araçlarının emek sürecini bir bütün halinde dönüştürme gücü, teknoloji üretiminin yoğunlaşması ile artarak emek sürecinde üretici güçlerin kontrol kapasitesinin değiştiği kapitalist bir dönüşüme neden olmuştur.

Doğanın insana hükmeden bilinmezlikler kaynağı olarak görülmesinin sonlanıp fethedilecek bir alan olarak görülmeye başlanması (Man, 2011: 162), teknoloji üretiminin artmasına neden olmuştur. Hammaddenin teknoloji ve insan emeği aracılığıyla ürüne dönüştürüldüğü emek sürecinde teknolojinin işbölümü ve uzmanlaşmaya yol açması ve üretimin koordinasyonunu karmaşıklştırması, yeni bir yönetim anlayışının uygulanması için bir dönüm noktası oluşmasına zemin hazırlamıştır (Price, 1983b; Thompson, 1983: 4). Kapitalizmin en ayırt edici özelliği olarak kabul edilen yüksek düzeydeki meta üretimi (Sweezy, 2007: 65), sözü edilen yeni yönetim anlayışı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu doğrultuda sermayenin ilk girişimi, daha önceki toplum aşamalarında da görülen işbölümünü, toplumsal işbölümü mantığından çok farklı şekilde kurgulaması olmuştur. Toplumsal işbölümünde üretim sürecinin bütün bilgisine sahip olan, tasarım ve uygulama görevlerinin her ikisini de yerine getiren emek, kapitalist emek sürecinde bir üretim sürecinin yalnızca çok küçük bir altbölümünde faaliyet göstermeye başlamıştır (Savran, 2014: 128). Aşırı işbölümünün kurgulanmasında, fiziksel ve zihinsel faaliyetlerin işbölümü aracılığıyla parçalanmasına bağlı olarak işverenlerin daha az maliyetle işçi çalıştırabilme gücüne kavuşması etkili olmuştur. Çünkü işbölümünün üretim sürecinde uygulanması sonucunda, her bir iş için gerekli sınırlı bilgi ve vasıf düzeyinde daha ucuza emek gücü satın almak mümkün hale gelmiştir (Babbage, 2009: 162). Böylelikle, sermayenin daha fazla birikmesi amacıyla fabrika düzeni içerisinde kurulan işbölümü iş ve mesleği birbirinden ayırmıştır (Dikmen, 2015: 40).

Tasarım ve uygulamanın birbirinden ayrılmasında, işbölümü ve uzmanlaşmanın etkisini arttırmasında ve vasıf ile denetim gibi kavramların ön plana çıkarak kapitalist emek sürecinin tartışmaya açılmasında, ilerleyen bölümlerde ele alınacak olan ve Taylorizm adı verilen bilimsel yönetim anlayışının uygulama alanı bulması etkili olmuştur. Taylorizm'e daha detaylı bir şekilde değinilecek olsa da kapitalist emek sürecinin net bir şekilde anlaşılabilmesi adına vasıf ve denetim temelinde yaşanan gelişmelere kısaca değinmek yerinde olacaktır.

Taylorizm, seri üretim mantığına dayanan Fordist üretim modeli üzerinde kurumsallaşan bir yönetim anlayışıdır. Fordizm ise montaj hattının kurulduğu, aşırı işbölümü ve uzmanlaşma nedeniyle çok basit işlerde vasıf gerektirmeyen emek gücünün istihdam edilebildiği ve makinenin üretim sürecinde artan bir rol üstlendiği bir üretim modelidir. Fordizm, istihdam edilecek işçi profiline aldığı eğitimi de etkileyerek vasıf ve mesleki hakimiyet gibi birçok

alandanda işçiler açısından çoğu olumsuz gelişmeyi tetiklemiştir (Kaya, 2016). Bu gelişmelerin yaşanmasında; işçinin makinenin bir uzantısı olarak üretimde yer alması, böylelikle yaptığı iş üzerindeki tüm bireysel niteliğini kaybetmesi ve tekdüze, son derece basit ve kolay bir şekilde elde edilebilen “vasıflar” ile faaliyet göstermesi etkili olmuştur (Marx ve Engels, 2014: 57). Mevcut üretim yapılanması yabancılaşmış emek üzerine kurgulanmıştır (Schwalbe ve Staples, 1986).

Sözü edilen vasıfların sermayenin yönetimi altında belirlenen vasıflar olduğu ileri sürülmektedir. Vasıf kavramının yeniden tanımlandığı ancak bu tanımın işçiler açısından yetersiz olduğu; çünkü vasfın tek bir makinenin nasıl çalıştığını bilmek gibi belirli bir el becerisini, sınırlı ve tekrar eden bir faaliyeti içerecek şekilde tanımlandığı düşünülmektedir. (Edwards, 1990: 137). Vastın dar bir kapsam dahilinde değerlendirilmesinin emeğin üretken potansiyelinin zayıflamasına ve çalışmanın yalnızca hayatta kalma amacına hizmet eden bir araca dönüşmesine neden olduğu savunulmaktadır (Gaines ve Domagalski, 1996). Oysa ki vasıf kavramı, üretim sürecinin işleyişi için gerekli olan bilgi ve beceri düzeyini çokça aşarak daha fazlasını içeren bir kavram olma özelliği taşımaktadır.

Üretim sürecinin parçala ayrılması suretiyle vasıflı işçilerin vasıfsızlaşması sürecinin ardında yatan sebep olarak kapitalizmin öncü güdüsü olan sermaye birikimi görülmektedir. Çünkü işbölümü, uzmanlaşma ve makineleşme süreci ile işin emekten beklediği vasıf düzeyi azalmış ve bunun sonucunda da emek gücünün talep edebileceği ücret düzeyi düşme eğilimine girmiştir (Narin, 2015). Öte yandan sermaye, düşük ücret düzeyinden emek satın aldıktan sonra sermaye birikiminin devamlılığı için emeğin emek süreci üzerindeki kontrolünü sağlayabilmek adına farklı stratejiler geliştirmiştir (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 39; Friedman, 1990: 178). Bu kontrol stratejileri denetim olarak adlandırılmakta ve emek süreci teorisinde işçilerin çalışmaya nasıl ikna edildiklerini ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (Edwards, 1990: 142).

Teknolojinin ve sanayi üretiminin gelişimi, üretim yapılanmasının organizasyonunu karmaşık hale getirdiğinden kapitalist emek sürecinde denetim olgusu önem kazanmış, yoğunlaşmış ve sürekliliğinin sağlanması temel hedef olarak belirlenmiştir (Akpınar ve Akpınar, 2015; Çağlayan ve Bayrakçı, 2016; Özoğlu, 2003). Fabrika düzeninde emek sürecinin denetimi kurallar, görevler ve hiyerarşik yapılarla bürokratik bir ortamda gerçekleştirilmiştir (Yücesan-Özdemir, 2000).

Kapitalist emek sürecinde denetim, emek süreci teorisinin odaklandığı farklı ve kapsamlı bir analiz alanını oluşturmaktadır. Emek süreci teorisyenlerinden Burawoy, kapitalist emek sürecinin gelişimini despotikten hegemonik bir çalışma örgütlenmesine geçiş olarak nitelendirerek emek süreci teorisinde odağı Braverman'ın aksine vasıf kavramından denetim kavramına taşımıştır (Gartman, 1983). Öte yandan Burawoy, üretim rejimi kavramını geliştirerek emek süreci teorisinin içeriğini vasıfsızlaşma sorununu aşan bir kapsama taşımıştır (Durmaz, 2013).

Denetim olgusu¹, ayrıntılı bir analiz gerektirmesinden dolayı bu çalışma kapsamında yalnızca “emek sürecinin kontrolü” ve “vasıf” ilişkisi dahilinde ele alınmıştır. Bu çerçevede değerlendirildiğinde denetim, bir başka ifadeyle kontrol görevinin, kapitalist emek sürecinde işçiden işverene geçtiği görülmektedir (Balkız, 2013). Vasıf tartışmaları bağlamında kapitalist mantığın temel güdüsünün emeğin vasıflarından arındırılması değil emek sürecindeki kontrolün sağlanması olduğu da iddia edilmektedir (Argın, 1992). Ancak amaç her ne olursa olsun sonuç itibarıyla eğilimin vasıfların kaybı doğrultusunda olduğu kabul edilmektedir. Emeğin vasıflarından arındırılması sürecinin emek sürecindeki kontrolün elde edilmesi amacıyla yürütüldüğü ya da emek sürecindeki kontrolün sağlanmasına ilişkin girişimlerin emeğin vasıflarından arındırılması amacıyla gerçekleştirildiği gibi farklı görüşler ileri sürülmekte, ancak bu iki farklı görüş ortak bir paydada, emeğin vasıf kaybına uğradığı hususunda, buluşmaktadır.

Sonuç itibarıyla emek sürecinde kontrol, işverene ya da onun görevlendirdiği yönetsel yapıya doğru kaymıştır (Derber, 1983). Günümüzde ise süreç üzerinde ideal ve daha güçlü bir kontrol mekanizmasının kurulabilmesi adına gelişmiş bilgisayar teknolojileri kullanılmaya başlanmıştır (Glenday, 1995). Çünkü kontrol, üretimin merkezi bir problemi olarak kabul edilerek önemli hale gelmiştir (Zuboff, 1988: 319). Emek sürecinin daha fazla kontrol edilmesine yönelik arayış denetim ve gözetim olgularını gündeme taşımış ve yoğun tartışmalara neden olmuştur. Gözetim ve denetim tekniklerini içeren sistemlerin emeğin gücünü zayıflattığı savunulmaktadır (Taylor ve Bain, 2003). Mikroişlemcilerle yönetilen

¹ Ayrıntılı bilgi için; Burawoy, M. (2015). Üretim Siyaseti: Kapitalizm ve Sosyalizmde Fabrika Rejimleri Ankara: Notabene Yayınları; Edwards, R. (1979). Contested Terrain: The Transformation of the Workplace in the Twentieth Century, Londra: Heinemann; Edwards, R. (1984). “Forms of Control in the Labour Process: An Historical Analysis”, Critical Studies in Organization and Burocracy (Editör. Fischer, F. ve Sirriani, C.), Philadelphia: Temple Univeristy Press; Friedman, A. L. (1977). “Responsible Autonomy Versus Direct Control over the Labour Process”, Capital and Class, C. 1, S.1, s. 43-57.

bilgisayar teknolojileri günümüzün en gelişmiş denetim biçimleri olarak tanımaktadır (Nurol, 2014). Denetim tartışmalarında sıklıkla panoptikon² kavramına atıfta bulunularak enformasyon teknolojilerinin gözetim kapasitesini arttırdığına, “elektronik panoptikon” ya da “süper panoptikon” aracılığıyla çalışmanın gözetiminin mümkün hale geldiğine ve disiplin bakışının mekândan bağımsızlaşarak emek sürecinin merkezine konumlandığına değinilmektedir (Lyon, 1994: 55; Poster, 1990: 93; Sewell ve Wilkinson, 1992; Taylor ve Bain, 2000; Timmons, 2003).

Sermaye birikiminin oluşması, fabrika düzeninin kurulması, makineleşme sürecinin yaygınlaşması, denetim/gözetim/kontrolün artması ve bağımlı çalışma olgusunun ortaya çıkması gibi gelişmeler sonucunda emek süreci, kapitalizm temelli bir dönüşüm yaşamış ve kullanım değeri üreten bir süreçten özel olarak sermayenin genişlemesi amacıyla yapılandırılmış bir sürece doğru evrilmiştir (Braverman, 2008: 78). Emek sürecinde emek ve aletler arasındaki ilişkinin yerini emek ve makine arasındaki ilişki almış ve zanaatkar makine operatörü ile değiştirilmiştir (Brighton Labour Process Group, 1977).

Genel bir değerlendirme yapıldığında kapitalist emek sürecinin iki belirgin özellik üzerinden tanımlandığı görülmektedir: işçinin, emeğini satın alan sermayenin kontrolü altında çalışması ve üretim süreci sonunda ortaya çıkan ürünün işçiye değil sermayeye ait olması (Marx, 2020: 188). Kapitalist emek sürecinde işçi iki anlamda kontrol kaybına uğramıştır: kendi emeğinin süreci ve daha sonra ürünün kullanımı üzerindeki kontrol. İlk kontrol kaybı: işverenlerin, işin nasıl organize edileceğine ve yürütüleceğine dair kendi tercihlerini yansıtan üretimi "yönetme" haklarından kaynaklanırken ikinci kayıp, işverenlerin neyin üretileceğini ve hangi fiyat ve piyasalarda pazarlanacağını belirleme hakkından kaynaklanmaktadır (Derber, 1983).

Günümüzün kapitalist emek sürecinin yanı sıra geçmişte deneyimlenen ve sosyalist olarak nitelendirilen bir emek süreci de söz konusudur. Ancak kapitalist emek sürecine zıtlık oluşturması amacıyla sosyalist olarak adlandırılan bu emek sürecinde de kapitalist formdaki emek süreciyle benzer özellikler ve eğilimler gözlemlenmiştir (Özoğlu, 2002). Bu benzerlik son derece önemlidir çünkü teknolojik gelişmelerin tetiklediği dönüşümlerin bir noktada üretimin yapılanma tarzındaki ideolojiden bağımsız olarak işlediğini göstermektedir.

² Bir hapisane modeli olan panoptikonda, mahkumlar her noktadan izlenebilmekte ve mahkumlar somut izlenme anını hiçbir zaman bilememektedirler (Yücesan-Özdemir, 2010).

Böylelikle işlerin koordinasyon, üretkenlik artışı ve maliyetlerin azaltılması amacıyla basitleştirilmesi ve emek süreci kontrolünün işçiden koparılması gibi gelişmelerin kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıktığı şeklinde bir çıkarım yapılması mümkün hale gelmektedir. Bu durum, teknolojinin doğasından ziyade tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklı olarak olumsuz etkilere neden olduğunun anlaşılması açısından son derece önemlidir.

Sonuç olarak üretkenlik arayışının şekillendirdiği kapitalist emek sürecinde, daha az emek ile daha çok üretim yapabilmenin yollarının arayışına girilmiştir. Ancak yeniden yapılandırılan üretim tarzında, yeni yöntem ve makineler aracılığıyla emek süreci işçiler tarafından kontrol edilen bir süreç olmaktan çıkıp yönetim tarafından kontrol edilen bir süreç olma özelliği kazanmıştır. Kurulan işbölümüyle birlikte zanaat parçalanarak işçilere üretimin bütüncül bilgisi parçalar halinde dağıtılmış ve işçiler üretim sürecinin bütününe kontrolünden uzaklaşmıştır (Braverman, 2008: 174). Bu gelişmelerin etkisi sonucunda ise emek açısından vasıfsızlaşma eğiliminin bir tehdit olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Sözü edilen vasıfsızlaşma eğilimine, emeğin üretim bilgisinin parçalanması ve üretim sürecindeki mesleki hakimiyetini ifade eden özerkliğini kaybetmesi boyutları ekseninde detaylı bir şekilde ilerleyen bölümlerde değinilecektir.

2. PROFESYONEL MESLEKLERDE MEYDANA GELEN TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN VASIF DÜZEYİNE ETKİLERİ

Teknoloji; çalışmayı, çalışanı, çalışılan nesneyi ve aslında bütüncül bir şekilde mesleki yapıyı dönüştürme potansiyelini sahiptir ve mesleklerin gelişimine bakıldığında teknoloji temelli çok büyük dönüşümler yaşadıkları görülmektedir. Meslek, genel olarak, mal ya da hizmet üretiminin gerçekleştiği kurumsallaşmış yapıları ifade etmek amacıyla kullanılan bir kavramdır. Kurumsallaşmış olması meslek ile iş kavramını birbirinden ayırmaktadır çünkü meslek bir yandan sürekliliği ifade ederken bir yandan da işlerden oluşan bir bütünü temsil etmektedir.

Günümüzde meslekler sıklıkla “profesyonel” meslekler olarak nitelendirilmektedir. Çalışma açısından profesyonel meslek kavramı, yüksek düzeyde vasıf iddiasında bulunmasından ötürü son derece önemlidir. Literatüre bakıldığında profesyonel meslek erbabları sıklıkla vasıflı emek kategorisinde değerlendirilmektedir. Öte yandan profesyonel mesleğin taşıması gereken unsurlar ile vasıf kavramsallaştırmasında öne çıkan unsurlar arasında büyük oranda benzerlik bulunmaktadır. Ayrıca profesyonelleşme eğilimi ile vasıfsızlaşma eğiliminin paralel dinamikler üzerinden gerçekleştiğini literatürde saptamak mümkündür. Bu bağlamda, öncelikle profesyonel meslek kavramına değinilecek ardından ise vasıfsızlaşma tezi ile paylaştığı benzerlikler nedeniyle profesyonelleşme tezine yer verilerek profesyonel meslek kavramının iddiada bulunduğu unsurları taşıyıp taşımadığı tartışılacaktır. Sonraki başlıklarda ise çalışmanın merkezinde yer alan vasıf kavramı, unsurları ekseninde ele alınacak ve teknoloji ile ilişkisi analiz edilecektir. İlgili analiz kapitalist emek sürecinin deneyimlediği iki önemli üretim modeli, Fordizm ve post-Fordizm, temelinde vasıfsızlaşma teorisi bağlamında yapılacaktır.

2.1. Profesyonel Meslek

Profesyonel meslekler özerkliğe ve özyönlendirmeye sahip meslekler olarak tanımlanmaktadır. İşbölümünde baskın bir konuma ve işin doğasının belirlenmesinde kontrol gücüne sahip olan profesyonel meslekler, özerk meslekler olarak kabul edilmektedir. Bu kabulün arkasında yatan sebep olarak bilgiye dayalı vasıflara ve mesleki etiklere sahip profesyonellerin mesleklerini kendi kendine yönlendirebilmeleri görülmektedir (Freidson,

1970a: XVII; Wolinsky, 1988). Genel bir değerlendirme yapıldığında, profesyonel mesleklerin en yaygın özellikleri arasında uzmanlık eğitimi ve öğretimi, bilgi tekeli, hizmet odaklılık, iş özerkliği, öz denetim ve profesyonel ile müşterisi arasında yüksek bir güven ilişkisi gibi özelliklerin yer aldığı görülmektedir (Quick, 2017: 10). Profesyonellik, profesyonelin kendi kendini yönetmesini, kendi faaliyetini tayin etmesini ve kendi kendini denetlemesini ifade etmektedir; merkezinde özyönetim yer almaktadır ve profesyoneller için ayrıcalıklı bir pozisyon sağlamaktadır (Freidson, 2001: 17; Lundberg, 1990; Lundberg, 1991). Mesleki bilgide uzman kabul edilen profesyoneller, işin yürütümünde bizzat belirleyici konumda yer aldıklarından, özerkliğe sahip vasıflı çalışanlar olarak görülmektedirler.

Mesleklere ilişkin geleneksel görüşe göre profesyonel meslekler, diğer meslek türlerine özgü toplumsal kontrolün hiyerarşik biçimlerine büyük ölçüde bağlı değildir ve kendi kendini yöneten profesyonel mesleklerin kontrolü yalnızca meslekten olanların denetimine açıktır (Freidson, 1996: 99). Normal meslekler ile profesyonel meslekler arasındaki en temel fark olarak özerkliğe vurgu yapılmaktadır. Eğitimle ilgili gereklilikler, lisanslama prosedürleri, etik kurallar, meslek birliğinin oluşumu ve aynı mesleğe mensup kişilerin denetimi gibi önem arz eden hususların profesyonel mesleklerin güvenilir ve değerli bir iş yaptığına ilişkin bir kanı oluşturmak suretiyle mesleki boyutta özerkliğin kazanılmasını sağladığı düşünülmektedir (Wolinsky, 1988). Profesyonel mesleklerde özerklik, ayırt edici bir özellik olarak kabul edilmekte ve bu nedenle de geleneksel meslek türlerinden farklı tutulmaktadır. Profesyonel meslek mensubu “profesyoneller” de geleneksel çalışan profilinden farklılaşmaktadır.

Profesyonel meslek kavramının “bir iddiayı barındırması” ve “özel bir meslek türü olması” gibi özelliklerinden hareketle çok önemli iki anlama sahip olduğu ileri sürülmektedir (Wolinsky, 1988). Profesyonel mesleklerin ve profesyonellerin sahip oldukları iddia, eşsiz bir bilimsel bilgi birikimine dayanmasından kaynaklanmaktadır (Haug ve Sussman, 1969). Profesyonellerin bilgisinin bağlamsal olarak tarihsel, coğrafi, ahlaki, politik, felsefi ve toplumsal alanlarda inşa edildiği düşünülmektedir (McLauglin ve Webster: 1998). Bilgi birikiminin çok boyutlu bir şekilde genişlemesi, mesleklere özel anlamlar katarak profesyonel mesleklerin ortaya çıkması ile sonuçlanmıştır.

Profesyonel, soyut bir birikmiş bilgi birikimi ile belirli müşteriler tarafından sunulan somut ve spesifik problemler arasında bir arabulucu olarak işlev görmektedir. Bu anlayışa göre profesyonelin görevi, soyut mesleki bilginin günlük yaşamdaki belirli vakalara uygulanmasından ibarettir (Burkett ve Knafl, 1974). Profesyonellerin çalışmasının ayırt edici özelliği olarak soyut bilgiye rutin olmayan görevler, profesyonellerin uygulama yetki alanı üzerinde mesleki tekel ve onun içindeki bireysel özerklik ve yasal ve etik sorumluluk gösterilmektedir (Adler vd., 2008).

Bir meslek, kendi işini yürütürken kendi kendini yönettiği ölçüde profesyonel olarak kabul edilmektedir. Profesyonel mesleğe; bilgi üzerindeki tekel, mesleki uygulamaya giriş kriterlerini tanımlama ve meslek üyelerinin performansını özel olarak düzenleme yetkisi vermektedir. Dahası, başkalarının mesleklerini kontrol etme yetkisi ile karakterize edilmektedir (Domagalski, 2008: 120). Mesleki kontrol kavramı, meslek üyelerinin işlerinin tanımlanmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde benzersiz bir yetkiyi ifade etmektedir (Child ve Fulk, 1982). Ancak organizasyonların, profesyonellerin üretim sürecindeki faaliyetlerini yeni mekanizmalar aracılığıyla yönetmeleri nedeniyle mesleki yapıların ve mesleklerin taşıdığı özelliklerin yeniden şekillendiği düşünülmektedir (Begun ve Luke, 2001).

Profesyonel mesleklerin, görevi halkın elde edemeyeceği özgün bilgiye hükmetmek olan meslekler şeklinde tanımlanması mümkündür (Haug, 1996: 130). Profesyoneller ise profesyonel meslek mensubu kişiler olup bütün üretim sürecinde bizzat yer almakta, işin gidişatını ve çalışma koşullarını kendileri belirlemektedirler. Profesyonellerin işleri çok yüksek bir eğitimin gerekli olduğu, standartlaştırılmamış, işçinin karar verme süreçlerinde yer aldığı bireysel inisiyatifine dayanan işler olarak kabul edilmektedir (Oppenheimer, 1996: 152). Mesleklerin günümüzde kazandığı modern anlam; profesyonel meslek, profesyonel, profesyonel işler ve profesyonelleşme gibi bir çok yeni kavramı gündeme getirmiştir.

Mesleki yapılardaki gelişme yoğunlukla profesyonelleşme süreci ile açıklanmaktadır. Profesyonelleşme, mesleklerin temel niteliklerinden dolayı her zaman deneyimlemek durumunda olduğu bir süreç olmaktan ziyade belirli bir zamanda deneyimlenen tarihsel bir süreç olarak kabul edilmektedir (Johnson, 1972: 45). Geleneksel mesleklerden kopuşu ifade eden profesyonel mesleklerin profesyonelleşme süreçlerinde Wilensky'a göre (1964) aşağıdaki olaylar dizisinin gerçekleşmesi gerekmektedir:

- İşlerin tam zamanlı olarak yapılmaya başlanması: işler meslek haline dönüşmüştür. Örneğin: her dönemde hasta bakımı söz konusu olsa da teknik ve örgütsel gelişmeler ile “hemşirelik” mesleği ortaya çıkmıştır. Yine aynı şekilde hastaneler her dönem yönetilmiş olsa da modern hastanelerin gelişimi ile “hastane yönetimi” bir meslek halini almıştır.
- Eğitim okullarının kurulması: bilgi temelini genişletilmesi amacıyla çalışma standartlarının, akademik derecelerin ve araştırma programlarının sürekli gelişimi söz konusudur.
- Profesyonel bir birlik oluşturulması: mesleki görevlerin ne olduğu ve işe alımlarda kalitenin nasıl arttırılabileceği gibi konularda belirlenen eğitime yönlendirenler ile bu eğitimi ilk alanlar tarafından çalışmalar yapılmaktadır.
- Yasal desteğin kazanılması için politik uğraşı: iş bölgesinin korunması ve işin etik kurallarının devamı hedeflenmektedir.
- Resmi etik kurallarının somutlaştırılması: kalitesizliğin ve ilkesizliğin ortadan kaldırılmasına, iç rekabetin azaltılmasına, müşterilerin korunmasına ve hizmetin ön plana çıkartılmasına ilişkin kurallar belirlenmektedir.

Mesleklerin “profesyonel” niteliklerinin, aslında bir iddia olmaktan öteye gidemediği sıklıkla tartışılmaktadır. Çünkü günümüzün üzerinde “uzmanlaşmış” olan çalışmalarının meslek olarak adlandırılma eğiliminde olduğu düşünülmektedir (Omay, 2009: 48). Ancak, uzmanlaşma kavramsal boyutuyla belirli bir alanda bilgi sahibi olmayı ifade ettiğinden profesyonellik kavramı ile çelişki oluşturmaktadır. Öte yandan literatürde, günümüzün “profesyonel” mesleklerinin özerklik iddialarının karşılığının olmadığına dair görüşler de ileri sürülmektedir. Bu çelişkiler neticesinde ise profesyonelleşme adı verilen bir tez gündeme getirilmiş ve geliştirilmiştir.

2.2. Profesyonelleşmeme Tezi

Üst düzey mesleklerden oluşan ve seçkin bir yapı olarak tasarlanan profesyonel mesleklerin, çok eski zamanlardan beri var olduğu kabul edilmektedir (Marshall, 1939). Profesyonel meslek kavramı, literatürde tartışılmaya başlandığı ilk zamanlar, belirli bir işlevin yerine getirilmesi için düzenlenen bir iş olarak tanımlanmış ve sanayi sektöründe bu amaçla düzenlenen profesyonel mesleklerin yer almaya başladığı düşünülmüştür (Tawney, 1920:

92). Ancak yaşanan gelişmeler neticesinde profesyonel mesleklerin zamanla profesyonelleşmeme olarak adlandırılan bir sürece girdiği tartışılmaya başlanmıştır.

Mesleklerin profesyonelleşmesi sürecine karşı bir tez olarak ileri sürülen profesyonelleşmeme tezi, Marie R. Haug'un çalışmaları doğrultusunda geliştirilmiştir. Haug (1996: 131); profesyonelleşmeme sürecini profesyonellerin sadece kendilerine özgü olan niteliklerinin, mesleki bilgileri üzerindeki tekellerinin, mesleki özerklik beklentilerinin ve halkın profesyonellerin sunmuş oldukları hizmetlere olan inancı ile hizmet alan müşteriler üzerinde kurulan otoritenin yitirilmesi olarak tanımlamaktadır. Profesyonelleşmeme tezi, profesyonel mesleklerle has özelliklerin yitirilmesi neticesinde mesleklerin içine girmiş olduğu yeni süreci açıklamakta kullanılmaktadır.

Profesyonelleşmeme tezi çerçevesinde Haug, bilgide uzmanlık ve mesleki özerklik gibi özelliklerin ortadan kalkarak profesyonellerin sahip oldukları prestijlerin ve otoritenin etkisini kaybetmeye başladığını ileri sürmektedir. Sıradan “uzmanlar” haline gelen profesyonellerin, her şeyden şüphe duymaya başlayan müşteriler ile uzlaşmak durumunda kaldıklarını ve belirli alanlarda ellerinde bulundurdıkları hukuksal tekelleri bu sebeple kaybetme eğilimi içerisinde olduklarını ileri sürmektedir (Freidson, 1996: 103-104). Profesyonelleşmeme süreci, profesyonellerin mesleki özerklikleri ile statülerindeki azalmaya ve bilgi ve teknoloji üzerindeki tekellerinin kaybına işaret etmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Geleneksel mesleklerin sahip olmadığı unsurlara sahip olması nedeniyle “profesyonel” olarak adlandırılan mesleklerde yaşanan bu türden kayıplar, “profesyonelleşme” sürecinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Profesyonellerin ve profesyonel mesleklerin işlevlerini yitirerek içine girdikleri profesyonelleşmeme sürecinde teknolojik gelişmelerin etkisi gündeme alınmaktadır.

Hızlı teknolojik ve metodolojik değişikliklerin ve hızla büyüyen bilgi birikiminin bir sonucu olarak profesyonellerin mevcut gelişmeleri takip etmelerinin gittikçe zorlaştığı ve bu nedenle profesyonel mesleklerde aşınma yaşandığı ifade edilmektedir (Chaudhary ve Agrawal, 1978). Öte yandan profesyonel bir şekilde eğitildikleri iddia edilen ve aynı zamanda teknik çalışan olarak adlandırılan profesyonellerin yönetim tarafından belirlenen sınırlar dahilinde çalıştıkları; üretim sürecini ve mesleki hiyerarşi içerisinde katı bir şekilde tanımlanan görevlerini kontrol edebilme gücünden yoksun oldukları savunulmaktadır

(Aronowitz, 1973: 304-305). Profesyonel mesleklerin özerklik ve bilgide üstünlük iddialarının uygulamada karşılık bulamadığı ileri sürülmektedir.

Profesyonelliğin azaldığı iddiası Post-Fordizm tartışmaları ile bağlantılı olarak yapılmaktadır (McLauglin ve Webster: 1998). Profesyonellerin mevcut konumlarının sarsılmaya başlamasında özellikle bilgisayar teknolojilerinin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bilgisayarın ortaya çıkışı sonucunda bilginin dağılması ve bilgiye erişimin kolay hale gelmesi, güçsüzleşmeye ve profesyonelleşmemeye yönelik bir sürecin bir parçası olarak kabul edilmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Başta iletişim ve enformasyon teknolojilerinin etkisiyle profesyonellerin bilgi tekellerinin, sıradan hizmet alıcılar tarafından sarsılmaya başlandığı ve profesyonellerin bilgi alanındaki otoritelerinin azalma eğilimine girdiği tartışılmaktadır.

Profesyonellerin belirli karmaşık bilgi ve vasıflar üzerinde kurmuş oldukları tekelin tehdit altına girmesinde çeşitli faktörlerin etkili olduğu kabul edilmektedir. Profesyonellerin sahip oldukları bilgilerin bilgisayar teknolojileri sayesinde depolanabilir hale getirilmesi, bilgiyi özel olmaktan çıkararak herkes tarafından ulaşılabilir hale getirmektedir. Öte yandan ilgili mesleğe mensup olmayan kişilerin eğitim düzeyinin artması sonucunda mesleki bilgilerin daha az gizemli algılandığı ve eleştiriye konu edildikleri gözlemlenmektedir. Profesyonellerin mesleki faaliyetlerindeki işbölümünün daha karmaşık hale gelmesi, bürokratik yapıların müdahalesine neden olmaktadır. Profesyonellerin, biçimsel bilgi ve vasıfları üzerinde kontrol gücüne sahip yetkilendirilmiş uzmanlara bağımlı kılındığı öne sürülmektedir. Bilgisayar teknolojileriyle depolanan bilgiler vasıtasıyla profesyonellerin işlerinde gösterdikleri etkinliğin değerlendirilmesinin mümkün hale gelmesi, ilgili bağımlılığa örnek olarak gösterilmektedir. Sonuç itibarıyla profesyoneller açısından profesyonel kimliklerini sarsmaya başlayan ve faaliyetlerinin kontrol altına almaya çalışan bir süreçten söz edilmektedir (Freidson, 1996: 102-104).

Profesyonel mesleğin ayırt edici özelliklerinden olan öz-yönlendirme mekanizmasının giderek artan oranda bürokratik yapılara tâbi kılındığı ileri sürülmektedir (Haug ve Sussman, 1969). Sonuç olarak, literatürde henüz tartışılmaya başlandığı dönemde dahi, “*taşınmış olduğu özellikleri sürdürmesinin zor (Marshall, 1939)*” olduğu düşünülen profesyonel mesleklerde bir aşınma yaşandığı ifade edilmektedir. Meslekleri “profesyonel” kılan mesleki

özerklik ve bilgi tekeli-bilgide uzmanlık kriterlerinin yitirildiği, öz-yönlendirme uygulamalarının etkinliğini kaybettiği yönünde görüşler bulunmaktadır.

Bilimsel akılcılığın gelişimi ile hâkimiyet alanını genişleten işbölümü sonucunda ortaya çıktığı savunulan profesyonel mesleklerin ve profesyonellerin standartlaştırılmış ve birörnek hale getirilmiş “profesyonel” eğitim sistemi ile profesyonelleşmeme sürecine girdiği belirtilmektedir. Profesyonellerin eğitiminin standartlaştırılması sürecine eşlik eden diğer bir sürecin karmaşık işlerin organize edilebilmesi anlamını taşıyan bürokratikleşme olduğu kabul edilmektedir. Bürokratikleşme sürecinin sonucunda profesyoneller ile bürokrasi arasında çatışmalar yaşandığı ve profesyonel mesleklerin en önemli özelliklerinden biri olan özerkliğinin; hiyerarşik yapıların denetimi altına girdiği, bürokrasi ve teknolojiye bağımlı hale geldiği ileri sürülmektedir (Haug, 1996: 140; Soyer, 2009).

Profesyonel mesleğin unsurlarına ve profesyonelleşmeme sürecinin parametrelerine bakıldığında vasfın kavramının unsurları ve vasıfsızlaşma sürecine etki eden gelişmeler ile oldukça benzer özellikler taşıdığı görülmektedir. Öte yandan her iki süreçte de teknolojinin somut etkileri bulunmaktadır. Bu benzerlikler, her iki teoriyi ortak bir payda da buluşturmanın yanı sıra vasıfsızlaşma teorisinin yalnızca mavi yakalı işlerde değil “profesyonel” beyaz yakalı işlerde de gözlemlendiğini göstermesi açısından da son derece önemlidir.

2.3. Vasıf

Vasıf, tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi noktasında farklı yaklaşımlara konu olan bir kavramdır. Vasıf kavramına ilişkin bu farklılıklara genel olarak vasfın ne olduğu, vasıflı olanın iş mi, emek mi yoksa faaliyet mi olduğu, vasfın kim tarafından belirlendiği gibi soruların varlığı kaynaklık etmektedir. Vasfa farklı bakış açıları ile anlam vermeye yönelik çabalar, kavramın sınırlarının belirlenmesinde güçlüğü neden olmaktadır.

Vasfın işe mi, faaliyete mi yoksa işçiye mi özgü bir ifade olduğu konusunda ortak bir kanı oluşmamış durumdadır. Örneğin işbilimciler vasfı, bir görevin yerine getirilmesi sürecinde yer alan belirli faaliyetlere bağlı olarak tanımlamışlardır (Sadler, 1970). Welford’a göre (1951: 11): vasıflı faaliyetlerin; bir nesneye ilişkin organize ve koordineli faaliyet, tekrarlanan deneyimler sırasında gelişen ve öğrenilen faaliyet ve faaliyetin her bir

aşamasında bir önceki aşamaya bağlı olan ve bir sonraki aşamayı etkileyen seri ve dinamik faaliyet olmak üzere üç temel karakteristiği bulunmaktadır. Vasıf kavramını duyuşsal algıların fiziksel eyleme dönüşmesi bağlamında ele almaktadır. Welford (1983: 1), bir başka çalışmasında ise emek faaliyetinin üç tür faktörün etkileşimini içerdığını ileri sürmüştür: birincisi görevlerin talepleri; ikincisi çeşitli duyuşsal, merkezi ve motor kapasiteler ve üçüncüsü bir dizi teknik, yöntem ve prosedür. Üçüncü faktörün birinciyi ikinciyle ilişkilendiren stratejilerden oluştuğundan ve bu faktörün fark edilebilir faaliyet kalıplarına yol açsa da tamamen sabit olmadığından, bu nedenle de faaliyetin, görevin gerçekleştirildiği kesin duruma ve uygulayıcının o anki durumuna göre ayrıntılı olarak değiştiğinden söz etmiştir. Öte yandan sosyologlar da benzer şekilde vasıf kavramını yoğun olarak iş gereklilikleri merkezinde ele almaktadırlar (Vallas, 1990).

Borger ve Seaborne ise vasfın eğitim ve tecrübe yoluyla işlevsellik kazanımı olduğunu vurgulayarak emeğe atıfta bulunmakta ve vasıf ilgili anlayışların faaliyet ve işlere olduğu kadar bireylere de uygulanabileceğini, vasıf temelli faaliyet ve işler olduğu gibi vasfa sahip bireylerin de olduğunu ifade etmektedir (1967: 127). Vasıf kavramı iş, emek ya da faaliyet üzerinde genel kabul görececek bir şekilde somutlaştırılmış olmasa da literatürde “vasıflı-vasıfsız iş” ya da “vasıflı-vasıfsız faaliyet”ten ziyade yoğun olarak “vasıflı-vasıfsız emek” kavramsallaştırılmasının kullanıldığı görülmektedir. Gerek faaliyetin gerekse işin yüklenicisinin bizzat işçinin kendisinin olmasından hareketle vasıf kavramı emeğe özgü bir anlamı ifade etmektedir.

Vasıf kavramına ilişkin bir diğer anlaşmazlık, neyin vasıf kabul olarak kabul edilmesi gerektiği hususunda yaşanmaktadır. Çünkü vasıf kavramı üretim noktasında yer alan emek ve sermaye sınıfı açısından farklı anlamlara gelmektedir. Bu farklılığın temelinde vasıf kavramının doğası gereği sübjektif bir özellik taşıması yatmaktadır. İşgücü piyasalarında yer alan işçilerin sahip oldukları niteliklerin vasıf sayılıp sayılmayacağının kararı genel olarak işverenlerce tek taraflı olarak verilmektedir. Çünkü sermaye tarafından vasıf, artı-değer üretimine ve sermaye birikimine katkı sağlayan bilgi ve beceriler olarak tanımlanmaktadır. İlgili bilgi ve becerilere sahip olan kişiler de vasıflı olarak kabul edilmektedir. “Vasıf” ve “vasıf düzeyi” işçi tarafından değil, vasfın müşterisi durumunda olan işveren tarafından belirlenmektedir (Omay, 2017: 214-216; Yücesan-Özdemir, 2014: 163). Vasfın kazanılması sürecinde önemli bir rol oynayan eğitim kurumunun özellikle Sanayi Devrimi sonrasında iktisadi yapı ve teknoloji ile kurduğu yakın ilişki de bu saptamayı destekler niteliktedir

(Buyruk, 2018). Çünkü teknolojinin emek sürecinde çizdiği çehre neticesinde, işlerin vasıf istemlerinin karşılanması bir zorunluluk haline gelmiş ve emekten beklenen vasıflar sürekli bir değişim eğilimi içerisine girmiştir. Bu nedenle de kişinin sahip olduğu bilgi ve beceri, kapitalist emek sürecinde katma değer yaratılmasına katkı sağladığı ölçüde vasıf olarak kabul edilmektedir. Kapitalist emek sürecinde vasfın belirleyicisi durumunda işveren yer almaktadır.

Vasfın farklı emek süreci formlarında farklı anlamlar ifade ettiğini söylemek mümkündür. Örneğin sanayi öncesi dönemde çalışanların vasıf düzeyinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir. Yine aynı şekilde erken dönem sanayi toplumlarındaki vasıfların olgun dönemdekine göre daha yüksek olduğu kabul görmektedir (Form, 1987). İşin parçalara ayrılmadığı kapitalizm öncesi emek süreçlerinde bireyin, işin her bir aşamasında fiziksel ve zihinsel emeği ile yer alması, üretimde el becerilerini kullanırken aynı zamanda üretim sürecine ilişkin planlamayı da bizzat kendisinin yapması vasıf düzeyinin daha yüksek olduğu iddialarının temelini oluşturmaktadır. Günümüzde ise işin planlama ve uygulama süreçlerinin birbirinden koptuğu görülmektedir.

Olgun sanayi toplumlarında vasıf, uzmanlık temeli üzerinde inşa edilme eğilimindedir. Uzmanlık ve vasıf kavramları her ne kadar eş anlamlı olarak ele alınsa da özünde birbirinden farklı iki kavramdır. Profesyonellik ideolojisi vasıflı işçileri uzman olarak yetiştirme eğilimindedir. Profesyonellik ise belirli konulardaki uzmanlaşmayı ifade etmektedir. Uzmanlık kavramında bilgiye ve zihinsel emeğe daha fazla vurgu yapılmaktadır. Vasıflı emek kavramı ise fiziksel ve zihinsel emeği bir arada kullanan kişilere atıfta bulunmaktadır. Bu işleyiş içerisinde uzmanlar, görevin yerine getirilmesi sürecinden ziyade planlama ve tasarım süreçlerinde yer almaktadır. Örneğin bir hekimin uzmanlığı tedavinin uygulanmasından ziyade hastalığın tanımlanması ve tedavi sürecinin planlanması haline gelmiştir. Böylelikle görevlerin yerine getirilmesini esas alan mantık yükselişe geçerek daha sıradan ve rutin işler daha düşük seviyeli mesleklere devredilmektedir (Daly ve Willis, 1989). Görevlerin devredilmesi suretiyle uzmanlık anlayışı gelişerek hakimiyetini arttırmakta ve böylelikle bütüncül bir üretim anlayışından uzaklaşmaktadır.

Vasfın nasıl tanımlanması gerektiği konusunda olduğu gibi vasıf düzeyinin nasıl ölçülmesi gerektiği konusunda da ortak bir kanı oluşmamıştır. Vasıf düzeyi kavramı ile genel olarak bir mesleğe özgü zihinsel, kişilerarası ve el becerisine ilişkin karmaşıklık derecesi

kastedilmektedir (Spenner, 1979). Vasıf düzeyinin belirlenmesinde en iyi göstergelerden biri olarak ortalama bir işçinin ortalama bir performans düzeyine ulaşmasında belirli bir işin gerektirdiği hazırlanma süreci kabul edilmektedir. Vasıf, eğitim yoluyla aktarılabilmektedir. Hazırlanma süreci; genel, özel mesleki ya da profesyonel eğitimde geçen süreyi ve iş başında kazanılan tecrübeleri kapsamaktadır. Vasıf işlevsel bir tanım olarak değil bir durum olarak kabul edilmektedir (Form, 1987; Hopkins vd., 1996). Borger ve Seaborne’a göre (1967: 127-128) bir endüstride yer alan vasıflar özü itibarıyla bir durum ifadesidir. Bir işçinin “vasıflı”, “yarı-vasıflı” ya da “vasıfsız” olarak kabul edilmesinde, ilgili iş faaliyetlerinin doğası ve işçinin görev yeterliliği derecesi etkilidir. Vasıf düzeyinin belirlenmesinde işçinin yeterliliğine bakılması, vasıflı olarak nitelendirilmesi gerekenin iş ya da faaliyet değil, işçinin bizzat kendisi olduğuna işaret etmesi açısından son derece önemlidir.

En genel ifadeyle bir işin doğru bir şekilde yerine getirilebilmesi için işin yürütücüsü tarafından sahip olunması gereken nitelikleri ifade eden vasıf kavramı, ölçümünün yapılması konusunda objektif bir yaklaşımdan yoksundur. Vasıf düzeyinin belirlenmesinde yoğun olarak kişinin aldığı “eğitim” ile “vasıf” arasında ilişki kurulduğu görülmekte ve buna ek olarak aynı ilişki “işin özellikleri” ile “vasıf” arasında da kurulmaktadır. Vasıf düzeyinin belirlenmesinde genel geçer bir kriter olduğunu söylemek mümkündür değildir (Omay, 2017: 214). Yine de vasfın ölçülmesine yönelik çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Örneğin Spenner’a göre (1983) işin asli karmaşıklık düzeyi ve özerklik-kontrolü vasfın iki temel boyutunu oluşturmaktadır ve bunlar üzerinde ölçümünün yapılması mümkündür. Öte yandan vasfın işin çeşitliliği, kontrol, denetleme ve işin tekrar derecesine dayalı olarak ölçülebileceği de ifade edilmektedir (Kayıran Dikmen, 2004). Söz konusu parametreler üzerinden yapılan vasıf düzeyi ölçümleri ise emeğin değil işin vasfını ölçmektedir. Oysa ki vasfın emeğe ait bir durum ifadesi olduğu açıktır.

Vasıf ile kişinin aldığı eğitim arasında ilişki kuran yaklaşımlarda yoğun olarak “beyaz yakalı-mavi yakalı” veya “vasıflı-vasıfsız” emek sınıflandırması yapılmaktadır. Eğitim temeline dayanan bu sınıflandırmalar arasında lise ve üniversite mezunu olma gibi eğitim derecelerini esas alan yaklaşımlar söz konusudur (Berman vd., 1994). Benzer şekilde eğitimde geçen süre temel alınarak vasıflı-vasıfsız emek tanımı da yapılmaktadır. Baldwin ve Cain (2000) yaptıkları sınıflandırmada eğitimde geçen süreleri 1-12 yıl arasında olan kişileri vasıfsız; 13 ve daha fazla olanları ise vasıflı olarak nitelendirmişlerdir. Eğitsel karakteristikleri kullanan yöntemler genel olarak akademik vasıfları temel almaktadır

(Winchester vd., 2006). Haskel ve Slaughter (2001), “manual” ve “non-manual” işçiler tabiriyle vasıflı ve vasıfsız işçi kavramsallaştırması yapmıştır. Bu sınıflandırmanın ortalamasına bakıldığında “non-manual” vasıflı işçinin eğitim düzeyi “manual” vasıfsız işçinin eğitim düzeyinden yüksektir. Vasıflı emek kavramı ile yoğun olarak eğitim düzeyi yüksek işçiler ifade edilmektedir. “Manual” olarak adlandırılan işçi profili yoğun olarak el beceresine dayanan işler yapmaktadır. El beceresi temel alınarak yapılan sınıflandırmalarda, çalışma faaliyetlerinde yoğun olarak el beceresini kullanan işçilerin eğitim düzeylerinin düşük olması nedeniyle vasıfsız olarak tanımlandıkları görülmektedir.

Vasıf ile iş özellikleri arasında ilişki kuran yaklaşımlar, iş özelliklerinin ölçülmesinde yoğun olarak iki yöntem kullanmaktadır. İlk yöntemde anket çalışmaları ile katılımcılardan geçmiş ya da mevcut işlerinin özellikleri hakkında bilgi alınarak ölçütler geliştirilmektedir. İkinci yöntemde ise mesleki bir sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. Meslek sınıflandırma sistemi yaklaşımı “Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması” uygulamasına dayanmaktadır. Çoğunlukla meslekler, vasıflı ve vasıfsız emek ayrışmasına benzer şekilde üretim-dışı gruplar ve üretim grupları olarak ikiye ayrılmaktadır. Her iki yöntem de iş karakteristiklerini temel almaktadır (Spanner, 1980; Winchester vd., 2006). Üretim-dışı gruplar üretimin ana faaliyetine katkı sunmadıkları için vasıfsız olarak kabul edilirken üretim grupları ise ana üretim konusunda doğrudan üretici konumunda yer almalarından dolayı vasıflı olarak kabul edilmektedir.

Her ne kadar farklı tanımlamalar yapıyor olsa da vasıf kavramını somutlaştırmaya yönelik çabalarda yoğun olarak fiziksel ve zihinsel emeğin birlikteliğine vurgu yapılmaktadır. Emek sürecinde fiziksel ve zihinsel emeğin aynı anda var olması, işçinin gerek el becerisini kullanmasını gerekse işe ilişkin planlama ve karar alma süreçlerindeki kontrol gücünü ifade etmektedir. Profesyonel mesleklerin bilgide üstünlük ve mesleki özerklik iddialarının aslında vasıf temelli birer iddia olduğu görülmektedir. Mesleki özerklik, işe ilişkin süreçlerin planlanma ve karar alma aşamalarında işçinin yer alabilme kabiliyetini ifade etmektedir. Buradan hareketle vasıflı emek kavramsallaştırmasında işçinin hem işi bizzat yerine getiren bir usta gibi hem de işleyişi belirleyen beyin takımındaki bir üye gibi emek sürecinde yer alması beklenmektedir.

Emeğin “vasıflı-vasıfsız” şeklinde sınıflandırılması hiç kuşkusuz ki yapılan ayırmda belirli unsurların varlığını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle vasfın unsurlarından bahsetmek

mümkündür. Vasıf, sermaye tarafından, her ne kadar emeğin eğitimi ile ilgili kriterler ile bir tutuluyor olsa da eğitim ve eğitim ile kazanılan bilgi birikimi vasıf kavramının yalnızca bir boyutunu oluşturmaktadır. Ancak kapitalist emek süreci açısından emeğin hangi türden eğitim aldığı vasıf düzeyinin belirlenmesinde önem arz etmekte; sermaye tarafından eğitim düzeyi yüksek dahi olsa sermaye birikim sürecine katkı sağlamayan emek, vasıflı olarak kabul edilmemektedir. Bu noktada da bilginin niteliği son derece önem arz etmektedir. Emekten talep edilen vasıf düzeyi yoğun olarak diplomalar aracılığıyla saptanmaktadır.

Kapitalizmin son döneminde üretimde teknolojin bir üretim aracı olarak başat bir aktör haline gelmesiyle bilginin niteliğinin değiştiği emek süreci teorisyenleri tarafından sıklıkla gündeme getirilmektedir. Teorisyenler işçilerin emek sürecine ilişkin bütüncül bilgiden uzaklaştığı, yalnızca uzmanlık alanlarına ilişkin bilgiye sahip oldukları ve böylelikle mesleki hakimiyetlerinin azaldığı iddiasında bulunarak mesleki hakimiyeti de belirleyen bilginin niteliğinin değiştiğini ileri sürmektedirler.

Vasıf kavramının daha iyi anlaşılabilmesi açısından vasfın unsurlarının açıklanması gerekmektedir. Kavramın tanımlanmasındaki güçlüğü aşılması amacıyla vasıf kavramı, “bilginin niteliği” ve “işin yürütümünde özerklik” unsurları bağlamında geniş anlamıyla ele alınacaktır.

2.4. Vafın Unurları

Profesyonel meslekler tanımlanırken yoğun olarak iki temel unsura vurgu yapılmaktadır: mesleki faaliyetlerin özyönlendirmeye bağılı olarak yürütölmesinden kaynaklanan “mesleki özerklik” ve bilimsel bilginin giderek artmasına bağılı olarak profesyonellerin sahip oldukları “bilgide üstünlük”. Bu unsurlar aynı zamanda vafın unsurları olarak da değeriendirilmektedir. Literatürde vafın her ne kadar kesin ve sınırları belli olan bir tanımlı yapılamamış olsa da genel itibariyle üzerinde anlaşmaya varılan unsurları da yok değildir. Vasıf kavramının profesyonel meslek kavramında olduğı gibi özerklik ve bilgi merkezinde tanımlandığı görölmektedir.

Çalışma kapsamında vasıf kavramı, emeğe has bir durum ifadesi olarak ele alınmıştır. Bunun nedeni, vafın işe ya da faaliyete özgü bir kavram olarak kabulünün beraberinde bir takım çelişkileri getiriyor olmasıdır. Vafın işe ya da faaliyete ait olduğı durumlarda dahi emeğin

bu vasıf düzeyine sahip olup olmaması önemsenen husus haline gelmekte ve bu durum bir bakıma çelişkiye neden olmaktadır. Çünkü vasıflı kabul edilen işi ya da faaliyeti yerine getiren emektir ve bu nedenle işi veya faaliyeti yerine getiren emeğin vasıflı olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Öte yandan vasfın işe ya da faaliyete atfedilen bir kavram olarak kabulü, emek sürecinde yer alan emeğin soyutlaması gibi bir soruna da neden olabilmektedir. Oysa ki işin yürütücüsü konumunda emek yer almaktadır ve bu nedenle vasfın emeğe ait bir ifade olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir.

Vasfın kime ya da neye ait olduğu tartışmasının sözü edilen gerekçelerle aşılması, vasfın unsurları konusundaki tartışmaların aşılmasını da kolaylaştırmaktadır. İşe ya da emeğe ait vasıf kavramsallaştırması, vasıflı iş ve vasıflı emeğe ait ayrı unsurların belirlenmesine neden olmaktadır. Ancak ilgili unsurlara bakıldığında aslında aralarında belirgin farklılıklar olmadığı görülmektedir. Esas farklılık vasfın taşıyıcısının iş mi yoksa emek mi olduğu tartışmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla işe ait olduğu iddia edilen vasıf unsurlarını emeğe uyarlayabilmek mümkündür.

Örneğin bilim insanları, vasfın çok boyutlu bir kavram olduğu ancak temel karmaşıklık düzeyi ile özerklik olmak üzere en az iki temel unsur içerdiği sonucu üzerinde genel bir kanaat oluşturmuş durumdadırlar (Form, 1987). Buradaki esas sorun ilgili unsurların vasıflı işe mi yoksa vasıflı emeğe mi ait olduğu sorusunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin Johnstone (2005), bir işin vasıf düzeyini belirleyenin temel karmaşıklık düzeyi olduğunu ve bu düzeyin belirlenmesinde iş için gerekli bilgi düzeyinin öğrenilmesindeki zorluğun etkili olduğunu ifade etmektedir. Aynı şekilde Spenner (1979) da işin vasıf düzeyinin belirlenmesinde eğitimin ve karmaşıklık düzeyinin etkili olduğunu ifade etmektedir. Bir işin temel karmaşıklık düzeyinin göstergelerinden birinin, ortalama bir işçinin ortalama bir performans düzeyine ulaşabilmesi için genel eğitim, spesifik mesleki eğitim ve işbaşında eğitim gibi eğitimleri alması için gerekli toplam hazırlık süresi olduğu kabul edilmektedir. Öte yandan işin temel karmaşıklık düzeyinin çoğunlukla yüksek özerlik düzeyi ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Keefe, 1991).

Tüm bu açıklamalar beraberinde yine aynı çelişkiyi getirmektedir. Çünkü işin temel karmaşıklık düzeyinin yüksek olması nedeniyle vasıflı olarak kabul edilmesi, aynı zamanda emeğin bu karmaşıklık düzeyine uygun bir bilgi ve beceri birikimine sahip olmasını, bir başka ifadeyle vasıflı olmasını ifade etmek suretiyle işin mi yoksa emeğin mi vasıflı olduğu

hususunda bir çelişkiyi gündeme getirmektedir. Ancak bu çelişkinin çözümü son derece basittir. İşin temel karmaşıklık düzeyinin çok yüksek olması, emeğin vasıf düzeyinin de çok yüksek olmasını gerektirmektedir. İşin karmaşıklığı, vasıflı emeğin emek sürecini bütüncül kavrayışına olanak tanıyan bilgi düzeyi ile çözülmektedir. Vasıf, temel karmaşık düzeyinde değil, bu karmaşıklığa rağmen üretimi gerçekleştirebilen emeğin zihninde yer almaktadır.

Aynı durum özerklik unsurunda da söz konusudur. Vasıf kavramsallaştırmasında, işin özerklik sahasının geniş olmasından ziyade emeğin emek süreci üzerindeki kontrolünün genişliği önemlidir. Çünkü ilk unsur olan bütüncül kavrayış, ancak ama ancak emeğin üretim sürecinin tamamında kontrol sahibi olabilmesiyle mümkün olmaktadır. Vasfin özerklik unsuru işin kendisine değil, yüklenicisi durumundaki emeğe aittir.

Son olarak vasıf kavramının anlamının sürekli değiştiğinden bahsedilmektedir. Vasıfsızlaşma eğiliminin savunan teorisyenler, vasfin değişen anlamını dikkate almadıkları iddiasından hareketle yoğun eleştirilere tabi tutulmaktadır. Vasıf kavramının, anlamı sürekli değişse de evrensel kabul edilebilecek unsurlar bağlamında tanımlanması, ilgili eleştirilerin görece bertaraf edilmesinde etkili olabilmektedir. Bu nedenle yetkinlik temelinde anlamı değiştiği iddia edilen vasıf kavramına, “bilgi” ve “özerklik” şeklindeki değişmeyen unsurları bağlamında değinilecektir.

2.4.1. Temel Karmaşıklık Düzeyini Çözen Bilgi Birikimi

Emeğin emek sürecini bütüncül bir şekilde kavrayabilmesi, işiyle bütünleşebilmesi ve böylelikle işini geliştirebilmesi vasıf düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Yücesan-Özdemir, 2014: 163). Emek sürecinin bütününün kavranmasını ifade eden vasıf kavramının ilk unsurunu bilgi oluşturmaktadır. Profesyonel meslek erbabı profesyonelden de özel bilgi birikimine sahip olması ve işini bütün halinde yönlendirmesi beklenmektedir (Hopkins vd., 1996). Aynı şekilde bilgi birikiminin profesyonel kimliğin inşasında önemli bir rol oynadığı da ifade edilmektedir (McLaughlin ve Webster: 1998). Dolayısıyla, daha önceden de değinildiği üzere, profesyonellik ile vasıf kavramlarının her ikisi de aynı unsurlara atıfta bulunarak emek sürecinin bütününe ilişkin bilgiye ve kavrayışa büyük bir önem atfetmektedir.

Emek sürecinin bütüncül kavranışı emeğin vasfı açısından son derece önemlidir. Çünkü yapılan iş kavranmadığı zaman emeğin işiyle olan bağı yüzeysel hale gelmektedir (Sennett, 2014: 82). Aradaki bağı zayıf ya da güçlü olması vasıf düzeyini doğrudan etkilemektedir. Vasıf, sezgilerden yararlanmakta ve bu sezgilerin gelişmesi ancak bilgi ile mümkün olmaktadır. Kavrayış düzeyinde bilginin türü de son derece önemlidir. Eğitimin yanı sıra bireysel tecrübeler yoluyla öğrenilen örtük bilgiler de vasıf düzeyine katkı sağlamaktadır (Wood, 1987).

Emek sürecinin bütüncül kavranışının, bilgi kapsamının uzmanlaşma anlayışı ile daraltılması suretiyle engellediği ileri sürülmektedir. Yapılan bir araştırmada inşaat işlerinde çalışanlar arasında uzmanlaşmanın hoş karşılanmadığı ve uzmanlaşmanın üretim araçları ile bu araçların nasıl kullanılacağına dair bilgi ve iş deneyimi konusunda kaygılara neden olduğu saptanmıştır (Steiger, 1993). Bu kaygılara, belirli tek bir alanda uzmanlık bilgisine sahip olunması kaynaklık etmektedir. Literatüre bakıldığında eğitimin ve öğretiminin daha geniş bir yaklaşımla şekillendirilmesine ve böylelikle eğitimin kapsamının dar bir şekilde tanımlanmasının önüne geçilmesi gerektiğine dair bir fikir birliğini oluşturduğu görülmektedir (Totterdill, 1990).

Uzmanlık bilgisinin önemli hale gelmesinin ardında teknoloji ve teknolojinin neden olduğu gelişmeler yatmaktadır. Teknolojik gelişmelerin tüm mesleki yapılara sirayeti sonrasında emek sürecinde yer alan işlerin doğası, otomasyon teknolojileri ve yeni teknikler aracılığıyla değişmiş ve üretim araçlarına bağlı olarak üretim yeniden yapılandırılmıştır (Spenner, 1979). Yeniden yapılanan işlerde öne çıkan en önemli özellik işbölümü ve uzmanlaşma olmuştur. Vasıf bağlamında temel karmaşıklık düzeyi artışının, parça ya da birimlerin koordinasyonunda karışıklığın artmasıyla sağlanacağı ve uzmanlaşma ve işbölümüyle bu karışıklığın arttığı iddia edilse de (Smith ve Snow, 1976) ilgili gelişmeler işleri karmaşık hale getirmekten ziyade basitleştirmiş durumdadır.

Literatürde genel kanı, makinelerin üretim sürecine dahil olmasıyla insan emeği tarafından gerçekleştirilen işlerdeki temel karmaşıklık düzeyinin düştüğü yönündedir. Standartlaştırılmamış üretim süreçlerini içeren ve standartlaştırılmamış malzemelerin kullanıldığı işler, emeğin muhakemesini ve vasfını gerektirmektedir (Choi vd., 2008). Ancak yönetim tekniğinin başlangıcından bu yana görevlerin ayrışması suretiyle işgücünün bölünmesi, zanaatkarların çalışmasına kıyasla çalışma olgusunu basitleştirmiştir. Çünkü

işçilerin zanaatkârların sahip oldukları vasıflara sahip olmasına gerek kalmamıştır (Johnstone, 2005). Üretim sürecinin işbölümü ve uzmanlaşma ile parçalara ayrılması, iş karmaşıklığını azaltmış ve emek, üretimin bütünü üzerindeki kontrolünü kaybederek bütüncül bilgidен uzaklaşmış ve bazı vasıflarını kaybetme eğilimine girmiştir (Form, 1987).

İşbölümü ve uzmanlaşmanın neden olduğu karmaşıklık, işlerde değil, üretim sürecinin bütüncül yapısının birden çok parçaya ayrılması nedeniyle yalnızca sayısı artan görevlerin koordinasyonunda kendini göstermiştir. Bu karmaşıklığın giderilmesi amacıyla uygulanan yönetim pratikleri, emek özerkliğini azaltmış ve emeğin üretim süreci üzerindeki kontrol gücü zayıflamıştır. Sözü edilen pratikler işlerin nasıl yerine getirilmesi gerektiğine ilişkin talimatların oluşturulmasını kapsamaktadır. Ancak vasıf, açık ve resmi bir ifadesi güç olan bir kavram olması nedeniyle kendisini ayrıntılı talimatların izlendiği bir üretim sürecinde gösterme şansı bulamamaktadır. Çünkü vasa kaynaklık eden bilginin elde edilmesi için bu türden bir işleyiş yeterli görülmemektedir. Bilginin ve vafın öğrenilmesi sürecinde önceden belirlenen talimatların; öğrenmenin başarılı bir rutine dönüşmesinde rol oynayan muhakeme sürecinin emek tarafından işletilmesini engellediği gerekçe gösterilerek vasıf üzerinde olumsuz gelişmelerin yaşandığı savunulmaktadır (Wood, 1987).

Vasıf bağlamındaki olumsuz gelişmeler günümüz piyasalarının mevcut işleyişine bağlanmakta ve sorun yine emek için vasıf mı yoksa sermaye için vasıf mı sorusunda kendini göstermektedir. Kapitalist emek sürecinde emekten beklenen vasıf, kişinin anlık kapasitesine yoğunlaşmakta ve teknoloji temelli dönüşümlerin hızı nedeniyle sürekli olarak anlık kapasitelerini yansıtan vasıfları değişim baskısı altına girmekte ve vasıflar esnek hale gelmektedir. Bu bağlamda modern ekonominin tanımladığı vasıfların ömrü çok uzun olmamaktadır (Sennett, 2011: 11; Sennett, 2014: 106-110). Oysa ki vasıf, doğası itibariyle, uzun ömürlü bir kavramdır. Ancak günümüzde yoğun olarak teknoloji temelli bir vasıf kavramsallaştırılması yapıldığından, emekten sahip olduğu vasıfları sürekli olarak güncellenmesi beklenmektedir. Sözü edilen güncellemelerin ise vasıf mı yoksa yetkinlik mi olduğu tartışmaya açık bir konudur.

Teknolojik gelişmelerin üretim sürecini sürekli olarak dönüştürdüğü bir konjonktürde emek sürecinin bütününe ilişkin bilginin değişmesi kaçınılmaz olmakta ve her yeni dönüşüm ertesinde bütüncül bilgiye ulaşılması daha da zorlaşmaktadır. Bu bakımdan uzmanlaşma anlayışının, değişimler karşısında küçük parçaların uyumunu kolaylaştırma potansiyeli

taşıması ve artan bilgi birikimi nedeniyle rasyonel bir tercihi yansıttığını söylemek yanlış olmayacaktır. Ancak vasfın eğitim ve öğretiminde uzmanlık bakış açısının, bütüncül bakış açısına üstün gelmesi sonucunda karmaşık işlerin kavranışını ifade eden vasıf düzeyinin, standart hale getirilen işler karşısında azalma eğilimi içerisine girdiği belirtilmektedir.

2.4.2. İş Yürütümünde Kontrol Gücünü Sağlayan Mesleki Özerklik

Emeğin, emek süreci üzerindeki kontrol gücü ve takdir yetkisi vasıf düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Yücesan-Özdemir, 2014: 163). Bu bağlamda emek sürecinin bütününe kontrol edilebilmesini ifaden mesleki özerklik, vasıf kavramının ikinci unsurunu oluşturmaktadır. Özerklik, rutin iş faaliyetleri ve kararları üzerindeki kontrol ve çalışma sürecinde yenilikçi olma özgürlüğü olarak tanımlanmaktadır (Prechel ve Gupman, 1995). Profesyonel meslek erbabı profesyonelden profesyonel kanı temelinde çalışma faaliyetini kendisinin belirlemesi beklenmektedir (Haug ve Sussman, 1969). Profesyonellerin mesleki faaliyetlerini yürütümünde dışarıdan gelen direktiflere uyup uymamaları, geleneksel meslekler ile profesyonel meslekler arasındaki farkı oluşturmaktadır (Johnson, 1972: 41). Profesyonel mesleklerde profesyoneller mesleki rollerini yerine getirirken, meslekten olmayanların kontrolüne tabi değildirler (Haug, 1996: 129-130). Mesleki bilgide uzmanlık sahibi olan profesyonellerin mesleki yaşamları içerisinde edindikleri profesyonel kanıları, “ehil kişiler” olarak kabul edilmelerini ve mesleki özerklik elde etmelerini sağlamaktadır. Profesyonellerden çalışma koşullarını ve faaliyetlerini belirleyebilme serbestisine sahip olmalarının beklenmesi, profesyonellik ile vasıf kavramlarını birbirine yakınlaştırmaktadır.

Vasıf açısından emeğin kendi kendini düzenleyebilmesini ve kendi sınırları dahilinde hareket edebilmesini temsil eden özerkliğe ve işleyişin tüm yönlerini kontrol etme becerisine sahip olması oldukça önemlidir (Haug, 1975; Phillips, 1996). İşçiler, vasıfları aracılığıyla kendilerini ifade edebilmelerine ve faaliyetlerini yönlendirebilmelerine ayrı bir önem atfetmektedirler (Willmott, 1990: 363). Ancak bürokratik yapıların devreye girmesi ve kendi güç kaynaklarını üretmesi sonucunda emeğin işin yürütümündeki özerkliğinin azalma eğilimine girdiği ileri sürülmektedir (Light ve Levine, 1996: 171-173). İşbölümü ve uzmanlaşma gibi uygulamaları salık veren yönetim pratikleri aracılığıyla emek sürecinde kontrolün sağlanmasına yönelik girişimlerin bu sürece kaynaklık ettiği düşünülmektedir.

İşbölümü ve uzmanlaşma sonucunda ortaya çıkan katmanlaşmış üretim yapısı, emek maliyetlerini düşürmenin ötesinde; iş özerkliği ve işçiler üzerindeki güç gibi konular bağlamında önemli sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. İşveren açısından, gerekli olan tek şeyin işçilerin işletmenin kriterlerine göre çalışması olduğu iddia edilmektedir. İşin yürütümünde özerkliğin azalması sonucunda ise emeğin yabancılaşma sürecine girdiği düşünülmektedir (Edwards, 1979: 135-147). Emeğin emek sürecini bütüncül bir şekilde kavrayamamasına benzer şekilde bütüncül bir şekilde kontrol edememesinin de yabancılaşma sorununa yol açtığı ifade edilmektedir.

Emek süreci üzerindeki kontrol gücünün emekten alınarak yönetime aktarılması; sermayenin daimî disiplinsizlik, hata ve tehdit kaynağı olarak görülen emek faktörünün emek süreci üzerindeki etkisini azaltma ve ortadan kaldırma amacının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Babbage'a kadar uzanan bu süreçte, emeğin gerek fiziksel gerekse zihinsel faaliyetleri açısından otomatikleştirilmesi amacıyla mekanik araç üretme girişimlerinde bulunulduğundan söz edilmektedir (Dyer-Witheford, 1999: 3). Bu işleyiş içerisinde özerklik kaybının vasıfları azaltacağı ve işbölümü ve uzmanlaşmanın uygulandığı emek süreçlerinde vasıfların belirli bir düzeye kadar gerileyeceği öngörülmektedir (Form, 1987). Emek sürecindeki özerklik, emek ve örgütsel uygulamaların etkileşiminden etkilenmektedir ve teknolojinin teknik işbölümlerinin organizasyonunu etkileme düzeyi özerkliği şekillendirmektedir (Choi, vd. 2008).

Emek sürecindeki faaliyetlerin incelenmesi ve kontrolü, zanaat üretiminde de söz konusu olmakla birlikte bu işlevlerin yönetsel bir üstyapı tarafından yerine getirilmesi kapitalist emek sürecine has bir özellik taşımaktadır (Braverman, 2008: 108). Kontrol gücünün azalması, emeğin gerek önceden belirlenen talimatlar üzerinden faaliyette bulunmasına gerekse parçalara ayrılan üretim sürecinin sadece bir parçasında yer almasına bağlanırken diğer parçaların üretiminde bir başkasına bağlı olunması anlamında özerklik kaybına işaret edilmekte ve vasıf düzeyinin aşıldığı ifade edilmektedir.

İşin yürütümündeki kontrol gücünün azalması ile emeğin yönetim tarafından önceden belirlenen faaliyetleri yerine getirmesi ve kendi çalışmasını yönlendirememesi kast edilmektedir. Sonuç olarak emek süreci teorisyenleri, “bilgi” ve “özerklik” olmak üzere vasfın iki temel unsurunda belli düzeylerde aşınmanın yaşandığını iddia etmektedirler. İşbölümü ve uzmanlaşma ile üretim sürecinin planlandığı, parçalara ayrıldığı ve

standartlaştırıldığı; bu rutin içerisinde üretim sürecinin tek bir aşamasında yer almaya başlayan emeğin mesleki özerkliğinin ve bilgisinin gerilediği ileri sürülmektedir.

2.5. Vasıf ve Teknoloji İlişkisi

Sermayenin daha fazla kâr elde amacıyla daha fazla üretkenlik sağlama güdüsü, daha az emek kullanımı ile daha yüksek miktarda ürün üretimi gerçekleştirme arayışına girmesine neden olmaktadır. Bu türden arayışlar, kapitalist emek sürecinde dönüşümleri tetiklemekte ve üretkenlik arayışı, emek sürecinde yeni teknolojilerin kullanıma konulmasıyla sonuçlanmaktadır (Braverman, 2008: 174). Bir emek süreci unsuru olarak üretim araçları, teknolojik gelişmelere bağlı olarak dönüşmekte ve bu dönüşüm beraberinde bir bütün halinde emek sürecinin dönüşmesine neden olmaktadır.

Emek sürecinde yaşanan dönüşümleri konu edinen araştırmaların ciddi bir kısmı, teknolojik değişimlerin vasıf içeriğinde ortaya çıkardığı sonuçlara odaklanmaktadır (Vallas, 1990). Bu araştırmalar vasıf düzeylerinde zaman içerisinde yükselme, azalma ve değişmeme gibi eğilimler yaşanacağına dair düşünceleri kapsamaktadır (Spanner, 1979). Teknolojik gelişmelerin farklı meslek gruplarında ve piyasalarda farklı türden sonuçlar doğuracağı, farklı sorunlara neden olacağı ve buna bağlı olarak geliştirilen tepkilerin de farklılık arz edeceği ifade edilmektedir (Simpson, 1985). Meslek gruplarının kendilerine has örgütlenme biçimleri ve emek süreçleri, teknolojik gelişmelerin farklı etkiler ortaya çıkarmasına neden olmaktadır. İlgili farklılıklar, literatürde “vasıflılaştırma”, “vasıfsızlaştırma” ve “sıfır değişim” gibi durumları ifade eden farklı teorilerin yer almasına neden olmaktadır. Farklı teorilerin varlığı bir yandan teknolojinin her meslek grubunda farklı sonuçlar doğurmasından bir yandan ise ilgili teorilerin vasfı farklı şekillerde tanımlamasından kaynaklanmaktadır.

Vasıflılaştırma tezine göre teknolojik gelişmelerin etkisiyle mesleki yapılar içerisindeki vasıfların toplamının arttığı; vasıfsızlaştırma teorisine göre gerek teknolojik gelişmelerin gerekse bilimsel yönetim anlayışının hâkimiyet kazanması sonucunda bilgi, karmaşıklık düzeyi ve özerklik bağlamında kayıpların yaşanarak vasıfların azaldığı ve son olarak sıfır etki olarak adlandırılabilir teorilere göre ise bazı mesleklerde vasıf artışı bazılarında ise vasıf kaybı yaşanmasından dolayı net değişikliğin sıfır olduğu ileri sürülmektedir (Spanner, 1979). Literatürde vasıf kavramında olduğu gibi teknoloji-vasıf ilişkisi bağlamında da genel bir kanı oluşmamıştır durumdadır.

Teknolojik gelişmeler mevcut mesleki yapıları dönüştürmesinin yanı sıra yeni meslekleri de ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda eğitim, hukuk, tıp ve din alanındaki geleneksel profesyonellerden oluşan bir yapıdan teknolojik değişimlerin etkisi altında bulunan mühendisliğe, tekniğe ve fiziki bilime dayalı alanlara doğru bir eğilim yaşanmıştır (Wolfbein, 1962).

Teknoloji-vasıf ilişkisine dair hâkim görüşe göre otomasyon teknolojileri ile sağlanan mekanizasyon, vasıfları basitleştirmek suretiyle yönetimin emek süreci üzerindeki kontrolünü arttırırken işçilerin kontrolünü azaltmakta ve buna bağlı olarak birçok zanaatı ortadan kaldırmaktadır (Form, 1987). Vasıfların kaybolmasına neden olduğu düşüncesinden hareketle yeni teknolojiler, işçiler tarafından da olumsuz birer gelişme olarak algılanmaktadır (Glenday, 1995).

Emek sürecini dönüştüren teknolojik gelişmeler bir yandan da işçi profilinin mevcut koşullara “uyumsuzluk” göstermesine neden olmaktadır. Bu duruma emeğin, emek sürecine hazırlanma sürecinde edindiği bilgilerin güncelliğini kaybetmesi kaynaklık etmektedir. İşçinin teknolojik gelişmelerin yaşandığı üretim alanındaki istihdamına devam edebilmesi için yeni eğitimler alması gerekmektedir. Buradan hareketle mesleki eğitimin de bir raf ömrü olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Vasıf ile eğitim arasında kurulan ilişkide, bilginin türü son derece önemlidir. Vasfın “üretim aracını kullanabilme yetkinliği” boyutuna indirgenmesi, herhangi bir teknolojik gelişmenin yaşanması sonucunda vasfın geçerliliğini yitirmesine ve bir anda emeğin vasıfsız hale gelmesine neden olabilmektedir. Ancak vasıf kavramı, “raf ömrü” uzun olan beceri ve bilgi birikimini ifade etmektedir. Kapitalist emek sürecinde yer alan işçilerin, yeterli bir olgusal bilgi düzeyine sahip olmaması; yalnızca teknolojiyi kullanabilmesine olanak tanıyan teknik bilgiye ve eğitime sahip olması teknolojinin vasıf aşındırıcı etkisi olarak kabul edilmektedir.

Literatürde, otomasyon teknolojilerinin etkilerini konu edinen farklı teoriler yer almaktadır. Bu teoriler teknoloji-vasıf ilişkisi bağlamında genel olarak iyimser ve kötümser yaklaşımlar olarak kategorize edilmektedir (Form, 1987; Arğın, 1992). Bu yaklaşımlardan ilki kapitalizmin içine girdiği süreci vasıfsızlaşma eğilimi ile açıklamaya çalışırken diğer bir yaklaşım ise vasıflılaşma sürecinden bahsetmektedir.

2.5.1. Vasıfsızlaşma Teorisi

İki yüzyılı aşkın bir süredir sosyal bilimciler emeğin mekanizasyonunun, işin otomasyonunun ve fabrika sisteminin emek sürecini yeniden düzenleyerek emeğin bölünmesini hızlandırdığına ve vasıfları seyreltiğine ilişkin tartışmalar yürütmektedir. Emek süreci teorisyenlerinden Braverman, ilgili tartışmalara ilişkin dağınık fikirleri birleştirerek genel eğilimi bir çerçeveye oturtmuş ve “vasıfsızlaşma teorisi” adı altında bir teori geliştirerek sanayi toplumlarının erken dönemlerinde makineleşmenin; olgun döneminde ise otomasyon teknolojilerinin gerek mavi gerekse beyaz yakalı işçileri vasıfsızlaştırdığı tezini ileri sürmüştür (Form, 1987; Gamst, 2015). Braverman, kapitalist emek sürecine özgü bir eğilim olarak vasıfsızlaşma olgusunun Sanayi Devrimi’nden bu yana süre geldiğini iddia etmektedir.

“Emek ve Tekelci Sermaye” adlı eserinde Braverman, kapitalist emek sürecindeki vasıfsızlaşma eğilimini sistematik bir şekilde analiz etmiştir. Braverman, emek süreci analizinin merkezine üretim araçlarındaki dönüşümü ve yönetim anlayışını almıştır. Analizlerinde teknolojinin yanlı doğasına vurgu yapan Braverman, vasıfsızlaşma eğilimini üretim alanlarında yaşanan teknolojik gelişmelerin kaçınılmaz bir sonucu olarak kabul etmemektedir. Bu eğilimin teknolojinin bizzat kendine has bir özellik olmadığını, teknolojinin yanlı doğası nedeniyle kapitalist emek sürecine ait bir karakteristik olduğunu savunmaktadır. Çünkü sermaye tarafından teknolojinin emek süreci üzerindeki kontrolün sağlanması ve arttırılması amacıyla kullanıldığını ve buna bağlı olarak ortaya çıkan vasıfsızlaşma eğiliminin yönetim tarafından araçsallaştırıldığını ileri sürmektedir (Boreham vd., 2008: 18; Smith, 1991).

Vasıfsızlaşma tezini savunanlar, vasıfsızlaşma eğiliminin kapitalist emek sürecinin içsel bir karakteristiği olduğunu ve sermayenin üretkenlik arayışı sonucunda emeğin standart ve ikame edilebilir hale getirildiğini kabul etmektedirler (Brighton Labour Process Group, 1977; Hoff, 2011). Üretkenlik arayışlarının artışa geçmesi, yeni yönetim anlayışlarını ortaya çıkarmakta ve üretimin yapılanması ilgili anlayışlar çerçevesinde yeniden düzenlenmektedir.

Taylorist bilimsel yönetim anlayışı ile işverenlerin, geleneksel kontrol pratikleriyle erişemeyecekleri düzeydeki kontrol gücüne ulaştıkları ve emeğin; faaliyetlerini

yönlendirdiği bilincinin yerine yönetimin uzmanlığının ikame edildiği ileri sürülmektedir (Littler, 1990: 49). Standartlaştırılmış malların seri üretimiyle karakterize edilen bir çağda görevlerin rutinleştirilmesi ve basitleştirilmesi aracılığıyla üretim sürecindeki işbölümünün ve yönetimin kontrolünün arttığı savunulmaktadır (Totterdill, 1990). Teorisyenlerin vasıf konusundaki kaygıları da bu durumdan kaynaklanmaktadır. Çünkü teknolojik gelişmeler ile işlerin basitleşme eğilimine girdiğini iddia etmektedirler (Wood, 1987).

Üretim sürecinde yer alan işlerin basit bir şekilde tanımlanmasıyla işler, vasıf düzeyi düşük emek tarafından yerine getirebilmeye başlanmıştır (Chen ve Sonn, 2019). Temel karmaşıklık düzeyi yüksek işlerden basit işlere doğru bir gidişatın, gelişimi pratiğe dayalı olan vasıf üzerinde bozucu etkilere neden olduğu düşünülmektedir. Tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklı olarak teknolojinin; durağan bir mekanik tekrarlama yoluyla emeği öğrenmeden yoksun bıraktığına, emeğin kavramsal düşünme gücüne zarar verdiğine ve yanlış kullanıldığına vurgu yapılmaktadır (Sennett, 2019: 54-72). Örneğin Gorz (1972), üretim süreçleri ve üretim araçları hakkındaki bilginin “yabancılaşmış” ve kavrayışa olanak tanımayan bir bilgi olmasının doğal bir sonuç olarak kabul edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Öte yandan mevcut eğitim sistemi; kişiye belirli bir işi üstlenmesine yetecek düzeyde, basit ve dar kapsamlı eğitim verecek şekilde düzenlendiği ve çoklu vasıf kullanıma dayanan çalışmanın ortaya çıkışını engellediği iddiasıyla eleştirilmektedir (Totterdill, 1990).

Gorz’un yabancılaşmış bilgi kavramı ile Sennett’in “Karakter Aşınması” adlı kitabındaki örneği paralellik göstermektedir. Sennett kitabında yer verdiği fırın işletmesi örneğinde (2014: 74-75); ileri teknolojinin üretim sürecine uygulanmasıyla yaşanan dönüşüm sonucunda ekmek üretiminde bilgisayar programına bağımlı, hiçbir pratik bilgiye sahip olmayan işçilerin ortaya çıkmasından ve işçiler açısından işlerinin ve ne yaptıklarını anlayabilmelerinin okunaksız hale geldiğinden bahsetmektedir. Sennett’in örneğinde de vurguladığı üzere teknolojinin yardımıyla görevlerin basit ve homojen hale getirilmesi sonucunda, önceden var olan vasıfların ortadan kalktığı iddia edilmektedir (Larson, 1980).

Teknoloji kullanımının yoğunlaştığı kapitalist emek sürecinde, basit ve tekrarlayan faaliyetlerin varlığını arttırması ile vasıf gereksinimlerinin azalma eğilimi içerisine girdiği kabul edilmektedir (Adler, 1990; Brugger ve Gehrke, 2018). Braverman’ın vasıfsızlaşma olarak tanımladığı eğilimin de tam olarak bu şekilde işlediği; görevlerin önceden planlanıp

programlanmasıyla üretim sürecindeki bilginin, sorumluluğun ve muhakeme yeteneğinin giderek aşıldığı savunulmaktadır (Wilson, 1993: 67).

Vasıf kaybının yaşanıp yaşanmadığı yönündeki tartışmalara, vasıfsızlaşma teorisi kapsamındaki vasıf kavramı ile vasıflılaştırma teorisi kapsamındaki vasıf kavramı arasındaki farklılık neden olmaktadır. Sermayenin vasıf kavramsallaştırmasında sermaye birikimi için geçerli koşulları sağlayan bilgi ve beceriler vasıf olarak kabul edilmektedir (Yücesan-Özdemir, 2014: 163). Emek süreci teorisyenleri açısından ise emek sürecine ilişkin özerklik, bilgi ve beceriler vasıf olarak değerlendirilmektedir ve vasıfsızlaşma, bir meslek ya da çalışma alanı içerisindeki işçinin özerkliğinde, karar alma kalitesinde ve bilgisinde yaşanan azalışı ifade etmektedir. Vasıfsızlaşma eğilimi çoğu zaman işçiyi standartlaştırılmış, bölümlendirilmiş ve rutin hale getirilmiş bir şekilde çalışmaya iten; verimliliğin artırılması ve maliyetlerin azaltılması amacıyla tasarlanmış yönetsel pratiklerin birer yan ürünü olarak kabul edilmektedir. İşçilerin görevlerini planlama ve uygulama sırasındaki özgün bakış açılarının, tecrübelerinin ve vasıflarının yönetsel pratikler nedeniyle azaldığı savunulmaktadır. Vasıfsızlaşmanın bir meslek grubu içerisinde ilerlemesi sonucunda, işçinin rolünün, parçası olduğu bir emek süreci yapılanması içerisinde daha az önemli ve anlamlı hale geldiği ileri sürülmektedir (Hoff, 2011). İşin yürütümünde özerklik, üretim sürecine ilişkin kararlara katılım ve üretimin karmaşık yapısının kavranışına olanak tanıyan bilgi birikiminde azalış gibi vasfı ifade eden karakteristiklerin kaybı vasıfsızlaşma kapsamında değerlendirilmektedir.

Braverman (2008: 101-130): “Babbage ilkesi” olarak adlandırdığı uygulamalar bütününe vasıfsızlaşmaya neden olduğunu savunmaktadır. Babbage ilkesi ile hareket eden sermayenin ilk işinin zanaatı tekil parçalara bölmek olduğunu düşünen Braverman, bu bölünmenin sonucunda emeğin ucuzladığını ileri sürmektedir. Mümkün olduğu ölçüde emek sürecindeki her bir adımın özel bilgi ve eğitimden kopartılarak basit bir düzeye indirildiğini ve bunun bir sonucu olarak sermayenin emeğe olan bağımlılığından özgürleştiğini iddia etmektedir. Braverman’a göre vasıfsızlaşma sürecine kafa ve kol emeğinin birbirinden ayrılması eşlik etmekte ve işçiler üretim araçları üzerindeki kontrol gücünü kaybetmektedir.

Thompson da (1983: XIV), yönetimin ve teknolojinin etkisiyle görevlerin daha küçük parçalara bölündüğünden; böylelikle sermayenin emek maliyetlerini azaltmasının ve emek süreci üzerinde mutlak bir kontrole ulaşmasının mümkün hale geldiğinden bahsetmektedir.

Ancak bu gelişmelerin işçilerin zanaatları, bilgi kullanımına dayalı faaliyetleri ve işin yürütümündeki kontrol unsurları üzerinde olumsuz etkilere neden olduğunu ve vasıfsızlaşmanın yaşandığını ileri sürmektedir.

Mesleki hakimiyetin aşınmasında Taylor'un bilimsel yönetim anlayışının önemli bir rol üstlendiği belirtilmektedir. Makineleşme, işbölümü ve yönetim otoritesinin merkezileşmesi, sermayenin işçileri vasıfsızlaştıran yöntemleri olarak kabul edilmektedir (Form, 1987). Emek süreci teorisyenleri, "vasfın" işçiden makinelere aktarılmasıyla beraber yönetimin üretim sürecindeki güçlerini artırdığını ve bu durumun işçiler açısından vasıfsızlaşmaya, bozulmaya ve vasıf parçalanmasına neden olduğunu ileri sürmektedirler (Keefe, 1991).

Kapitalist emek sürecinde meydana gelen vasıfsızlaşma eğilimi araştırmalarla da desteklenmiştir. Örneğin Wallace ve Kalleberg (1982), baskı endüstrisinde yaptıkları bir araştırmada, sermaye yoğun baskı teknolojilerinin emek sürecinde kullanıma sokulmasıyla beraber ilgili endüstride vasıf düzeyinin düştüğünü saptamışlardır. Wilson da (1993: 66), yaptığı araştırmada, kavrama ve uygulama görevlerinin karar alıcılar ve uygulayıcılar arasındaki dağılımı nedeniyle vasıfsızlaşma eğiliminin yaşandığını bulgulamıştır.

Emek sürecini konu edinen saha araştırmalarında vasıfsızlaşma eğiliminin varlığı tespit edilmekle birlikte ilgili araştırmaların sonuçlarında vasıf değişimlerinin teknolojinin türüne, endüstriyel yapılanmaya, ürün ve işgücü piyasalarına ve diğer birçok faktöre bağlı olarak farklılık gösterdiği de saptanmıştır (Form, 1987). Öte yandan vasıfsızlaşma eğiliminin sektöre özgü, geri döndürülemez ve ekonomi genelinde olmaktan ziyade piyasaya bağlı olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar da yürütülmüştür (Chen ve Sonn, 2019). Modern teknolojilerin tek yönlü değil iki yönlü sonuçlara yol açtığı, vasıfsızlaşma eğilimi ile beraber vasıflılaşma eğilimini de ortaya çıkardığı görülmektedir (Argın, 1992). Ayrıca vasıflılaşma ve vasıfsızlaşma olgusu aynı meslek içerisinde aynı anda gerçekleşebilmektedir (Diprete, 1988). Ancak vasıflılaşma eğiliminin söz konusu olduğu durumlarda dahi emek sürecinde, teknik dönüşümün neden olduğu vasıfsızlaşma eğilimi somut bir gerçeklik halini alabilmektedir (Smith, 1991). Sonuç olarak vasıf düzeyine ilişkin saha araştırmaları, kapitalist emek sürecinde vasıflılaşma ile birlikte vasıfsızlaşmanın da tecrübe edilen bir eğilim olduğunu göstermektedir.

2.5.1.1. Fordizm analizi

Fordist üretim modeli, 20. yüzyılın başlarında Henry Ford'un sahip olduğu otomobil fabrikasında hayata geçirilmiş olan bir üretim organizasyonu biçimidir. Kapitalist emek sürecinin Fordizm tarafından şekillendirilen bu formunda Taylorist ilkeler uygulanmıştır (Ansal, 1999: 10). Seri üretimin sağlanabilmesi için kurulan montaj hattı teknolojisi, otomobil sanayine egemen olmuş ve iş örgütlenmesini rasyonelize ederek yeni bir yönetim anlayışını doğurmuştur (Blauner, 1964: 7).

Modern bir yönetim anlayışının ortaya çıkmasında standart üretimi olanaklı hale getiren standart parça üretimine geçiş ve aletli üretimin yerini makineli üretimin alması etkili olmuştur (Kayıran Dikmen ve Dikmen, 2004). Taylorizm'in inşa ettiği "bilimsel yönetim anlayışı" üzerinde yükselen Fordizm gerek bürokratik yapıların gerekse teknolojik gelişmelerin kaynaklık ettiği aşırı uzmanlaşma ve işbölümü nedeniyle emek süreci teorisyenleri tarafından vasıfsızlaşmanın kaynağı olarak görülmüştür.

Kurumları ile birlikte sanayi toplumu inşasının büyük oranda tamamlandığı 20. yüzyıl başlarında fabrika düzeninde hâkimiyetini arttıran Fordizm'e, çalışanın yaratıcı ruhundan sınai çalışmayı ayırma eğiliminde olan ve çalışanlara oldukça basit görevler yükleyen bir üretim modeli olarak bakılmıştır. Ford, kurduğu montaj hattı üzerinde yer alan her bir görevi standart ve bağımsız bir birim haline getirmek suretiyle işleri basitleştirmiş ve bu işlerde yer alan işçilerin ikamesini kolaylaştırarak emeğe olan bağımlılığı azaltmıştır. Fordizm'e eşlik eden bilimsel yönetim anlayışı ile işçiler kademeli olarak vasıfsızlaşmaya başlamışlardır (Kincheloe, 1995). Fabrika düzeni içerisinde istihdam edilmeye başlayan işçiler, emek sürecinin bir bütün halinde kavranışından uzaklaşarak tek tip ve son derece basit işler yapar hale gelmişlerdir.

İmalat teknolojilerindeki teknik ve bilimsel yeniliklerden kaynaklı olarak teknoloji devamlı gelişim göstermiş ve imalat teknolojilerinde yaşanan gelişmeler makineleşme sürecinin şiddetini sürekli olarak arttırmıştır (Blauner, 1964: 7-8). Kapitalist emek sürecinde makineleşmeyle yapılanan işbölümü, Taylorist ilkelerin eklenmesiyle birlikte daha da derinleşmiştir. Örneğin Aglietta (2015), Taylorizm'in hâkim olduğu Fordist üretim modeliyle teknik işbölümünün, toplumsal işbölümünü de derinleştirdiğini savunmaktadır.

Taylorizm, en genel ifadeyle kapitalist emek sürecinde emeğin kontrolünü sağlayan bir anlayış olarak tanımlanmaktadır (Savran, 2014: 132). Emeğin kontrol altına alınmasına yönelik arayışların sebebini Braverman (2008: 88), üretken olmayan her bir saatin sermaye açısından maliyet oluşturuyor olması olarak görmektedir. Kârları maksimize etmeye yönelik kapitalist güdü, üretim sürecinde yer alan işçilerin disipline edilmesine ve süreç üzerindeki kontrollerinin minimize edilmesine ilişkin arayışları gündeme getirmiştir.

Üretim süreci üzerindeki kontrolün sermayeye devredilmesi, bilimsel yönetim anlayışı ile işlerin parçalara bölünmesi ve işçilerin planlama görevinden dışlanarak yalnızca uygulama görevi ile sorumlu hale getirilmesi aracılığıyla sağlanmıştır. Bu bağlamda Taylorizm'in en önemli sonuçlarından birisi olarak vasıflı emek tarafından üstlenilen işlerin yönetim tarafından kontrol edilen vasıfsız işlere doğru yaşadığı dönüşüm kabul edilmektedir. Bilimsel yönetim anlayışı içerisinde ideal işçi profili çizilmiştir. Taylor'a göre "ideal işçi", talimatları yerine getiren ve üretim sürecine ilişkin işlemlerde kendi kararını uygulamayan işçi olarak kabul edilmiştir (Rastegar, 2004). Taylorist yönetim anlayışı içerisinde işçilerin mesleki özerkliklerini kullanma yolları kapatıldığından ve yönetim tarafından kendileri için tanımlanan faaliyetler ile üretim sürecinde yer aldığından bahsedilmektedir.

İşçinin üretim süreci üzerindeki kontrolünün sonlandırılarak sermayeye devredilmesi üç temel ilke üzerinden gerçekleştirilmiştir. İşin yürütücüsü durumunda olan işçilerin üretim sürecindeki kontrolünün kaynağını, sürece ilişkin bilgilerinin oluşturması amacıyla ilgili bilgilerin sermayeye devredilmesi, devir sürecindeki ilk ilkeyi oluşturmaktadır. Üretim sürecine ilişkin bilginin sermaye tarafından elde edilmesi sonrasında yönetim tarafından işin tasarımının ve uygulanmasının birbirinden ayrıştırılması ve işçinin tasarımdan dışlanarak uygulayıcı düzeyine indirgenmesi ikinci ilkeyi ifade etmektedir. Üçüncü ilke ise üretim süreci üzerindeki her bir adımın kontrol edilmesinin sağlanmasıdır (Savran, 2014: 134). Taylorist ilkelerin vasıfsızlaştırıcı etkilerinin bu üç ilkedен kaynaklı olarak yaşandığı görülmektedir: işçiler işe ilişkin bütüncül bilgidен giderek uzaklaşmış ve özerkliklerini artan kontrol uygulamaları ile kaybetmişlerdir. Vasıfsızlaşma tartışmalarının Fordist üretim modeli üzerinde yoğunlaşmasının nedenini, bu eğilimler oluşturmaktadır.

Bilimsel yönetim anlayışı sonucunda, "vasıflı emek" olarak idealize edilen ustalık düzeninin bozulduğu ve bu durumda vasıflı ustaların azalmasının kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıktığı sosyal bilimciler tarafından çok önceleri ileri sürülmüştür. Hoxie (1920: 135), ilgili

eğilimlerin önemli sonuçları olarak ustalık düzeninin çöktüğünü ve zanaatta tahribat yaşandığını ifade etmiştir. Tahribatın nedeni, işbölümü organizasyonunda en düşük vasıf düzeyinin esas alınmasıdır. Buradaki amaç işçinin işe ilişkin hazırlanma sürecini minimum düzeye indirmektir. İşlerin detaylı küçük parçalara bölünmesi, işçilere verilen çok kısa bir eğitimin ardından işbaşı yapabilmelerini mümkün kılmaktadır. Taylorist ilkeler ile örgütlenen Fordist üretim modelinde sağlanan üretkenlik artışının kaynağını zanaatkâr tipi bir vasıf geliştirme süreci oluşturmamaktadır. İşçinin üretkenliğindeki artışın sebebi aşırı işbölümü, uzmanlaşma ve vasıfsızlaşmaya dayanan süreç yönetimi olmaktadır. Aşırı işbölümü, işçileri vasıfsızlaştırırken basit görevlerde uzman hale getirmekte ve işçilerin işe başlar başlamaz en üst üretkenlik düzeyinde çalışmalarına olanak tanımaktadır (Dikmen, 2015: 95-96). Bu bağlamda Taylorizm'in en önemli hedefi, işçilerin minimum eğitimle işyerlerinde teknolojiyi kullanabilir hale getirilmesi olmuştur (Rastegar, 2004). İşçide oluşması beklenen bilgi birikiminin bizzat işyeri tarafından kısıtlanması ile işçinin üretim sürecine ilişkin bilgi birikiminin mesleki bilgi bağlamında son derece yüzeysel bırakılması vasıfsızlaşma eğilimini güçlendiren birer gelişme olarak kabul edilmiştir.

Sonuç olarak kapitalist emek sürecinde Fordist-Taylorist üretim yapılanması, yönetimin işçilerin vasıflarına olan bağımlılığının ortadan kaldırılmasına olanak tanıyarak işçileri vasıfsızlaştıran bir dizi uygulamayı uygulamaya sokmuştur (Ansal, 1999: 10). Weber'in (2014: 67), bilgiye dayalı bürokratik yönetim anlayışının rasyonelliğine ve yönetime sağladığı olağanüstü güce yapmış olduğu vurgu, Taylorizm'de adeta hayat bulmuştur. Yönetimin sahip olduğu üretim bilgisinin artması sonucunda üretim sürecinin her bir aşamasının yönetim tarafından planlanması, işçilerin işin yürütümündeki özerkliğini ortadan kaldırırken derinleşen işbölümü neticesinde işçiler, üretim sürecindeki faaliyetlerinin nihai ürün üzerindeki somut katkısını dahi kavramaktan yoksun hale gelmişlerdir; sermaye birikimi açısından ise sonuç son derece yüksek bir üretkenlik artışı olmuştur. Emek açısından bakıldığında ise tüm bu gelişmelerin vasıfsızlaşma kapsamında gerçekleştiği iddia edilen eğilimler ile örtüştüğü görülmektedir. Emek teorisyenlerinin genel olarak “özerklik kaybı”, “bütüncül bilgidен uzaklaşılması” ve “işlerin karmaşıklık düzeylerinin azalması” şeklinde tasvir ettikleri vasıfsızlaşma süreci, kapitalist emek sürecinin Fordist yapılanmasında kendini göstermiştir.

2.5.1.1.1. Kafa ve kol emeği ayrışması

Üretim sürecinde kafa ve kol emeği ayrışması, üretimin karar alma ve planlama aşamaları ile uygulama aşamalarının birbirinden ayrılması ve farklı kişiler tarafından yerine getirilmesi Taylorizm'in temel mantığını oluşturmaktadır. Öyle ki Taylor (2014: 39-40)., “Bilimsel Yönetimin İlkeleri” adlı kitabında planlamadan görevli kişi tarafından üretim sürecinde yer alan işlerin sürekli olarak bölümlere ayrılması ve böylelikle her bir makine ustasının tüm hareketlerinin planlamacı tarafından belirlenmesi gerektiğini bizzat kendi kaleme almıştır. Planlama aşamasının kafa emeği olarak adlandırılan kişilerce yerine getirilmesi mantığının arkasında, Taylor'un yönetim anlayışı çerçevesinde değerlendirildiğinde, üretkenlik artışının maksimize edilmesi amacı olduğu görülmektedir.

Kavrama ve uygulama arasındaki bölünme ya da fiziksel emek ile zihinsel emek arasındaki ayrışma, üretim sürecindeki faaliyetlerin işyeri dışındaki hesaplamalar ve kararlar ile rasyonelleştirilmesi sonucunda gerçekleşmiştir (Brighton Labour Process Group, 1977; Price, 1983b). Üretim sürecinin rasyonelleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan işbölümü ve uzmanlaşma ile işyerinde hiyerarşi imparatorluğu inşa edilmiştir (Dikmen, 2015: 106).

Üretimde rasyonelleşme süreci, emek sahiplerinin kendileriyle güçlü birer bağla özdeşleştirdiği meslekleri arasına keskin sınırlar çekmiş ve eskiden zanaatkar olarak tabir edilen emek sahibi, kendini işçi olarak görmeye başlamıştır (Castel, 2017: 305). Kontrol odaklı monoton bir karakteristiğe sahip Taylorizm, emeği üretim sürecine yabancılaştırmıştır (Belek, 1993). Taylorizm anlayışıyla zanaat, “faaliyetler” boyutuna indirgenmiş ve işçi, üretim sürecinin bütününe kapsayan zanaat anlayışından uzaklaşarak mesleki hâkimiyetini kaybetmiştir.

Braverman'a göre sermaye, bilimsel yönetim anlayışının başvurduğu stratejiler ile planlama ve tasarım süreçlerini uygulama süreçlerinden ayırmayı başarmıştır. İşlere ilişkin daha stratejik hususların yöneticiler tarafından belirlenmesi nedeniyle işçilerin daha az nitelik, eğitim ve üretim bilgisi ile iş yapabilir hale gelmesi mümkün kılınmıştır (Boreham vd., 2008: 18). İşçilerin yalnızca uygulama süreçlerinde yer alarak da üretkenlik artışını sağlayabileceği savunulmuştur. Bunun nedeni olarak ise işçilerin işin planlama ve tasarım süreçlerine ilişkin zaman alan düşünsel işlevlerden azat edilmesi gösterilmiştir (Braverman, 2008: 135). Ancak

vasıfsızlaşma eğilimi de bu sebeple; işçinin planlama ve tasarım gibi zihinsel emek gerektiren faaliyetlerde yer almamasından kaynaklı olarak yaşanmıştır.

Braverman (2008: 137), kafa ve kol emeğinin birbirinden ayrılmasını, kapitalist emek sürecinde atılmış en önemli adım olarak görmektedir. Ancak kafa ve kol emeğinin birbirinden ayrışmasının sonucunda işçi açısından zihinsel bir tahribat yaşandığı savunulmaktadır (Sennett, 2019: 72). Çünkü Fordist üretim modelinde Taylorizm çerçevesinde inşa edilen bürokratik yapının, en ufak işçi özerkliğine dahi karşı çıktığı ve üretim süreci üzerinde aşırı bir kontrol kurduğu düşünülmektedir (Gorz, 2007: 85-86). Kapitalist emek sürecindeki sanayi işçisinin özenetim sahibi olmadığı ifade edilmektedir (Sennett, 2014: 39). Özenetim imkânı olmayan işçilerin yaşamış olduğu özerklik kaybı vasıfsızlaşma eğilimini güçlendirmektedir. İşçi, bir yandan gerek kavrayış gerekse üretim bilgisi düzeyinde kayıplar yaşayarak bir yandan ise emek sürecinin kontrolünü ve özerkliğini kaybederek vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girmektedir.

Kafa ve kol emeği ayrışması, Fordist üretim modelinde halihazırda bulunmakta olan işbölümünü daha da arttırmıştır. Çünkü bu ayrışmaya kol emeğinin yine kendi içerisinde daha ayrıntılı alt parçalara bölünmesi eğilimi eşik etmiştir (Braverman, 2008: 128). Böylelikle emeğin yanı sıra işin kendisine de yabancılaşıldığı bir süreç içerisine girilmiştir (Thompson, 1983: XIII). Yaşanan yabancılaşma, Fordizm'in vasıfsızlaştırıcı iş örgütlenme modelinin ikinci karakteristiğini; işbölümü ve uzmanlaşmayı ifade etmektedir.

2.5.1.1.2. İşbölümü ve uzmanlaşma

Üretimde işbölümü mantığının mucidi Adam Smith olarak kabul edilmektedir. Smith'e göre (2012: 8-12), zenginliğin ve üretimin büyük miktarlarda artmasının kaynağı işbölümüdür. Her bir zanaata ne kadar çok işbölümü uygulanırsa emeğin üretici güçlerinin de o denli artacağını ifade etmiştir. İşbölümü sonucunda üretimin artmasını üç şeye bağlamıştır: işçinin ustalığındaki artış, işler arasındaki geçişlerde harcanan zamandan tasarruf ve harcanan emek miktarını azaltan ve insanın emeğinin üzerinde üretkenliğe olanak tanıyan makinelerin icadı. Marx da (2013: 143), Smith'in işbölümü sonucunda üretkenliğin artacağı savını desteklemekle birlikte işbölümünün emeğin vasıf düzeyini azalttığını savunmuştur. Marx, vasıfların çeşitliliğini işbölümünün nedeni değil sonucu olarak kabul etmiştir.

Taylorizm, işbölümünün vardığı son noktayı ifade etmekte ve Taylor, Smith'in işbölümü mantığının manevi oğlu olarak kabul edilmektedir (Meda, 2012: 147). Ancak Smith ile Taylor tarafından kurgulanan işbölümü arasında farklılıklar bulunmaktadır. Smith'in uygulamasında sağlanan üretkenlik artışı alet kullanarak uzmanlaşan işçilere ve bu uzmanlaşma sürecine bağlıdır. Üretkenlik artışı uzmanlaşmanın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan Taylorist ilkelerle kurgulanan Fordist montaj hattında üretim artışı yönetim tarafından planlanan süreç yönetimiyle sağlanır iken Smith'in işbölümünde üretkenlik artışı çalışanlardan kaynaklanmaktadır (Dikmen, 2015: 93). Smith'in işbölümü mantığında işçilerin üretim sürecindeki özerkliklerinden bahsetmek mümkünken Taylorizm'de işçilerin özerkliklerinin üretim sürecini aksatacak müdahalelerinin engellenmesi amacıyla sınırlandırıldığı görülmektedir.

Görevlerin alt bölümlere ayrılması suretiyle işbölümünün kurulmasındaki temel amaç, işçiler üzerinde kontrolün sağlanması olarak kabul edilmektedir. Öte yandan dar bir uzmanlaşmanın daha az vasıf ve eğitim gerektirmesi ve tekrarlayan işlerin daha hızlı ve verimli bir şekilde yerine getirilmesi de üretim sürecindeki işbölümü mantığının açıklanmasında kullanılmaktadır (Gorz, 1972; Gorz, 2007: 76).

Braverman (2008: 101-127), işbölümü ile Taylorizm'in ilk ilkesinin hayata geçtiğini, emek sürecinin işçinin vasıflarından ve bilgisinden bağımsız kılındığını ve böylece üretkenliğin işçilerin yeteneklerine değil bütünüyle yönetim pratiklerine bağlandığını savunmaktadır. Sermaye birikiminin arttırılmasında üretkenlik artışını sağlayan işbölümü, aynı zamanda zanaatı tekil parçalara bölmekte ve böylelikle tekil parçaları da ucuzlatmaktadır. Sermaye birikimi için karların arttırılarak maliyetlerin azaltılması gerektiğinden işbölümüne üretimin yapılanmasında ayrı bir önemli atfedilmiştir.

İşbölümü, tarihsel olarak, sanayileşme sürecinin önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Smith ve Snow, 1976). Bu nedenle işbölümün ortaya çıkmasında teknolojik gelişmeler önemli bir rol üstlenmiştir. İşbölümü, sermayenin girişimci ruhunun ve daha fazla üretkenlik arayışının sonucunda yaşanmıştır (Narin, 2010). Öte yandan teknolojik gelişmeler, işbölümünü ortaya çıkardığı gibi işbölümünde uzmanlaşmaya ve farklılaşmaya da neden olmuştur (Wallace ve Kalleberg, 1982). Uzmanlaşma, bir organizasyon içerisindeki ya da büyük birimler arasındaki kişiler arasında görevlerin farklı faaliyetlere bölünmesini ifade etmektedir (Smith ve Snow, 1976). Uzmanlaşma kavramı ile üretim sürecinin bütününde

sağlanmış olan mesleki bir hakimiyet değil, yalnızca belirli bir görevde sağlanan uzmanlık kastedilmektedir.

İşbölümünün sağlanabilmesi için üretim sürecinde yer alan her bir aşamanın ve görevin yönetim tarafından belirlenmesi ve bunun için de standardize edilmesi gerekmiştir. Görevlerin standart hale getirilmesi ise beraberinde vasıfların da standart hale getirilmesine neden olmuş ve emek sürecinin yapısında dönüşümler yaşanmıştır. Emek sürecinde yaşanan bu dönüşüm “makine bürokrasisi” şeklinde adlandırılmaktadır. Makine bürokrasisi üretim sürecinin yüksek düzeyde standardize edilmesinin ve üretim sürecinde programlanmış makinelerin kullanımına başlanmasının sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Mintzberg, 1979: 315, 348). Kapitalist emek sürecinde gücünü arttıran hiyerarşik yapılar ile işçileri kendi temposuna bağlı olarak çalıştıran imalat teknolojilerinin varlığı, işçilerin üretim süreci üzerindeki kontrol güçlerini ve vasıflarını kaybetme eğilimine girmelerine neden olmuştur.

Vasıfsızlaştırıcı ilk etki, ürünü ortaya çıkaran süreçlerin farklı farklı işçilerce yerine getirilmesine sebep olan işbölümünün bizzat kendi doğasından, işçinin bütünlük arz eden bir emek sürecinde yer alamamasından kaynaklanmıştır. Emek sürecindeki her bir adımın farklı işçilerce yerine getirilmesi işçileri özel bilgi ve eğitimden kopartarak vasıflarını basit bir düzeye indirgemıştır (Braverman, 2008: 95-103). Üretici olarak tüm kapasiteleri yadsınan işçilerin, işbölümü nedeniyle bir yandan emeğine bir yandan ise üretim sürecine yabancılaştıkları savunulmaktadır (Giddens, 2014: 59; Gorz, 1972; Marx, 2013: 139). Çünkü işbölümü mantığı ile yapılandırılan kapitalist emek sürecinde yer alan kişi, “detay işçisi” haline gelmekte ve mekanize edilen üretim süreçlerinin hareketleri ile koordineli çalışmak ve tekrarlayan sınırlı sayıda işlem gerçekleştirmektedir (Giddens, 1986: 190). İşbölümü, işçiyi üretim sürecindeki tek bir görevden sorumlu kılmakta; işçinin işe ilişkin bilgisi basit ve yüzeysel kalmakta ve sonuç olarak işçiyi nihai bir ürünü tek başına üretebilme kapasitesinden uzaklaştırmaktadır.

Illich (2010: 92) de sanayi toplumlarında yer alan işçilerin aşırı uzmanlaşma bağlamında eğitildiklerini ifade etmiştir. Eğitim kurumu, vasfın kazanılmasına olanak tanımayan yapısı nedeniyle yoğun olarak eleştirilmiştir. Çünkü uzmanlaşmış işçiler, üretim sürecinin çok sayıda alt parçaya bölünmüş olması nedeniyle, üretim sürecindeki faaliyetlerini yerine getirebilmeleri için yalnızca asgari düzeyde bir vasıf düzeyine ihtiyaç duymuştur (Arendt, 2011: 144). İşbölümünün işleyiş mantığına bağlı olarak temel karmaşıklık düzeyinin

azaldığı ve işe hazırlanma sürecinin son derece kısaldığı Fordist üretim modelinde vasıfsızlaşma eğiliminin kaçınılmaz olduğu ileri sürülmüştür.

Vasıfsızlaştırıcı ikinci etki özerklik bağlamında kendisini göstermiştir. İşlerdeki zihinsel faaliyetlerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ile yönetimin kontrolü artmış ve işçiler özerkliklerini kaybetmişlerdir (Keefe, 1991). Kafa-kol emeği ayrışması ile üretim sürecinin tasarım sürecinden dışlanan işçi, uygulama sürecindeki aşırı işbölümü nedeniyle fiziksel emek gerektiren işlerin bütüncül yapısından da dışlanmış ve emek süreci üzerindeki kontrol gücü azalmıştır. Uygulama sürecindeki her bir adımın farklı işçiler tarafından yerine getirilmesi nedeniyle işçi üretimin bir sonraki adımında görev alamamış ve üretim sürecinin uygulama ayağında da bütüncül bir kontrole sahip olmamıştır. İşçi, üretim sürecine bütünüyle yabancılaşmıştır.

Yabancılaşma sorununa toplumsal düzeyde oluşmuş olan işbölümünün işyerine tesir etmesi kaynaklık etmiştir. Toplumsal işbölümü, toplumu her biri belirli bir üretim dalında yetkinlik sahibi meslekler arasında bölerken Fordizm temelli işyerlerinde gerçekleşen ayrıntılı işbölümü, işçiyi bütüncül bir emek sürecinin tamamını gerçekleştirme bağlamında yetersiz hale getirmiş ve meslekleri ortadan kaldırmıştır. Bu nedenle de işyerlerindeki işbölümü, kapitalist emek sürecinin özgün bir ürünü olarak kabul edilmektedir (Braverman, 2008: 95).

Tasarım ile uygulama sürecinin birbirinden ayrılmasıyla Fordist üretim modelinde gözlemlenen kafa-kol emeği ayrışması ve yine kol emeğinin kendi içerisinde işbölümü gereğince tekil görevlerde yer alması, işçinin zihninde emek sürecinin bir bütün halinde kavranışını zorlaştırmaktadır. Bu durum bilgi düzeyinde azalış ile vasıf düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Aynı şekilde görevlerin basit parçalara ayrılması bir yandan işin karmaşıklık düzeyini bir yandan ise işçinin üretim süreci üzerindeki kontrolünü ve işin yürütümündeki özerkliğini azaltarak emeğin vasıf kaybına uğramasına neden olmaktadır. Bu nedenlerle, kapitalist emek sürecinin Fordizm mantığı ile yapılanan üretim tarzında vasıfsızlaşma eğiliminin güç kazandığı ve işçilerin vasıf düzeylerinde ciddi kayıplar yaşandığı savunulmaktadır.

2.5.1.2. Post-Fordizm analizi

Bir süreci ifade etmek amacıyla kullanılan “post” öneki, sıklıkla, henüz tam anlamıyla tanımlanmamış bir paradigma değişimini ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Post-Fordist üretim modeli tabiriyle henüz yeni bir üretim modeline geçilmediği ancak Fordist üretim modelinin de eski üstünlüğe sahip olmadığı ifade edilmektedir (Giorgi, 2016: 41). Fordizm’den tam anlamıyla bir kopuş yaşanmaması nedeniyle literatürde sıklıkla “neo-Fordizm”, “Fordizm-sonrası” ve “esnek uzmanlaşma” gibi kavramlar kapitalist emek sürecinin mevcut üretim modelinin adlandırılmasında kullanılmaktadır (Aglietta, 2015; Amin, 2000: 16).

Bilgi toplumu ve teknoloji yörüngesi gibi kavramlarla özdeşleştirilen post-Fordist üretim modeli, teknolojik ve örgütsel anlamda yaşanan endüstriyel bölünmelerin bir ürünü olarak kabul edilmektedir (McLoughlin, 1999: 9; Storper, 2000: 197). Kapitalist emek sürecinin hakim üretim tarzının geride bırakılarak görece “yeni” bir üretim tarzına geçiş, daha esnek bir sermaye birikim süreci arayışının sonucudur (Harvey, 1993; Lipietz, 1993). Fordizm’in aksine esnekliğin esas alındığı üretim tarzının görece yeni olarak kabul edilmesinin nedeni, bu yeni tarzın “seri üretimin sonu” anlamını taşıyıp taşımadığıdır (Tomaney, 2000: 170). Yeni teknolojiler üreten sanayilerde Fordist üretim modeli örgütlenmesinin kullanımına devam edilmektedir (Taymaz, 1993). Ancak yine de Fordizm’den post-Fordizm’e geçiş ile emek sürecinde bir dizi karmaşık değişiklik yaşanmıştır. Bu değişikliklere Taylorist-Fordist ilkeler temelinde yapılanan üretimin sınırlarına ulaşılması ve sınırların aşılması için her zamankinden daha karmaşık makinelerin icadı kaynaklık etmiştir (Jessop, 2000: 251; Lipietz, 1987: 43-44). Bu bağlamda post-Fordizm, Fordizm’in temel ilkeleri üzerine kurulu olan ancak üretim araçları bağlamında yeni teknolojilerin yoğun olarak kullanıldığı bir üretim modelidir. Post-Fordist üretim modelinde de Fordizm’de olduğu gibi yönetim tarafından belirlenen görevler, bu görevlerden oluşan işbölümü ve kafa-kol emeği ayrışması söz konusudur. Ancak post-Fordist üretim modelinin vasıfsızlaşmanın aksine “uzmanlaşma” gibi bir iddiası bulunmaktadır.

Uzmanlaşma iddiası, Fordizm’in vasıfsızlaştırıcı etkisine karşı bir tez olarak post-Fordist üretim modelinin ortaya çıkması ile yoğun bir gündem oluşturmuştur. Uzmanlaşmış emek, vasıflılaşma tezini savunan teorisyenlere göre, vasıf düzeyi yüksek emek olarak kabul edilmektedir. Ancak uzmanlaşma kavramının İngilizcedeki kelime anlamı; belirli bir amaç

ya da iş için tasarlanmış, eğitilmiş ya da uygun hale getirilmiş kişidir. Dolayısıyla uzmanlaşmayı, belirli bir işi yapmak üzere vasıf kazanma süreci olarak tanımlamak mümkündür. Buradan hareketle uzmanlaşma süreci, sınırları çizilmiş bir kapsamı ifade etmektedir (Omay, 2017: 197). Uzmanlaşma iddiasının ardındaki bu anlam “vasıfsızlaşma” tartışmaları açısından son derece önemlidir ve post-Fordizm analizinin bu anlam temel alınarak yapılması gerekmektedir.

Post-Fordist üretim modelinin işleyiş mantığı Fordist üretim modeline son derece benzerlik göstermektedir. Öyle ki vasıfsızlaşma teorisyenleri kitle üretimine dayanan Fordist üretim modeli ile bunun eş değeri olarak kabul edilen otomasyona dayalı post-Fordist model arasında bir süreklilik çizgisi olduğunu savunmaktadırlar (Vallas, 1990). İki modelin birbirinden ayrıldığı nokta ise üretim teknolojilerinin niteliğinde yatmaktadır. Post-Fordizm’de bilgisayar ve enformasyon teknolojileri kullanılarak üretkenlik artışı sağlanmaya çalışılmaktadır (Rifkin, 1995: 91). Bu noktada vasıfsızlaşma teorisinin temel iddialarından birisi, enformasyon teknolojilerinin yönetim kademesine, işçilerin kavrayış düzeylerinde yer alan teknik zekayı söküp alma imkânı sunması ve işçilerin işverenlerin emirlerine olan bağlılıklarını derinleştirmesidir. İşçilerin üretkenlik kapasitelerinin en üst düzeye çekilmesi amacıyla işin planlama ve uygulama aşamasında işbölümü yeniden şekillendirilmektedir (Vallas, 1990). Tarihsel bir bakış açısından bakıldığında, “vasıflı-uzman” çalışanlar için koruma ve ayrıcalık sağlama iddiası taşıyan sürecin, mavi yakalı çalışmaya entegre edilen ve yönetsel üst yapı ihtiyacını doğuran Taylorizm ile aynı özellikler göstermesi ilginç bir ironi olarak kabul edilmektedir (Price, 1983b). Çünkü üretim sürecinin yeniden yapılandırılması sonucunda, bir yandan çalışmasına daha az ihtiyaç duyulan bir yandan ise maddi olmayan emekleri çok değerli görülen bir emek profilinin ortaya çıktığı savunulmaktadır (Giorgi, 2016: 60).

Post-Fordist üretim modeli ile bütünleşen mikro-elektronik gibi yeni teknolojilerin temel özelliğinin, emek sürecinde yer alanların özerkliğini ortadan kaldırması ve emeği son derece uzmanlaşmış emek ve teknik emek kategorilerine ayırması olduğu kabul edilmektedir. Post-Fordist üretim modelinde, Taylorizm’in bürokratik örgütlenme yoluyla gerçekleştirmeye çalıştığı sonuçların aynısının tekrarlandığı ifade edilmektedir (Price, 1983b).

Emek sürecinde yaşanan teknik dönüşümün bir sonucu olarak üretim sürecinde; ürüne yönelik bilgi sahibi olan ve sürece ilişkin karar alabilen işçiler ile sürece ilişkin bilgileri ve

alışmaları rutine oturtulmuş işçiler arasında bir kutuplaşma yaşanmıştır. Örneğin büro işlerinde yaşanan dönüşüm sonucunda, eskiden büro işlerinin bir parçası olan aritmetik hesapların zaman içerisinde ortadan kalktığı; bilgisayarlı bilgiler ile besleyen ve bu bilgi çıktılarına dayalı olarak karar veren iki tip çalışmanın ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Smith, 1991). Post-Fordist retim modelinde de Fordizm ile aynı ilkelerin uygulandığı ve emek sürecinin bütününü kavrama imkn bulamayan işçiler açısından vasıfsızlaşma eğilimin söz konusu olduğu iddiasında bulunulmaktadır.

Fordizm ile bütünleşen tek amaçlı makinelerin yerini çok amaçlı makinelerin almasıyla emeğin vasıf düzeyinin arttığı (Yentürk, 1993) ifade edilse de emek süreci teorisyenleri tarafından işlerin karmaşık yapılarının çözümlenmesinde emekten ziyade teknolojinin devreye girmesi nedeniyle işlerin temel karmaşıklık düzeyinin azaldığı ve vasıfsızlaşma eğiliminin devam ettiği savunulmaktadır. Bu bağlamda nümerik kontrollü teknolojilerin karmaşık işlemlere uygulanmasıyla makine kullananların vasıflarının aşındığı ifade edilmektedir (Form, 1987). Işlerin temel karmaşıklık düzeyinin teknolojik gelişmeler sonucunda düşmesi, emeğin üretken faaliyetlerini yerine getirmesi için ihtiyaç duyduğu vasıf düzeyinin de düşmesine neden olmakta ve bu neden-sonuç ilişkisi bağlamında vasıfsızlaşma eğiliminin post-Fordist retim modeli için de bir tehdit oluşturduğu düşünülmektedir. Bu tehdidin nedeni olarak ise Fordizm'de olduğu gibi teknolojinin emeğin vasıflarını ikame etme potansiyeli görülmektedir.

Üretim süreçlerinde mikro-elektronik ve bilgisayar tabanlı teknolojilerin kullanılmasının ve çalışmanın bilgisayar tabanlı hale gelmesinin işçilerin inisiyatif kapsamını daralttığı dile getirilmektedir (Gamst, 2015; Glenday, 1995). Işin yürütümünde işçilere sınırlı bir inisiyatif alanının tanımlanması, işçinin emek süreci üzerindeki kontrol gücünü sınırlamaktadır. Emek süreci teorisine göre, emek süreci üzerindeki kontrol gücünün azalması vasfın zerlik unsurunu aşındırarak vasıfsızlaşmaya neden olmaktadır.

Vasıfsızlaşma eğilimi bağlamında post-Fordizm analizi, Fordizm analize büyük oranda benzerlik göstermektedir. Post-Fordizm, z itibariyle, Fordist-Taylorist ilkelerin yeni teknolojiler ile yoğrulmuş bir formunu oluşturmaktadır. Kafa-kol emeği ayrışmasından işbölümü ve uzmanlaşmaya kadar vasıfsızlaşmaya yönelik bütün eğilimlerin her iki modelde de söz konusu olduğu savunulmaktadır. Tıpkı Fordizm'de olduğu gibi emek sürecinin kontrolü yönetsel üstyapıda toplanmış ve otomasyon teknolojileri üretim sürecinde yer alan

görevlerin yeniden düzenlenmesine neden olarak kendine has işbölümü ve uzmanlaşmayı ortaya çıkarmıştır (Aglietta, 2015).

Vasıfsızlaşma bağlamında post-Fordist üretim modelinde Taylorizm anlayışı dönüşüm yaşayarak “dijital Taylorizm” formuna evrilmiş ancak temel ilkeleri bağlamında dönüşüme uğramamıştır. Öte yandan emek sürecini kontrol görevi yönetsel üstyapı ile birlikte iş süreçlerinde yer alan makinelerle aktarılmıştır. Düşünen makineler olarak adlandırılan otomasyon teknolojileri emek sürecinin kontrolünü büyük oranda emekten devralmıştır. Bu nedenle de post-Fordist üretim modelinde kontrol ve denetimin etkisini arttırdığını söylemek mümkündür: değişen tek şey denetimi sağlayan mekanizmanın doğrudan yönetimin kendisi değil, makine olmasıdır.

2.5.1.2.1. Dijital Taylorizm

Üretim yapılanmasının yönetim anlayışında yaşanan gelişmelerin tanımlanması amacıyla, son yıllarda, “neo-Taylorizm” ya da “dijital Taylorizm” kavramları gündeme gelmeye başlamıştır (Altenried, 2020). Taylorizm’in hala tartışılıyor olma nedeni, tarihsel bir değerlendirme yapıldığında, kapitalist emek sürecinde sağlanan üretkenlik artışının, Taylorizm’in ayrıntılı bir işbölümü ve uzmanlaşma kurmasıyla sağlanmış olmasıdır. Günümüzde de Taylorizm anlayışının önemini devam ettirdiğinden ve post-Fordist üretim modelinin uzmanlaşma iddiasına kaynaklı eden “vasıf temelli bilgi çalışması” da dijital Taylorizm anlayışı ile yapılandırıldığından bahsedilmektedir (Lauder, 2011). Literatüre bakıldığında, post-Fordist üretim tarzının; kapitalist emek sürecinin işleyiş mantığını değiştirmedeği, tıpkı Fordist üretim tarzını dönüştürdüğü gibi Taylorizm anlayışını da dönüştürdüğü kabul edilmektedir. İşbölümü ve uzmanlaşma uygulamalarına yeni bir boyut kazandıran mevcut anlayış, bir post-Taylorizm ifadesi olarak dijital Taylorizm adını almaktadır.

Taylorizm’in ilk formunu ifade etmek üzere kullanılan “mekanik” Taylorizm anlayışında bilgi; makinelerle, üretim hattına ve fabrika binasına odaklanarak işe uygulanmışken, dijital Taylorizm’de bilginin işe uygulanması yazılımların geliştirilmesi aracılığıyla sağlanmaktadır. Mekanik Taylorizm fabrika düzeni ile ilişkiliyken dijital Taylorizm gerek fabrika düzeni gerekse hizmetler sektörü ile ilişkilidir (Brown vd., 2011: 174). Yazılım ve

donanım teknolojilerinin yeni standardizasyon, işbölümü ve kontrol tarzlarını nasıl ortaya çıkardığını tanımlamak üzere “dijital” ifadesi kullanılmaktadır (Altenried, 2020).

Emek sürecini dönüştüren teknolojik gelişmeler aynı şekilde bilimsel yönetim anlayışını da dönüştürerek Taylorizm’i fabrika düzeninin ötesine taşımıştır. Dijital Taylorizm adını alan bilimsel yönetim anlayışı, emek sürecinin günün koşullarına uyumlu hale getirilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Günsel ve Yamen, 2020: 112). Dijital Taylorizm anlayışında temel amaç, emeğin vasıflarına sıkı sıkıya bağlı olunan yeni işlerde dahi görevlerin, zanaat üretiminin ve seri üretimin Taylorist ilkeler bağlamında ele alınmasına benzer şekilde, bilimsel yönetim anlayışı ile yapılandırılmasıdır (Vazquez ve Purificacion, 2017: 509-510). Dijital Taylorizm’in, “bilgi” temelli post-Fordist üretim tarzında dahi, emek sürecinin vasıf gerektiren işlerinde bölünmeye ve artan rutinleşmeye neden oluşu savunulmaktadır. Vasıflı temelli çalışma, artan oranda, dijitalleştirilme yoluyla otomasyona ve standardizasyona uğramaktadır (Tomlinson, 2017: 21).

Günümüzde profesyonel bilgi ve uygulamaların öznellikten kurtarılması ve herhangi bir yerde ve herkes tarafından kopyalanabilen bir dizi standartlaştırılmış ve rutinleştirilmiş formlara dönüştürülmesi hedefinin takip edildiği düşünülmektedir. Bu hedef doğrultusunda, selefi Taylorizm gibi yönetimi deneysel bilime dayalı bir teknokrasiye dönüştürmeyi amaçlayan dijital Taylorizm anlayışının geliştirildiği ifade edilmektedir. Aradaki fark ise orijinal Taylorizm’in el işçiliğine odaklanırken yeni Taylorizm’in beyaz yakalı, profesyonel ve bilgi temelli işlere odaklanmasıdır (Chapman, 2012). Hizmet çalışanları, bilgi çalışanları ve yöneticilerin kendileri de dahil olmak üzere, geleneksel sanayi alanının çok ötesinde, daha geniş bir iş alanında, dijital Taylorizm ve bilimsel yönetim anlayışı etkisini göstermektedir. İşler, teknolojik gelişmeler aracılığıyla, daha geniş şekilde bölünme eğilimi içerisindedir (Holford, 2019).

Teknolojik gelişmelerin vasıf düzeyini arttırmaması sorunu, bir başka ifadeyle yeni teknolojiler ile vasıflar arasındaki ilişkinin zayıflığı, dijital Taylorizm anlayışı ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Teknolojik gelişmelerin emek açısından bilgi ve kontrol gücü bağlamında vasıf artışını zorunlu kıldığı ve buna bağlı olarak emeğin vasıf düzeyinin arttığı işlerde dahi, teknolojinin kullanım alanını arttırması sonucunda yeni bir standardizasyon sürecinin başladığı görülmektedir. Çalışanlar, vasıflarını yeni teknolojilerin tasarımına ve işleyişine aktarma konusunda teşvik edilerek bu vasıfların kodlanması ve

standartlaştırılmasında görev almaktadırlar. Vasıfların yeni teknolojilerin akıllı tasarımlarına dahil edilmesi ise vasıfsızlaşmaya alternatif bir yol olarak kabul edilmektedir (Anand, 2011: 22).

Dijital Taylorizm anlayışı da tıpkı geleneksel formu gibi, emek sürecinin artan vasıfsızlaşma ve kontrol sorunları merkezinde eleştirilere konu olmaktadır (Altenried, 2020). Anlayışın vasıfsızlaşma eğilimi ile ilişkisi; çalışanların üretim sürecindeki karar yetkilerinin ve özerklik alanlarının teknolojik üretim araçlarına devredilmesinden, artan işbölümü ve tam veya yarı otomatikleştirilmiş yönetim ve kontrol mekanizmaları nedeniyle emeğin süreç üzerindeki kontrol gücünün sınırlandırılmasından kaynaklanmaktadır (Altenried, 2020; Holford, 2019; Lauder, 2011).

Dijital Taylorizm, bilginin mekândan bağımsız olarak başkaları tarafından kodlanması ve dijitalleştirilmesi yoluyla yazılım yönergelerine dönüştürüldüğü ve bilgi temelli çalışmanın çalışma bilgisine evrildiği bir anlayış olarak tanımlanmaktadır. Fabrika düzeninden aşına olunan Taylorizm, dijital formunda, zımni ve kişisel bilgilerin kodlanmış reçete bilgilerine dönüştürülmesi suretiyle profesyonel meslek gruplarına uygulanmaktadır (Brown vd., 2007: 183-202). Bilgi çalışmasının çalışma bilgisine dönüştürülmesi, yeniliğin bir dereceye kadar eğitim gerektirebilecek rutinlere dönüştürülmesini sağlamaktadır ancak vasfın özerklik ve kavrayış gibi muhakeme unsurları bu yapı içerisinde kendine yer edinmemektedir. Emeğin sahip olduğu ve uyguladığı kendine özgü bilgi, kodlanarak rutinleştirilmekte ve çalışma bilgisine dönüştürülerek emeğin 'mülkü' olmaktan ziyade genel olarak işveren tarafından ulaşılabilir hale getirilmektedir (Brown vd., 2011: 75).

Teknolojik gelişmelerin daha yüksek düzeyde vasıf talebini beraberinde getireceğinin günümüz pratikleri açısından kesin olmadığı savunulmaktadır. Teknoloji-vasıf ilişkisi bağlamında bu türden bir ilişkinin dijital Taylorizm uygulamaları nedeniyle sekteye uğradığı ve teknolojilerin vasıf temelli muhakemeyi ortadan kaldırma potansiyeli olduğu düşünülmektedir. Çünkü bilginin kodlanması ile kavrama ve sezgi süreçlerinin rutin hale geldiği ileri sürülmektedir (CIPD, 2015: 11). Mekanizasyonu yakın zamana kadar mümkün olmayan yaratıcı ve entelektüel vasıf temelli çalışmanın da bant üretiminin yaşadığı sürece tabi olduğu ifade edilmektedir. Emeğin sahip olduğu bilgi ve becerilerin bir kez kodlanıp dijitalleştirildikten sonra emeğin kendisinin, karar alma ve muhakeme süreçlerinde yer alan bilgisayar tabanlı karar destek protokolleriyle donatılan otomasyon teknolojileri ile

ikamesinin mümkün hale geldiği düşünülmektedir (Vazquez ve Purificacion, 2017: 510). Emek süreci insandan uzaklaşırken makineler insan doğasına yaklaşmakta, emeğin vasıf düzeyi de bu gelişmeler neticesinde azalma eğilimine girmektedir.

Taylorist ilkelerin uygulandığı Fordizm'in montaj hattındaki işbölümü ve uzmanlaşma anlayışı, yönetimin emek süreci üzerindeki biçimsel gücünü artırmasına neden olurken, dijital Taylorizm kodlanmış bilgi ve reçete bilgisi aracılığıyla emeğin zanaat bilgisinin yönetimin elinde toplanmasına olanak tanımakta ve hareketli montaj hattı yeniden yapılandırılmaktadır. Böylelikle emeğin, emek süreci üzerindeki bilgi tekeli son bulmaktadır. Bu durum dijital Taylorizm çağında yöneticilere; profesyonellerin ve teknisyenlerin bilgi temelli çalışmalarını, aktarılabilen ve manipüle edilebilen yazılım paketlerine, şablonlara ve çalışma bilgisine dönüştürebilme imkânı sunmaktadır. Kodlanmış bilgi günümüzde ofislerden fabrikalara, hizmetler sektöründen sanayi sektörüne kadar birçok alana uygulanmaktadır (Brown vd., 2011: 72). Günümüzde bilimsel yönetim anlayışından bir sapma yaşanmadığı, aksine Fordist üretim tarzında tam olarak tezahür etmeyen Taylorist ilkelerin hâkim kılındığı savunulmaktadır (Crowley vd., 2010). Ürün olarak görülen Taylorizm'den süreç olarak Taylorizm'e geçildiği ifade edilerek bilimsel yönetim anlayışının etki alanını genişlettiği ileri sürülmektedir (Kipping ve Kirkpatrick, 2008: 163-182). Taylorizm anlayışının sonuna gelindiği iddia edilse de günümüzde uygulanmaya devam ettiği görülmektedir. Taylorizm'in, tıpkı Fordizm'in yeni bir suret kazanması gibi bir dönüşüm yaşadığını ve dijital Taylorizm olarak emek süreci üzerindeki etkilerini sürdürdüğünü söylemek mümkündür.

Öte yandan, dijital Taylorizm anlayışı ile Taylorizm'in yönetimin emek süreci üzerindeki biçimsel kontrolü ele geçirmesine olanak tanıyan mekanizmaları güç kazanmış ve yönetime biçimsel kontrol gücünün yanı sıra kodlanmış bilgiler aracılığıyla emek süreci üzerindeki bilgi tekeline emek ile beraber ortak olmanın yollarını da açmıştır. Post-Fordist üretim tarzında kodlanmış bilgi, yoğun olarak birer üretim aracı olan otomasyon teknolojileri aracılığıyla emek sürecinde uygulanmaktadır.

2.5.1.2.2. Otomasyon teknolojileri

Otomasyon teknolojileri, teknolojik gelişmelerdeki yeni bir evreyi ifade etmektedir. 20. yüzyılın ikinci yarısında yaşandığı kabul edilen İkinci Sanayi Devrimi, üretim sürecinde

makine entegrasyonunu, geri bildirim kontrollerini ve bilgisayar teknolojilerini birleştirerek beraberinde “otomasyon çağını” getirmiştir (Lipstreu, 1960). Üretim sürecinin otomasyonu fikri, biriken teknolojik gelişmelerin bir sonucu olarak daha önce benzeri görülmemiş bir hızda görevlerin yerine getirilmesi arayışının sonucunda doğmuştur (Cunningham, 1957).

Otomasyon çağında gelişen mikro-elektronik ve onun başlıca aracı ve simgesi olan bilgisayar teknolojileri, kapitalist emek sürecinde oldukça önemli bir konuma gelmiştir. 1950'li ve 1960'lı yıllardaki üretkenlik artışları yerini 1970'lerin ve 1980'lerin üretkenlik krizlerine bıraktığında dahi bilgisayar teknolojileri önemini sürdürmüş ve durgunluğun yaşandığı bu yıllarda, bilgisayar ve bilişim teknolojileri kullanılarak üretkenlik artışının sağlanması hedeflenmiştir (Heffernan, 2000: 39; Rifkin, 1995: 91).

Özel Fordist makinelerinin yerini robotik ve hızlı bir şekilde adapte edilebilen bilgisayar kontrollü mikro-elektronik teknolojiler almıştır (Gartman, 1998). Montaj hattında, bir dizi özel amaçlı makine, iş parçalarını birinden diğerine otomatik olarak geçiren cihazlar aracılığıyla birbirine bağlı hale getirmiş ve üretim süreci otomasyona uğramıştır. Tasarımcılar, üretim sürecindeki aşamaları programlanabilir ve uzaktan kontrol edilebilir teknolojiler ile donatmışlardır (Sabel, 1982: 212). Makinelerin kendi kendini yönlendirebilmeleri, bilgisayar teknolojilerinin gelişimiyle mümkün hale gelmiş ve teknoloji, Fordizm'in makine operatörü konumundaki işçisinden bağımsız olarak kendi kendini yönetebilme gücüne erişmiştir.

Otomasyon teknolojileri, üretim sürecine ilişkin kararlar alabilme kapasitesine sahiptir ve karar destek teknolojilerinin gelişimiyle bu kapasite sürekli olarak artmaktadır. Bu türden teknolojiler “insan faktörleri mühendisliği” ile tasarlanmakta ve muhakeme ve karar alma gibi insan kapasitesini yansıtan vasıflar makineye aktarılmaktadır (Powell, 1987). İşlerin tasarım sürecinde insan faktörleri mühendisliğinin kullanılması (Andersson, 2014: 1), Taylorizm'in emek sürecinin “tasarım” ve “uygulama” görevlerini birbirinden ayırma misyonunun, dijital Taylorizm kapsamındaki yeni bir boyutunu oluşturmaktadır.

Tasarım ve uygulamamın birbirinden teknoloji merkezli bir şekilde ayrılmasının yanı sıra otomasyon teknolojilerinin, vasıflı emeği emek sürecinin kavramsal içeriğinden çıkarma potansiyeli, vasıfsızlaşma perspektifindeki bir diğer sorun alanı olarak görülmektedir. Çünkü daha önce emek sürecinde yer alan kavrayışa dair zihinsel emek gerektiren görevler dahi bilgisayar algoritmalarına aktarılmaktadır (Attawell ve Rule, 1984). Bu aktarımın

toplam maliyetleri azaltmak amacıyla yapıldığı çok uzun yıllardır tartışılmaktadır. Örneğin Salter (1966: 43-44), otomasyon teknolojilerinin daha ilk yıllarında, teknolojilere mevcut bilgilerin aktarılmasının emek tasarrufu sağlamak amacıyla yapıldığını ifade etmiş ve bunun beraberinde üretim yapılanmasında bir ikame sürecini getirebileceğini iddia etmiştir. Aynı şekilde, daha yakın tarihte, Sennett (2011: 12) de mikroişlemci alanında yaşanan gelişmelerle otomasyon teknolojilerinin üretim süreçlerinde hakimiyet alanını arttırdığını ve üretimde makinelerle yapılan yatırımın, emek kullanımından daha cazip hale geldiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda otomasyon teknolojilerinin emek ve sermaye üzerindeki iki önemli etkisinden bahsedilmektedir: sermaye açısından kolaylaştırıcı; emek açısından ise kısıtlayıcı etkiler. Hiç kuşkusuz ki her iki etkiyi aynı anda görmek de son derece mümkündür (Orlikowski, 1992). Bu nedenlerle otomasyon teknolojileri için de tıpkı Fordizm’de olduğu gibi üretkenlik artışı amacıyla vasıfsızlaşma eğilimine neden olma potansiyeli taşıdığını söylemek mümkün hale gelmektedir.

Otomasyon teknolojileri, işçinin üretim sürecindeki tüm manuel müdahalesini ortadan kaldırabilme ve emeğin sürecin kontrolünü sağlama görevini devralabilme potansiyeli nedeniyle vasıfsızlaşma tartışmalarına konu olmaktadır (Thompson, 1983: XIII). Çünkü üretim sürecinden insan emeğinin kademeli olarak ayrıldığı ve akıllı makinelerin birçok görevde insan emeğinin yerini aldığı ileri sürülmektedir. Bir önceki dönemin mekanizasyon teknolojileri kas gücü sağlarken bilgisayar tabanlı teknolojilerin zihinsel emeğin yerini alma potansiyeli “akıllı makine” kavramını gündeme getirmektedir (Rifkin, 1995: 3-5).

Vasıfsızlaşma perspektifinden bakıldığında, ilgili teknolojilere yüksek güven duyulması nedeniyle, çalışanlardan artık daha yüksek düzeyde vasa sahibi olmalarının beklenmediği ileri sürülmektedir. Çünkü asgari bir eğitime sahip ve vasıf düzeyi daha düşük olan çalışanlar, eskiden daha vasıflı çalışanların yapabildikleri işleri yapabilir hale gelmektedir. Bunun nedeni, iş süreçlerinin teknolojiler ile basitleştirilmesi ve standartlaştırılması sonucunda, çalışanların yalnızca sistemler tarafından sağlanan bilgileri özümseme görevini üstlenmeleridir. Bu nedenle, daha önce eğitilmiş emeği talep eden ve işin öngörülemez ve belirsiz doğası nedeniyle iş süreçlerinin kavranışının zor olduğu yüksek vasıf gerektiren işlerde, fiili olarak vasıfsızlık eğiliminin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Yönetim stratejisinin hedefini, özellikle yüksek vasıf gerektiren işlerde, işle ilgili bilgilerin kodlanması ve rutinleştirilmesi oluşturmaktadır (Bhardwaj, 2013). Otomasyon teknolojileri, beyaz yakalı işçileri vasıfsızlaşma tehdidiyle karşı karşıya bırakırken, yapay zeka

programları gibi gelişmeler ile yönetimin daha az eğitilmiş ve dolayısıyla vasıf düzeyi daha düşük olan çalışanlara görev vermesi mümkün hale gelmektedir (Powell, 1987). Bilgisayar programlarına bağımlı hale getirilen işçilerin ise hiçbir pratik bilgiye sahip olmadıkları düşünülmektedir (Sennett, 2014: 74-75).

Otomasyon teknolojileri ile yaşanan vasıf kaybı, bir kontrol sistemi işlevleri devraldığında ve çalışanın işlevleri manuel olarak uygulamasına gerek kalmadığında ortaya çıkmaktadır. Çalışanların emek sürecini kavrayabilme kapasitelerini ve bilgilerini ifade eden vasıf düzeyleri, emek süreci üzerindeki kontrollerinin ve hakimiyetlerinin kısıtlanmasına bağlı olarak azalma eğilimine girmektedir. Otomasyona uğrayan üretim sürecinde bir hata meydana gelmesi durumunda çalışanın durumu kontrol altına almak için ihtiyaç duyduğu bilgiye artık sahip olmadığı düşünülmektedir (Andersson, 2014: 34).

Otomasyon teknolojilerinde sağlanan gelişmelerin neden olduğu sonuçlara bakıldığında giderek daha fazla sektörün makineleşip otomasyona uğradığı ve bu nedenle de günümüzde zanaat üretimine teknik işlerden ziyade daha çok kültür ve sanat işlerinde ihtiyaç duyulduğu ileri sürülmektedir (Brugger ve Gehrke, 2018). Bu durum teknolojik gelişmelerin geldiği son noktanın anlaşılması açısından son derece önemlidir. Çünkü makinelerin insan kapasitesini yansıtmaya düzeyi gün geçtikçe artmaktadır. İçinde bulunduğumuz dönemde “İkinci Makineler Çağı” ve “Dördüncü Sanayi Devrimi” gibi “yeni teknolojik devrimleri”³ ifade eden süreçlerden sıkça bahsedilmesinin nedenini de bu durum oluşturmaktadır: emek sürecinde teknolojinin artan, emeğin ise azalan hakimiyeti.

Yirmi birinci yüzyılda, teknoloji merkezli olarak yaşanan vasıf kaybı süreci kendi zorluklarıyla karşı karşıyadır. Önceki yüzyılda deneyimlenen gelişmeler etkisini sürdürmeye devam ederken, bir yandan biyo-teknoloji, nano-teknoloji, robotik, nöro-teknoloji ve yapay zeka alanındaki gelişmelerin geleneksel meslekler ve bunlarla ilişkili vasıflar üzerinde yeni baskılar kurduğu bir yandan ise yazılım algoritmalarının iyileştirilmesi aracılığıyla insan emeğinin vasıflarının çoğunun değersizleştiği savunulmaktadır (Vallor, 2015). Öte yandan vasıfların değersizleşmesine benzer şekilde işlerin de değer kaybettiği ileri sürülmektedir. Çeşitlilik içeren; çalışanın kendi hızını belirleyebildiği ve neyi, nasıl ve ne zaman yapacaklarını kontrol edebildikleri özerk ve tek bir çalışanın bir dizi görevi üstlenerek bir

³ Ayrıntılı bilgi için bakınız Brynjolfsson, E., McAfee, A. (2014). The Second Machine Age. İstanbul: Türk Hava Yolları Yayınları; Schwab, K. (2016). Dördüncü Sanayi Devrimi. İstanbul: Optimist.

ürünün tamamını ürettiği işlerin daha değerli olduğu kabul edilmektedir. Çünkü emek süreci üzerindeki özerklik ve kontrol gücü, önemli birer faktör olarak işin kalitesinin belirlemektedir (Hartmann vd., 1986: 130-131). Yine teknolojinin tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklı olarak, teknolojik gelişmelerin bu kez otomasyon teknolojileri aracılığıyla, emeğin vasıf düzeyi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmektedir. Akıllı makinelerin standartlaştırıp rutin hale getirdiği üretim süreçlerinde yer alan çalışanların bilgi düzeyleri azalırken, emek süreci üzerindeki kontrol ve özerklik alanlarının artan teknolojik kontrol sistemleri nedeniyle daraldığı ve bu gelişmelerin bir sonucu olarak vasıfsızlaşma eğiliminin post-Fordist üretim modelinde de kendini gösterdiğinden bahsedilmektedir.

2.5.2. Vasıflaşma Teorisi

Literatürde, teknoloji-vasıf ilişkisi bağlamında “kötümser” olarak nitelendirilen emek süreci teorisyenlerinin vasıfsızlaşma tezine karşı çıkan, post-endüstriyelciler tarafından ileri sürülen ve “iyimser” olarak nitelendirilen “vasıflaşma tezi” de yer almaktadır.

Post-endüstriyel kuramın önde gelen isimlerinden olan Daniel Bell (1973: 13-14; 1978: 14-15; 2001: 317), bilginin stratejik ve dönüştürücü kaynak olduğu post-endüstriyel toplumda meslek dağılımının değişerek profesyonel ve teknik işlerin üstünlüğünün söz konusu olacağını, teorik bilginin yenilik ve politikanın kaynağını oluşturacağını ve teknolojiye, bilginin örgütlenmesine ve vasıflı işlere odaklanılacağını iddia etmiştir. Bell (2013), bir başka çalışmasında, ideolojinin sonunu geldiğini ifade ederek sonraki çalışmalarında kurgulayacağı post-endüstriyel toplum kuramında sınıf temelli ideolojik çatışmalara yer olmadığına işaret etmiştir. Bu iddialardan hareketle post-endüstriyel kuramcılar, teknolojik gelişmenin çalışmanın doğasını değiştirmek suretiyle yeni vasıflar ortaya çıkaracağını ve vasıfsız işleri ortadan kaldıracığını ileri sürmektedirler (Keefe, 1991). Teknolojik gelişmelerin yoğun olarak “bilgi” teknolojilerinde yaşandığı yeni dönemde post-endüstriyel kuramcılar, bu teknolojilerin tek yanlı etkilerinin olmadığını, zanaatkarların işlerine benzer iyi işler üretme kapasitesine de sahip olduklarını savunmaktadırlar (Glenday, 1995).

Son toplum formasyonu olarak kabul edilen post-endüstriyel toplumun, kuramsal bilgiye dayalı olduğu ifade edilmektedir (Callinicos, 2001: 188). Bu yönüyle vasıflaşma tezi, bilgiye ve özel mülkiyete dayalı toplumlarda vasıfsızlaşma iddialarını eleştirmek amacıyla

geliştirmiş bir teori olma özelliği taşımaktadır (Gamst, 2015). Teorisyenler, vasıfsız işlerin azalacağını ve yarı-vasıflı, vasıflı, profesyonel ve teknik işlerin artması ile vasıfların da artacağını ileri sürmektedirler (Form, 1987). Öte yandan gelişmekte olan otomasyon teknolojilerinin işçilere, makine temelli tekrara dayalı sınırlandırılmış işlerden kurtarmayı, bunların yerine daha kapsamlı işler sunmayı ve işleri üzerinde kontrol gücü sağlamayı vaat ettiğini savunmaktadırlar (Keefe, 1991; Vallas, 1990). Post-endüstriyel kuramcılar, bir önceki dönemde vasıf kaybına uğrayan emeğin işin yürütümünde tekrar özerklik elde ederek vasıf düzeyini arttıracığını düşünmektedirler.

Vasıflılaşıma tezi, bilginin sezgisel formundan kurtararak nesnel bir forma büründürülmesiyle beraber toprak, emek, sermaye gibi bir üretim faktörü haline geleceği iddiasını da barındırmaktadır (Törenli, 2005). Bilgi niteliğinde yaşanan bir dönüşümden bahsedilmektedir. Bu dönüşümü Bell, entelektüel teknoloji kavramı ile açıklamaktadır. Bell'e göre (1973: 29-30) entelektüel teknoloji, sorunların çözümünde sezgisel kararların yerini almaktadır. Bir sorun çözme yöntemi olarak entelektüel teknoloji yönteminde, otomatik bir makine veya bilgisayar programından yararlanılmaktadır. Bell, entelektüel teknoloji kavramını, şeylerin yeniden üretilebilir tarzda yapım yolunu belirleyen ve sorunların çözümünde sezgisel yargının yerini alabilecek bilimsel bilgiyi ifade etmek amacıyla kullanmaktadır (Poloma, 2011: 333). Bu durum aslında vasıflılaşıma tezinin iddiaları ile tezatlık taşımaktadır. Çünkü işçinin sezgisel bilgisinden bağımsız ve teknolojinin tasarım görevlerini üstlendiği bir üretim sürecinde işçiler açısından vasıf kaybı yaşanması mümkün hale gelmektedir.

Vasıflılaşıma teorisyenleri, teknolojik determinist bir bakış açısını benimseyerek üretim tekniklerinin gelişimini görevleri şekillendiren ana etken olarak kabul etmektedirler. Bu teorinin savunucuları, otomasyona uğramış iş süreçlerindeki artışın, insanlığı "makineleşmenin ötesi" veya "post-hiyerarşik" ve hatta "post-kapitalist" iş süreçlerine götüreceğini savunmaktadırlar (Vallas, 1990). En genel ifadeyle post-endüstriyel kuramcılar, emeğin yeni vasıflar kazanacağını, zihinsel çalışmanın merkezinde sürekli öğrenmenin yer alacağını ileri sürmektedirler (Keefe, 1991). Vasıflılaşıma teorisyenlerinin tüm iddiaları, aslında bir önceki Fordist dönemde gerek yönetim anlayışı gerekse teknoloji nedeniyle vasıf kaybına uğrayan işçiler için tekrar vasıf kazanımı olacağı öngörüsü üzerinde şekillenmektedir. Bu nedenle teorinin savunucuları tarafından Fordist dönemdeki vasıfsızlaşma eğiliminin örtük bir şekilde kabul edildiğini söylemek mümkündür.

Emek süreci teorisyenleri, Bell'in üretimin merkezi bir faktörü olarak bilginin sermayenin yerini alacağını iddia ettiği post-endüstriyel toplum tanımını, 19. yüzyılın zanaata dayalı işlerinin rutinleşme ve emeğin vasıfsızlaşma süreci ile profesyonellerin işlerinin içine girmiş olduğu süreç arasında ortaya çıkmaya başlayan benzerliklere dikkat çekerek eleştirmektedirler. Çünkü sermayenin bu toplum aşamasında emek sürecini biçimlendirme gücünü arttırdığını ileri sürmektedirler (Light ve Levine, 1996: 175-176).

Post-endüstriyel kuramın vasıflılaşıma tezi, bilgi temelli bir yaklaşım benimsemekle beraber işgücü piyasalarında ve ekonominin genelinde bilginin hâkim olduğu bir yapıyı işaret etmektedir. Vasıflılaşıma tezi, bilimsel bilginin artışına bağlı olarak eğitimin de artacağını, eğitimin artması ile beraber vasıf düzeyinin yükseleceğini savunmaktadır. İçinde bulunduğumuz dönemde bilimsel bilgide meydana gelen artış şüphe edilmez bir gerçektir. Ancak vasıf bağlamında bir artışın meydana gelebilmesi için bilginin niteliği de önem arz etmektedir.

Teknolojik gelişmelerin vasıf düzeyindeki etkilerinin tek taraflı olmadığı aşikar olmakla birlikte asıl tartışılması gereken emek açısından teknoloji temelli bilgilerin elde edilmesinin, bir başka ifadeyle işçilerin teknoloji okuryazar olmalarının bir vasıf artışı olarak değerlendirip değerlendirilemeyeceğidir. Emeğin bilgi düzeyinde yaşanan artışın, emek sürecine bütüncül bir hâkimiyeti sağladığı sürece vasıf artışı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak teknolojik gelişmelere bağlı olarak üretim sürecinde bilginin önemi giderek artarken işçilerin teknolojiye bağımlı hale gelmelerinin, süreç üzerindeki kontrol güçlerinin azalmasının ve adım adım insan kapasitesini yansıtan teknolojinin işçilerin görevlerini yerine getirmesi için gereken bilgi düzeyini sınırlandırmasının vasıf artışı olarak değerlendirilmesi bu duruma tezat oluşturmaktadır. Üretim araçlarının emek sürecini daha fazla kontrol edebilecek kapasitedeki gelişimi, bir yandan temel karmaşıklık düzeyini çözerek işleri basitleştirmekte ve bunun sonucunda işlerin vasıf istemini azaltmakta bir yandan ise işçiler açısından üretimdeki kontrol gücünün ve özerkliğin aşınmasına neden olmaktadır. Bu yöndeki gelişmeler ise önceki bölümlerde değinildiği üzere vasıfsızlaşma anlamı taşımaktadır.

3. TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN HEKİMLERİN VASIF DÜZEYİNE ETKİLERİ

Çalışmanın bu bölümünde, hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşüm, üretim araçları olan tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler temel alınarak açıklanmaya çalışılacaktır. Öncelikle tıbbi sağlık hizmetlerinin evrimine, hekimlik mesleğinin gelişimine ve hekimlerin emek sürecine “emek süreci unsurları” ekseninde değinilecektir. İzleyen bölümlerde ise tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin tıp anlayışında neden olduğu dönüşümler ve bu dönüşüm ertesinde hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen değişimler yine teknoloji temelli bir bakış açısıyla aktartılmaya çalışılacaktır.

3.1. Tıbbi Sağlık Hizmetlerinin Evrimi

Tıp kelimesi etimolojik kökenini, Eski Mısır’ın en önemli sağlık merkezi olan Teb şehrinden almaktadır (Hancı, 2005). Tıp kavramı; insan sağlığının sürdürülmesini ve bozulan sağlığın düzeltilmesini amaçlayan, gözlem ve deney yöntemlerine başvurarak biyolojik ve psikolojik etmenler doğrultusunda tanımladığı sorularla hastalıkların tanı ve tedavi işlemlerini üstlenen ve birçok alt bilim dalından oluşan bir bilgi alanını ifade etmektedir (Elbek, 2007; Şeyhoğlu, 2009). Sağlıklı olma halinin devamı ile hastalıkların önlenmesi ve sonlandırılması tıbbın var oluş nedenleri arasında sayılmaktadır. Bu bağlamda sağlık; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan optimum iyi olma hali; hastalık ise sebebi, patolojisi ve seyri bilinen veya bilinmeyen; karakteristik semptom ve belirtilerin gösterdiği şekilde vücudun bir kısmının, organının veya sisteminin normal yapısında veya fonksiyonunda yaşanan herhangi bir sapma veya kesinti olarak tanımlanmaktadır (Dorland’s Illustrated Medical Dictionary, 2012: 825, 527).

Sağlığın devamı ve hastalıkların, yaralanmaların, fiziksel ve zihinsel bozuklukların incelenmesi, tanımlanması, tedavisi edilmesi ve önlenmesine ilişkin sağlık hizmeti üretiminde görev alan çalışanlara genel olarak “sağlık çalışanı” adı verilmektedir (World Health Organization, 2013: 57). Sağlık çalışanları, hasta olan kişilere doğrudan hekim ve hemşire olarak veya dolaylı bir şekilde laboratuvar teknisyeni ve hatta tıbbi atık işleyicileri olarak bakım ve hizmet sunan kişilerdir (Joseph ve Joseph, 2016). Hekimlik, sağlık hizmeti üretiminde merkezi bir konumda yer alan “profesyonel” bir meslek grubu olarak kabul

edilmektedir. Hekimler ise eğitimle elde ettikleri bilgi ve vasıfları hastaların ve hastalıkların tedavisinde kullanan çalışanlar olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2013: 280).

Sağlık, hastalık, yaralanma ve insan bedeninin zihinsel ve fiziksel bütünlüğüne ilişkin her bir hadise, insanlığın varoluşundan bu yana önemli birer konu olmuştur. Ancak en ilkel formundan günümüzün en modern formuna kadarki süreçte tıbbi sağlık hizmetlerinde çok büyük dönüşümler yaşanmıştır. İlkel topluluk aşamasındaki insanın sahip olduğu tıbbi bilginin, son derece basit düzeyde olduğu ve en yaygın tıbbi uygulamaların bitkilerden ilaç elde etme merkezli olarak gerçekleştirildiği düşünülmektedir (Belek vd., 1998: 27). Tıbbın gelişimi açısından büyük bir önem arz eden Eski Mısır uygarlığı dönemine gelindiğinde ise cerrahi girişimlerin yapılmaya başlandığı belirtilmektedir. Ayrıca bu dönemde insan anatomisine dair bilgiler ile yaralar ve tedavilerine ilişkin bilgilerin yer aldığı Eski Mısır uygarlığına ait tarihi kayıtlar da bulunmaktadır (Bayat, 2016: 56-69; Budak, 2021: 7). Cerrahi girişimler de dahil olmak üzere tıbbi uygulamaların varlığı çok eski tarihlere kadar uzanmaktadır.

Tıp alanındaki en önemli gelişmelerinden biri olarak insan bedeni ile ilgili algıyı değiştirmesinden dolayı Descartes felsefesinin tıp üzerindeki etkisi kabul edilmektedir. Descartes, ruh ile beden arasında bir ayrıma giderek insan bedeni üzerinde çalışmayı mümkün kılmış ve tıp biliminin önü açılmıştır (Soyer, 2009). Başka bir gelişme olarak ise Rönesans düşüncesi kabul edilmektedir. Rönesans ile birlikte kilisenin etkisi azalmış ve tıp alanında felsefi tartışmalar yerini ampirik deneme-yanılma yöntemiyle bilimsel bilgi üretimine bırakmıştır (Bayat, 2016: 165-166).

Yeni keşiflerin, aletlerin ve teknolojilerinin geliştirilmesiyle beraber tıbbi sağlık hizmetleri ve hekimlik mesleği önemli dönüşümler yaşamıştır. Tıbbi sağlık hizmetlerinin evriminde dört modelden bahsedilmektedir (Harrison, 2002):

- *Yansıtıcı Uygulama:* profesyonelin, kendi pratiklerinin eleştiricisi olması gerektiği düşüncesi üzerine kuruludur. Hekimin, bizzat kendisinin eleştiricisi olması, pratiklerinin çıktılarını düzenli olarak denetlenmesi ile sağlanabilmektedir. Bu modelde hekimin bilgi birikimi esas olarak kişisel tecrübelerle dayanmaktadır.
- *Mesleki Görüş Birliği:* profesyonellerin, profesyonel davranışlarını belirleyecek fikir birliğinin sağlanması amacıyla yayınlanmış kanıtların ve belirli bir tıbbi konudaki

kişisel tecrübelerin tartışılması için bir araya getirilmesi düşüncesi üzerine kuruludur. Bu modelde hekimin bilgi birikimi esas olarak kişisel tecrübelerine dayanmaktadır.

- *Bilimsel-Bürokratik Tıp*: hekimlerin kişisel tecrübeleri reddedilmektedir. Uygun ve güvenilir bilgi, uzmanlar tarafından sağlam bilimsel kriterlere göre yürütülen araştırmaların sağladığı birikimden elde edilmektedir. Model, hekimlerin bilginin yorumlanması ve uygulanması bağlamında hem çok yoğun olduklarını hem de yeterli vasfa sahip olmadıklarını varsaymaktadır. Yoğun olarak klinik yönergeler kullanılmaktadır. Yönergelerin mantığı, hekimleri tedavi sürecinde yönlendiren algoritmalara sahip olmasıdır: hekimlere, hangi durumda ne yapmaları gerektiği söylenmektedir. Bu modelde hekimin bilgi birikimi esas olarak dışsal araştırma bulgularına dayanmaktadır.
- *Eleştirel Değerlendirme*: bilimsel-bürokratik tıp anlayışının, uygun ve güvenilir bilginin deneysel çalışmaların bulgularının toplamından oluştuğu düşüncesini paylaşmakla beraber bu bulguların uygulanmasında temel yöntem olan klinik yönergelerin faydalılığı konusunda çok daha az iyimser bir pozisyon alarak bilimsel-bürokratik tıp anlayışından farklılaşmaktadır. Akademik araştırmaların sorunsuz bir şekilde uygulanamayacağı, bundan dolayı da hekimlerin, araştırmaları incelemek için zaman ayırmaları ve kendileri için bunların geçerliliklerini ve uygulanabilirliklerini belirlemeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Bu modelde hekimin bilgi birikimi esas olarak dışsal araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Tıbbi sağlık hizmetlerinin günümüzde aldığı formun anlaşılabilmesi amacıyla hastalığa olan bakış açısında yaşanan dönüşüme değinmek gerekmektedir. Tıp alanına, başka bilim dallarında kaydedilen gelişmeler katkıda bulunmuş ve hastalığa bakış açısı, deneysel araştırmalar sonucunda değişime uğramıştır (Porter, 2018: 81). İlgili değişimin öncesinde tıp alanına uzun yıllar humoral patoloji hakim olmuştur. Humoral patoloji insan organizmasını ve süreçlerini dört temel salgı (kan, mukus, sarı safra ve siyah safra) ve dış ortam arasındaki denge ile açıklamıştır. Sağlık ve hastalık halinin iki kıstas arasındaki ilişkiye bağlı olarak ortaya çıktığını ifaden eden humoral patoloji anlayışında hastalıkların, bireyler kadar ayırt edilebilir niteliklere sahip olduğu kabul edilmiş ve hastalıklara bireysel meseleler olarak bakılmıştır. Bir başka ifadeyle hastalıkların kendi başlarına varlıkları kabul edilmemiş ve hastalıklara neden olan faktörler dışsal bir patoloji ile sınıflandırılmamıştır. Bu nedenle de eski tıp anlayışında hastalık olmadığı, hastalık sahibi bireyler olduğu kabulü benimsenmiştir (Bujalkova vd., 489; Pagel, 1955: 299).

Humoral patoloji yaklaşımının yerini modern tıpta gelişmeler yaşanmasıyla hücrel patoloji almıştır. Hastalıkların organlarda neden olduğu değişiklikleri klinik bulgular ile birleştiren modern patolojide, hastalıklar tanımlanmaya ve özellikle mikroskobun gelişimiyle beraber hücrel düzeyde değerlendirilmeye başlanmıştır (Usubütün ve Gedikoğlu, 2007: 69). Patoloji alanındaki ilerlemelerle artan tıbbi bilgi birikimi, sağlık ve hastalık haline ilişkin bireyden bağımsız “mekanik” bir anlayışı beraberinde getirmiştir.

Sağlık ve hastalığa ilişkin mekanik bakış açısının ve tıbbın mekanik yorumunun ortaya çıkmasında, 1628 yılında Harvey’nin kan dolaşımını keşfetmesi ve 1683 yılında Van Leeuwenhoek’in mikroskobu icat etmesi etkili olmuş ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ile mevcut bilgi birikimi üzerinde mekanik bakış açısı inşa edilmiştir (Navarro, 1988). Benzer şekilde, Louis Pasteur’un 19. yüzyılın ortalarında bakterilerin varlığını keşfi ile hastalıkların nedeninin mikroplar olduğunun anlaşılması ve ilerleyen dönemlerde, Sir Alexander Fleming’in penisilini keşfetmesiyle bakteri kaynaklı enfeksiyonlarda penisilinin tedavide kullanılması, tıptaki diğer önemli gelişmeler olarak kabul edilmektedir (Johnstone, 2005). Bu gelişmelere bakıldığında, teknolojik gelişmelerin, tıp alanının gelişmesindeki rolünün son derece büyük ve önemli olduğu görülmektedir.

Modern tıp, fen bilimleri tarafından, kesin ve fiziki bilimsel yöntemler ve teknolojinin paha biçilmez yardımı ile geliştirilen deneysel araştırmalardan türetilmiştir (Lewinsohn, 1998). Temelleri, insan vücudunun yapısını ayrıntılı ve doğru bir şekilde açıklayan anatomi çalışmalarına dayanmaktadır. Tahlil pratiğini ve vücut organlarının normlarını tanımlamayı yaygınlaştıran bu türden çalışmalar, zaman içerisinde patolojik çalışmaları mümkün kılmıştır. Otopsiler ve hastalığın anatomik sonuçlarını göstermeye yönelik çalışmalar da yaygınlık kazanmıştır (Galdston, 1959). Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler insan bedeni üzerinde benzeri görülmemiş bir kontrol ve bedeni yeniden şekillendirme imkânı sunmuştur (Williams, 1997).

İnsan vücudu, parçalardan oluşan bir bütün olarak algılanmaya başlanmıştır. Sağlığa ve hastalığa ilişkin mekanik bakış açısı, tıbbi bilgi ve uygulamadaki işbölümü ve uzmanlaşmayı, makine gibi görülen insan vücudunun belirli kısımları üzerinde, kardiyoloji ve nöroloji gibi, yaşanan gelişmeler ile açıklamaktadır. Hastalıkların güç ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmadığının ve biyolojik bir olgu olarak bakterilerin ve mikropların hastalığa neden olduğunun anlaşılması tıp alanına olan bakışın değişmesine neden olmuştur.

Yeniden yapılan bu tanımlama ile klinik tıp, biyolojik olgular üzerine çalışmalar yapan bir tıp branşı haline gelmiş ve hastalık, dış sebeplerden kaynaklı olarak makine gibi algılanan insan vücudunda meydana gelen patolojik değişimler şeklinde kabul edilmeye başlanmıştır. Hastalığa ilişkin bu mekanik bakış açısı günümüzde de tıp alanındaki üstünlüğünü sürdürmektedir (Navarro, 1988).

İnsan bedenine ilişkin bu biyo-medikal yaklaşımlarda, tıbbın akıl ile değil yalnızca insan vücudunun maddi formunu oluşturan maddi vücut ile ilgilenmesi ve hastalıkların toplumsal, psikolojik ve çevresel etkenlerden bağımsız olarak tek bir bireyin vücudu ile sınırlı kalacak şekilde incelenmesi gerektiği; vücutta meydana gelen tahribata tek bir mikrobun varlığının neden olduğu; vücudun kompleks bir makine olarak görülmesi nedeniyle hastalıkların makinenin bozulmuş parçalarının bir sonucu olarak ortaya çıktığı ve makine benzetmesine paralel olacak şekilde bireylerin vücutlarının bakım işlemlerinden kendilerinin sorumlu olması gerektiği ifade edilmektedir (Cirhinlioğlu, 2019: 82). Mekanik-bireysel tıp anlayışı adı da verilen bu yaklaşım çerçevesinde hastalık, makineye dışarıdan gelen bir etkenin neden olduğu patoloji olarak görülmektedir (Soyer, 2005: 9). Rönesans döneminden bu yana tıp alanında hâkim olan biyo-medikal yaklaşımların yoğun eleştirilere konu olmasıyla bütüncül bir yaklaşım ihtiyacına karşılık “biyopsikososyal” model geliştirilmiştir. Bu modelde, hastalık ve rahatsızlık ile ilgilenilmesinin yanı sıra biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı ve karmaşık etkileşimleri de hesaba katılmaya başlanmıştır (Kasapoğlu, 2008: 14-15).

Tıbbi sağlık hizmetlerinde yaşanan bir başka dönüşüm, hizmet sunumunun, küçük ölçekli işletmelerde çalışan hekimlerin bir araya gelmesiyle oluşan hastanelerce yerine getirilmeye başlanması olmuştur. Sağlanan teknik gelişmelerle büyük miktarda sermaye tıbbi uygulamalara erişmiş, sağlık kurumları yaygınlaşmış, sağlık hizmetleri sermaye birikim sürecine eklemlenmiş ve sağlık alanında sermayeyi kontrol edenlerin gücü artmıştır. Tüm bu gelişmeler beraberinde rasyonelleşme süreçlerini getirmiş ve rekabetçi baskılar kâr amacı gütmeyen hastaneleri de benzer süreçleri yaşamaya itmiştir (Himmelstein ve Woolhandler, 1988; Ritzer ve Walczak, 1988; Zencir, 2012: 124-125).

Sağlık sektörü, piyasalaşma sürecinden belirli bir süre görece korunmuş olsa da geçen yüzyıl itibarıyla diğer sektörlerin tecrübe ettiği yeniden yapılanmayı kademeli olarak yaşamaya başlamıştır (Rastegar, 2004). Zola’ya (1972) göre tıp, sosyal kontrolün önemli bir kurumu

haline gelmiştir. Kapitalizm, etkisi altına aldığı tıp alanında, hastaların birer müşteriye dönüştüğü şirketleşme eğilimini başlatmıştır (Alkan ve Erdem, 2020: 51; Yorulmaz vd., 2020). Rekabetçi kurumsal ilişkiler temelinde yükselişe geçen endüstrileşmiş bilime dayalı sağlık hizmeti sunumu, kendi çelişkilerine yol açmış ve bu çelişkiler sağlık hizmeti tüketicilerine de sirayet ederek tüketici ihtiyaçları daha az gözetilir hale gelmiştir (Kelman, 1971). Çok sayıda hasta ise birer tüketici gibi davranmaya başlamıştır (Inlander, 1998).

Sağlığın 19. yüzyıldan itibaren niteliksel bir norm haline geldiğinden bahseden Illich (1986), “Sağlığın Gaspsı” (2017: 42) adlı eserinde piyasalaşma sürecini, ortalama yıllık gelirden hekimlerin isteğiyle harcanan miktarın artışı ile açıklamış ve bu artışı yaşamın tıbbileştirilmesinin bir sonucu olarak yorumlamıştır. Illich’in saptamaları, kendi kendini iyileştiren insanın bedeninin ve doğal yaşamın tıbbi hale getirilmesi hususunda oldukça büyük bir destek görmüştür (Light, 2009: 3657). Tıbbi teknolojiler, özerkliği kısıtlayan ve potansiyel olarak insandışılaştıran bir süreç olarak eleştirilmiştir. Bu görüşü savunanlara göre hastalığın semptomlarını hafifletmek için tasarlanmış teknolojiler, acıyı gereksiz yere ve fahiş bir maliyetle uzatmaktadır (Casper ve Morrison, 2010). Sağlık hizmetlerinin hızla artan maliyetlerinde özellikle teknolojik değişimlerin çok büyük bir etkisi olduğu kabul edilmektedir (Halm ve Gelijns, 1991: 1). Bu nedenle de tıbbi teknolojiler ile hastalar arasındaki bir aşk-nefret ilişkisinden bahsedilmektedir: hayat kurtaran, sağlık hizmeti kalitesini arttıran teknoloji ile maliyetlerin sürekli olarak artmasından sorumlu olan teknoloji (Neumann ve Weinstein, 1991: 21).

Piyasalaşan sağlık hizmeti üretimine ilişkin eleştiriler tıbbileştirme tartışmalarını gündeme taşımıştır. Conrad’a (1975; 2007: 4) göre tıbbileştirme kavramı ile herhangi bir durumun, tıbbi bir sorun veya hastalık olarak tanımlanması ve tıp mesleğinin bu durumun tedavisinin sağlanması için görevlendirilmesi veya ruhsatlandırılması kastedilmektedir. Daha önce tıbbın yetki alanı dışında kalan yaşam alanlarının ve tıbbi olmayan sorunların hastalıklar veya bozukluklar açısından tıbbi problemler olarak yorumlanmaya başlandığı süreçler olarak tanımlanan tıbbileştirme, Batı’da yirminci yüzyılın son yarısının en güçlü toplumsal dönüşümlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Clarke vd., 2003; Conrad, 1992).

Tıbbileştirme, rasyonalizmin ve bilimin yükselişiyle bağlantılı bir süreç olarak görülmektedir (Ballard ve Elston, 2005). Tıbbileştirme süreci ile hekimlik mesleğinin profesyonellik iddialarının piyasa çıkarları ile yönlendirilmeye başlandığı iddia edilmektedir

(Conrad, 2005). Böylelikle profesyonellik ve ticaret kültürlerinin bir çatışma içerisinde olduğu düşünülmektedir (McArthur ve Moore, 1997). Hekimlik pratiğinin sermaye birikim sürecine eklenmesiyle gerilimlerin arttığı ifade edilmektedir (Üçkuyu, 2009).

Tıp alanının diğer endüstrilere ve topluma hizmet sağlayan bir alan olmanın ötesinde günümüzde kâr elde etme amacı güden ve kapitalist üretim mantığı ile hareket eden bir endüstri haline geldiği savunulmaktadır (Himmelstein ve Woolhandler, 1988). Ritzer (2014: 85-87), “Toplunun McDonalddlaştırılması” adlı eserinde; kâr amacı güden yatırımcıların yükselişinin, rekabetteki artışın, tıp bürokrasinin büyümesinin, üçüncü taraf ödeyicilerinin maliyetleri azaltma baskısının ve modern tıp teknolojisinin, tıpta daha verimli olmaya yönelik araçları bulmaya ilişkin girişimlerin ortaya çıkmasında etkili olduğunu öne sürmektedir. Verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve kontrol ilkeleri ekseninde gelişim gösteren tıbbın McDonalddlaştırılması sürecinin ise tıbbın en değerli ve tanımlayıcı değerlerini ve anlamlı hasta-hekim ilişkilerini tehdit altına aldığını savunmaktadır (Dorsey ve Ritzer, 2016). Tıbbileştirme süreci hekimlik mesleğini gerek hekim pratikleri gerekse tıp eğitimleri bağlamında da dönüştürmektedir. Çünkü hekimlerin nasıl yetiştirilmesi gerektiği sorusunun cevabı, hekimlerin bağlı bulunduğu sağlık sisteminin özelliklerinden bağımsız bir şekilde verilememektedir (Saçaklıoğlu, 2005).

Tıbbi sağlık hizmetleri günümüzdeki formuyla yorumlandığında, insan bedeninin bir makine olarak görülmeye devam ettiğini söylemek mümkündür. Makine benzetmesine paralel olacak şekilde, tıbbın sağlık fabrikaları oluşturduğu da ifade edilmektedir. Tek bir hekimin yer aldığı sağlık emek sürecinden, yapılan işlerin hekim ve hekim-dışı personellerce paylaşıldığı sağlık emek sürecine doğru bir dönüşümün yaşandığı görülmektedir (Soyer, 1998, 2009). Montaj hattı tıbbi olarak da adlandırılan sağlık fabrikalarında, hızlı ve verimli tıbbi hizmet anlayışının hakim olmasından dolayı, tedavisi basit ve kolay olan hastaların kabul edilmesinin bir eğilim haline geldiği, hekim pratiklerinin nispeten basit ve rutin hale getirildiği, çalıştırma maliyetleri yüksek hekimler yerine klinik protokollerle çalıştırılan daha az eğitilmiş teknik hekimlerin tercih edildiği ve hekimlerin emek sürecindeki kontrol güçlerinin ne yapabileceklerinin ve ne yapamayacaklarının protokoller aracılığıyla belirlenmesi sonucunda büyük oranda azaldığı savunulmaktadır (Ritzer, 2014: 84; Ritzer ve Walczak, 1988). Geleneksel fabrikalar ile hastaneler ve geleneksel sanayi üretim ile sağlık hizmeti üretimi arasında, üretimin yapılanmasından bilimsel yönetime kadar birçok alanda benzerlik kurulmasında bu gelişmeler etkili olmaktadır. Öte yandan tıbbi sağlık

hizmetlerinde teknolojik ve bilimsel temelde meydana gelen ilgili gelişmeler, kaçınılmaz olarak hekimlik mesleğinin de önemli dönüşümler yaşamasına sebebiyet vermektedir.

3.2. Hekimlik Mesleğinin Gelişimi

Tıbbın kökenlerinde dinin, büyüünün ve boş inançların yer aldığı, bu nedenle de ilk hekimlerin din adamları ile büyücülerden oluştuğu ve ilk başlarda “büyüsel tıp” adı verilen uygulamaların, gücünü tanrılardan aldığına inanılan din adamları tarafından tapınaklarda yerine getirildiğinden bahsedilmektedir (Tez, 2017: 14). Rönesans ile birlikte ise tıpta söz konusu olan bu türden uygulamaların ağırlığı azalmaya başlamış ve önemli dönüşümler yaşanmıştır (Bayat, 2016: 165).

Tıbbi sağlık hizmetlerinin yaşamış olduğu dönüşümler hiç kuşkusuz ki üretimden sorumlu olan hekimlerin çalışmasını da başta üretim araçları ve çalışma koşulları olmak üzere birçok açıdan etkilemiştir. Sağlık hizmeti üretimi, kapitalizm öncesi dönemde, kendi hesabına çalışan hekimlerce yerine getirilirken sanayileşme sürecinin beraberinde getirdiği kapitalist üretim mantığı ile yeniden yapılandırılmıştır. Bu bağlamda hekimliği, siyah çantası ile hizmet veren hekim ile hastanede istihdam edilen uzman hekim olacak şekilde kategorileştirmek mümkündür.

19. yüzyılın sonlarına kadarki süreçte hekimlerin tıbbi pratiklerin nispeten daha basit bir yapılanma içerisinde olduğu ve teknolojiye daha az başvurduğu kabul edilmektedir. Hastanelerin yaygınlık kazanmasından önce kendi hesabına çalışan ve hastaları ile bürokratik bir yapının müdahalesi olmadan birebir ilişki kuran hekimler, sağlık hizmeti üretiminden sorumlu olmuştur. Hastaneler genellikle insanların öldüğü yerler olarak kabul edilmiş ve insanlar hasta olmadıkları müddetçe hekimlerden uzak durmuşlardır. Sağlık hizmeti üretiminde siyah çantası ile görev yapan hekimler yer almıştır (Garfield, 2006; Rastegar, 2004). Siyah çantalı hekim kavramı, tanı ve tedavi uygulamalarında kullandığı araç ve gereçleri çantasına sığdıran bir hekim betimlemesi yapmak amacıyla kullanılmaktadır. Hekim, var olan tüm tıp teknolojisini küçük bir siyah çantanın içerisine sığdırmıştır (Kelman, 1971). Hasta çıkarlarını diğer tüm düşüncelerin üzerine yerleştiren etik değerleri nedeniyle siyah çantalı hekimlere halk tarafından yoğun bir güven duyulmuştur (Cook-Deegan, 1988: 147).

Siyah çantalı hekim kendi hesabına çalışan, üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulunduran, işin yürütümünde özerklik sahibi olan ve üretim sürecinin kontrolüne sahip hekim olarak tasvir edilmektedir. Öte yandan, siyah çantalı hekimler aynı zamanda birer zanaatkar olarak da kabul edilmektedirler. Siyah çantalı hekimlerin alet kullanmalarından dolayı günümüzdeki hekimlere kıyasla teknolojiye olan bağımlılıkları daha azdır. Bu yüzden de yüksek vasıflı olarak değerlendirilmektedirler. Uzun yıllar boyunca siyah çantalı hekimlerce “evi içi üretimi” olarak örgütlenen tıbbi sağlık hizmeti üretimi, küçük ölçekli işyeri sahibi olan hekimlerin hakimiyeti altında bulunmuştur. Ancak sermaye sahiplerinin desteği ile sağlık hizmetleri de küçük ölçekli üretimden kapitalist fabrika üretimine geçişteki benzer dinamikleri takip ederek kapitalist bir dönüşüm yaşamıştır. Sağlık hizmeti üretimi kâr amacı güden hastaneler tarafından yerine getirilmeye başlanarak kapitalist gelişim sürecine katılmıştır (Himmelstein ve Woolhandler, 1988; Navarro, 1988;).

Sağlık hizmeti sunumunun Orta Çağ’da kamusal bir hizmet olarak hastaneler tarafından sağlandığı bilinmektedir. Özellikle 10. yüzyıldan itibaren büyük şehirlerde ortaya çıkan kamu hastanesi hareketinde sağlık hizmetlerinin finansmanını şehir yetkilileri sağlamıştır (Cilliers ve Retief, 2002: 64). Ancak kapitalizmin doğuşu ile sağlık hizmetleri kamusal bir hizmet olarak sunulmasının yanı sıra özel hastaneler tarafından da sunulmaya başlanmıştır. Bu nedenle de sağlıkta dönüşümün kökenleri sanayileşme sürecine kadar dayanmaktadır.

Bu açıdan emek sürecinin yaşadığı kapitalist dönüşümü, sağlık hizmetlerinde de görmek mümkündür. Kapitalizm öncesi dönemde, zanaatkar olarak kabul edilen küçük ölçekli bağımsız hekimler kendi işyerlerini işletmişler ve serbest piyasada sağlık hizmeti üretimlerine devam etmişlerdir. Zaman içerisinde ise sermayedarlar, bu vasıflı hekimleri zanaatlarını yarı özerk bir şekilde devam ettirebilecekleri hastanelerinde istihdam etmeye başlamışlardır. Hastane işletmeciliğinin gelişmesiyle beraber yatırımcılar, uzmanlaşmayı teşvik ederek belirli görevleri daha ucuza istihdam ettikleri çalışanlara vermişler ve gelişen işbölümünü koordine etmeleri için yöneticileri görevlendirerek hastanelerindeki üretim sürecini rasyonelleştirmeye başlamışlardır. Üretimin büyük çoğunluğunun, vasıf düzeyi düşük operatörler tarafından bakımı yapılan mühendislik sistemler ve makineler aracılığıyla yapılmaya başlanması sonucunda ise rasyonelleşme sürecinin son aşamasına ulaşılmıştır. Üretim sürecinin dönüşümüyle beraber hekimin işin yürütümü ve işyeri üzerindeki kontrol gücü ve özerkliği azalmaya başlamıştır (McKinlay ve Stoeckle, 1988). Sağlık emek sürecinin dönüşümüne bakıldığında, sağlık hizmeti üretiminin, sanayi üretiminden çok da

farklı olmayan bir dönüşüm yaşadığını söylemek mümkündür. Üretim araçlarının mülkiyetini kaybetmesi sonucunda öncesinde kendi atölyesinde çalışan bir zanaatkarın, fabrikada bir işveren adına çalışmaya başlamasına benzer şekilde siyah çantalı hekimler de özel hastanelerde işverenlerin denetimi altında çalışmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sanayileşme dalgası ile hastaneler bir nevi fabrika niteliği kazanmıştır ve sağlık hizmeti üretimi, diğer endüstrilerde olduğu gibi 19. yüzyıl içerisinde “sanayileşme” sürecine girmiştir. Bu süreç; emeğin artan oranda bölünmesi, rollerin ve görevlerin standardizasyonu, yönetici sınıfın yükselişe geçmesi, çalışma olgusunun vasıfların yitirilmesine bağlı olarak bozulması ve hekim olmayan sağlık çalışanlarının sayıca artması şeklinde gelişim göstermiştir. Tüm bu gelişmelerin daha verimli ve etkili sağlık hizmeti vaatlerine rağmen hekimler, özerklik kaybı ve profesyonel değerlerin erozyonu gibi sonuçlar hakkında endişe duymaya başlamışlardır (Rastegar, 2004). Tıpkı fabrika düzenindeki işbölümü ve uzmanlaşmanın emeğin vasıf düzeyini parçaladığı gibi hekimlerin de standardize edilmiş işbölümleri, ayrılan görevler ve buna bağlı olarak artan uzmanlaşma sonucunda işin yürütümünde özerkliklerini, kontrol gücünü ve vasıflarını kaybetmeye ve profesyonelleşmeme sürecine girmeye başladıklarını söylemek mümkündür.

Hekimlerin profesyonelleşmeme eğilimi, profesyonel meşruiyet ve özerklik alanında yaşadıkları olumsuz deneyimleri izah etmek amacıyla kullanılmaktadır (Abbott, 1988: 17). Hekimlerin 1940'lı ve 1960'lı yıllarda kazandıkları mesleki hakimiyetlerinin ve profesyonelliklerinin; tıbbi bilgi üretiminin kontrol edilmesi, tıbbi işbölümü üzerinde yetki sahibi olunması, sağlık hizmetleri sunumunun denetlenmesi ve düzenlenmesine ilişkin girişimlerin sonucunda aşındığı ileri sürülmektedir. Bu eğilimin kaynağı olarak sağlık alanının artan oranda kontrol altına alındığını ifade eden tıbbi kontrol çağının doğuşu gösterilmektedir (Bury ve Taylor, 2008; Castellani ve Hajferty, 2006: 7). Öte yandan tıbbi kontrol çağında hekim pratiklerinin kapitalizmin kar güdüsü ile şekillendiği iddiası gündeme getirilerek hekimlerin tıp etiği bağlamında çelişkiler yaşadığı ve profesyonel kimliklerinin de tehdit altında olduğu savunulmaktadır (Cruess vd., 2002; Elkins, 1985). Bu bağlamda, hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınması ya da hekimlik mesleğinin ve tıp öğrencilerinin idealizmden uzaklaştığı iddiası uzun süredir gündem bulmaktadır (Becker ve Geer, 1958). Tıp etiğinde yaşanan olumsuz gelişmeler nedeniyle tıp eğitimi müfredatına müdahale edilmesi gerektiği, yoğun bir şekilde vurgulanmaktadır (Morley vd., 2013).

Hekimlik mesleğinin gelişimine genel olarak bakıldığında yaklaşık iki yüzyıllık bir süreç içerisinde sağlık hizmetleri üretiminin öncelikle küçük ev işletmeciliği formunda gerçekleştiğini, sonrasında hayır işi olarak sağlanan bir kamu hizmetine ve son olarak da son derece kârlı ve giderek büyüyen bir özel sektöre doğru evrildiğini görmek mümkündür (Himmelstein ve Woolhandler, 1988). Bir zamanlar “küçük siyah çantası” ile aşına olunan hekimlerin yerini, üniversite-tıp merkezleri ve kâr amaçlı hastaneler gibi tıp-sanayi bileşimi yeni bürokratik oluşumlarda çalışan hekimlerin aldığı görülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Hekim emeğinin giderek hızlanan bir şekilde metalaştığı belirtilmektedir (Yılmaz, 2009). Hastane işletmeciliğinin yaygınlık kazanmasının ardında ise hasta yararının arttırılması hedefinin yatmadığı, daha kaliteli bakım ve sağlık hizmeti sunumunun sağlanması iddiasının arka planında karların arttırılmasını hedefleyen bir pazarlama stratejisi olduğu savunulmaktadır (Cook-Deegan, 1988: 155). Hekimlerin, yeni işyerleri olan hastanelerde başkası hesabına çalışmaya başlamaları, hekim pratiklerinin denetlenmesi ve yönetilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu gereklilik ise beraberinde bürokratik yapıları getirmiş ve tıp anlayışında bürokratikleşme süreci yaşanmıştır. Bürokratik tıp anlayışına, detaylı bir şekilde, ilerleyen bölümlerde değinilecektir.

Genel olarak hekimlik mesleğinin altın çağının gerilemesinde; şirketleşme süreci ile hekimlik mesleğinin bürokratikleşmesi, bilgi devrimi, hasta-hekim ilişkisindeki değişiklikler ve hekimlere karşı hastaların güveninin zedelenmesi gibi gelişmelerin etkili olduğu düşünülmektedir (McKinlay ve Marceau, 2002). Yaşanan gelişmeler sonrasında hekimliğin, “müşteri” olarak görülen hastalarda cihaz, yöntem, ilaç ve ürünlerin kullanıldığı bir meslek; hekimlerin ise tıbbi standartlar, algoritmalar ve protokoller ile belirli ürün ve teknolojileri kullanan çalışanlar haline geldiği iddia edilmektedir (Yılmaz, 2012: 242). Bu gelişmelerin yaşanmasında, sermaye yoğun tıbbi teknolojilerin finansal risklere sahip yatırımlar olması rol oynamıştır. Bağımlı bir çalışma ilişkisi içinde istihdam edilen hekimlerin, bürokratik yapılarda özerklik alanları sınırlanmış bir şekilde çalışmaya başladıkları savunulmaktadır (Erdem ve Kaya, 2020: 9).

Son yüzyıl içerisinde tıp bilgisi bir kişinin hâkim olamayacağı kadar genişlemiş ve bilimsel bilginin çoğalmasının kaçınılmaz olduğu düşüncesiyle uzmanlaşma süreci hız kazanmıştır. Laboratuvarlar, tıbbi görüntüleme araçları ve hastaneler hastalıkların tedavisinde hekimler için önemli birer unsur haline gelmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında araştırmaların hız kazanmasıyla bilgi birikimi artmış, önemli keşifler yaşanmış ve yeni teknolojiler tıbbi bakım

ve tedavi süreçlerini gelişmiş bir disiplin seviyesine taşımıştır. Böylelikle uzmanlıklar hızla gelişmeye başlamıştır. Tüm bunların sonucunda bir yandan hastalıkların tedavisinde umut verici gelişmeler yaşanmış bir yandan ise uzman hekimler pahalı ekipmanlarla donatılmış son derece organize tesislerde takımlar halinde çalışmaya başlamıştır (Garfield, 2006).

Tıpta uzmanlaşmanın rasyonel gerekçeleri olmakla birlikte, hekimler açısından, emek sürecindeki faaliyetler son derece parçalı bir hal almıştır. Tıpta uzmanlaşma anlayışıyla hekimlerin kontrol gücü, emek sürecinin bütünü üzerinde değil belli parçaları üzerinde olacak şekilde sınırlandırılmıştır. Öte yandan, adeta Fordist üretim bandındaki gibi, hekimin emek nesnesi de kısa bir zaman aralığı içinde sağlık hizmeti bandı üzerinde önünden geçip gitmeye başlamıştır (Soyer, 1998, 2009: 145; Üçkuyu, 2012: 171). Tıp alanında gelişim gösteren aşırı uzmanlaşmayla bütüncül tıp anlayışının giderek parçalandığı ve hekimlerin vasıf düzeyinin azaldığı savunulmaktadır (Galdston, 1958). Öz olarak uzmanlaşmanın, tam da kelime anlamına paralel olacak şekilde, hekimin yalnızca dar ve sınırlı bir alanda yetkinlik kazanarak uzman haline gelmesine ve bütüncül tıp anlayışından uzaklaşmasına neden olduğu literatürde yoğun bir kabul görmektedir.

McKinlay ve Stoeckle tarafında hazırlanan aşağıdaki tabloda ABD'deki hekimlik mesleğinin kapitalist gelişim süreci ile yaşamış olduğu dönüşüm verilmiştir. Bu tablo, siyah çantalı hekim ile uzman hekim arasındaki farkları net bir şekilde göstermektedir.

1900'lerde ve Günümüzde ABD'deki Hekimleri Çalışma Koşullarındaki Farklılıklar

Meslek Grubunun Temel Ayrıcalıkları	Hizmet Başına Ücret Alan Küçük Ölçekli Hekimler (1900)	Bürokratik Yapılardaki Hekimler
1. Giriş kriterleri	Neredeyse sadece üst ve orta sınıf beyaz erkek öğrenciler	Kadınlar ve azınlıklar da dahil olmak üzere her türden kesim
2. Eğitim içeriği	Büyük ölçüde Amerikan Tıp Derneği tarafından yerel tıp toplulukları aracılığıyla belirlenmekte	Federal hükümet ve diğer çıkar grupları eğitim programları ve öğrenci kredileri gibi yöntemler ile müfredatın içeriğini ve kapsamını etkilemekte.
3. İşin şartları ve içeriği üzerindeki özerklik	Daha geniş bir çalışma alanı vardır ve çalışma süreci hekimin kendisi tarafından kontrol edilmekte	Çalışma, kâr güdüsü gibi kurumsal kısıtlamalara uygun olacak şekilde yöneticiler tarafından bölümlere ayrılmakta ve yönetilmekte
4. Emek nesnesi	Hastalar, genellikle hekimin kendi hastaları olarak kabul edilmekte	Hastalar, hekimlerin diğer uzmanlarla paylaştıkları müşteriler olarak kabul edilmekte
5. Emek aletleri	Genellikle hekim tarafından sahip olunan ya da kiralanmış ekipman ve işe alınan çalışanlar	Teknoloji işverene ait ve diğer bürokrat çalışanlar tarafından işletilmekte
6. Emek araçları	Tesis, hekime ait ya da hekim tarafından kiralanıp işletilmekte	Tesis, işletmeye ait ve işletmenin çıkarları doğrultusunda işletilmekte
7. Emek ücretlendirilmesi	Çalışılan saatler, kullanım düzeyi ve tahsil edilen ücretler çoğunlukla hekim tarafından belirlenmekte	Çalışma programı ve ücret düzeyi işletme tarafından belirlenmekte

Kaynak: McKinlay ve John D. Stoeckle, 1988.

3.3. Hekimlerin Emek Süreci

Sağlık emek süreci; hekimlerden ilaç sanayisinde çalışan sanayi işçilerine kadar birçok sağlık emek gücünü; tıbbi teknolojilerden tıbbi bakım hizmetlerine kadar birçok sağlık hizmetini; çeşitli kimyasal maddelerden canlı bir organizma olan insan gibi birçok emek nesnesini ve ilaç fabrikalarından stetoskop ve MR cihazı gibi birçok üretim aracını barındıran oldukça geniş kapsamlı bir üretim yapılanmasını ifade etmektedir (Belek, 2016: 46-50). Tıbbi sağlık hizmetlerinde eczacılardan hemşirelere, hekimlerden sağlık memurlarına kadar birçok sağlık çalışanının yer alması, sağlık emek sürecinin ne kadar geniş kapsamlı bir yapılanma olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, sağlık emek sürecinde yer alan tüm sağlık çalışanlarının vasıf düzeylerinde teknolojik gelişmeler sonucunda yaşanan değişimlerin aktarılmasının son derece güç olması nedeniyle, yalnızca hekimler özelinde bir araştırma yürütülmüştür. Hekimler özelinde bir araştırma yürütülmesinden kaynaklı olarak hekimlerin sağlık emek sürecindeki konumlarını ifade etmek amacıyla “hekimlerin sağlık emek süreci” kavramı yerine daha yalın bir ifade olduğu düşünüldüğü için “hekimlerin emek süreci” kavramının kullanılması tercih edilmiştir. Sağlık emek sürecinin unsurları, hekimlerin emek süreci özelinde aktartılmaya çalışılacaktır. Hekimlerin emek sürecinin unsurları; emeğin kendisi olan tıbbi bilgi, emeğin nesnesi olan insan ve emeğin üretim araçları olan tıbbi teknolojiler olarak belirlenmiştir. İlgili unsurlar çalışmanın sorunsalı göz önünde bulundurularak vasıf açısından ele alınacaktır.

3.3.1. Emeğin Kendisi: Tıbbi Bilgi

Hekimlerin emek süreci unsurlarından ilki olan emek kavramı ile tıbbi bilgi, klinik vasıflar ve teknoloji kullanımı boyutlarında ortaya çıkan hekim çalışması ifade edilmektedir. Hekimler, sahip oldukları tıbbi bilgi ve klinik vasıflar ile sağlık hizmeti üretmektedirler. Sağlık hizmeti üretiminde işin temel karmaşıklık düzeyi, işin yürütülmesi için gerekli olan bilgi ve vasıf düzeyini belirleme gücüne sahiptir. Teknolojik gelişmelerin, işin temel karmaşıklık düzeyini etkilemesi nedeniyle, hekimlerin tıp eğitimlerinde edindikleri bilginin niteliğinin de değişime uğradığı ve tıp eğitiminin kapsamının yeniden şekillendiği düşünülmektedir. Vasıfsızlaşma tartışmalarında da hekim emeğinin kendisi, sahip olduğu bilginin niteliği ve vasıf düzeyi bağlamında gündeme getirilmektedir.

Tıbbi bilgi ve klinik vasıflar, hekim üretkenliğinin kaynağını oluşturmaktadır. Tanı ve tedavi süreçleri sağlık hizmeti üretiminde aracı eylemlerdir. Hekim tanı için gerekli bilgiyi profesyonel bilgi sisteminden almakta ve tedavi olanaklarını buradan çıkarmaktadır. Muhakeme süreci tamamen profesyonel bir eylemdir: tanı bilgileri alınmakta ve olası sonuçlarla birlikte bir dizi tedavi yöntemine gidilmektedir (Abbott, 1988: 54). Hekimler, sahip oldukları tıbbi bilgi ve klinik vasıflar ile hastalığın tanısına ilişkin tanısal muhakeme süreçlerini işletmektedirler. Tanısal muhakeme, hekimlerin hastalığın ortaya konmasında, farklı bilgi türlerini birleştirmek suretiyle hasta bulguları ile argümanlar arasında bağlantıları kurma ve hasta ile tanısı hakkında düşünme süreçlerini ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (Linn, 2012). Hekimlik mesleğinin tarihsel gelişim süreci içerisinde, tanısal

muhakeme vasıfları en önemli vasıflardan biri olarak kabul edilmektedir. Ancak günümüzde hekimlerin tanısal muhakeme sürecinde, gözlem yönteminden ziyade klinik protokolleri kullandıkları ifade edilmektedir (Kassirer, 2010).

Hekimlerin karar alma süreçlerine katkıda bulunan tanısal klinik muhakeme vasfı, temel tıp eğitimi ile klinik vasıf eğitiminden elde edilmekte ve bu vasıf hastanın semptomlarının ve özelliklerinin anında tanımlanması temelinde geliştirilmektedir (Gallagher ve Payne, 2015; Lu, 2016). Yüksek kaliteli sağlık hizmeti üretimi için hekimler tarafından klinik muhakeme vasıflarının kazanılması gerektiği kabul edilmektedir. Tanısal muhakemede kullanılan geleneksel yöntemlerin başında “öykü alma/anamnez” ve “fizik muayene” gelmektedir. Teknolojik gelişmelerin etkisiyle, tanısal muhakeme sürecinde kullanılan bu yöntemlerin, gereksizmiş gibi değerlendirilmeleri nedeniyle, başta laboratuvar testleri⁴ olmak üzere kimi durumlarda görüntüleme yöntemleri ile tamamlanma hatta ikame edilme eğilimi içerisine girdiği ileri sürülmektedir. Hastalık öyküsü alma ve fizik muayene vasıfları, çoğunlukla eski, geleneksel ya da gereksiz olarak kabul edilseler de tüm klinik kararların temelini oluşturmaktadır. Modern tıbbi teknolojiler, hekimin hastalığa ilişkin anlayışını değiştirmekte ve tanı aşamasında kullanacağı yeni araçları geliştirmektedir. Klinik vasıfların eğitimine ilişkin müfredatların da bu gelişmeler neticesinde odağına bilgisayar verilerini aldığı ileri sürülmektedir (Feddock, 2007). Hekimlerin sahip oldukları bilgilerin niteliğinde dönüşüm yaşamaktadır.

Tıp müfredatında değişimi destekleyenler, hekimlerin öğrencilik döneminde edindikleri bilgilerinin geniş bir bölümünü günlük pratiklerinde kullanmadıklarını ileri sürmektedirler. Anatomi, biyokimya, fizyoloji, patoloji ve farmakoloji gibi temel tıp bilimlerindeki öğrencilere, ihtiyaç fazlası olarak görülen ilgili bilgilerin eğitiminin verilmesi, sorgulanmaya açılarak aşırı bilgi yüklemesi olarak adlandırılan bu durumun ortadan kaldırılmasına yönelik

⁴ Laboratuvar testlerine daha fazla güven duyulsa da hatalı sonuçlar vermeleri olası bir durum olarak kabul edilmektedir. Hatalı sonuçlarda teknolojik sorunların yanı sıra hekimin tıbbi bilgi düzeyinin de doğrudan etkili olduğu gözlemlenmektedir. Teste bağlı gerçekleşen tanısal hata sebepleri genel olarak şöyledir (Epner vd., 2013):

- Uygun olmayan bir testin istenmesi,
- Uygun olan bir testin istenmemesi,
- Uygun olan bir test sonucunun yanlış uygulanması,
- Uygun olan bir testin istenildiği ancak test sürecinde bir yerde gecikme yaşanması,
- Uygun olan bir testin sonucunun yanlış olması.

talepler⁵ gündeme gelmeye başlamıştır. Olgusal bilgilerin tıp eğitiminde öğrencilerin ihtiyaç duyduğu asgari düzeyde tutulmasını hedefleyen reformların, daha iyi hekimler yetiştirerek olumlu sonuçlar doğuracağı ifade edilmektedir. Ancak bu yaklaşım ile yeni hekimlerin etkin ve güvenli bir şekilde çalışmalarını sağlayacak düzeyde bilgi sahibi olamamaları riski de ortaya çıkmaktadır. Öğretimin artan oranda temel hastalıklara odaklanması sonucunda tıbbi bilginin fonksiyonel olmama riski ile karşı karşıya kaldığı düşünülmektedir (Williams ve Lau, 2004; General Medical Council, 2003: 5). Tıp eğitiminde, olgusal bilginin ağırlığının azalması genel bir eğilim halini alarak tıbbi bilgi yeni bir forma bürünmektedir. Ancak bu dönüşümü, bir zorunluluğun ürünü olarak değerlendirmek mümkündür. Çünkü tıbbi bilgi birikiminin sürekli artması, sınırlı sağlık hizmeti altyapısının sınırsız insan ihtiyaçlarına cevap verebilme gerekliliği ve bu nedenle sonuç odaklı eğitimin verilmesi olgusal bilgilerin azalmasında etkili olabilmektedir.

Olgusal bilgi, en yaygın bilgi türlerinden biri olup belirli bir konu veya disiplin hakkındaki temel bilgileri kapsamına almaktadır. Bir konunun belirli ayrıntılarını ve unsurlarını içermektedir. Bir konuya ilişkin önemli bilgiler arasındaki daha geniş ilişkilerin anlaşılabilmesinde olgusal bilgi önemli bir rol oynamaktadır (Hew ve Cheung, 2014: 97). Hekimler açısından ise olgusal bilgi, hekimin problem çözme vasıflarının temelini oluşturmaktadır (Williams ve Lau, 2004). Neden-sonuç ilişkisinin kurulabilmesindeki önemi itibarıyla olgusal bilgi, emek sürecinin bütüncül kavranışına olanak tanımakta ve hekimlerin zihinsel emeklerini yoğun olarak kullandıkları tanısal muhakeme süreçlerinde kendini göstermektedir. Ancak genel bir eğilim olarak olgusal bilginin geri plana itilerek bilginin niteliğinde dönüşümler yaşandığı gözlemlenmektedir.

⁵ Örneğin İngiltere’de, Ulusal Tıp Konseyi olgusal bilgilerin azaltılmasına yönelik reformları onaylamıştır. Reformlar, didaktik öğretimin probleme dayalı öğrenme ile değiştirilmesini hedeflemektedir. İngiltere’deki tıp okullarının yaklaşık üçte biri bu ilkeleri benimsemiştir. Tıp eğitimindeki reformun temel ilkeleri şu şekildedir (Williams ve Lau, 2004):

- Aşırı bilgi yüklenmesinin azaltılması ve öğrencilerin gereksiz ayrıntıları öğrenmelerinin engellenmesi,
- Geleneksel öğretim yöntemlerinin geliştirilmesi ve didaktik öğretime dayalı öğrenme yerine probleme dayalı öğrenmenin getirilmesi,
- Öğrencilere kendi öğrenmeleri üzerinde kontrol verilmesi ve öğrencilerin neyi bilmeleri gerektiğini belirlemelerinin sağlanması,
- Lisans eğitiminin hayat boyu öğrenme için bir platform haline getirilmesi,
- Hekimlerin kişilerarası vasıflarının geliştirilmesi ve öğrencilerin empati kurabilmelerinin ve hastaları ve onların sorunları ile daha iyi ilişki kurabilmelerinin sağlanması.

Teknolojik gelişmelerin sonucunda tıp alanında kullanıma sunulan yeni bir ilaç, cihaz veya yöntem, onu kullanmak için gereken bilgi miktarını adım adım arttırmakta; bilgi türünü ise dönüştürmektedir (Cook-Deegan, 1988: 141). Tıbbi bilimsel açıdan bakıldığında, tıbbi uygulamaların başkalarına aktarılacak üzere standardize edildiği görülmektedir. Bir uygulamanın bilimsel olarak kabul edilebilmesi için hazırlanan prosedürlerin ayrıntılı olarak belirtilmesi ve tecrübesiz profesyonellerin ve teknikerlerin başarılı bir şekilde işlem yapabilmeleri için bir rutin haline dönüştürülmesi gerekmektedir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Teknolojik gelişmelerin de etkisiyle tıbbi uygulamaların standardizasyon düzeyi artmakta, kimi durumda teknoloji hekimin sorumluluğunu üstlenmekte, tanı ve tedavi süreci klinik protokoller aracılığıyla önceden belirlenerek hekimin tanı ve tedavi süreçlerindeki özerkliği aşmaktadır. Tüm gelişmeler hekim çalışmasının ve pratiklerinin çehresini yeniden çizmektedir. Hekimlerin kazanmaları gereken tıbbi bilgi gerek türü gerekse düzeyi bağlamında dönüşüm yaşamaktadır.

Hekimlerin olgusal bilgilerinin azalması süreci, sağlık hizmetlerinin rutinleştirilmesi süreci ile eş zamanlı işlemektedir ve vurgu yeni bir bilgi türüne yapılmaktadır. İzleyen bölümlerde daha ayrıntılı bir şekilde değinilecek olan “reçete bilgisi” kavramı tıbbi bilginin niteliğindeki dönüşümü net bir şekilde ifade etmektedir. Reçete bilgisi kavramı, bir çalışanın mesleki görevlerini yerine getirebilmesi için edindiği yüzeysel bilgiyi ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (Shaffer ve Shaffer, 2006). Sağlık hizmetlerinin üretiminde yoğun olarak “kodlanmış bilgi” kullanılmaktadır. Lam, insanların örtük bilgileri yakalamada ve muhafaza etmede başarısız olmasından dolayı kodlanmış bilginin kaçınılmaz olarak basit ve belirli olma özelliği taşımak zorunda olduğunu öne sürmektedir (2002: 493). Bilginin kodlanmış olması, sınırları belirli ve kısıtlı bir kapsamı ifade etmektedir. Kodlanmış bilgi, tahmin edilebilir davranış ve çıktı kalıpları üretme eğilimindedir (Ruston, 2006). Örneğin bilgi teknolojilerini odağına alan bir araştırma, öğrenme sürecinde bilgi teknolojilerinin kullanılmasının, bilginin derinlemesine değil yüzeysel işlenmesine neden olduğunu ve bilginin anlaşılmasını ve zihinde kodlanmasını önlediğini göstermektedir (Spitzer, 2014).

Reçete bilgisinin, sağlık hizmeti üretiminin yerine getirilmesinde yeterli olsa da olgusal bilgiden uzak bir niteliğe sahip olması, bütüncül bir tıp bilgisine sahip olmayı engellemesi ve tıbbi pratikler üzerinde zihinsel kavrayışa olanak tanımaması nedenleriyle, hekimler açısından vasıfsızlaştırıcı etkileri olduğu savunulmaktadır (Shaffer, 1981; Shaffer ve Shaffer: 2006).

Zussman'ın (1985: 70), “mühendisler için teorinin kavrayış-anlayış sağlamayan bilgi sunduğu gözleminden hareketle, deneyimin teorik bilgiye üstün geldiği” ifadesine benzer şekilde, tıp alanında da teorik/olgusal bilgilerin eğitiminin sınırları daraltılmış ve uygulamaya yönelik ve genellikle teknoloji kullanımı üzerine yoğunlaşan eğitimler ön plana çıkmıştır. Yeni teknolojiler, hekimler açısından teknolojinin kullanılabilmesi için eğitim kurslarını ve sertifika programlarını zorunlu hale getirmiş ve hekimlerin kendi pratikleri yoluyla işleyen öğrenme süreçleri yaşam boyum süren birer olgu olmaktan çıkmıştır (Stoeckle, 1988). Teknik bilgi teorik bilginin önüne geçerek teknoloji okuryazarlık, hekimler açısından yerine getirilmesi zorunlu olan bir vasıf olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Ancak hekimlik, teknolojiye bağımlı teknik bir işten ziyade, teknolojiyi kullanan ve sağlık hizmeti üretiminin her aşamasının bütüncül kavranışını gerektiren bir meslektir. Hekimlerin emek sürecine ilişkin zihinsel kavrayışları ise “reçete bilgisi” ile değil teorik, olgusal bilgi ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle de sağlık emek sürecinde hekim emeğinin kendisi birincil konumda yer almaktadır. Birincil konumda yer alması, emek sürecini baştan sona kendisinin organize edebilme ve üretimi bir bütün halinde kavrayabilme potansiyelinden kaynaklanmaktadır. Ancak ilerleyen bölümlerde değinilecek olan diğer sebeplerle beraber, bilginin değişen niteliği sonucunda hekimlerin, reçete bilgisi ile sağlık hizmeti üretimini gerçekleştirdikleri ve bu nedenle emek sürecini bütüncül olarak kavrayamama eğilimi içerisine girdikleri gözlemlenmektedir. Öte yandan, sağlık hizmeti üretimi yapılanmasında hekimlerin belirleyici bir konumda olmadıkları ifade edilmektedir (Harrison, 2002; Soyer, 2009). Hekimlerin Fordist üretim modelinin montaj hattındaki işçisi ile benzer özellikler taşıdığı; işçi gibi faaliyetinin nihai ürün/hizmet üzerindeki etkisini kavrayamayarak üretim sürecine yabancılaştığı ve yine Fordist işçi gibi işlerin planlanma aşamasında yer almadığı iddiaları vasıfsızlaşma tartışmalarının gündemine taşınmaktadır.

Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin etkisiyle tıbbi uygulamalarda uzmanlaşma ve işbölümü artmakta; uzmanlaşma sonucunda ise görevlerin koordinasyonu için yönetsel bir üst yapının kurulması ve işin yürütümündeki hekim kontrolünün klinik yönetim ve protokoller aracılığıyla yönetime devredilmesi gibi gelişmeler yaşanarak bürokratik tıp anlayışı güç kazanmaktadır. İfade edilen tüm bu etkenlerin neticesinde ise hekimliğin, sınırları oldukça dar bir alana indirgenmiş bir meslek halini aldığı ve hekimlerin vasıfsızlaşma eğilimi ile karşı karşıya geldiği savunulmaktadır.

Tıbbı ve hekimlik mesleğine, bir zanaatın veya vasfın geliştirilmesi ve kullanılması anlamına gelen sanat kavramı bağlamında bakılması gerektiği ve hekimlerin ne yaptıklarını bilmelerinin ve emek sürecini kavrayabilmelerinin son derece önemli olduğu literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır (Shaffer ve Shaffer, 2006). İlgili hususlar, hekimlerin tanı ve tedavi sürecindeki her bir adıma ilişkin olgusal ve bütüncül bir tıp bilgisine sahip olması ile mümkün olmaktadır ve hekim emeğinin kendisi, sahip olduğu bilgi düzeyi ile hekimlik mesleğinin kendisini bir sanata dönüştürme potansiyeline sahiptir. Ancak sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler vasıfsızlaşma perspektifinden değerlendirildiğinde, bozucu etkiler ve özellikle aşırı uzmanlaşma nedeniyle hekimlerin bütünden kopuk bir teknik işçi haline geldiği iddia edilmektedir (Üçkuyu, 2012: 170). Hekimin teknik bir işçi haline geldiği iddiası, hekimlik mesleğinin zanaat olma özelliğinin aşıldığı anlamını da taşımaktadır

3.3.2. Emeğin Nesnesi: İnsan

Sağlık hizmeti üretiminin gerçekleştiği hekimlerin emek sürecinde emeğin nesnesi “hasta” ya da “insan” olarak karşımıza çıkmaktadır. Emeğin nesnesinin insan olması, söz konusu üretimin hizmet üretimi olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak bir hizmet üretimi söz konusu olsa da hekimlerin emek süreci bağlamında montaj hattında çalışan bir işçiden pek de farkı olmadığı düşünülmektedir. Fordist üretim modelindeki işçi planlanmış ve amaca yönelik faaliyetlerini montaj hattı üzerinde, örneğin, bir parça demir üzerinde yoğunlaştırırken hekimler ise bu faaliyetlerini insan üzerinde yoğunlaştırmakta ve söz konusu kişi açısından sağlık hizmeti üretmektedir. Dolayısıyla emek süreci teorisinin sağlık hizmeti üretim sürecine uyarlanması önünde bir engel bulunmamaktadır.

Hizmet üretiminin söz konusu olması, hekimlerin çalışmasının üretken emek bağlamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışmalarına neden olmaktadır. Hekim çalışması sonucunda fiziksel bir ürün yerine hizmetin ortaya çıkması ve hizmetin doğası gereği zihinsel bir çaba gerektiren emek faaliyetine dayanması, hekim emeğinin üretken olmayan emek kategorisinde değerlendirilmesine neden olsa da hekim faaliyetlerinin yeniden üretim alanına yönelik olması nedeniyle “üretken emek” olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Öngen, 2009). Hekimlerin sağlık emek sürecinde gerçekleştirdikleri zihinsel ve/veya fiziksel faaliyetleri üretken emek kategorisinde yer almaktadır.

Sağlık hizmeti üretiminde hekimlerin ana çalışma konusunu insan oluşturmaktadır. Ancak modern tıbbi teknolojilerin etkisiyle hasta ile hekim arasındaki ilişkinin giderek kopması, literatürde ciddi tartışmalara neden olmaktadır. Sağlık hizmeti üretiminin “hasta” yerine “hasta verileri” merkezli olarak gerçekleştirilmesinin, hekimlerin, klinik vasıflarında aşınmaya ve üretim sürecine yabancılaşmasına neden olduğu ileri sürülmektedir. Hekimin üretim sürecine yabancılaşması emeğinin nesnesinden, yani hastadan uzaklaşmasıyla yaşanmaktadır.

Tanısal muhakeme vasıfları ile hasta başında gözlem vasıfları, klinik muayenenin temellerini oluşturmaktadır (Bordage, 1995). Hekim, doğrudan hastayı gözlemek suretiyle hastalığı değerlendirmekte ve tanıya gitmeye çalışmaktadır. Hasta başında değerlendirmeden çok şey öğrenilebilmektedir; örneğin, stajyerlerin profesyonelliği öğrenme süreçlerinde hasta ile bağ kurarak iletişim ilkelerini kavramalarını mümkün kılmaktadır. Klinik eğitimin temel bir bileşeni olan hasta başında değerlendirme öğretiminin, 1960'larda ve 1970'lerin başında yaygın olarak uygulandığı ancak o zamandan günümüze önemli ölçüde azaldığı görülmektedir (Ahmed, 2002). Yapılan bir araştırmada, hasta başında değerlendirmeye yönelik öğretimdeki azalışın arkasında yatan en önemli sebeplerden birisinin, ilgili vasıfların artık değerli görülmemesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ramani vd., 2003). Klinik vasıf olarak adlandırılan bu türden vasıflar aracılığıyla ulaşılan tanılara, günümüzde, modern teknolojiler aracılığıyla ulaşıldığı, hekimlerin hasta başında değerlendirme uygulamalarının giderek azaldığı ve hastanın üretim sürecinden uzaklaşması sonucunda hekimin klinik vasıflarında aşınma meydana geldiği söylenebilir.

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki hasta başında değerlendirmeye yönelik öğretimde geçen zaman azalmış ve mekânsal olarak hastanın bulunmadığı ortamlara kaymıştır (Ramani vd., 2003). Çoğu hastanedeki vizitler; hastalığın öyküsüne ve fizik muayenesine odaklanan hasta-hekim ilişkisi, hastanın son laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarına odaklanan konferans salonundaki öğrenme faaliyetlerine dönüşmüştür (Feddock, 2007). Bu gelişmelerin ardında, hekimin sıklıkla, hastanın hastalığına ilişkin söylemlerinin gereksizleştiğini düşünmesi ile ilgili testlerin hastalık hakkında daha çok bilgi vermesi gibi sebeplerin yer aldığı tespit edilmiştir (Stoeckle, 1988). Diğer uğraş alanlarında gözlemlendiği gibi tıp alanında da hekimlik mesleği bilgisayar teknolojileri ile yeniden yapılanmıştır. Bu durumun, hasta başında değerlendirme yapma sıklığını azaltarak genç hekimlerin klinik vasıfları kazanmalarına engel olduğu düşünülmektedir. Yoğun teknoloji

kullanımının yanı sıra kıdemli hekimlerin artan klinik, idari ve araştırma görevlerinin de bu sürece katkıda bulunduğu saptanmıştır (Ahmed, 2002). Bu türden eğilimlere karşın, hekimlerin hastalar ile doğrudan bir etkileşim içerisinde bulunması gerektiği üzerinde yoğun olarak durulmakta ve tıp öğrencilerine ilgili vasıfların eğitiminin verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Thirumoorthy, 2017).

Hekimlerin klinik vasıf, sorumluluk ve tanısal muhakeme görevleri bilgisayar teknolojileriyle donatılan sistemlere aktarılsa da bilgisayarların, tıbbi uygulamalarda hekimin yerini tamamen alması mümkün görünmemektedir. Çünkü sağlık hizmeti, doğası gereği özünde insani etkileşime dayanmaktadır. Yapılan araştırmalar da göstermektedir ki hastalar yoğun bir şekilde hekimler ile güven üzerine kurulu bir ilişki talep etmektedirler. Araştırmalar ayrıca hastaları ile duygusal bağ kuran hekimlerin iletişimlerinin tedavi edici etkinliğini de saptamıştır (Bailey, 2011). Bu nedenle, sağlık hizmeti üretiminde hekimlerin iletişim vasıflarını da içeren klinik vasıflarının önemini kaybetmediğini hatta giderek daha da önemli hale geldiğini söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin hasta ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmesi için hastaların öncelikleri hakkında fikir sahibi olunması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki hastalar açısından “insanîyet”, “yetkinlik/doğruluk”, “hastaların kararlara katılımı”, “bakım zamanı”, “uygunluğun/ulaşılabilirliğin diğer yönleri”, “bilgilendirilebilirlik”, “hastaların ihtiyaçlarını araştırmak”, “ilişkinin ve iletişimin diğer yönleri” ve “özel hizmetlerin varlığı” gibi konular önemsenmekte ve ön plana çıkmaktadır (Wensing vd., 1998). Yapılan araştırmaların da gösterdiği üzere, hasta ile hekim arasında kurulan ilişki, sağlık hizmeti kalitesini doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla, hekimlerin emek sürecinde, emeğin nesnesi konumundaki insan faktörünün salt bilgisayar verisi boyutuna indirgenmemesi, hasta başında değerlendirme gibi tanı/tedavi uygulamaların arttırılması ve bu uygulamalara ilişkin vasıflara hekimlerce sahip olunması birer gereklilikten ziyade zorunluluk oluşturmaktadır. Ancak literatürde: “değersiz” yöntemler olarak algılanmaları neticesinde hasta başında değerlendirme gibi uygulamaların öğretiminin azaldığına; hekimlerin, hastanın üretim sürecinden soyutlanmasıyla başta iletişim vasıfları olmak üzere, öykü alma, tanısal muhakeme gibi klinik vasıflarının doğrudan etkilendiğine ve böylelikle hekimlerin ilgili vasıflarının azaldığına ve hekimlerin, tanı/tedavi uygulamalarını klinik vasıfları kullanarak belirledikleri çalışma formundan laboratuvar testleri, görüntüleme cihazları ve tanı testleri kullanarak belirledikleri bir çalışma formuna geçtiğine dair bilgiler paylaşılmaktadır.

3.3.3 Emeğin Üretim Araçları: Tıbbi Teknoloji

Hekimlerin üretim araçları; tanı ve tedavi uygulamalarında kullandıkları araç, gereç ve makineler gibi tıbbi teknolojilerden oluşmaktadır. Tıbbi teknolojilerde yaşanan gelişmeler sonucunda, hastalığın tanı ve tedavi süreçlerinde, hekim ile beraber teknoloji de aktif olarak yer almaya başlamıştır. Bu durumun, hekimler açısından, klinik vasıflarının değer kaybetmesine, ilgili vasıfların daha az kullanılmasına ve böylelikle aşınmasına neden olduğu ileri sürülerek vasıfsızlaşma tartışmaları yürütülmektedir.

Tıbbi teknolojiler, hekimlik mesleği içerisinde araştırılan çıktıları ve sorulan soruları temelden değiştirebilme potansiyeline sahiptir (Cochran, 2010). Teknolojinin, hekimlik mesleğini dönüştürebilme gücü, hekimlerin klinik uygulamalarda kullandıkları yöntemleri belirleyebilmesinden kaynaklanmaktadır. Öyle ki klinik uygulamalarda, laboratuvar testleri ve biyomedikal teknolojiler, hastalık öyküsü alma ve fizik muayene gibi geleneksel yöntemlerin yerini almaktadır (Bordage, 1995). Hekimlerin, hasta başında değerlendirme, hastalık öyküsü alma ve fizik muayene yöntemlerinden giderek uzaklaşırken tıbbi pratiklerinde artan oranda teknoloji kullandıkları gözlemlenmektedir.

Yüzyıllar boyunca hekim, hastalığın tanısında yalnızca öykü alma ve fizik muayene yöntemlerini kullanmıştır. Bu yöntemlere zaman içerisinde, temel laboratuvar testleri ve 20. yüzyılın başlarında radyografi ve daha sonra elektrokardiyografi gibi gelişim gösteren teknoloji temelli yeni yöntemler eklenmiştir (Cheitlin, 2011). Hiç kuşkusuz ki tıbbi teknolojilerdeki bu gelişmeler, sağlık hizmetinin üretiminde son derece önemli kazanımları da beraberinde getirmiştir. Ancak literatürde, profesyonel bir meslek grubu olarak hekimlik mesleği üzerinde tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin; hekimlerin sorumluluk alanlarını daraltması, klinik vasıflarını kullanmalarının önüne geçmesi ve ilgili vasıflara olan ihtiyacı azaltması ve bunun sonucunda tıp eğitimi içerisinde bunların öğrenimine yönelik eğitimin kapsamını giderek sınırlandırması gibi vasıf bağlamında yıkıcı etkilerinin de olduğu tartışılmaktadır. Bu etkilerin ise teknolojinin kendisinden değil tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Bailey, 2011). Vasıfsızlaşma tartışmalarının odağında, tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki olumlu etkileri değil, hekim emeği üzerindeki olumsuz etkileri yer almaktadır.

Laboratuvar testlerinin hızla yaygınlık kazanması ile hekim ve öğrencilerde tanıya ulaşmada laboratuvar raporlarına daha fazla; hastalık öyküsü almaya, hastanın muayenesine ve klinik muhakemeye daha az başvurma eğilimi yaşanmıştır (Feddock, 2007). Tıbbi teknolojilerin, tanı ve tedavide süreçlerinin yürütülmesinde destekleyici ve tamamlayıcı bir rol üstlenmesi gerekirken bu teknolojiler, klinik muhakeme vasıflarının ikamesi olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Hekimlerin, hastalık tanısının konmasında kullandıkları üretim araçları farklılık göstermekle birlikte genel olarak laboratuvar testleri ile görüntüleme teknolojilerinden oluşmaktadır. Bilgisayarlı tomografinin ortaya çıkışı, tanısal radyolojide devrime neden olarak 1970'lerdeki ilk kullanımından bu yana hastalıkların tanısında kullanımı hızla artmıştır (Brenner ve Hall, 2007). Yapılan araştırmalar, başvuru tanısal yöntemler hakkında çarpıcı istatistikleri ortaya koymaktadır. Örneğin, ABD'de, 1997'den 2006'ya kadar 377.048 hastaya 4,9 milyon tanısal test uygulanmıştır. Bilgisayarlı tomografi ile kesitsel görüntüleme, bu yıllar boyunca neredeyse iki katına çıkarken manyetik rezonans ile görüntüleme üçe katlanmıştır. Ancak görüntüleme maliyetleri de iki katından fazla artmıştır. Görüntülemedeki çarpıcı artış hem maliyetleri hem de radyasyona maruz kalma oranını yükseltmiştir (Smith-Bindman vd., 2008). Yayınlanan son verilere göre ise Türkiye'de, 2018 yılında, 15.283.656 hastaya MR, 18.321.984 hastaya bilgisayarlı tomografi ve 26.036.669 hastaya ultrason görüntüleme tekniği uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019: 187). Tanının belirlenmesindeki faydalarına karşın görüntüleme teknolojilerinin artan kullanımının, klinik vasıflar üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu savunulmaktadır. Öte yandan yüksek doz radyasyona maruz bırakması ve sınırlı kaynakların plansız bir şekilde kullanılması nedeniyle artan teknoloji kullanımının etik ikilemlere de neden olduğu tartışılmaktadır (Avaner, 2019; Spitzer, 2014). Örneğin; bilgisayarlı tomografinin kanser vakalarını arttırdığına dair bulgular söz konusudur ve bu durumun gelecekte halk sağlığı açısından bir sorun oluşturacağına dair kaygılar taşınmaktadır (Brenner ve Hall, 2007).

Geçmişte, organ ve sistemlerin işlev bozukluklarını veya hastalıkları tanımlamak için laboratuvar testleri kullanılmıştır. Bu durum, günümüzde geçerliliğini halen daha devam ettirmekle birlikte kapsamı genişlemiş ve teknolojideki gelişmeler laboratuvar testlerinin öneminin artmasına katkıda bulunmuştur. Hekimler testleri, hastalık alt gruplarına ilişkin tanıların konulmasında ve hekimlerin en uygun tedavileri ve hastaların tedaviye yanıtını belirlemede kullanmaya başlamıştır. Böylelikle klinik laboratuvarların önemi artmış ancak

hekimlerin hastalık öyküsü alma ve fizik muayene vasıflarında azalış yaşandığı ileri sürülmeye başlanmıştır. Aslında klinik laboratuvarların artan önemi, hekim vasıflarından ziyade tanısıl testlerden elde edilen objektif verilere duyulan güveni de temsil etmektedir (Epner vd., 2013). Örneğin, bilgisayarlı tomografi taramaları ile hekimler, baş ağrısının değerlendirilmesinde hasta öyküsü almaya ve nörolojik muayenelere daha az başvurabilmektedir. Öte yandan ekokardiyogramlar, oskültasyon vasıflarında düşüşlere yol açabilmektedir. Aynı şekilde, sağlık bilgi teknolojileri de sağlık hizmeti sunumunda insan etkileşimlerini ve iletişim vasıflarını aşındırabilmektedir (Bailey, 2011).

Daha önce de değinildiği üzere, hasta ve hekim arasındaki etkileşim, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerden etkilenmektedir. Bir araştırmada, hekimlerin %96'sının, elektrik sağlık kayıt sistemine geçişle beraber hastalık öyküsü alma uygulamalarının ortadan kalkacağı endişesini taşıdığı saptanmıştır. Bu endişeye, yeni teknolojilerin hasta-hekim ilişkisini zayıflatıp zayıflatmayacağı belirsizliği kaynaklık etmiştir (Cochran, 2010). Hekimin hastalık öyküsü alması, emek sürecinde hasta ve hekim arasında doğrudan bir iletişimin kurulması anlamına gelse de hastalık öykülerinin veri boyutuna indirgenmesiyle bu iletişim kurulamamaktadır.

Hekimlerin, klinik vasıflarını yoğun bir şekilde kullandıkları öykü alma ve fizik muayene gibi yöntemler aracılığıyla elde ettikleri bulguların yerini, tıbbi teknolojiler ile elde edilen bulgular almaya başlamıştır. Ancak yapılan araştırmalar, hastalık öyküsü almanın ve fizik muayenenin doğru bir tanının konulmasında en önemli unsurlar olduğunu ve laboratuvar testlerinin bu süreçte küçük bir rol oynadığını göstermektedir (Feddock, 2007). Hastalık tanısının konulmasında klinik vasıfların etkinliğini araştıran çok sayıda çalışma yürütülmüştür (Hampton vd., 1975; Kirch ve Schafii, 1996; Paley vd., 2011; Peterson vd., 1992; Wahner-Roedler vd., 2007). Bu çalışmalar farklı yıllarda yapılmış olmalarına rağmen benzer sonuçları vermeleri açısından son derece önemlidir.

Hastalık öyküsünün alınması, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri, tıbbi tanının konulmasında kullanılmaktadır. 1970'lerde hastalığın tanı ve tedavisinde tıbbi hastalık öyküsü almanın, fizik muayenenin ve laboratuvar testlerinin önemini araştıran Hampton ve arkadaşları (1975), yapmış oldukları çalışmada, hekimlerden hastalık öyküsünü aldıktan, fizik muayene yaptıktan ve son olarak da laboratuvar testlerinden sonra koydukları tanıları kaydetmelerini istemişlerdir. Araştırma, hekimlerin koymuş oldukları tanıları, laboratuvar incelemelerinden sonra ulaşılan en son tanı ile karşılaştırarak öykü almanın tanının

belirlenmesinde ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. Hampton ve arkadaşları, 80 hastanın 66'sında hastalık öyküsü alınmasının nihai tanı ile örtüştüğünü ve nihai tanı için yeterli bilgiyi sağladığını saptamıştır. Fizik muayene, yalnızca 7 hastanın tanısında kullanılmış ve 25 hastada hekimin öykü alarak ulaştığı tanıya olan güvenin değişmesine etki etmiştir. Fizik muayene 12 hastada daha doğru bir öngörü yapılmasına neden olmuştur. Hampton ve arkadaşlarının çalışması, tanı koymada hastalık öyküsü almaya daha fazla zaman ayırmanın önemini göstermektedir. Öte yandan tıp öğrencilerine doğru bir şekilde hasta öyküsü almalarının öğretilmesi ve hasta-hekim iletişimine daha fazla önem verilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.

Benzer şekilde Peterson ve arkadaşları (1992), tıbbi tanı koymada öykü almanın, fizik muayenenin ve laboratuvar incelemesinin katkılarını araştırdıkları çalışmalarında, yeni veya önceden tanısı konmamış olan 80 hasta için dahiliyecilerden ayırıcı tanıda bulunmalarını ve bunları listelemelerini ve her bir tanı olasılığı için öykü almadan, fizik muayeneden ve son olarak laboratuvar incelemesinden sonra 1 ile 10 arasında bir güven aralığı vermelerini istemişlerdir. Araştırmanın sonuçlarına göre 61 hastada %76 öykü alma, 10 hastada %12 fizik muayene, 9 hastada %11 ise laboratuvar incelemesinin tanının konulmasında etkili olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, fizik muayene ve laboratuvar incelemesinden yola çıkarak tanıya ulaşmak kolay ve yeterli olmamış, bu sonuçlar daha az tanıya ulaşılmasını sağlamıştır. Ancak belirli tanı ihtimallerinin elenmesinde ve hekimlerin tanılarına olan güvenlerini arttırmada fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri bir enstrüman görevi görmüştür. Geçici tanıları için öykü alındıktan sonraki ortalama güven puanı 7,1 iken fizik muayeneden sonra 8,2, laboratuvar incelemesinden sonra 9,3 puan olarak gerçekleşmiştir. 80 olgunun 70'inde kesin tanı, öykü alımı tamamlandıktan sonra ayırıcı tanı listesinde yer almıştır. Bu çalışma, öykü almanın bir dahiliyeci için mevcut en güçlü tanı aracı olduğu kabulünü desteklemektedir.

Kirch ve Schafii (1996) tarafından yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre ise ultrason, bilgisayarlı tomografi ve moleküler radyoterapi taramaları gibi yeni tanı prosedürlerinin uygulamaya başlanması yanlış tanı oranını düşürmemiştir. Yanlış yorumlama, teknik hatalar ve ilgili prosedürlere aşırı bağımlılığın bazı durumlarda doğrudan tanı hatalarına neden olduğu saptanmıştır. Bunun aksine, tanı sürecinde doğru tanıların belirlenmesinde %60-70 oranında öykü almanın ve fizik muayenenin önemli bir rol üstlendiği sonucuna ulaşılmıştır. Tanının konulmasındaki geleneksel yöntemler doğru tanıya

ulaşılmasında etkili olsa da yerini hızla tıbbi teknolojilere bırakmaktadır. Bu bağlamda Hickner ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, aile hekimlerinin laboratuvar testlerine başvurma oranları %29, genel dahiliyecilerin oranı %38 olarak saptanmıştır.

Daha yakın tarihli bir çalışmada ise hastalık tanısının konulmasında ve farklı tanı olasılıklarının elenmesinde öykü almanın ve fizik muayenenin önemini devam ettirdiği sonucuna ulaşmıştır. Paley ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada, yeni kabul edilen dahiliye hastalarının %80'inden fazlasına başvuru sırasında doğru tanı konulduğu ve çoğu durumda doğru tanı konulmasında temel klinik vasıfların güçlü bir araç olmayı sürdürdüğü tespit edilmiştir. Büyük klinik çeşitliliğe rağmen, tüm doğru tanıların %90'ının öykü alma, fizik muayene ve görüntüleme teknolojileri hariç temel testlerin bir kombinasyonu sonucunda konulduğu saptanmıştır. Araştırma, öykü almanın tanıda en güçlü araç olduğu sonucuna ulaşmıştır. Paley ve arkadaşlarının çalışması, acil servis hastalarının tanılarının konulmasında öykü alma, fizik muayene ve temel laboratuvar testleri gibi düşük teknoloji yöntemlerin değerini göstermesi açısından son derece önemlidir. Doğru bir tanının konulmasında hasta öyküsünün alınmasının fizik muayene ve temel testler ile birlikte önemli bir rol üstlendiğini tespit etmişlerdir (Cheitlin, 2011; Redberg, 2011).

Nihai tanının belirlenmesinde klinik vasıfların ve tanısal test sonuçlarının katkılarını araştıran çalışmalar, klinik uygulamalarda teknoloji kullanımının artmasına rağmen klinik tecrübelerin ve vasıfların hala daha önemli roller üstlendiklerini saptamışlardır (Wahner-Roedler vd., 2007). Bu nedenle de öykü alma ve tanısal muhakeme gibi vasıflara daha fazla yer verilmesi gerektiği üzerinde yoğun olarak durulmaktadır (Goodman, 2010). Çünkü hasta ve hekim arasındaki ilişkide gerçekleşen ve gelişen iletişim ve fizik muayene vasıfları, doğru tanının konulmasında ve kritik bilgilerin elde edilmesinde son derece büyük ve kapsamlı bir önem taşımaktadır. Her iki uygulama da doğru tanının konulmasında çoğu vaka için yeterli görülmektedir.

Sonuç olarak öykü almanın önemini devam ettirdiği ve teknolojinin tanının konulmasında ek bir destekleyici konumunda olması gerektiği düşünülmektedir. Ancak hekimlerin kendilerine güvenmeleri ve mesleki özerkliğin önemini kavramaları gerekmektedir. Yapılan araştırmalar, kıdemli hekimlerin daha fazla tecrübe ve uzmanlık kazandıkça klinik kanıtlara laboratuvar testlerinden daha fazla önem verme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Lu,

2016). Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin sağlık hizmeti kalitesini arttırdığı ancak hekim emeği açısından vasıfsızlaşma tehdidini taşıdığı savunulmaktadır. Çünkü klinik vasıfların gerek tıp eğitimi süresince olgusal bilgilerin yoğun olarak öğretilmemesinden gerekse hekimlerin günlük pratiklerinde yoğun olarak kullanılmamasından kaynaklı olarak azalış gösterdiği ileri sürülmekte ve yapılan araştırmalarla desteklenmektedir.

3.4. Hekimlerin Emek Sürecinde Yaşanan Teknoloji Temelli Dönüşümler

Teknoloji, modern tıp üzerinde çok güçlü etkilere sahiptir. Tıbbi teknolojiler, hekimlerin sağlık hizmeti üretim mekanlarından hastaların evlerine, hastanelerden özel laboratuvarlara kadar her yere yayılmış ve kullanım alanını giderek genişletmiştir (Stoeckle, 1988). Öte yandan hastalık olgusunun biyolojik bir sorununa indirgenmesinin ve bu durumun bilimsel bir zeminde incelenmesinin önünü açarak tıp alanında oldukça önemli gelişmelere neden olmuştur. Teknoloji, bir yandan hastalıkların bilimsel zeminde tanımlanmasına olanak tanırken bir yandan da hastalıklar hakkındaki bilgi birikimini giderek arttırmıştır (Cassell, 1997: 63-64). Tıpta var olan uzmanlık alanları da bu gelişmelerin sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Teknolojik gelişmeler hastalığa bakış açısı başta olmak üzere birçok yeni gelişmeye, tıpta uzmanlaşmaya ve yeni yönetim mekanizmalarına kaynaklık etmiştir.

Uzmanlığın, ne kadarının araçlara ve araç kullanımına bağlı olduğu, önemli bir tartışma konusu olmuştur. Tarihsel olarak pek çok uzmanlık ancak etkili araç bulunduğu mümkün hale gelmiştir. Bunun klasik örneği oftalmoskoptur. Diğer bir örnek ise röntgen cihazıdır. Uzmanın aleti ortaya çıkardığı gibi aletin de uzmanı ortaya çıkardığını söylemek bu durumda yanlış olmayacaktır (Galdston, 1959). Yeni bir tanı teknolojisi, bilinen durumların daha detaylı tanısına izin verebilme veya yeni hastalıkları veya bilinen hastalıkların alt gruplarını ayırt edebilme potansiyeline sahiptir. Teknolojinin gelişmesi ise artan bir şekilde tıbbi olmayan alanlarda yürütülen biyomedikal araştırmalardan ve teknolojik gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Biyolojik mekanizmalarla ilgili keşifler sıklıkla yeni buluşları doğurmaktadır. Genetik hastalıklar için doğum öncesi testler bu türden keşiflere örnek teşkil etmektedir. Vücut görüntülemesi için nükleer manyetik rezonans ve endoskopi için fiber optik buluşu gibi tıbbi olmayan amaçlar için geliştirilen teknolojiler, genellikle tıpta yeni uygulama alanları bulmaktadır (Cook-Deegan, 1988: 135-141). Teknikteki gelişmeler ile yeni keşifler yeni uzmanlık alanlarını ortaya çıkarmakta ve teknoloji, tıp alanı dışındaki

kişilerce üretilmesi nedeniyle hekimlik mesleğinin diğer meslek gruplarına bağımlı hale gelmesinde etkili olmaktadır.

Bilim ve teknolojinin sağlık hizmeti üretiminde uygulanmaya başlanması kaçınılmaz bir şekilde endüstriyel bir temelin gerekliliklerine yol açmıştır. Sağlık hizmetine ulaşmada hastanelerin önemi giderek artmıştır. Bu gelişmeler, güçlü bir finansal zemini gerekli kılmıştır. Finansal risklerin varlığı ise hekimlerin kontrolüne ilişkin mekanizmaların geliştirilmesine neden olmuş ve hekimler mesleki özerkliklerini tehdit eden gelişmeleri tecrübe etmeye başlamıştır (Kelman, 1971). Tıbbi pratiğin bürokratikleşmesi olarak adlandırılan bu sürecin, tıp eğitiminin teknolojiye giderek daha bağımlı hale gelmesinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Soyer, 2009). Hekimin, hangi teknolojiyi kullanacağından üretimdeki faaliyetlerinin denetlenmesine kadar birçok alanda yönetsel yapı tarafından kontrol edildiği ve bu gelişmeler neticesinde işin yürütümündeki özerkliğini kaybettiği ileri sürülmektedir.

Teknolojik gelişmelerin hekimlerin emek sürecinde neden olduğu dönüşümler bağlamında öncelikle bilimsel-bürokratik tıp anlayışına, sonrasında bu anlayışın salık verdiği tıpta uzmanlaşma sürecine ve bu gelişmelerin sonucu olarak geliştirilen klinik yönetim anlayışı ile klinik protokollere değinilecektir. Son olarak ayrı bir başlık altında tıbbi teknolojilerin doğrudan kendinde yaşanan gelişmelere yer verilecektir. Teknolojinin genel olarak; bilimsel-bürokratik tıp anlayışı, tıpta uzmanlaşma, klinik yönetim ve klinik protokollerin ortaya çıkış nedenini oluşturduğunu söylemek mümkündür. Tıbbi teknolojiler gelişirken kendine has mekanizmaları, anlayışları ve süreçleri de beraberinde getirmektedir. Aralarındaki nedensellik ilişkisi ilgili başlıklarda açıklanacaktır.

3.4.1. Bilimsel Bürokratik Tıp Anlayışı

Günümüzde sağlık hizmeti üretimi, bilimsel-bürokratik tıp anlayışı çerçevesinde gerçekleşmekte ve hekimlerin emek süreci de bu anlayış çerçevesinde şekillenmektedir. Kendi hesabına çalışan siyah çantalı hekimin yerini hastanede çalışan hekimin alması, hekimlik mesleğini derinden etkilemiştir.

Bürokratik yönetim, yönetime olağan üstü bir güç sunan teknik bilgi temeline dayalı denetim anlamına gelmektedir (Weber, 2014: 67). Konumuz açısından ise bürokrasi, meslek

üyelerinin ayrıntılı olarak denetlenmesi, kontrol edilmesi ve üretken faaliyetlerinin planlanması olarak tanımlanmaktadır (Freidson, 1996: 112). Tıp anlayışının bürokratikleşmesi, hekimlerin emek sürecinin kapitalist dönüşümü ile gerçekleşmiştir. Rasyonellik, merkezileşme ihtiyacı, ölçek ekonomilerinin desteklenmesi, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik talepler ve verimlilik gibi kriterler, tıp alanındaki bürokratikleşmenin geleneksel nedenleri arasında sayılmaktadır. Kapitalist gelişme mantığıyla tıp alanının bürokratik hale getirilmesi neticesinde, hekimler hastanelerde istihdam edilmeye başlanmış ve eski tıp çalışma pratikleri son derece kârlı sağlık hizmetleri sunumunun ortaya çıkmakta olan gereksinimlerine bağlanmıştır. Tıbbi uygulamalar, gelişmiş kapitalizmin gerekliliklerine tabi/uygun kılınmak amacıyla bürokratikleştirilmiştir (McKinlay ve Arches, 1985).

Bürokratikleşme süreci ile hastaneler yönetici-hekimler tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Bazılarının tıbbi vasıfları söz konusu olsa da çoğu rasyonalizasyon, üretkenlik ve maliyet etkinliği gibi konulara odaklanan hastane yönetimi alanında eğitilmiştir (McKinlay ve Stoeckle, 1988). Bilimsel bürokratik tıp anlayışının, “bürokratik” olma özelliğini bu niteliklerden aldığını söylemek mümkündür. “Bilimsel” tıp olma özelliğini ise tıbbi pratiklerin geleneksel yöntem ve prosedürlerinin değerlendirmeye tabi tutulmasıyla kazanmıştır. Bilimsel tıp hareketi, belirli tıbbi prosedürlerin etkinliğini değerlendirmeye başlamış ve aynı zamanda, yaygın hastalıkların veya durumların rutin tedavisi için klinik protokollerin geliştirilmesine yol açmıştır (Coburn, 2006).

Kapitalizm, genel olarak, işçiler üzerindeki kontrolünü sürdürmek, sermaye birikimini sağlamak ve üretim verimliliğine katkıda bulunmak için hiyerarşik bürokratik yapılara ihtiyaç duymuş ve bu yapıları teşvik etmiştir. Bu durum, hekimler açısından da söz konusu olmuş ve hekimlerin bürokratik bir yapıya girmeleri sonucunda yönetsel hiyerarşi artmıştır. Beraberinde ise yöneticiler, statülerinin devamı için süreçler üzerindeki kontrollerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmuşlardır (McKinlay ve Arches, 1985). Emek süreci üzerindeki kontrolün sağlanması, sermaye birikimi ve karlılık için hayati bir önem taşımasından dolayı yönetsel bir üst yapı ortaya çıkmıştır.

Tıbbi teknolojilerde yaşanan yoğun gelişmeler, bürokratikleşmenin artmasının sebeplerinden biri olarak görülmektedir. Çünkü tıbbi teknolojilerin, tedavi için ödeme yapabilecek durumda olan hastaları teşvik etme ve rekabet üstünlüğü sağlama potansiyeline

sahip olduğu kabul edilmektedir (Scarpaci, 1990). Öte yandan teknoloji, tıbbın uygulanması için ihtiyaç duyulan sermaye miktarını arttırmaktadır. Çünkü modern tıbbi teknolojiler yüksek maliyetlere ve sermaye yoğun özelliğe sahiptir. Bu durum, sağlık hizmeti sunumu için sermaye yatırımı miktarını da artırarak finansal risklerin genişlemesine neden olmaktadır (Cook-Deegan, 1988: 147). Finansal risklerin varlığı ise denetimi ve planlamayı zorunlu kılarak bürokratik yapıları ortaya çıkarmış ve yaygınlığını arttırmıştır.

Özetle bürokratikleşme, tarihsel olarak, kapitalizmin temel gereksinimlerinin karşılandığı ve ayrıcalıklarının korunduğu mekanizma olarak kullanılmıştır. Günümüzde de bu durum devam etmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Tıp alanında ortaya çıkan bilimsel-bürokratik tıp anlayışı da aynı şekilde artan tüketime karşılık verebilmek ve tıp alanında uzmanlaşmak amacıyla yapılandırılmış bir yaklaşımdır. Bu haliyle Fordist emek sürecinin çoğu belirgin özelliğini taşımaktadır (Harrison, 2002). Fordist emek sürecine has özellikler, hekimlerin emek sürecinde de gözlemlenmekte; Fordizm’de olduğu gibi tıpta da uzmanlaşma sağlanmakta, üretim sürecinin planlama, denetim ve kontrol süreçleri klinik yönetim ya da hastane yönetimi tarafından yönlendirilmekte ve klinik protokoller aracılığıyla hekimin işin yürütümündeki özerkliği azalmaktadır. Sonuç olarak Fordist montaj hattı işçisinde olduğu gibi hekimlerde de vasıfsızlaşma eğilimlerinin gözlemlendiği ileri sürülmektedir (Barondess, 2000; Stoeckle, 1988).

Sağlık hizmeti üretiminin ve tıbbi pratiklerin “endüstriyel” dönüşümü, tıp alanında bürokratikleşme ve rasyonalizasyon süreçlerinin tecrübe edilmesine neden olmuştur. Tıbbi teknolojilerin son derece büyük bir etkiye sahip olduğu bu gelişmeler sonucunda tıpta uzmanlaşma eğilimi başlamış ve rutin ve standart tanı ve tedavi aşamalarının oluşturulması amacıyla klinik protokoller ve klinik yönetim mekanizmaları uygulanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, tıbbi teknolojilerde yaşanan gelişmeler neticesinde ortaya çıkan bilimsel-bürokratik tıp anlayışı ile etkisini arttıran “tıpta uzmanlaşma”, “klinik yönetim” ve “klinik protokol” uygulamalarının vasıfsızlaşmayı tetiklediği savunulmaktadır (McKinlay, 1977; Timmons, 2003). Taylorizm’in ortaya çıkışında olduğu gibi bu üç gelişmenin teknolojik gelişmeler ile yakından ilişkisi bulunmaktadır.

3.4.2. Tıpta Uzmanlaşma

Çoğu tıp tarihçisi, uzmanlık tarihini modern tıp tarihi ile açıklamaktadır. Çünkü modern tıbbın ve uzmanlığın, tarihsel olarak aynı dönemde ortaya çıkmış olan ve aynı anlamı veren iki kavram olduğu düşünülmektedir (Galdston, 1958). Tıbbi bilgiyi genişletmeye yönelik kolektif bir isteğin klinik araştırmacıları uzmanlaşmaya sevk etmesi ve yönetsel yapılarda tıbbi pratiklerin sınıflandırılarak en iyi şekilde yönetilebileceği düşüncesinin oluşması sonucunda tıpta uzmanlaşmanın yaşandığı kabul edilmektedir (Weisz, 2003).

Weisz'e (2006: 3) göre, tıpta uzmanlaşma, 1830'larda Paris'te yaşanan üç gelişmenin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Cerrahi ve tıbbın birleşmesi, başkent Paris'te yeni bir tür tıbbi araştırma topluluğunun yükselişe geçmesi ve belediye bünyesinde yeni bir tür idari rasyonalitenin yayılması yönündeki gelişmeler ile tıpta uzmanlaşmanın ilk örnekleri Paris'te tecrübe edilmiş ve uzmanlık alanlarının ilk ortaya çıkışı, ilgili yıllarda Avrupa çapında gerçekleşen bilimde profesyonelleşme sürecinin bir parçası olarak kabul edilmiştir. Modern anlamıyla tıpa uzmanlaşmanın ilk kez görüldüğü Fransa'daki eski rejimde, tıp uygulayıcıları hekimler, cerrahlar ve eczacılar şeklinde ayrılırken yeni sistemde diş hekimleri, göz hekimleri, fitik cerrahları ve litotomistler şeklinde vücudun belirli bölgelerinde belirli operasyonları gerçekleştiren hekimler şeklinde ayrılmaya başlamıştır.

Tıpta uzmanlaşma anlayışının modern bir anlamı söz konusudur. Çünkü Paris'te ortaya çıkan tıpta uzmanlaşma anlayışı ile milattan önceki tıbbi uygulamalarda gözlemlenen uzmanlık alanları arasında benzerlik söz konusu değildir. Tıpta uzmanlaşma anlayışına modern bir nitelik katan da bu farklılıktır: 19. yüzyılın sonlarında uzmanlık alanları giderek çeşitlenmiştir (Şahinoğlu Pelin, 2000). Sanayi öncesi toplumların toplumsal işbölümü anlayışı ile sanayi toplumlarının aşırı işbölümü anlayışı arasındaki farklılaşmanın bir benzeri, tıp alanında da söz konusudur. Tıpta uzmanlaşma, 19. yüzyıldan önce de vardır ancak doğası bugünkünden farklıdır.

Tıpta uzmanlaşmanın kökenlerine Herodotos'un "*Tarih*" adlı kitabında da rastlamak mümkündür. Herodotos (1973: 165), hekimlik mesleğinin Antik Mısır'da dahi bir hekimin yalnızca bir hastalığa; göz, baş, diş, karın ağrısı, iç hastalıkları gibi hastalıklara, bakacak şekilde yapılandırıldığını ifade etmiştir. Öte yandan Antik Çağ'ın hekimleri arasında, Mısırlı hekimlerin, en iyi hekimler olma özelliği taşıdığı da ifade edilmektedir (Castiglioni, 1947:

59). Bu yüzden, tıpta uzmanlığın, çok eskiye dayanan bir anlayış olmakla birlikte 19. yüzyılda Paris’te yaşanan gelişmeler sonrasında modern bir anlam kazandığını ve birçok alt dala ayrıldığını vurgulamak son derece önemlidir.

Tıpta uzmanlaşma olgusunun, teknoloji ile yakından bir ilişkisi bulunmaktadır. Teknolojik gelişmeler ile yoğunlaşan uzmanlaşma anlayışı, tıbbi bilgi birikimindeki artışın hem bir ürünü hem de tetikleyicisi olarak kabul edilmektedir. Bu yönde işleyiş gösteren uzmanlaşma hem hekimleri hem de hastaları alt gruplara ayırmakta ve yeni bir tanı aracı veya prosedürü aracılığıyla, kullanımı konusunda özel eğitim almış hekimlere ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır (Detsky vd., 2012; Gelijns ve Rosenberg, 1994; Menke, 1970). Bu nedenle de parçaların toplamının bütüne eşit olduğunu iddia eden uzmanlaşma anlayışının ortaya çıkışı, bilgi birikimindeki artış ile gerekçelendirilmektedir (Galdston, 1958).

Belirli bir alanda daha derin bilgiye sahip olmanın bütüncül bilgiye sahip olmaktan daha kolay olduğu ileri sürülmektedir. Tek bir hekimin tüm işlemleri öğrenmesi, teknolojik gelişmeler nedeniyle zorlaşmış ve hekimler özelleşmiş teknolojileri kullanmaya yönlendirilmiştir. Öte yandan sürekli olarak benzer hastalıkların incelenmesi ve tedavi edilmesi, mesleki deneyimi arttırmıştır (Terzi, 2009). Böylelikle, daha önce de değinildiği gibi, Fordist üretim mantığı, hekimlerin emek sürecine de yansımıştır. Taylorizm’in fabrika düzenindeki üretim sürecini parçalara ayırması, emeğin üretkenliğini arttırmış ancak emek artan işbölümü nedeniyle vasıfsızlaşmıştır. Aynı şekilde hekimlerin de bütüncül tıp anlayışından uzaklaşarak belirli bir alana yönlendirilmesi ve ilgili alandaki tecrübelerinin derinleşmesine rağmen artan uzmanlaşma ile bütüncül bilgiden kopmaları sonucunda vasıf kaybına uğradıkları savunulmaktadır.

Genel tıp bilgisine zarar verecek şekilde uzmanlıkların artması, birkaç gelişmenin sonucu olarak kabul edilmektedir. En önemli nedenlerden birisi olarak tıp bilgisinin sürekli bir şekilde artması sonucunda herhangi bir hekimin uygulamalı tıbbın tüm alanlarında yeterli uzmanlığa sahip olmasının imkânsız hale gelmesi görülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Tam da bu noktada modern tıbbın üç temel ilkesi devreye girmektedir: spesifik hastalıkların spesifik nedenleri, spesifik tedavisi ve spesifik önleyici tedbirleri vardır. Bu ilkelerin uygulamaya konulmasında en büyük etkiye tıpta uzmanlaşma anlayışı sahiptir (Galdston, 1958). Uzmanlığın ve özellikle alt uzmanlığın yükselişe geçmesi, hekimlerin çeşitli alanlarda ve tanı yöntemlerinde özel uzmanlık arayışı içerisine girmesi sonucunu

doğurmuştur. Bu durum ise lisansüstü tıp eğitiminin çeşitlenmesini ve özel uzmanlık bilgisine sahip olma baskısını bir eğilim haline getirmiştir (Barondess, 2000).

Özel uzmanlık bilgisine yönelik eğitim müfredatının oluşturulmasının, hekimlere bütüncül tıp bilgisinin aktarılması hususunda bir engel teşkil ettiği düşünülmektedir. Hekimlerin genellikle çok sınırlı bir faaliyet alanında uzman haline gelmelerinden ve yüksek düzeyde uzmanlaşma aracılığıyla tıbbın teknik temelini daralma eğilimi içerisine girdiğinden bahsedilmektedir (Soyer, 2009). Uzmanlaşmanın, sağlık hizmeti üretim sürecine yabancılaşılması ve hasta kaygılarının artması gibi sorunlara neden olduğu da savunulmaktadır (Menke, 1970). Örneğin genel cerrahi alanında “alt uzmanlık” merkezli bölünmelerin tıp camiasında kaygılara neden olduğu sıklıkla gündeme getirilmektedir (Bell, 2008; Jordan, 1991). Bu türden gelişmeler, uzmanlaşmanın ortaya çıktığı ilk yıllardaki hekim profili ile örtüşmemektedir. Çünkü o dönemin hekiminin uzmanlığa uzun yıllar süren çalışmalar ve bütüncül bir tıp anlayışı çerçevesinde edindiği tecrübeler neticesinde ulaştığı belirtilmektedir (Galdston, 1959). Tıbbi sorunlara geniş bir tedavi yelpazesi sunabilen bir hekim formundadır. Ancak zaman içerisinde hekimlerin çalışma alanları daha dar disiplinlere doğru bir yönelim göstermiştir. İlk uzman hekimler belirli organlara ve hastalıklara odaklanmıştır. Bu disiplinler içerisinde bakım süreci bir bütün halinde ele alınmaya bir süre daha devam etmiştir. Ancak zaman içerisinde Taylor’un “sistemin birey üzerinde üstünlük kuracağı” tahmini tutmaya başlamıştır (Rastegar, 2004).

Aşırı uzmanlaşma ile tıbbi sağlık hizmetlerinde ve hekimlerde görülen derinlikli bölünme neticesinde, hasta ile bir bütün olarak ilgilenme ve değerlendirme olanağının ortadan kalktığı iddia edilmektedir (Terzi, 2009). Aslında bu türden bir gelişme, 20. yüzyıl boyunca çoğu disiplinde görülen uzmanlaşma süreci ile paralellik göstermektedir: bağlamın, bütünlüğün ve karmaşıklığın parçalara ayrılmasıyla bilgide bir gerileme yaşanmış, indirgemeci bir anlayışı ifade eden aşırı uzmanlaşma neticesinde ise genelin parçalara ayrılması suretiyle özün görülme, emek sürecinin kavranışı, olasılığı azalmıştır (Erdem, 2012).

Alt uzmanlığa dayanan klinik çalışmalarda daha fazla tıbbi teknoloji kullanımının, hasta bakımını parçaladığı ve çalışmayı daha teknik ve uzmanlaşmış bir forma iterek vasıfsız hale getirdiği savunulmaktadır (Barondess, 2000; Stoeckle, 1988). Hastalıkların tanı ve tedavilerinde, ileri teknoloji ve uzmanlık bilgisi kullanımının ise emek sürecine daha kolektif bir nitelik katarak hekimlerin üretim sürecindeki özerkliklerini azalttığı ifade edilmektedir

(Öngen, 2009). Önceleri tıp alanında cerrahlık ve hekimlik olarak görülen işbölümü, günümüzün kolektif formunda; hücre, doku ve hastalık özelinde detaylanmış kapsamlı şekliyle görülmektedir (Erdem ve Kaya, 2020: 7). İzleyen gelişmeler bir bütün halinde değerlendirildiğinde, işin yürütümündeki özerklik ve kontrol kaybı ile emek sürecinin kavranışına olanak tanıyan bütüncül bilginin azalmasının ve üretim sürecinin parçalara ayrılmasının hekimleri vasıfsızlaşma eğilimi ile karşı karşıya getirdiğini söylemek mümkündür.

Asher'ın tıbbın yedi günahından bahsettiği çalışmasına literatürde sıklıkla alıntı yapılmaktadır. Asher'a göre (1949), tıbbın sınırsız günahları arasında öne çıkan yedi günah vardır ve tıpta uzmanlaşma bunlardan birini oluşturmaktadır. Asher, bir hekimin bir konu veya hastalık hakkında özel bir ilgi ve bilgiye sahip olmasının oldukça normal bir durum olmakla beraber diğer tüm konular hakkında ilgisiz ve bilgisiz olmasının normal olmadığını ifade etmektedir. Ona göre, bir cerrahın basit bir obezite sorunu olan bir hastaya diyetiyle ilgili tavsiyede bulunabilmesi ve onu bir endokrin kliniğine sevk etmemesi ya da bir jinekologun, hastayı bir anemi kliniğine sevk etmeden hafif bir demir eksikliği anemisi hastalığını tedavi edebilmesi gerekmektedir. Asher, aşırı uzmanlaşma eğiliminin bir sınırı olması gerektiğini vurgulamakta ve aksi bir durumda, biraz da mübalağa ederek, ilk kalp sesinde uzmanlaşan bir hekimin ve sadece ikincisiyle ilgilenen başka bir hekimin olacağı bir sağlık üretimi yapılanmasının ortaya çıkabileceğini iddia etmektedir.

Asher'ın tıp alanına ilişkin görüşleri, Fordist üretim mantığının bir yansıması olarak değerlendirilebilmesi açısından son derece önemlidir. Çünkü Fordizm'in yönetim tarafından belirlenen pratiklerden sorumlu olan fabrika işçisi gibi hekimler de sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılmasıyla tek tip işlere yönlendirilmekte ve böylece emek süreci üzerindeki kontrol güçlerini kaybetmektedirler. Deyim yerindeyse, “sabit tezgahın yerini yürüyen bandın almasıyla işçinin bir üründen diğerine gitmesi yerine ürünün işçinin önünden gelip geçer olduğu” (Murray, 1995: 47) post-Fordist üretim tarzına benzer şekilde, hasta da hastalığının tanı ve tedavisine ilişkin görevler bağlamında hekimler arasında paylaşılmaktadır. Bu durum ise, daha önceden de vurgulandığı üzere, emeğin gerek bütüncül bir emek süreci bilgisine gerekse üretimin bütüncül bir kontrolüne sahip olması önünde bir engel teşkil etmektedir.

Tıbbi teknolojilerin hekimlik mesleği üzerindeki etkilerine bakıldığında doğrudan tıpta uzmanlaşmaya ve beraberinde tıpta uzmanlaşma aracılığıyla hastane yönetimi gibi klinik yönetim uygulamalarının ve klinik protokollerin ortaya çıkmasına neden olduğu görülmektedir.

3.4.3. Klinik Yönetişim

Tıpta uzmanlaşma olgusunun yaşanmaya başlamasıyla beraber sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması, bir nevi Taylorist işbölümünü ortaya çıkarmış ve Taylor'un bilimsel yönetim anlayışına benzer şekilde "klinik yönetim" adı verilen bir anlayış tıp alanına hâkim olmaya başlamıştır. Klinik yönetim, özü itibarıyla işyerinin yönetimini, hekimlik mesleği özelinde ise, hastane yönetiminin idari, ekonomik ve sağlık politikası zemininde karar almasını ifade etmektedir.

Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması ve hizmetin farklı profesyonel meslek grupları tarafından üretilmesi, bütün halinde hareket edilmesini zorlaştırmış ve yönetsel bir üst yapı ihtiyacını ortaya çıkararak klinik yönetim anlayışı yükselişe geçmiştir. Klinik yönetim, genel olarak, sağlık kurumlarında tıbbi sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi amacıyla kurulan yönetsel yapının oluşturulması olarak tanımlanmaktadır (Cihangiroğlu vd., 2016). Yönetsel yapı, hizmetlerin kalitesinin izlenmesinden ve iyileştirilmesinden sorumlu olmaktadır. Klinik yönetim anlayışı, kıdemli yöneticilere kurumlarındaki sağlık hizmetlerinin tümünde kalitenin sağlanması için yasal bir sorumluluk yüklemekte ve yöneticiler denetim, değerlendirme ve profesyonel gelişme yoluyla kanıta dayalı yöntemlerin uygulanması görevlerini üstlenmektedirler (Allsop, 2002: 88). Son yıllarda ise yöneticilik görevi, hekim olmayan sağlık yönetimi eğitimi almış profesyonellere verilmeye başlanmıştır (Akdaş vd., 2007; Şahman vd., 2008). Bürokratik mekanizmaların yönetim ihtiyacının bir sonucu olarak gelişim göstermesiyle, Taylorizm'e benzer şekilde, iş süreçleri üzerindeki kontrol gücü, yöneticiler elinde toplanmıştır.

Bilimsel-bürokratik tıp anlayışının başarısının sırrı olarak profesyonel karar alma süreçlerinin desteklenmesi ve bürokrasi uygulamasının örgütsel biçimi gösterilmektedir. Merkezi olarak belirlenen ve uygulanan kuralcı politikalar, belirsizliği ve öngörülmezliği azaltmak için kullanılmaktadır ve tüm faaliyetler yoğun olarak izlenmekte ve kontrol edilmektedir (Ruston, 2006). İlgili hedefleri güden klinik yönetişimin, dışsal bilgi birikimine

dayanması anlamında bilimsel; kural temelli uygulamalara dayanması anlamında ise bürokratik olduğu kabul edilmektir. Bu nedenle klinik yönetim, bilimsel-bürokratik tıp anlayışına has bir yaklaşımdır. Bu özelliği itibariyle klinik yönetim, sağlık alanında yer alan mesleklerin kontrolü için inşa edilmiş bir mekanizma olma özelliği taşımaktadır (Harrison, 2002).

Hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrolünün sağlanması farklı yöntemlerle mümkün olmaktadır. Resmi kuralları ve prosedürleri içeren bürokratik; eylemi sınırlayan veya izleyen cihazları içeren teknolojik ve işin koşulları ile kapsamını tanımlayan ve bir grup çalışanı kapsayan mesleki yöntemler bulunmaktadır (Gamst, 2015).

Enformasyon sistemleri, teknolojik yöntemler arasında sayılmaktadır. Hekimlerin çalışmasının daha standardize ve belirli bir forma sokulması sonucunda faaliyetlerinin izlenmesi enformasyon teknolojileri sayesinde mümkün kılınmaktadır (Stoeckle, 1988). Bu türden kontrol, “makine bürokrasisi” olarak da adlandırılmaktadır. Makine bürokrasisi, profesyonel bürokrasisiyle birlikte sağlık hizmetlerinde uygulanmakta olan bürokrasi türlerindedir. Makine bürokrasisi, aktarılması güç bilginin kullanımını azaltmayı ve performansın izlenmesi yoluyla hataların düzeltilmesini hedeflemektedir (Flynn, 2002). Bu nedenle kodlanmış bilgiden faydalanmaktadır. Net bir işbölümü, yoğun denetim, belirsizliğin ve sapmaların azaltılması için bilginin ve vasfın kodlanmasına yönelik çabalar bu tür bürokrasinin özelliklerindendir (Ruston, 2006). Hekimlerin sağlık üretimi üzerindeki her bir faaliyeti teknoloji vasıtasıyla kontrol edilmekte ve yöneticilerin emek süreci üzerindeki kontrol gücü artmaktadır.

Mesleki yöntemler ile kontrol ise meslek profesyonelleri tarafından yerine getirilmektedir. Profesyonel bürokrasi, bu kapsamda değerlendirilmektedir. “Profesyonel bürokrasiler”, bireyin kavramsal beceri ve bilişsel yeteneklerine bağlı olan soyut ve teorik bilgiden (Lam, 2000) faydalanmaktadır. Profesyoneller, örgün eğitim yoluyla bilgi ve becerilerini edinmiş, yüksek özerkliğe sahip yüksek eğitilmiş uzmanlardan oluşmakta ve bilgilerini otorite ile uygulamaktadırlar (Ruston, 2006). Örneğin, hastanın hastaneye yatış kararının bir komisyon tarafından alınmasını mesleki yöntemler aracılığıyla kontrol uygulamasına örnek olarak vermek mümkündür (Freidson, 1996: 118-119). Hekimlerin kontrolü yine meslek içerisindeki diğer hekimler tarafından yapılmaktadır. Ancak bu hekimler, diğer hekimlerden farklı olarak, aynı zamanda yönetici konumundadırlar.

Resmi kuralları ve prosedürleri içeren bürokratik yöntemler ise klinik protokoller olarak adlandırılan ve hekimin hastalığın tanı ve tedavi sürecinde izlemesi gereken adımları detaylı şekilde anlatan yazılı kurallardır. İzleyen bölümde, klinik protokollere detaylı olarak değinilecektir.

Klinik yönetim anlayışı, ilk olarak İngiltere’de ortaya çıkmıştır. 1970’lerden sonra yöneticilerin kontrolü ele almaları, performans hedefleri koymaları ve bütçe sınırlamaları uygulamaları gibi eğilimler yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu anlayışın yükselişe geçmesi ve ilgili gelişmelerin yaşanmasıyla yöneticiler ile hekimler gibi özerklik iddiası bulunan sağlık hizmeti profesyonelleri arasında çatışmalar yaşanmaya başlamıştır (Gabe vd., 2004: 212-213). Taylorizm’e benzerliği ile dikkat çeken klinik yönetim, İngiltere’de NHS (National Health Service) olarak kısaltılan “Ulusal Sağlık Sistemi” ile bütünleşmiş ve etki alanını arttırmış bir anlayış olması nedeniyle NHS ile gelen yeni yönetim pratiklerine değinmek konunun anlaşılması açısından son derece önemlidir.

1989 yılında İngiltere’de muhafazakâr hükümet tarafından “hasta yararına çalışma” adıyla bir yasa tasarısı yayımlanmış ve 1990 tarihinde ise “Toplum Bakımı Kanunu” adı ile NHS’de yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, güç dengesini yöneticilerin lehine olacak şekilde değiştirmeyi hedef almıştır ve kanun ile piyasaya dayalı sağlık hizmeti üretimine geçildiği iddia edilmiştir. Yasa tasarısı yöneticilerin; sağlık çalışanlarının özelliklerinin, iş tanımlarının ve ücrete ek haklarının belirlenmesinde daha fazla söz sahibi olmaları gerektiğini öneren düzenlemeleri kapsamına almıştır. Bu süreçte, aynı zamanda, yönetsel yeni teknikler geliştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin özellikle de hekimlerin kontrolüne olanak tanıyan bir mekanizma olan “klinik yönetim” ile yöneticiler klinik özerklikle mücadelede daha da güçlü kılınmıştır. Kalite güvencesi ve performans göstergeleri ile enformasyon teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde işin içeriğinin, verimliliğinin, kaynak kullanımının ve kalite standartlarının belirlenmesinde yönetimin belirleyiciliği artmıştır. Tüm bu gelişmeler yöneticilere, daha önce benzeri görülmemiş şekilde, İngiliz hekimleri sınırlama fırsatı vermiştir. Bu bağlamda, Taylorizm ile klinik yönetim arasında benzerlik kurulmakta ve NHS ile vasıfsızlaşma eğiliminin arttığı, hekimlerin; vasıfsızlaştıkları, ekonomik bağımsızlıklarını kaybettikleri ve gelişmiş kapitalizmin ihtiyaçlarına uygun düşecek şekilde, yöneticilerin talimatları altında bürokratikleşmiş organizasyonlarda çalışmak üzere işe alındıkları ileri sürülmektedir (Ackroyd ve Bolton, 1999; Gabe vd., 2004: 214-215; Talbot-

Smith ve Pollock, 2006: 104). NHS’de hayat bulan klinik yönetişimin hekimlik mesleğinin çıkarlarına doğrudan bir meydan okuma olduğu savunulmaktadır (Harrison vd., 1993: 8). Öte yandan NHS’nin yapılandırılmasında Fordizm’in temel alındığı ifade edilmekte ve Fordizm’in sağlık hizmetine uygulanmasıyla hekimlerin her hasta için ayırmış oldukları zamanın gözetim altına alındığı, parçalarla ilgilenilen bir tıp anlayışı üzerinde hastalarla ilgilenilmesi yerine kanserli ciğer ya da kırıklar gibi spesifik hastalıklarla ilgilenilmesinin ön plana çıktığı savunulmaktadır (Sennett, 2019: 66-67). Üretkenlik artışı için Taylorizm’in emek süreci üzerindeki yönetsel pratiklerine benzer şekilde, hekimlere rehberlik etmesi amacıyla, hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarını belirleyen protokoller de geliştirilmiştir. NHS bünyesindeki bilimsel-bürokratik tıp anlayışı, performansı standart ve rutin hale getirmek ve uygulamadaki çeşitlilikten kaynaklanan riskleri azaltmak için hizmet modellerini ve bürokratik protokolleri kullanmıştır (Checkland, 2004; Ruston, 2006; Talbot-Smith ve Pollock, 2006).

Tıp alanı uzunca bir süre, değerini ve saygınlığını uzun ve çetin bir çıracılık dönemi sonrasında elde eden hekimlerin hakimiyeti altında olmuştur. Ancak bir zamanlar çalışma koşullarını kendileri belirlemiş olan hekimler, sağlık hizmeti üretim süreçlerinde etkinlik ve verimliliğinin artırılması amacıyla endüstriyel bir modele uyumlulaştırılmış ve diğer endüstrilerde yaşanan parçalanma ve standardizasyon gibi uygulamalar hekim pratikleri açısından da söz konusu olmuştur. İnşa edilen yönetsel üst yapı ile daha fazla verimlilik ve kalite vaat edilmiş olsa da hekimlerin özerkliklerini kaybetme baskısı altına girdiği, makinenin bir dişlisi haline dönüştüğü savunulmaktadır. Hekim çalışmasının bozulmasıyla sağlık hizmetlerinin doğasının değiştiği iddiasında bulunan teorisyenler tarafından, hekimlerin çalışmasının zaman içerisinde daha az değerli hale geleceği ve hekim olmayan klinisyenler tarafından ikame edileceği öngörülmektedir (Rastegar, 2004).

Klinik yönetişim, sağlık hizmeti profesyonellerini yönetsel semboller ve dili kullanmaya ve yönetici gibi düşünmeye teşvik etmek suretiyle sağlık hizmet anlayışını yeniden şekillendiren bir ideoloji olarak kabuk edilmektedir (Gabe vd., 2004: 212). Hekimlere yeni yönetim söylemleri ile sorumluluk yüklemiştir. Bu durum, yönetici konumundaki hekimlerin uzmanlıklarının bir sonucu olan özerkliklerinden ziyade bir disiplin mantığını ifade etmektedir (Dent, 2006). Klinik yönetişim uygulamaları ve “ortak, açık, örgütsel kontrole tabi nitelikteki bilgiler, yazılı kurallar ve prosedürler” aracılığıyla oluşturulan

“kodlanmış bilgi” tipi, tıptaki hâkim bilgi tipinin yerini almaya başlamıştır (Flynn, 2002; Ruston, 2006).

Klinik yönetim uzmanlaşmanın artması, standardizasyon ve kontrolün merkezileşmesi gibi gelişmeler açısından Fordist emek sürecinin özellikleriyle örtüşmektedir. Bu özelliğin, 1980’lerin çoğu klinik kararın alınması inisiyatifini hekime bırakan sağlık emek sürecinden keskin bir ayrışması ifade ettiği belirtilmektedir (Harrison, 2002). Çünkü sağlık hizmeti yöneticileri ve kurumların, klinik çalışmanın düzenlenmesi, izlenmesi ve rutinleştirilmesi yoluyla isteklerini hekimlere uygulatabildiği düşünülmektedir (Hoff, 2011). Taylorizm’in üretim sürecinin kontrolünü yöneticilere devretmesine benzer şekilde hekimlerin emek sürecinin kontrolünün de klinik yönetim aracılığıyla yöneticilere aktarıldığından söz edilmektedir. Bu durumun, hekimin işin yürütümündeki özerkliğini azaltması ve hekim dışı personele bağımlılığını arttırması suretiyle vasıfsızlaştırıcı bir etkiye neden olduğu ve klinik yönetişimin en önemli enstrümanlarından olan klinik protokollerin ise bu süreci daha da hızlandırdığı iddia edilmektedir.

3.4.4. Klinik Protokoller

Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler; hastalığa bakış açısını değiştirmiş, tıpta uzmanlaşmayı sağlamış ve sağlık hizmet üretim sürecini hekimler arasında parçalara ayırarak işbölümünü ortaya çıkarmıştır. Tıpta alt dalların oluşmaya başlamasıyla sağlık üretiminde kontrolün ve koordinasyonun sağlanabilmesi için yönetim ihtiyacı doğmuş ve klinik yönetim gibi uygulamalar yaygınlık kazanmıştır. Klinik protokoller ise bu gelişmeler ertesinde hekimlerin faaliyetlerini standardize etmek ve kontrol altına almak amacıyla geliştirilmiştir. Literatürde klinik protokoller; uygulama yönergeleri, klinik kılavuzlar, tanı-tedavi rehberleri ve normatif yönergeler gibi birbirinden farklı adlarla anılmakla birlikte aynı mantığı taşımaktadır. Bu çalışma bağlamında, ilgili tüm uygulamaları kapsamına alacak şekilde, klinik protokol kavramının kullanılması tercih edilmiştir.

Klinik protokoller, iddiaları mevcut tıp anlayışı ile örtüşmesinden dolayı, bilimsel-bürokratik tıp anlayışının en karakteristik enstrümanlarından biri kabul edilmektedir. Klinik protokollerin uygulanması gerektiğini savunanlara göre, açıklanmış olan her neyse, bilimsel kabul edilmektedir ve protokollerde yer alan normatif yönergeler bilimsel olma özelliği taşımaktadır. Mevcut tıp anlayışının bilimsel zemini de normatif yönergelere

dayanmaktadır. Öte yandan, bilimsel anlamda açıkça ifade edilebilenin, açıklanmayandan ya da açıklanamayandan daha bilimsel ve değerli olduğunu kabul ederek farklı bilgi türleri ve uygulamalar arasında hiyerarşi kurulmaktadır (Berg, 1997). Kurulan hiyerarşi ise tıp alanında bürokrasinin gelişmesine neden olmaktadır. Bilimsel-bürokratik tıp kavramsallaştırması, bu köklere dayanmaktadır.

Bilimsel-bürokratik tıp anlayışının altın standardı haline gelen ve normatif yönerge niteliği taşıyan klinik protokoller, hastalıklar konusunda hekimin uygun tanı ve tedavi kararını verebilmesine yardımcı olmak amacıyla sistematik olarak geliştirilmiş açıklamalardır (Checkland, 2004; Field ve Lohr, 1994: 8). Klinik protokoller diyabet, hipertansiyon, obezite ve eklem iltihabı gibi çeşitli kronik hastalıkların tedavisinde kullanılmakta ve giderek daha yaygın hale gelmektedir (Hoff, 2011). En genel ifadeyle klinik protokoller, yazılı talimatlar formundadır ve sağlık hizmeti üretim sürecindeki faaliyetleri bir “reçete” şeklinde düzenlemektedir (Berg, 1997). İlerleyen bölümlerde bahsedilecek olan “reçete bilgisi” ve “tarif tıbbi” kavramlarına ve bunların vasıfsızlaştırıcı etkisine klinik protokollerin kaynaklık ettiği ileri sürülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavi adımlarının belirlenmesine yönelik uygulamalar, tıp alanında yeni bir yönelim oluşturmuştur (Timmons, 2003). Yönerge ve algoritma gibi adlarla da anılan klinik protokollerin ortaya çıkmasının sebebi de aslında tedavi ve tanı adımlarının oluşturulmaya başlanmasıdır. Bu araçlar, tıp çalışanlarına hangi durumda ne yapılması gerektiğini söyleyen talimatlar olarak ifade edilmektedir. Az ya da çok ayrıntılı, kesin ya da bağlayıcı veya iyi yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış olup olmamasına bakılmaksızın bu talimatların hepsi, tıp çalışanlarına adım adım rehberlik etmek amacıyla hazırlanmaktadır. Klinik protokoller “her bir tıbbi sorun için bir tane en iyi müdahale vardır” kabulü üzerine kuruludur (Berg, 1997). İki ya da daha fazla tedavi seçeneği arasında seçim yapılması esası üzerine tasarlanan karar destek sistemleri de bu mantığa bağlı olarak geliştirilmiştir. Karar destek sistemleri, protokoller ve uygulama yönergelerini içermektedir. Örneğin; uygun dozajları gösteren grafik tavsiyeleri ya da bilgisayar tabanlı algoritmalar gibi farklı metotlar bu kapsam dahilinde değerlendirilmektedir. Genel hatları itibarıyla karar destek sistemleri, belirli bir sürecin standart hale getirilmesine yönelik yöntemleri ifade etmektedir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Uygulama yönergeleri, belirli klinik durumlar için uygun sağlık bakımı hakkında hekimlere karar vermelerinde yardımcı olmak amacıyla sistematik olarak geliştirilmiş ifadelerdir (Dans, 1994). Klinik protokollerin

uygulanması, karar destek sistem teknolojileri ile desteklenerek hekimlere tedavi seçenekleri arasında seçim yapmalarında rehberlik etmektedir.

Rehberlik etme misyonu taşıyan protokollerin hazırlanma sürecinde, farklı formlardaki yöneticiler görev almaktadır. Geleneksel yöneticiler sağlık hizmetlerinin verimlilik ve kalitesinden sorumluyken diğer yöneticiler uyulması gereken yönergeleri ve standartları geliştiren ve bunların uygulanmasını sağlayan sistemleri tasarlamaktadır (Rastegar, 2004). Hazırlanma sürecinde klinik protokollerin kalitesini ve uygulanışını etkileyen en temel sorunlardan biri olarak tanı ve tedavi adımlarının belirlenmesindeki güçlük gösterilmektedir (Eddy, 1982).

Klinik protokol uygulamalarının ardında da rasyonalite arayışı ile piyasalaşma sürecinin yer aldığı savunulmaktadır. Klinik protokollerde yer alan tedavi adımları uygulaması, ABD merkezli bir yenilik olarak hastanelerin tedavi maliyetlerinin azaltılması ve aynı zamanda kalitenin artırılması amacıyla tasarlanmıştır. ABD’de Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), 1977 yılından itibaren “fikir birliği raporları” akışını oluşturmuş, 1989 yılında ise ABD kongresi etkinlik, verimlilik ve kalite bağlamında sağlık hizmeti araştırmalarının yapılması; verilerin geliştirilmesi, toplanması ve dağıtılması; sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve uygulama yönergeleri hazırlanması konularından sorumlu olan Sağlık Politikası ve Araştırma Ajansı’nı kurmuştur (Berg, 1997, Field ve Lohr, 1994: 22). Uygulamada, bir hastanın belirli bir hastalık tanısıyla hastaneye yatışından taburcu oluşuna kadarki tüm süreci planlamak üzere kullanılmaktadırlar. Standardize edilmiş tedavi adımlarının kullanılması işleyişteki sapmaların tespit edilmesini ve işleyişin istenilen güzergâha tekrar sokulmasını da kolaylaştırmaktadır (Timmons, 2003).

Klinik uygulamaların ayrılmaz bir parçası haline gelen ve hekimlere rehberlik eden klinik protokollerin; sağlık çıktılarının iyileştirilmesi, hayat kalitesinin artırılması ve tedavi hakkında bilgi vermesi nedeniyle hastalara fayda sağlamakla birlikte hekimlere yanlış bilimsel bilgi ve klinik danışmanlık sağlayarak zarar verebilme potansiyeline de sahip olduğu; öte yandan olağandışı durumlarda hekimlerin protokollerden ayrılarak deneyimlerine dayalı bir yargıda bulunmasının da gerekebileceği düşünülmektedir (Cass, 2006: 103; Woolf vd., 1999).

Hekim tarafından gerçekleştirilen kritik işlemlerin, problem çözme ya da tanısal muhakeme vasıflarını içerdiği kabul edilmektedir. Hastalığın tanı sürecinin bileşenlerini açıklamaya yönelik girişimlerle oluşturulan protokollerin ise hekimin tıbbi pratiklerinin merkezinde yer alan tanısal muhakeme vasıflarını tehdit ettiği ileri sürülmektedir. Çünkü iyi bir tıbbi uygulamanın, otomatikleştirilmiş algoritmalarından ve standartlaştırılmış sağlık hizmeti üretiminden oluşmadığı ifade edilmektedir (Kassirer ve Gorry, 1978; Tallis, 2006).

Klinik protokollerin, kanıta dayalı tıp anlayışı ile de yakından ilişkisi bulunmaktadır. Hasta sorunlarının çözümünün giderek zorlaştığı kabulünden hareketle kurumsallaşan kanıta dayalı tıp anlayışı; belirsizliğin cevaplanabilir bir soruya çevrilmesi, mevcut en iyi kanıta sistematik olarak erişilmesi, klinik uygunluk ve uygulanabilirlik için kanıtların eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi ve sonuçların pratikte uygulanması ve performansın değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Kanıta dayalı tıp anlayışının en önemli enstrümanlarından birini uygulama çeşitliliği sorununu önlemek amacıyla bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları hekimler için tavsiyelere dönüştüren klinik protokoller oluşturmaktadır (Cook vd., 1992; Dawes vd., 2005; Pope, 2002). Tıp alanındaki en önemli gelişmelerden biri, kanıta dayalı protokollerin geliştirilmesine bağlı olarak kullanımı artan klinik protokollerin uygulanmaya başlanması olmuştur. Protokollerin uygulayıcıların bilgi, tutum ve davranışlarını geliştireceği ve sağlık sonuçlarını, maliyetleri ve yanlış uygulama kararlarını optimize edeceği umulmakla birlikte bu etkilere ilişkin bilimsel kanıtların sınırlı olduğu ifade edilmektedir (Woolf, 1990, 1992, 1993).

Hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin standartlaştırılması ve sağlık hizmetinde kanıta dayalı standartların kullanımının en üst düzeye çıkarılması amacıyla hekimlere rehberlik etmek için geliştirilen klinik protokollerin (Hoff, 2011), sağlık hizmetlerinde daha da fazla standardizasyona neden olarak hekimleri profesyonellik ve vasıf kaybına uğratacağına dair algıyı saptayan araştırmalar vardır (Timmons, 2003). Hekimlerin birikmiş bilgi ve tecrübelerine dayanarak almış oldukları kararların uygulamada çeşitliliğe neden olması, protokollerin hazırlanması sonucunda geride bırakılmış ve uygulamada standart birliği sağlanmıştır (Rastegar, 2004). Bu durumun, her ne kadar sağlık hizmeti açısından olumlu çıktıları olsa da hekimlerin hastalığı anlama ve kavrama vasıfları bağlamında olumsuz etkilere de sahip olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda akış şemaları ve normatif kurallar aracılığıyla adım adım planlanan sağlık hizmeti üretim süreci, fabrikalarda uygulanan Taylorizm anlayışının sağlık sektörüne girmesinin bir sonucu olarak görülmektedir (Soyer,

2009). Klinik protokolleri harfiyen uygulamak durumunda bırakılan hekim açısından, hastalığı zihninde kavrayamadan, önceden belirlenen prosedürler ışığında tedavi etmesi olası bir durum olarak görülmektedir. Bu nedenle klinik protokollerin, hekimler üzerinde gerek işin yürütümünde özerkliklerini kaybetmeleri gerekse tıbbi bilgiyi olgusal boyutuyla kavrayamamaları nedeniyle vasıfsızlaştırıcı bir etkiyi ortaya çıkarmasının olası bir sonuç olarak kabul etmek mümkündür.

Hekimlerin çalışma şekillerini değiştirmek amacıyla protokoller hazırlanması, kesin standartların öne sürülmesini gerektirmektedir. Ancak hiçbir en iyi yolun, bilginin biçimsel yapısına dayanılarak tahmin edilemeyeceğine ilişkin düşünceler de mevcuttur (Freidson, 1986: 216-217). Bir başka ifadeyle tıbbi faaliyetlerde tek bir cevabın olduğu iddiasının bir yanılısına olduğu düşünülmektedir. Tek bir cevabın olduğunu kabul eden anlayışın varlığı, sağlık hizmetlerinde giderek artan oranda bürokratikleşmenin yaşandığına dair tartışmaları yoğun bir şekilde gündeme getirmektedir. Öte yandan, sağlık hizmeti kalitesini artırma ve uygulamadaki farklılıkları azaltma iddiası taşıyan klinik protokollerin, hekimleri yapmakta oldukları işi artık düşünmek zorunda kalmadan yapmaya sevk etmesinden dolayı “tarif tıbbi” anlayışın ortaya çıkaracağı, hekimlerin özerkliklerini azaltacağı ve böylelikle de hekimlere vasıf kaybettireceği teorisyenler tarafından iddia edilmektedir (Berg, 1997). Hekimlerin profesyonellik ve vasıf iddialarının, standartlaştırılmış tanı ve tedavi protokolleri ve bunların salık verdiği diğer gelişmeler ile mücadele içerisinde olduğu ileri sürülmektedir (McLaughlin ve Webster: 1998).

3.4.5. Modern Tıbbi Teknolojiler

Tıbbi teknolojilerde hızlı ve yoğun gelişmeler yaşanmaktadır ve bu gelişmeler artan bir şekilde tıp bilimi dışındaki diğer alanlarda yapılan biyomedikal araştırmalardan ve teknolojik gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Tıbbi olmayan amaçlar için yapılan araştırmalar ve geliştirilen teknolojiler uyarlanarak tıpta ve sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır (Cook-Deegan, 1988: 135).

Günümüzde tıbbi teknolojilerin artan öneminden, tıbbi cihaz dünyasından, tıbbın giderek teknolojiye bağımlı hale geldiğinden ve sağlık hizmetlerinin yoğun olarak tıbbi teknolojilerle sağlandığından sıklıkla bahsedilmektedir (Bodewitz vd., 2012: 237; Faulkner, 2009: 27-41; Kumar, 2011). Hekimler ise hastaların gözünde, daha önce hiç görmedikleri

karmaşık aletleri kullanan ve mucizevi sonuçlar alan bir figür haline dönüşmektedir (Civaner, 2005).

Tıbbi teknolojiler; akut ve kronik hastalıkları, fiziksel veya psikolojik bozuklukları anlamak, tanılamak, tedavi etmek ve ilk başta ortaya çıkan bu tür patolojileri önlemeye çalışmak için tasarlanmaktadır. En basit haliyle, sağlığın iyileştirilmesi amacıyla araçların ve prosedürlerin kullanılması şeklinde tanımlanmakta ve sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçları, cihazları, tıbbi veya cerrahi prosedürleri içermektedir (Brown ve Webster, 2004: 4; Cook-Deegan, 1988: 128-134). Maliyet artışlarının ardındaki itici güç olarak kabul edilen teknoloji yoğun modern sağlık hizmetleri; bandajdan biyoreaktöre, termometreden manyetik rezonans görüntülemeye, kanser tarama testinden kalp pili ve insan hücresi ve doku tedavilerine kadar çok sayıda tıbbi cihazla karakterize edilmektedir (Barbash ve Glied, 2010; Faulkner, 2009: 1).

Tıbbi teknolojiler geniş anlamıyla tanımlandığında her türlü aracı kapsamına alırken dar anlamıyla yüksek teknoloji tanı ve tedavi araçlarını temsil etmektedir (Civaner, 2005). Sağlık hizmeti üretiminde “iyi tıp” olarak adlandırılan uygulamalar, en son ve en gelişmiş teknolojinin üst düzey kullanımı ile betimlenmekte ancak kaliteli sağlık üretiminin pahalı teknoloji kullanımına bağlı olmadığı da ifade edilmektedir (Heper, 2012: 122; McKinlay ve Arches, 1985). Ancak sağlık alanında değerler bağlamında yaşanan dönüşüm, teknolojinin kullanım alanını genişletmesinde etkili olmaktadır. Öyle ki en modern teknolojinin kullanılması sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Soyer, 2009).

Günümüzün modern tıp uygulamalarında teknoloji kavramı genel olarak dar anlamıyla kullanılmakta ve yüksek teknoloji araçları ifade etmektedir. Ancak bu çalışmada, tıbbi teknolojiler; dar anlamıyla değil klinik protokolleri de içine alacak şekilde geniş anlamıyla kullanılmıştır.

Hekimlerin sağlık sorunlarının tanı ve tedavisinde kullanacakları yöntem ve tıbbi teknolojilerin seçiminde “sağlık teknolojisi değerlendirmesi” yapılmaktadır (Sayek, 1995). Sağlık teknolojisi değerlendirmesi; ilaçları, cihazları, prosedürleri ve politikaları hastalar, aileler, topluluklar, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık alanına ilişkin meslekler ve genel olarak toplum üzerindeki klinik, ekonomik, yasal, örgütsel, politik ve kültürel sonuçları bağlamında

yapılmaktadır (Allen vd., 2010; Fineberg, 1985). Hızla artan tıbbi maliyetlerin modern çağında, sağlık teknolojisi değerlendirmesi sağlık politikasında ve klinik karar vermede giderek daha önemli bir rol üstlenmektedir. Bu değerlendirme, teknolojinin klinik ve ekonomik yönlerinin disiplinler arası bir değerlendirmesini içermektedir (Pierce vd., 2007). Teknolojinin maliyeti önemli bir belirleyicidir (Melanson vd., 2008). Değerlendirme yapan kişilerin bağımsızlığı ve değerlendirmede kullanılan kriterlerin ve alınan kararların şeffaflığı teknolojinin değerlendirilmesinde büyük bir önem taşımaktadır (Neumann, 2009). Çünkü ilgili teknolojinin sağlık hizmeti üretiminde uygulanmasına yönelik kararlar, başta hastalar ve hekimler olmak üzere tüm tarafları etkilemektedir.

Bu kararların alınmasında birçok faktör etkili olmaktadır. Teknolojinin geliştirilmesi için gerekli olan sermaye miktarı ilk sırada yer almaktadır. Sermaye miktarı hangi teknolojinin uygulamaya geçeceğini belirlemektedir. Öte yandan, teknolojiyi kullanabilmek ve yorumlayabilmek için gereken özel uzmanlık bilgisi de göz önünde bulundurulmaktadır. Halkın ilgisi, yasal düzenlemeler, yararlanacak olan potansiyel hasta sayısı, alternatif testlerin veya tedavilerin varlığı ise diğer faktörler arasında yer almaktadır (Cook-Deegan, 1988: 139-140). Hekim pratikleri açısından ön plana çıkan ölçüt, “uzmanlık bilgisi” olmaktadır. Yapılan bir araştırmada, yeni teknolojilerin, hekim pratiklerindeki rutinleri bozarak çalışmalarını yeniden şekillendirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Edmondson, 2000). Yeni teknolojiler beraberinde yeni “vasıf” istemlerini getirmektedir. Ancak daha önce de tartışıldığı üzere ilgili istemler, vasıftan ziyade teknolojik okuryazarlığı ifade eden teknik bilgi veya yetkinlik niteliğindedir. Her yeni teknoloji dalgası ile bir önceki “vasıf” raf ömrünü doldurmakta ve bu durum vasfın uzun ömürlü olma niteliği ile tezat oluşturmaktadır.

Tıbbi teknolojiler, hekimlerin emek süreçlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Bu araçların yaptıkları ölçümler, fizik muayenenin başlangıcını oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti üretiminde hekimlerin, hastalık öyküsü alma ve fizik muayene vasıflarını daha az kullanarak sorumluluklarını teknolojik araçlara devrettiği ileri sürülmektedir. Tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti üretiminde artan kullanımı, tıbbi uygulamaların rasyonelleştirilmesi sürecinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Rasyonelleşme süreci ise bir yandan hasta ve hekim için tanı ve tedavi uygulamaları bağlamında daha çok alternatif sunarken diğer yandan uygulanabilir tanı ve tedavi uygulamalarının sayısını arttırarak bir bütün halinde sunulan sağlık hizmetlerini parçalara ayırmaktadır (Civaner, 2005; Cook-Deegan, 1988: 155; Evans,

1993). Bu dolaylı sonuç ise teknolojinin kendisiyle ilgili olmaktan ziyade tasarım ve uygulama ilkelerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Bailey, 2011).

Teknolojinin rasyonelleşme hedefi ile daha sık kullanımı, sağlık hizmeti alanında kaygıların artmasına neden olmaktadır. Teknik ilerlemenin ikincil etkileri bu kaygılara kaynaklık etmektedir. Hangi teknolojilerin geliştirileceğinin belirlenmesinde, özel şirketlerin ve üçüncü taraf mükelleflerin rolünün artması ile hekimlerin sağlık hizmetinin genel yapısını belirleme gücünün azaldığı ve yeni teknolojilerin geliştirilmesi için artan sermaye miktarı nedeniyle sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecine girdiği yönündeki kaygılar gündeme getirilmektedir (Cook-Deegan, 1988: 126-127). Hekimler arasında paylaşılan kaygılar arasında ise daha yüksek düzeyde teknoloji kullanımının hekimlerin pratiklerini etkilemek suretiyle çalışmalarını daha teknik bir forma dönüştürdüğüne; standardize edilmeleri sonucunda karar alma süreçlerinin sürekli izlenebilir hale geldiğine ve mesleklerinin sanat ve bilim karışımı olma özelliğini kaybettiğine ve vasıfsızlaşma eğilimine neden olduğuna dair kaygılar yer almaktadır (Stoeckle, 1988). Çünkü üretkenlik artışı sağlayan teknolojilerin beraberinde, sıklıkla, teknik bilgi niteliğindeki “uzmanlık” bilgisini getirdiği kabul edilmektedir. Teknoloji mucizevi bir araca dönüşürken hekimin teknik işlerden sorumlu hale geldiği ileri sürülmekte ve hekimler açısından bu durum, vasıf kaybı olarak değerlendirilmektedir. Vasıf, yalnızca bir işi yapabilme kabiliyeti olarak tanımlanamayacağından; olgusal bilginin azalıp teknik bilginin yükselişinin, işin yürütümünde özerklik kaybının ve teknolojiyi üreten hekim dışı personele artan bağımlılığın ilgili vasıfların aşınmasına neden olacağını söylemek mümkün hale gelmektedir.

Modern tıbbi teknolojiler çok geniş bir kapsama sahip olmakla birlikte, literatürde, hekim vasıfları açısından genel olarak bilgisayar tabanlı teknolojik sistemlere atıfta bulunmaktadır. Tıbbi bilgisayar teknolojileri ise öneri ve iletişim sistemleri olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Öneri sistemleri, hastaların sağlık hizmeti üretim sürecinin kontrol edilmesinde ve aktif olarak tanı sürecinde yer almaktadır. İletişim sistemleri ise bibliografik materyallerin, hasta kayıtlarının ve diğer verilerin saklanma, geri çağırılma ve iletilme süreçlerinde kullanılmaktadır (Rennels ve Shortliffe, 1987).

3.4.5.1. Öneri sistemleri: karar destek sistemleri ve klinik algoritmalar

Tıp alanında, daha homojen tıbbi uygulamaların ortaya çıkarılması amacıyla, uzmanlık bilgilerinin reçete bilgilerine dönüştürülmesine ve bu reçetelerin geliştirilmesi yoluyla tanı ve tedavi süreçlerinin standardizasyonuna yönelik girişimlerde artış yaşanmıştır. Girişimler sonrasında geliştirilen ve karar destek sistemi adı verilen teknolojiler arasında standart protokollerden bilgisayar tabanlı uygulamalara, klinik laboratuvar ve eczane sistemlerinden radyoloji raporlama sistemlerine kadar çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunların yanı sıra referans bilgileri, hatırlatıcılar, uyarılar ve protokoller de bu kapsamda değerlendirilmektedir (Barnett vd., 1987; Bates vd., 2003; Shaffer ve Shaffer, 2006).

Tıbbi bilgidaki hızlı artış, bilgi teknolojilerini ve bu teknolojideki uzmanlığı hekimler ve hastaneler açısından giderek önemli hale getirmektedir (Adler ve Kwon, 2008: 148). Bu bağlamda, karar destek sistemlerinin ortak amacının, tanının ve tedavi yönteminin belirlenmesinde nihai sorumluluğu üstlenen uygulayıcıya hizmet etmek olduğu ifade edilmektedir (Shortliffe, 1987). Karar destek sistemleri, klinik protokoller ile aynı mantıkla geliştirilmekte ve hekime tedavi sürecinde rehberlik etmektedir.

Klinik protokollere benzer şekilde karar destek sistemleri, tanı ve tedavide mevcut kanıtlar arasından en makul ve açık olanın temel alınarak karar verilmesi ve böylelikle tıbbi uygulamaların kalitesinin artırılması hedefiyle kanıta dayalı tıpta yoğun olarak kullanılmaktadır (Timmermans ve Mauck: 2005). Karar destek sistemlerinin, çoğunlukla, “pasif” bilgi yönetim araçları olduğu; çünkü bilgiyi hekimler için hazırlasa dahi belirli bir hastanın verisi için tıbbi bilgi sunmak suretiyle “aktif” bir karar desteği sağlamadığı ve belirli bir sonuç ya da eylem planı önermediği kabul edilmektedir (Barnett vd., 1987). İlgili sistemlere, hastaya özel klinik karar desteğinin dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ash vd., 2007). Sistemdeki bu eksiklik nedeniyle, klinik protokollerde olduğu gibi, kanıta dayalı tıp anlayışının etkili bir şekilde uygulanabilmesi için hekimlerin almış oldukları tıp eğitimi son derece büyük bir önem arz etmektedir (Guyatt vd., 2000). Tanı ve tedavi adımlarında rehberlik etme misyonu yüklenen karar destek sistemlerinin etkinliği için hekimin bilgi birikimi ve tecrübesi ile desteklenmesi gerekmektedir. Teknolojinin ikame edici değil, tamamlayıcı nitelikte olması gerekmektedir.

Karar destek sistemlerinin tasarımı ve uygulanmasında birçok teknik kullanılmaktadır. En basit olanı, klinisyenler tarafından belirli sorunlar özelinde tasarlanmış ve sonrasında bilgisayar kullanımı için kodlanmış olan algoritmalar (Shortliffe, 1987). Klinik algoritmalar; klinik karar dizilerini temsil etmek, klinik karar vermeyi öğretmek ve hasta bakımı sürecine rehberlik etmek için tasarlanmış olan yazılı kurallardır (Margolis, 1983). Hastaneler, başarı ile ilişkili faktörlere özel bir dikkat göstererek hekimlere; doğru, yararlı ve zamanında tanı bilgileri sağlamada ve sağlık hizmeti kalitesini arttırmada kullanacakları bilgisayar tabanlı tanısal karar destek sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla sistematik bir şekilde bilgi toplamaktadır (Bradley vd., 2001; Friedman vd., 1999). Toplanan sistematik bilgilerin yer aldığı klinik algoritmalar, bilgisayar tabanlı tanı sistemlerinde veri olarak kullanılmaktadır.

Karar destek sistemlerine örnek olarak “Alvarado Skoru” gösterilmektedir. Alvarado skoru, apandisit tanısında kullanılan klinik bir puanlama sistemidir. Alvarado (1986), akut apandisit durumunda tanının konulmasında yardımcı olan üç semptomu, üç fiziksel göstergeyi ve iki laboratuvar bulgusunu tanımlamıştır. Sonrasında ise puanlama sistemi oluşturmuştur. Puanlamada hastanın toplam puanının 4’ten az olması durumunda apandisit tanısının konulamayacağını; 5-6 puan olması durumunda bulguların örtüştüğünü; 7-8 olması durumunda apandisit tanısının muhtemel olduğunu ve 9-10 olması durumunda ise apandisit tanısının yüksek bir ihtimal olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde DXplain, bilgisayar alanında uzmanlığı olmayan hekimlerin kullanımına sunulan gelişen bilgisayar tabanlı tanısal karar destek sistemidir. DXplain, tıbbi bulgulara dayanarak tanı hipotezleri sunmaktadır. Program sunduğu yorumu açıklama ve doğrulamanın yanı sıra belirti ve semptomların ayırıcı tanısı ile ilgili bilgi tabanına erişim sağlamaktadır (Barnett vd., 1987). QMR (Quick Medical Reference) ise hafızasında hastalıklarla ilgili yüzlerce kapsamlı bilgi saklayan bir tanı sistemidir (Rennels ve Shortliffe, 1987).

Tıp alanında karar destek sistemlerinin geliştirilmesinin reçete bilgisinin inşasındaki planlı bir süreci temsil ettiği savunulmaktadır (Shaffer ve Shaffer, 2006). Tanı ve tedavi uygulamalarında karar alma işlemi, günümüzde hekimler için önceden belirlenmiş durumdadır. Hekimlerden tıp eğitimlerinden ve hastane pratiklerinden edindikleri bilgileri ve vasıfları uygulamaya devam etmelerinin beklenmediği; artık, iyi tanımlanmış karar destek sistemlerinin uygulayıcılar için olay akışlarını belirlediği, en uygun bilgiyi sunduğu ve uygun klinik kararlar için standartlar sağladığı ifade edilmektedir (Stoeckle, 1988). Bu

gelişmelerin ise aynı zamanda emeği kendi üretim sürecine yabancılaştırarak hekimin işin yürütümündeki özerkliğini ortadan kaldırma potansiyeline sahip olduğu savunulmaktadır. Öte yandan tanı ve tedavinin planının önceden belirlenmiş olması, hekimlerin vasıflarını değersizleştiren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.4.5.2. İletişim sistemleri: elektronik sağlık kayıt sistemleri

Yirmi birinci yüzyılın başında, tıbbi teknolojilerin gelişimini etkileyen bir dizi modern teknik eğilim yaşanmıştır: bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin üretim sürecine dahil edilmesi, yazılımın cihazlara artan entegrasyonu, kullanımdaki cihazlar ile sunucular ve bunlara sahip kuruluşlar arasındaki elektronik iletişim kullanımının artması gibi gelişmeler en önemli eğilimler olarak kabul edilmektedir (Faulkner, 2009: 28).

Tıbbi iletişim sistemlerinden olan elektronik sağlık kayıt sistemleri; hastalar ile muayene odasında yapılan gözlemlerin ve tanı ve tedavi kararlarının kaydedilmesi, hastanın hayati belirtilerinin alınması, uzmanlık referans bilgilerinin ve vizit notlarının derlenmesi, reçeteler ile tanı ve laboratuvar testlerinin düzenlenmesi ve gözden geçirilmesi, uygulama personeli ve diğer uzman hekimlerle iletişim kurulması ve günlük iş yükü ve programların yapılandırılması gibi görevleri yerine getirmek üzere geliştirilmiştir (Hoff, 2011). Elektronik hasta çizelgesi ve dokümantasyonu hizmeti sunan bilgisayar sistemleri, giderek daha zor görevleri içeren tıbbi bakımı kolaylaştırma ve iyileştirme amacıyla dizayn edilmişlerdir. Örneğin hekimlerin günlük uygulamalarında kritik durumdaki bir hastayı izlerken laboratuvar sonuçlarını hızlıca kontrol etmelerine veya hastalar hakkında not tutmalarına olanak tanımaktadır (Cummings, 2013).

Sağlık hizmetlerinin enformasyon teknolojileri ile donatılması, hekimlerin profesyonel sınırlarını azaltacağı ve çalışmalarına disiplinler arası bir boyut kazandıracağı düşüncesiyle desteklenmektedir (McLaughlin ve Webster: 1998). Üretim sürecinin parçalara ayrılması ile hekimlerin emek sürecinin almış olduğu kolektif form enformasyon teknolojileri sayesinde sağlamlaştırılmaktadır. Hekim, diğer hekimlerle ve hatta hekim-dışı diğer personelle bir tür takım çalışması gerçekleştirmekte ve enformasyon teknolojileri de bir köprü görevi üstlenmektedir.

Örneğin, acil servis personeli hastanın taramasını, testlerini ve tanı koyma işlemini hekim hastayı görmeden önce yapmakta ve hasta hekimin karşısına biçimlendirilmiş olarak çıkmaktadır. Hasta, sağlık hizmetleri sunumunda hala merkezde yer alırken hastanın form değiştirerek “e-hasta” olarak adlandırılan yeni bir biçimi büründüğü tartışılmaktadır. Hekimlerin iletişim vasıflarının, bilgiye kolayca ulaşmalarını sağlayan teknolojiler nedeniyle azaldığı ve mevcut teknolojilerin gelişmesinin hekimlerin hasta başında değerlendirme yapma vasıflarını da gerilettiği gözlemlenmektedir (Verghese, 2008). Çünkü enformasyon teknolojileri hekimlerin karar alma süreçlerinde, hastalara değil hekimlere uygulanmaktadır (Stoeckle, 1988). Hekimlerin, görece uzun sürmesi nedeniyle, hastalık öyküsü alma ve fizik muayene gibi yöntemler aracılığıyla bilgi edinmek yerine enformasyon teknolojileri üzerinden sağlanan bilgilere yönlendirildikleri ve ilgili yöntemlere ilişkin vasıflarını kullanmamalarına bağlı olarak örtük öğrenmenin sağlanamaması sonucunda vasıflarının köreldiği savunulmaktadır.

Elektronik sağlık kayıt sistemleri ile sağlık hizmeti kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların bulguları farklılık göstermektedir. Yaptıkları araştırmada Miller ve Sim (2004), sağlık kalitesindeki iyileşmenin hekimlerin günlük görevlerinin çoğunda elektronik sağlık kayıt sistemi kullanmasına bağlı olduğunu saptamıştır. Romano ve Stafford (2011) ise araştırmalarında elektronik sağlık kayıt sistemleri ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında tutarlı bir ilişki bulamamışlardır.

Yapılan diğer araştırmalarda ilaç hatalarının iyi bir iletişimin eksikliğinden ve sağlık hizmeti üretim sürecinin iyi yapılandırılmamış olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Lu ve Roughead, 2011). Örneğin, Gandhi ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada yanlış ilaç kullanımının ayakta tedavi gören hastalarda %27,4; Bates ve arkadaşları (1995) ise yanlış ilaç kullanımının yatan hastalarda %6,5 olduğu sonucuna ulaşmışlardır. İletişim sistemlerinin ilaç hatalarını azaltma konusundaki potansiyeline dikkat çekilmektedir (Avcı, 2014). Bu türden hataların önlenmesi noktasında tıbbi teknolojilerin faydalarının göz ardı edilmemesi de son derece önemlidir.

Hekim emeği açısından genel bir durum değerlendirilmesi yapıldığında, sağlık kayıt sistemlerinin yanlış kullanımı sonucunda hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden soyutlanması; emek sürecinden emeğin nesnesinin uzaklaşması ve böylelikle emeğin kendine, üretim sürecine ve üretken faaliyetinin somutlaştığı nesneye yabancılaşması

anlamına gelmektedir. Hekim pratiklerinin ve çalışmasının doğal formundan uzaklaşması nedeniyle hekimin yabancılaşma eğilimi içerisine girdiğini ve hasta başında değerlendirme yapmasına olanak tanıyan tanısal muhakeme vasıflarının aşıldığını söylemek mümkündür.

3.5. Teknolojik Gelişmelerin Hekimlerin Vasıf Düzeyine Etkilerine Dair Teorik ve Ampirik Bulgular

Bir mesleğin uygulanması sırasında kullanılan bilgi düzeyindeki değişimler, emek sürecini doğrudan etkilemektedir. Hekimlik mesleği özelinde bilginin gelişimi, yoğun olarak üretim araçlarıyla, bir başka ifadeyle teknik ile yakından ilişkilidir. Bu ilişkiyi iki farklı meslek grubunun karşılaştırılmasını yaparak daha net bir şekilde görmek mümkündür.

Örneğin; tıp bilgisi ile hukuk bilgisinde gözlemlenen gelişmeler farklı kaynaklardan beslenmektedir. Tıp ve hukuk alanında yer alan mesleklerdeki dönüşümler de farklı nedenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir. Hukuk bilgisinde yaşanan değişimler hakim, yasa yapıcı ve avukat gibi hukuk alanında çalışanların etkileri ve mahkeme ve parlamento kararlarına bağlı olarak yaşanmaktadır. Bu, meslek üyelerinin etkileşimine ve değer yönelimlerine bağlı olarak bilgi düzeyinde gelişme yaşandığı anlamına gelmektedir. Ancak tıbbi bilgidaki gelişmeler, yeni buluşlardan kaynaklanmaktadır. Tıbbi bilginin içeriği, geniş ölçüde tıp alanındaki değer yönelimlerinden bağımsız olarak belirlenmektedir (Rueschemeyer, 1996: 85). Yeni buluşlar ise yoğun olarak teknolojik gelişmeler aracılığıyla gerçekleşmektedir ve teknolojik gelişmeler tıbbi bilgi düzeyini arttırmak suretiyle hekimlik mesleğini dönüştürmektedir. Hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşüm, bu neden-sonuç ilişkisine bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Öte yandan, sağlık hizmeti üretiminin rasyonelleşme sürecine girmesi sonucunda hekimler, düzenleyici kurallar ve idari bir hiyerarşi altında ücretli çalışmaya başlamışlardır. Hekim pratikleri ise hızlı ve rekabetçi bir şekilde kurumsallaşmıştır. McKinlay ve Archers (1985) gibi isimler, bu durumun hekimlerin sayıca artmasına neden olmasına karşın, hekimlerin işin yürütümüne ilişkin kuralları belirleme gücünü azaltarak bürokratik gücün etkisini arttırdığını savunmaktadır. Bürokratik gücün artmasının ardında yatan sebep ise yine teknoloji olarak kabul edilmektedir. Çünkü tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti üretiminde artan kullanımı, hekim pratiklerinin bürokratik bir yapı altında gerçekleştirilmesine ve teknoloji temelinde

yapılan eğitimin öneminin artmasına neden olmaktadır (Light ve Levine, 1996: 176; Stoeckle, 1988).

Hekimler, daha büyük ve karmaşık tıbbi kurumların işletme yöneticileri, finansörleri ve çalışanları durumuna gelmişlerdir. Bu tür kurumlardaki rollerinin, genellikle, hastaların çıkarlarıyla çeliştiği ifade edilmektedir. Çünkü hekimlerin, hastaların tedavileriyle uğraşırken de finansal ve kurumsal kararlar verirken de aynı etik ilkelere sahip olmaları gerekmektedir (Cook-Deegan, 1988: 151-152). Dolayısıyla tıbbi teknolojilerle çevrelenen sağlık hizmetleri bağlamında hekimlerin emek süreci, diğer endüstrilerde olduğu gibi yalnızca bilimsel keşiflerle değil kapitalist üretim mantığının etkisiyle de dönüşüm yaşamıştır (Daly ve Willis, 1989; Himmelstein ve Woolhandler, 1988).

Yine, diğer endüstrilerdeki dönüşüme benzer şekilde, tıpta uzmanlaşma ile aynı hastaya daha fazla klinikte daha fazla profesyonel tarafından sağlık hizmeti verilmeye başlanmış, bu durum bir tür üretim hattı oluşturmuştur (Cook-Deegan, 1988: 153). Fordizm’de olduğu gibi tıbbi uygulamalarda da makineleşmenin ve emek ile emeğin nesnesi arasında yabancılaşmanın yaşandığı ifade edilmektedir. Tıbbi teknolojilerin hasta ile hekim arasına girdiği ve hekim çalışmasının bir sanat olmaktan uzaklaşarak teknik bir yeterliliğe dönüştüğü ileri sürülmektedir (Evans, 1993). Hekimlik mesleği içerisinde hekimlerin işlerinin içeriğini belirleme güçlerini kaybettikleri sürekli olarak vurgulanmaktadır (Annandale, 1989). Hekimlik mesleğinin ilgili unsurlardan uzaklaşması beraberinde hekimlerin profesyonelleşmemesi eğilimine dair tartışmaları gündeme getirmektedir.

Hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşüm, Fordizm’de olduğu gibi, hekimlerin de bilgi ve özerklik kaybına uğramaları nedeniyle profesyonellik mücadelesi vermelerine neden olmuştur (Haug, 1996: 134). Bu mücadele, teknolojinin kendisine karşı değil, daha önce de değinildiği gibi teknolojinin uygulama ilkeleri sonucunda ortaya çıkan olumsuzluklara karşı verilmektedir. Hekim özerkliğindeki aşınma, tıbbi teknolojilerin gerek sermaye yoğun olmasından kaynaklı olarak finansal riskler taşıması gerekse uzmanlaşma nedeniyle sağlık üretim sürecini parçalara ayırması ve parçaların koordinasyonunu zorlaştırması sonucunda ortaya çıkan yönetim mekanizmalarına bağlı olarak yaşanmaktadır. Özerklik kaybı gibi vasıf düzeyini azaltan gelişmeler teknolojin doğasından ziyade yönetim pratiklerinden kaynaklı olarak gerçekleşmektedir.

Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin sağlık hizmeti üzerindeki etkisine odaklanan araştırmaların bulgularına göre süreçlerin standartlaştırılmasına ilişkin uygulamaların ve elektronik sağlık kayıt sistemi gibi bilgisayar teknolojilerinin etkisiyle hata ve zararların azalma eğilimi içerisine girdiği saptanmıştır (Hickner vd., 2005). Bazı araştırmalar sağlık bilgi teknolojisi sistemlerinin bu amaçları başarabildiğini göstermekle birlikte literatürde aynı zamanda bunların gerçekleşmediğini gösteren pek çok örnek de bulunmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmaların sonuçları, elektronik sağlık kayıt sistemlerinin şimdiye kadar ayakta tedavi hizmeti kalitesinin iyileştirilmesinde çok az katkısı olduğunu göstermektedir (Bailey, 2011). Tıbbi teknolojilerin tanı ve tedavi sürecinde sağladığı imkanlar tartışmasız bir gerçeklik olmakla birlikte buradaki temel sorun, emeğin vasıf düzeyi üzerindeki etkileriyle ilgilidir. Çünkü teknolojinin temel tıbbi vasıfları tamamlamak yerine ikame ettiği görülmektedir (Feddock, 2007).

Hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin olarak yürütülen çalışmalarda, onların vasıfsızlaşmasının, yeni teknolojiler ve kalite geliştirme araçları gibi yeniliklerin uygulanması sonucunda ortaya çıktığı ve bu süreçte dışsal ekonomik güçlerin de etkisi olduğu saptanmıştır (Hoff, 2011). Hızlı üretim mantığına paralel olacak şekilde, diğer endüstrilerde olduğu gibi, tıp alanında da görevlerin daha az eğitilmiş profesyonellere nakliyle vasıfsızlaşma eğiliminin yaşandığı ifade edilmektedir (Stoeckle, 1988). Uzmanlaşma ve alt uzmanlaşmanın, bir çeşit vasıfsızlaşma tohumu taşıdığı kabul edilmektedir (Light ve Levine, 1996: 176-177).

Sağlık hizmeti üretiminde hekimler; hastalık öyküsü alma, fizik muayene yapma, tetkik isteme, tedavi yöntemleri uygulama ve hastalığın seyrini takip etme gibi faaliyetlerde bulunmaktadır. Ancak tüm bu faaliyetler, artan bir şekilde bilgisayar teknolojileri ve hekim dışı personel tarafından yapılmaya başlanmıştır. Hekimlerin emek sürecinde, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelere bağlı olarak dönüşümler yaşanmaktadır ve sorumluluk alanı daralan hekimlerin, sürecin pasif birer izleyicisi konumuna gelmesi ihtimal dahilinde görülmektedir. Hekim pratiklerinin, ilgili hasta için ilgili tıbbi teknolojinin tedavi yöntemi olarak seçilmesi düzeyine indirgenmesi, bilgiden ziyade teknisyenliğin ön plana çıktığı bir faaliyeti ifade etmektedir. Sonuç olarak tıpta uzmanlaşmanın, profesyonelleşme sürecini tersine çeviren özerklik ve bilgi tekeli kaybı gibi vasıfsızlaştırıcı dinamikleri beraberinde getirdiğine dikkat çekilmektedir (Soyer, 2009).

Teknolojik gelişmelerin kaynaklık ettiği dönüşümlerin ortaya çıkardığı vasıfsızlaşma eğilimi, çok farklı şekillerde gerçekleşmektedir. Hekimlerin özerkliklerini kaybetmeleri, yönetime olan bağımlılıklarının artması, olgusal bilgidен uzaklaşmaları ve iletişim vasıflarını kaybetmeleri gibi birçok olumsuz gelişme, vasıf kavramsallaştırması içerisinde tanımlanan unsurların aşınması anlamına geldiğinden vasıfsızlaşma bağlamında değerlendirilmektedir. Tüm bu gelişmelerin tetikleyicisi konumunda ise tıbbi teknolojiler yer almaktadır. Teknolojik gelişmelerin sağlamış olduğu imkanlar öncelikle hastalığa ilişkin bakış açısını değiştirmiş ve sonrasında hekimlik mesleğinde tıpta uzmanlaşma ve klinik yönetişim gibi bir dizi gelişme yaşanarak vasıfsızlaşma eğilimi kendini göstermeye başlamıştır.

Literatürden elde edilen gerek teorik gerekse ampirik bulgular doğrultusunda, hekimlerin çeşitli faktörlere bağlı olarak karşı karşıya kaldıkları vasıfsızlaşma eğilimleri aktarılmaya çalışılacaktır. Her ne kadar birbiriyle etkileşim içinde olmaları nedeniyle iç içe geçmiş durumda olsalar da konunun net bir şekilde anlaşılması adına ilgili eğilimler alt kategorilerde ele alınmaya çalışılacaktır. Bu bağlamda ilgili eğilimlerin neden-sonuç ilişkisi içerisinde yaşandığını söylemek ve aslında bir eğilimin bir başka eğilimi tetiklediğini belirtmek son derece önemlidir.

3.5.1. Teknolojiye Artan Bağımlılık

Perküsyon ve oskültasyon da dahil olmak üzere fizik muayenenin temel unsurları Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Milattan sonra 2. yüzyılda faaliyet göstermiş olan Galen, doğru gözlem ve uygulama vasıflarına önem vermiş ancak sonraki yüzyıllarda, bu önem ortadan kalkmış ve gözlem yalnızca Galen'in yazdıklarının takip edilmesi boyutuna indirgenmiştir. Avrupa'da Rönesans'ın yaşanmasıyla deneyim ve gözleme ilişkin yeni bir bakış açısı geliştirilmiştir. Ancak daha sonra, egemen olan tıbbi teori ve toplumsal gelenekler fizik muayenenin alanını daraltmıştır. 19. yüzyılın başlarında hastane merkezli tıp ile patolojik anatomi anlayışındaki artışın, Sanayi ve Fransız Devrimi ve Napolyon Savaşları gibi birçok olayın bir araya geldiği Paris'te Fransız hekim René Laennec stetoskopu icat etmiş ve fiziksel tanıda modern bir çağ başlamıştır. Stetoskobun icadından bu yana, hekimlerin teknolojiye bağımlı hale geldiği ve klinik vasıflarının azaldığı iddia edilmektedir (Goodman, 2010).

Modern sağlık hizmetlerinin, teknoloji temelli sağlık hizmeti olduğu ifade edilmektedir (Faulkner, 2009: 13). Hekimlerin, tıbbi teknoloji ve teknik kullanımı çok eskilere dayanmakla beraber hekimlerin teknolojiye bağımlı hale gelmeleri farklı bir durumu ifade etmekte ve daha yakın geçmişe ait bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Günümüzde tıbbi teknolojiler, geçmişle karşılaştırılamayacak ölçüde gelişim göstermiş ve üretim araçlarındaki bu gelişmeler bir bütün halinde hekimlerin emek sürecini dönüştürmeye başlamıştır.

Bilgisayar teknolojileri, hekimlere kıyasla hastalığa ilişkin daha doğru ve karmaşık öyküler alabilme ve istatistiksel olarak daha güvenilir fiziksel tetkik yapabilme kapasitesine ulaşmışlardır. Yardımcı testler ile hekimlerin varlığının, sağlık hizmeti üretim sürecinin çoğu kısmı için gerekli olmaktan çıktığı ileri sürülmektedir. Eskiden, bu testler, hastalığa ilişkin öyküleri ve fizik muayeneden elde edilen verileri tamamlarken günümüzde, bilgisayar teknolojileri ile sağlanan ilerlemelerle tanı sürecinin en değerli veri kaynağı haline gelmiştir. Tanı, tedavi ve terapi görevlerini bilgisayarların, en iyi ve en güncel eğitime sahip hekimlerden bile daha iyi bir güvenilirlik düzeyinde gerçekleştirebileceğini gösteren çalışmalar vardır. Bu nedenle günümüz tıbbında, hekimlerin vasfının hasta için uygun teknolojiyi seçme boyutuna indirgeendiği ileri sürülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Bu gelişmeler, tıbbi teknolojileri tanı ve tedavi uygulamalarında bir tamamlayıcı olmaktan çıkararak ikame edici bir unsur haline getirmektedir.

Tıbbi teknolojilerin hekimlerin klinik vasıfları üzerinde o denli etkileri bulunmaktadır ki, örneğin acil servis çalışanları, hastaları muayene etmeden önce düzenli olarak görüntüleme testleri istemektedirler (Redberg, 2011). Bu durum, tanıda öykü alma ve fizik muayene gibi yöntemlerin öneminin azalmasının ötesinde, ilgili yöntemlere hiç başvurulmaması nedeniyle hekimlerin vasıf düzeyleri ve emek sürecindeki konumları açısından son derece tehlikeli bir gelişme olarak kabul edilmektedir.

Tıp ve hekimlik mesleği ile teknoloji aynı şey değildir: tıbbın merkezinde insan, teknolojinin merkezinde ise endüstri yer almaktadır (Dizdar, 2012: 269-270). Teknolojinin ařırđı kullanımı, klinik uygulamalar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Hekimlerin günlük çalışmalarında otomasyona ve teknolojiye daha fazla bağlı hale gelmelerinden dolayı teknoloji; hekimlerin öğrenme, karar verme ve hastalarla ve diğerleriyle iletişim kurma biçimlerini de şekillendirmektedir (Lu, 2016). Hekimlerin, teknolojiye bağımlı hale

gelmeleri, aynı anda olgusal bilgiden uzaklaşıp teknik bilgi sahibi olmalarına, karar destek sistemlerin uygulanmasıyla özerkliklerini kaybetmelerine ve iletişim vasıfları gibi geleneksel vasıflarının aşınmasına neden olmakta ve hekimleri çok yönlü bir vasıfsızlaşma eğilimi ile karşı karşıya getirmektedir. Bu bağlamda hekimlerin tıbbi teknolojilere artan bağımlılığının başlı başına vasıfsızlaştırıcı bir etkiye sahip olmasının yanı sıra vasıfsızlaşmanın farklı boyutlarını da tetiklediğini ve bu haliyle bir neden-sonuç ilişkisi doğurduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Teknolojik gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerine odaklanacak sonraki başlıklarda teknoloji temelli bir analiz aktartılmaya çalışılacaktır.

3.5.2. Geleneksel Vasıfların Azalması

Aşırı tıbbi teknoloji kullanımının, hekimlerin geleneksel vasıflarının değersizleşmesine neden olan olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hekimlerin geleneksel vasıfları arasında yer alan hastalık öyküsü alma ve fizik muayene gibi yöntemlerin eğitimi ve bunların hastalık tanısının belirlenme aşamasındaki önemine rağmen, 1960'lerden bu yana giderek azalma eğilimine girdiği gözlemlenmektedir (Feddock, 2007). Bu nedenle, hasta başında değerlendirme ve fizik muayene vasıflarının azalması gibi olumsuz gelişmeler, hekimlerin vasıfsızlaşması tartışmalarının odağına taşınmaktadır. Tıbbi teknolojilerin klinik uygulamalarda artan kullanımı, hekimlerin gözlem vasıflarını köreltme potansiyeline sahiptir (Lu, 2016). Tıp fakültelerinin müfredatı tıbbi teknolojiye artan bir önem verirken hastadan bilgi edinmeye yönelik vasıfların öğretimi azalmaktadır (Peterson vd., 1992). Geleneksel vasıfların öğretimi sınırlı bir kapsamda kalırken teknik yeterlilik sağlayan bilgilerin öğretimi ise hekimi bir anlamda olgusal bilgiden uzaklaştırmaktadır.

Böylelikle, hastalığın tanı aşamasında, anatomik ve fizyolojik anormalliklerin tanımlanma yetkinliğini arttıran bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi ve nükleer tıp gibi teknolojilerin kullanımı, stajyer hekimlerin teknolojiye aşırı güven duymalarına ve bunun sonucunda da geleneksel vasıflarının zayıflamasına neden olmaktadır (Mangione, 1993). Teknolojiye aşırı güven duymanın, hekimlerin vasıf gelişimini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Lu, 2016).

Klinik muayene teknoloji temellidir. Bundan dolayı, tıbbi teknolojilerin öğretilmesi son derece önemlidir ancak bunun yanı sıra klinik muayenenin de titizlikle öğretilmesi

gerekmektedir (Goodman, 2010). Tanıda yardımcı olan birçok aracı beraberinde getiren tıbbi teknolojilerin, öykü alma ve fizik muayene gibi geleneksel vasıfların kullanıldığı yöntemlerle birlikte kullanılması gerektiği savunulmaktadır (Feddock, 2007). Geleneksel vasıflardan kabul edilen iletişim vasıfları, hasta başında değerlendirme yapma ve tanısal muhakeme süreçlerinde hekimin doğrudan hasta ile kurduğu ilişki içerisinde kullandığı vasıflardır ve hekimin hasta ile olan iletişiminde son derece önemli bir unsurdur. Ancak sağlık kayıt ve enformasyon sistemleri gibi modern tıbbi teknolojilerin etkisiyle hekimlerin iletişim vasıflarının önemini kaybettiği düşünülmektedir.

Hastalığın tanı ve tedavi aşamasında elektronik sağlık kayıt sistemi gibi teknolojilerin kullanımı, hekimin takdir yetkisinin kritik yönlerini günlük çalışmalardan kaldırabilme ve hasta-hekim iletişimini teknolojik olarak belirlenen biçimlere dönüştürebilme potansiyeline sahiptir. İlgili teknolojiler aynı zamanda hekimler tarafından hastanın dinlenmesi ve sorgulanması gibi daha bireysel faaliyetlerin sınırlandırılmasına ve böylece hekimin konuyla ilgili bilgi birikiminin olumsuz yönde etkilenmesine de sebebiyet verebilmektedir. Bu durum bazı hekimleri, klinik kararlar alma noktasında kendi bilgi ve deneyimlerinden ziyade elektronik sağlık kayıt sistemi tarafından sağlanan bilgilere daha fazla güvenmeye itebilmektedir (Hoff, 2011). Tüm bu gelişmelerin klinik vasıfların önceki çağa ait vasıflar olarak görülmesine neden olduğu ve kullanılmakta olan gelişmiş görüntüleme tekniklerinin ve laboratuvar testlerinin belirsiz öykü alma uygulamalarını ve fiziksel bulguları yerinden ettiği savunulmaktadır (Feddock, 2007).

Tıbbi teknolojilerin hastalığın tanı ve tedavi aşamasında ulaştığı potansiyel nedeniyle vasıf kavramının yeniden tanımlanması ve geleneksel vasıfların basit ve ilkel bir form olarak kabul edilmesi söz konusu olmaktadır. Ancak bazı durumlarda bilgisayar sistemlerinin hasta ve hekim arasındaki etkili iletişimi ve dolayısıyla hasta bakımını olumsuz yönde etkilemesi söz konusu olabilmektedir (Cummings, 2013). Örneğin bazı araştırmalar elektronik sağlık kayıt sistemlerinin hekimlerin hastalarla olan iletişimini engelleyebileceğini, çünkü hekimlerin hastalarla iletişim halindeyken aynı zamanda elektronik tıbbi kayıtlar yazmaları gerektiğini tespit etmiştir. Bunun sonucunda da hekimlerin klinik bilgi alma vasıfları azalabilmektedir (Lu, 2016).

New York'ta birinci basamak 78 hekim ile yapılan başka bir araştırma, hekimlerin standart metinleri hastaların vizite raporlarına eklediklerini saptamıştır. Ayrıca, hekimlerin standartlaştırılmış elektronik kayıtlar formatına getirilen hasta bilgilerini kavrama

vasıflarının giderek yitirildiği ve tanı ve tedavi konusunda bilinçli kararlar alma vasıflarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Hoff, 2011). Ancak etkili iletişimin varlığının hastalar açısından büyük bir önem arz ettiği kabul edilmektedir. Çünkü etkili iletişim vasıflarına hekim tarafından sahip olunmasının; hastaların ve ailelerinin hastalık, hastalığın seyri ve tedavi hakkında daha iyi bir kavrayışa sahip olmalarını ve bu nedenle de hekim tavsiyelerini takip etmelerini, tedavi sürecine uymalarını ve takip randevularına gelmelerini sağladığı tespit edilmiştir (Cummings, 2013). Öte yandan, tıpta uzmanlaşmanın giderek arttığı sağlık hizmetlerinde konsültasyon kurumunun hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez unsurlarından biri haline gelmesi sonucunda iletişim vasıflarının öneminin arttığı da belirtilmektedir (Nişancı vd., 2009). Ancak yapılan bir çalışmada tıp fakültelerinde ve uzmanlık eğitimi sırasında hekimlerin %88,9'un konsültasyonla ilgili bir ders almadıkları sonucuna varılmıştır (Şahinoğlu-Pelin ve Çalışır, 1998).

Vasıf, tanımının yapıldığı bakış açısına bağlı olarak farklı şekillerde kavramsallaştırıldığından hekimlerin geleneksel vasıflarının günümüzde gerekli olduğunu düşünmeyen görüşler teknoloji kullanabilme yetkinliğini vasıf olarak nitelendirme eğilimindedir. Teknoloji okuryazarlığı, hekimlerin “modern vasıfları” olarak kabul edilmektedir. Ancak bu kabul, vasfın raf ömrünün, her yeni teknolojik gelişme ile dolacağını söylemekten farksızdır. Oysa ki vasıf, her daim işin üstlenicisinin zihninde yer edinen bir kavramı ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Vasıf, bilgi temellidir ve işe ilişkin mevcut bilgi yeni keşiflerle değişmediği müddetçe kullanımı devam etmektedir. Ancak teknolojik gelişmelerin yaşandığı günümüzde “modern vasıfların”, bir başka ifadeyle hekimlerin teknolojiyi kullanabilme yetkinliklerinin, son derece kısa ömürlü olduğu görülmektedir. Sonuç olarak günümüzde, teknoloji temelli bir vasıf kavramsallaştırılması yapılıyor olması nedeniyle, bilgi temelli geleneksel vasıfların azalma sürecine girdiği ve değersizleştiği görülmektedir.

3.5.3. Bütüncül Tıp Anlayışından Uzaklaşılması

Bütüncül tıp anlayışı hastaların fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ruhsal olarak bir bütün halinde değerlendirilmesini ifade etmektedir (Gordon, 1980: 3). Ancak tıp bilgisinin parçalara ayrılması ve her bir parçanın farklı bir uzmanın karar verme yetkisine bırakılması ile insana/hastaya bütüncül bir anlayış ile yaklaşan tıp uygulamasından uzaklaşmaktadır (Soyer, 2009). Tıpta uzmanlaşmanın; uzmanlık alanlarını ortaya çıkararak bütünün

bilgisinden uzaklaşılmasına, parçalara ayrılan tıp bilgisinin ve tıbbi uygulamaların yönetimi için bürokratik uygulamalar devreye sokularak tıp bilgisindeki ayrışmanın kurumsallaşmasına ve bu yönüyle Taylorizm ile eşdeğer bir yönelime neden olduğu savunulabilir.

Tıpta uzmanlaşma, olumsuz bir gelişme olarak görülmektedir. Çünkü bu anlayışla yetişen uzman hekim, bütüncül tıp bilgisine sahip olmayan ve pratiklerini geniş bir kapsamda gerçekleştirmeyen; geniş bir tıp alanı içerisinde vasıflarını yalnızca bazı alt bölümlerde ve bazı kısmi işlevlerde uygulayan hekim olarak kabul edilmektedir. Bir başka ifadeyle, uzmanlık uygulamalarının toplamı, kapsamlı tıp uygulamalarını kapsamamaktadır (Galdston, 1958). Uzmanlaşma fikri, aslında modern dünyanın mekanik görüşü ile paralellik göstermektedir. Ancak mekanik bakış açısının aksine bütüncül yaklaşımda, bütünün, etkileşim halindeki parçaların toplamından daha büyük olduğu kabul edilmektedir (Krippner, 1991).

Makro uzmanlık alanlarından mikro uzmanlık alanlarına doğru bir eğilimi ifade eden tıpta uzmanlaşmayla, bütünlük algısı yitirilerek insan bedeninin yerini onu oluşturan sistemler, organlar ve zaman içerisinde giderek organların dahi kendi parçaları ve dokuları almaya başlamış ve insan bedeni bütünsel bir varlık olma özelliğini kaybetmiştir (Öcek ve Vatansever, 2012; Yılmaz ve Erdem, 2016). Yaşanan bu gelişme ertesinde hekimler tıp eğitimleri sonrasında uzmanlaşmaya; bazı organların ve hatta hastalıkların uzmanlık alanları oluşmaya; tıp, insanın karmaşık doğasına ve içinde bulunduğu koşullara bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşmak yerine uzmanlık alanlarıyla yaklaşmaya ve sonuç olarak da Hipokrat'ın "hastalık yok, hasta var" yaklaşımının yerine "hasta yok, hastalık var" yaklaşımı benimsenmeye başlamıştır (Yeşiltaş, 2019; Bulut ve Civaner, 2016). Tüberküloz uzmanı veya frengi uzmanı gibi yalnızca tek bir hastalıkta uzmanlaşan hekimler; röntgen uzmanı gibi yalnızca tek bir aletin kullanımında uzmanlaşan hekimler; cerrahlar ve ebeler gibi yalnızca tek bir operasyonda uzmanlaşan hekimler giderek tıp alanında yaygınlık kazanmıştır. Aynı şekilde, hastalar, cerrah denildiğinde yalnızca lazer cerrahi ile miyop ameliyatı yapan bir cerrahı ya da kozmetik cerrahi alanındaki bir cerrahı akıllarına getirmeye başlamıştır. (Galdston, 1958; Hopkins vd., 1996).

Bilimsel ve teknik gelişmelerin yükselişe geçirdiği tıpta aşırı uzmanlaşma süreciyle hekim, hasta yerine hastalık ile ilgilenmeye başlamıştır (Oğuz, 1995). Kendi alanlarında "uzman"

hekimler ortaya çıkmıştır. Uzman hekim, tıbbi bilgi bağlamında giderek daha sınırlı bir alanda, daha fazlasını bilen hekim olarak ifade edilmektedir (Patel, 2011). Kapsamı gittikçe daralan oldukça sınırlı bir alanda daha çok şey bilen hekimlerin varlığı ise uzmanlaşma olgusunu daha da arttırmış; klinik bakım ve sağlık hizmeti üretimindeki sorumluluk alanları, iki ya da daha fazla sayıda uzman hekim arasında bölünmüş ve hastadan bütünüyle sorumlu olan hekim profili ortadan kalkmıştır (Çağlayaner, 2006).

Hastayı değil, tek bir kronik hastalığı tedavi eden bir hekimlik uygulamasında, diğer sağlık sorunlarının fark edilebilirliğinin azalmasına bağlı olarak potansiyel olumsuz sonuçların ortaya çıkabileceği sıklıkla vurgulanmaktadır (Detsky vd., 2012). Bu bağlamda, hastaları, hastalıklı organizmalar olarak gören Ortodoks tıp anlayışı⁶ yoğun eleştirilere konu olmaktadır (Cockerham ve Ritchey, 1997: 65). İnsanın yalnızca belli yönleriyle uğraşan hekimlerin, örneğin, otomobil imalatının bir aşamasında yer alan işçiden ayırt edilip edilemeyeceği tartışmalarına bu durum, bir başka ifadeyle yabancılaşma olgusu, kaynaklık etmektedir (McKinlay, 1977). Çünkü teknoloji temelli tıbbi pratiklerde, aşırı uzmanlaşma ile hasta bütüncüllüğünü kaybetmekte ve hekim hastaya yalnızca uzmanı olduğu hastalık nezdinde bakmakta ve hasta ile hekim arasındaki temas azalmaktadır (Arslanoğlu, 2012: 19). Önceki bölümlerde emeğin; kendisine, nesnesine ve üretim sürecine yabancılaşması olarak ifade edilen süreç, bütüncül tıp anlayışından uzaklaşılmasıyla daha derin bir şekilde yaşanmaktadır.

Tıbbın teknik ve örgütsel özelliğinin karmaşık bir hale bürünmesi sonucunda hekimlerin, kendi mesleklerinin hâkimi olmaktan çok mesleklerinin basit birer parçası haline geldiği düşünülmektedir (Light ve Levine, 1996: 169). Bu durum, daha önce de değinildiği gibi, hekimlerin sağlık hizmeti üretimi sürecindeki rollerinin pasif hale gelmesi süreci ile paralel işleyen bir süreci ifade etmesinden dolayı son derece önemlidir. Hekim çalışmasının kademe kademe tıbbi uygulamalardaki ağırlığının azalması, hekime düşen sorumluluk alanlarının teknolojiyle paylaştırılması, hekimin eskiden sahip olduğu bilgilerin modern tıbbi teknolojiler döneminde “gereksiz” olarak değerlendirilmesi ve böylelikle yalnızca uzmanlık alanlarındaki bilgiler ile donatılması hekimlerin bütüncül tıp bilgisi üzerindeki hakimiyetlerini sarsmaktadır.

⁶ Ortodoks tıp, hastalıkların semptomlarını ortadan kaldırmaya yönelik tedavilerin uygulandığı katı bir yaklaşım olarak kabul edilen Batı tıbbını ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır (Çevik, 2012; Somer ve Vatanoglu-Lutz, 2017).

Tıpta uzmanlaşma anlayışının gelişiminde, bir kişinin tek başına bütün bir alandaki bilgi birikimini kavrayamayacağı ve bundan dolayı da bedeni uzmanlık alanlarına ayırmak suretiyle her bir alan üzerinde derinlemesine bilgi sahibi olunabileceği düşüncesi etkili olmuştur (Haug, 1996: 135). Hekimler de “bütüncül tıp bilgisine sahip bilge insan” profili yerine daha sınırlı bir faaliyet alanında uzman olmaya teşvik edilmiştir. Çoğu kişi için arzu edilen bir gelişme olan tıpta uzmanlık, bilimsel bilginin yayılmasının kaçınılmaz bir sonucu olarak görülmektedir. Ancak uzmanlık alanlarının bürokratik bir bağlamda ele alınması dolayısıyla tıpta uzmanlaşma anlayışının avantajlarını kaybettiğine de işaret edilmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Yapılan bir araştırmada, hekimlerin; tıp eğitimine eleştirel bir açıdan bakmakta olduğu ve tıp fakültelerinde verilen eğitimin yeterli bilgi ve vasfı aktarmadığı görüşüne sahip oldukları saptanmıştır (Özensel ve Koçak, 2004: 164).

Sonuç itibarıyla hastalarının tüm sorunları ile ilgilenen hekim profilinin sonsuza kadar ortadan kalkmış olabileceği ihtimali üzerinde sıklıkla durulmaktadır (Rastegar, 2004). Derinlemesine bilgiye sahip olmayan ya da tıp ve insan vücudu hakkındaki bilgiye Orta Çağ’daki eczacılardan daha fazla hâkim olmayan hekimin, sadece ilk yardım dersi almış bir üniversite öğrencisinden daha fazla bilgiye sahip olamayacağı savunulmaktadır (Haug, 1996: 135). Literatürde yer alan bu türden savunular, hekimlerin mesleki hakimiyetlerini ve bütüncül tıp anlayışlarını adım adım kaybettikleri düşüncesi üzerinden temellendirilmektedir.

3.5.4. Olgusal Bilgiden Uzaklaşılması

Hastalık öyküsü alma ve fizik muayene gibi tanı yöntemleri, her ne kadar tıbbi teknolojilerin artan kullanımına rağmen halen daha kullanılmaya devam etse de tıp eğitiminde, olgusal bilgiden uzaklaşıp teknik bilgiye odaklanması nedeniyle hekimlerin toplanan bilgileri yorumlama kabiliyetinden yoksunluğunun, hastalık öyküsü almayı ve fizik muayeneyi beyhude kıldığı savunulmaktadır (Feddock, 2007). Geleneksel vasıfların değersizleşmesi ile öykü alma ve fizik muayene gibi yöntemler tamamen ortadan kalmamakta ancak tek başına da yeterli de görülmemektedir. Olgusal bilgiden uzaklaşmasının, geleneksel vasıfların azalması eğilimini ve vasıfsızlaşmayı şiddetlendirdiği savunulmaktadır. Çünkü olgusal tıp bilgisi, hekimin hastalığı zihninde kavramasını sağlamaktadır.

Tıp iki temel bileşenden oluşmaktadır: “gnosis” ve “téchne”. Gnosis, tıp bilgisidir; çok ve çeşitli gerçekliklerle sarılı yaşayan bir varlık olan insana dair kavrayışı ifade etmektedir.

T chne ise hekimin insan yararını gözeterek yaptığı çalışmalarında kullandığı tüm operasyonel yöntemleri ifade etmektedir. 19. yüzyıldan bu yana tıbbın “t chne” boyutu, “gnosis” boyutunu gölgede bırakarak etkisini arttırmıştır. Bu durum, teknoloji temelli bilimlerde genel olarak yaşanan olağanüstü büyümenin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Galdston, 1959).

Geleneksel tıp eğitimi, hekimlerin geniş bir tıp yelpazesinde uygulama yapmalarını sağlayan sağlam bir bilgi tabanına sahiptir. Reformcular, geleneksel  ğretim yöntemlerini  ğrenci öncülüğündeki probleme dayalı yaklaşımlarla değiştirirken öğrencinin olgusal bilgi tabanını azaltmayı amaçlamaktadır (Williams ve Lau, 2004). Tıp eğitiminde hekim adaylarına yoğun olarak teknik bilgiler öğretilmesi suretiyle olgusal bilgiden uzaklaştırıldıkları ancak tıp eğitiminde asıl vurgunun tıbbın “t chne” boyutuna değil ihtiyaç duyulan “gnosis” boyutuna yapılması gerektiği savunulmaktadır (Galdston, 1959). Ancak bürokratik tıbbi uygulamanın geleceğinin ve devam eden genişlemesinin, hekimlerin teknolojiye bağımlı olarak eğitilmesiyle güvence altına alındığı düşünülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Piyasa güçleri, yeni uygulamaların ihtiyaçlarına cevap verebilmesi adına eğitim sistemine etki edebilmekte ve tıp eğitiminin tüm düzeylerinde değişikler yapılması gündeme gelmektedir (Frankford ve Konrad, 1998; Meyer vd., 1997). Hekimler ise kendi alanlarındaki teknik bilgilere ayak uydurma y k ml l ğ ğ n  ve yeni “vasıflar” edinme baskısını taşımaktadırlar (Adler ve Kwon, 2008: 149).

Tıp eğitimcileri tarafından tıp eğitiminin odağında tıp bilgisinin kendisinin olması gerektiği ve bu bilginin iyi bir hekim olmak için gerekli olduğu üzerinde sıklıkla durulmaktadır (Castellani ve Wear, 2000). Tıp eğitiminin kapsamında, temel olarak, özel bir vasıf ve bilgi birikiminin öğretiminin ve bunların pratiğinin olması gerektiği savunulmaktadır. Bu bağlamda, tıp  ğrencilerinin en geniş ve en derin anlamıyla insan biyolojisini öğrenmeleri ve hastalarıyla hassas ancak nesnel ve profesyonelce etkileşimde bulunabilmek için gerekli vasıfları da edinmeleri gerekmektedir (Relman, 1998). Hekimlere insan biyolojisi ile ilgili temel tıp bilgisinin yanı sıra etik değerlerin de öğretilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır. Tıp eğitiminin bir boyutunu da tıp etiği ve değer eğitimi oluşturmaktadır.

Hekimler, tutum ve davranışların belirlenmesinde etkili olan değer ve etik eğitimini tıp eğitimi döneminde almaktadır ( nc  ve Erel, 2021). Hekimin mesleki pratiklerini gerçekleştirirken karşı karşıya kaldığı ahlaki değer sorunlarını ifade eden tıp etiği, hekim

davranışlarının nasıl olması gerektiğine dair ilkeleri kapsamına almaktadır (Şahinoğlu, 2021: 134). 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hekimlik mesleğinin tıp etiği yönü üzerinde yoğun olarak durulmaya başlanmış ve özgün bir bilgi birikimi alanını ifade eden tıp etiği eğitimi tüm hekimler için bir zorunluluk haline gelmiştir (Oğuz, 1998). Ancak biyomedikal bilginin hızlı artışı nedeniyle hekim adaylarının eğitilme şekillerinin baskılandığı ve biyoetik/tıp etiği ile ilgili eğitimin tıp uygulamalarındaki değişikliklere ayak uyduramaması hususunda kaygıların arttığı da ifade edilmektedir (Carrese ve Wright, 1998; Swick, 1998). Sonuç olarak tıp eğitiminin bilgi, vasıf ve değer aktarımını ifade eden bir süreç olduğu görülmektedir.

Hekimlerin sahip olması beklenen bilgi türleri açık ve örtük bilgi olarak iki kategoride ele alınmaktadır. Açık bilgi, kelimeler veya sembollerle formüle edilebilen ve bu nedenle, yazılı belgeler veya bilgisayar dosyaları gibi kişisel olmayan yollarla saklanabilen, kopyalanabilen ve aktarılabilen bilgi veya talimatlardan oluşmaktadır ve bilgi kaynaklarından elde edilebilmektedir. Örneğin, hekimin ders kitabı okuyarak ameliyatın nasıl yapılacağını öğrenmesi mümkündür. Ancak deride nasıl kesik açılacağı ya da açılan kesinin nasıl kapatılacağına dair bilgi, örtük bilgidir ve ilgili vasıflar bu bilgilerin elde edilmesiyle kazanılmaktadır. Dolayısıyla örtük bilgi, açık bir şekilde formüle edilmemiş ve belki de edilemeyen bilgidir; bu nedenle, etkili bir şekilde depolanması ve aktarılması mümkün değildir. Pek çok insan faaliyeti örtük bilgiye dayanmakla birlikte günlük pratikler aracılığıyla ilgili faaliyetlerde ustalık, bir başka ifadeyle vasıf, kazanılmaktadır (Dawes ve Lens, 2007; MacKenzie, 1996: 215-216).

Olgusal bilgiyi, emek sürecinin bütününe ilişkin bütüncül bilgi olarak değerlendirmek ve olgusal bilginin açık ve örtük bilginin toplamından oluştuğunu söylemek mümkündür. Olgusal bilginin net bir ifadesi için somut bir örnek kullanmak yerinde olacaktır. Örneğin cerrahlar, yıllarca süren pratikle aletleri vücutlarının birer uzantısı olarak kullanmayı öğrenmekte ve tekniğin tamamen somutlaşmasıyla faaliyetlerini büyük ölçüde bilinçsiz bir şekilde yönlendirmektedirler (Prentice, 2005). Ancak cerrahların aletleri sorunsuzca ve ustalıklarla kullanmaları olgusal bilgiyi bütünüyle temsil etmemektedir. Çünkü cerrahların hem gerekli vasıflara hem de “kavrayış” ve “anlamlandırma” kabiliyetine sahip olmaları gerekmektedir. Aksi takdirde faaliyetleri, cerrahi bağlamdan çıkarıldığında, hastanın kemiğine bir vida yerleştirilmesi gibi tamamen fiziksel bir vasıf olarak düşünülebilmektedir. Bu nedenle cerrahların anatomik bozukluklar, hastalıklar ve tedaviler hakkında bilgi sahibi

olmaları gerekmekte ve bir vidanın nasıl yerleştirileceğini bilmelerinden ziyade hastayı ne zaman ameliyat edeceklerini ne zaman keseceklerini ya da neyin gerekli olduğunu bilmelerinin daha önemli olduğu kabul edilmektedir. Yapılan bir araştırmanın sonuçları da bu kabulleri desteklemektedir; cerrahlar teknik vasfın, gerekli cerrahi bilginin yalnızca %20'sini oluşturduğu düşünmektedir (Cassell, 1991: 12-15; Prentice, 2007).

Hekimlerin olgusal bilgiden uzaklaşarak vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girdiği savına, ilerleyen bölümlerde değinilecek olan reçete bilgisi kavramı ile paralel bir şekilde, emek sürecinin hekim tarafından kavranamayışı sorunu kaynaklık etmektedir. Bu nedenle, tıbbi yeterliliğin önceden tanımlanmış gözlemlenebilir davranışlara dönüştürülebileceği fikrinden yola çıkan yetkinlik temelli tıp eğitiminin teknik vasıf kaybına, profesyonel hakimiyetin bozulmasına ve klinik muhakemenin kötüleşmesi ile cerrahi eğitimin parçalanmasına neden olduğu savunulmaktadır (Blinman, 2017). Sağlık hizmetlerinde ve hastalıklara ilişkin tıbbi pratiklerde neden-sonuç yaklaşımından uzaklaşarak neyin ne ile ilişkili olduğunu ifade eden ilişkilendirme yaklaşımına doğru bir yönelimin yaşandığı düşünülmektedir (Dizdar, 2012: 266). Bu sürecin, kavrayışı engelleme ve üretim sürecinde yabancılaşmaya neden olma riski taşıdığını söylemek mümkündür.

Profesyonellerin eğitiminin çok uzun süreli ve daha teorik olması nedeniyle diğerlerinden farklı bir eğitim gerektirdiği ifade edilmektedir. Freidson'a göre tıp mesleği özelinde ayırt edici bir özellik olarak hekimin yerine getirdiği iş üzerinde ipleri ele geçirmesi gerekmektedir (Light ve Levine, 1996: 171). Günümüzde hekimlerin, özerklik kaybı yaşamaları bir yana emek sürecini bir bütün halinde kavramayabilmelerine olanak tanıyacak olgusal bilgiden yoksun olmaları nedeniyle bu durumdan çok uzak bir noktada konumlandıkları belirtilmektedir.

Sonuç olarak tıp alanındaki eğilimlerde, tanı ve tedavinin belirlenmesinde önemli bir rol üstlenen tıbbi teknolojilerin etkisi son derece büyüktür. Ancak hekimler açısından tıbbi teknolojileri kullanabilmek kadar olgusal bilgi kazanımıyla kavrayış düzeylerini arttırmaları ve bütüncül tıp bilgisine ulaşabilmeleri de önemli kabul edilmektedir. Çünkü yaratıcı yıkımla beraber teknolojinin sağlık hizmeti üretimindeki kullanım süresinin bitebilmesi daha muhtemelken tıptaki hâkim bilgi aksi ispatlanana kadar kullanılmaya devam etmektedir. Vasıf uzun ömürlü bir kavram niteliğindedir.

3.5.5. Bilgi Tekelinin Kaybedilmesi

Bilgisayar teknolojilerinin gelişmesinin ve bürokratik yapıların yaygınlaştırılmasının etkisiyle hekimlerin tıp alanında stratejik bilgi üzerindeki tekellerini kaybedeceğine ve bunun kademeli olarak vasıfsızlaşmalarına neden olacağına dair öngörülerde bulunmaktadır. Yüksek bir uzmanlık derecesiyle tıbbın teknik temelinin sürekli olarak daraltılmasının ve bilgisayarlı otomasyon sisteminin kurulması için bürokratik kurallar ve uygulamalar dizisi şeklinde kodlanmaya uygun hale getirilerek sadeleştirilmesinin, tıp alanını resmi tıp eğitimi olmayanlar tarafından dahi kolayca anlaşılır hale getirdiği ve bu gelişmeler neticesinde hekimlerin bilgi tekeli kaybedecekleri düşünülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Tıbbi bilgi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişimiyle hekimlik mesleğinin sınırlarından taşmış ve hasta olsun ya da olmasın insanlar için daha geniş bir alana doğru yayılmıştır (Brown ve Webster, 2004: 1).

Günümüzde özellikle internet aracılığıyla gizemli tıp bilgisi kolay ulaşılabilir hale gelmektedir. Tıp bilgisine ulaşılabilirliğin artması hasta-hekim ilişkisini dönüştürme potansiyeline sahiptir. Eğitim düzeyi yüksek hastaların sağlık sorunlarına ilişkin güncel ve daha fazla bilgiye ulaşabilmesinin önündeki engellerin aşılması ile edilgen hasta tipi değişerek sorgulayan hasta tipine dönüşmektedir (Soyer, 2009). İnternet, sağlık hizmeti tüketicilerine dönüşen hastalara ulaşılabilmesi amacıyla bir araç olarak artan oranda kullanılmakta ve sağlık tüketicileri hekim, hastane, hastalık ve ilaçlar hakkında bilgilere ulaşabilmektedir (National Research Council, 2000: 59-64; Mansoor, 2002).

İnternet aracılığıyla sağlık bilgisi alanların çok yüksek sayıda olduğunu saptayan çalışmalar vardır. Yapılan bazı çalışmalarda: hastaların %22'sinin tıbbi bilgi almak için interneti kullandığına (Tatsumi vd., 2001); 5 hastadan 1'inin tıbbi bilgi almak için internete başvurduğuna (Murero vd., 2001); internet erişimi olan kişilerin %50 ile %75'inin sağlık bilgilerine erişmek için interneti kullandığına (Powell ve Clarke, 2002); 15-30 yaş arasındaki internet kullanıcılarının %48,5'inin interneti sağlık amacıyla kullandığına (Beck vd., 2014); internette alınan sağlık bilgilerinin kullanıcıların %45'inin hekime başvurmak için randevu almasına neden olduğuna (Bujnowska-Fedak ve Wegierek, 2020) dair sonuçlara ulaşılmıştır. Bir başka çalışmada ise hekimlerin %85,3'ü hastalarının hastaneye gelmeden önce internete girdiğini ve bu hastaların %92'sinin randevuda bu bilgileri kullandığını belirtmiştir (Oliveira, 2014). Hatta yapılan diğer çalışmalarda hekimlerin dahi %90'ının hasta bakımı

için internetten bilgi aldığı (Ajuwon, 2006); %47,66'sının ise sosyal medya hesaplarını tıbbi bilginin yaygınlaştırılması amacıyla kullandığı saptanmıştır (Zhou vd., 2020). İstatistiklerin de gösterdiği üzere bilgisayar, iletişim ve internet teknolojilerinin gelişimiyle beraber tıbbi bilgi, hekimlerin tekeline çıkarak yönetsel kademelerin ötesinde sağlık hizmeti tüketicilerine ve hastalara kadar ulaşmıştır.

Özellikle tıbbi bilginin yaygın olmadığı toplumlarda, bilgisayarların yaygınlaşmasıyla beraber tıp bilgisinin gizemini yitirmeye başladığı; hekim otoritesinin sorgulanmaya ve hekimlik mesleğinde profesyonelleşmeme sürecinin tecrübe edilmeye başlandığı ileri sürülmektedir (Broom, 2005; McKinlay ve Arches, 1985). Böylelikle hekimlerin sahip oldukları otoritenin başlıca kaynaklarından olan ve hastalığın seyri ile onu önlemenin, tersine çevirmenin veya durdurmanın yollarına ilişkin üstün bilgisinden gelen teknik otoriteleri (Cook-Deegan, 1988: 125) sorgulanmaya başlanmaktadır. Sıradan tüketicilerin dün olduğundan daha fazla bugün uzmanlaşmış teknik bilgiyi anlayabilmeleri ve eleştirebilmeleri (Freidson, 1996: 108) anlamına gelen bilinçlenme, tıp alanı özelinde hastaların bilinçlenmesi olarak nitelendirilmektedir. Hastaların bilinçlenmesiyle beraber hekimlere olan güvenin azaldığı ve hastaların, internet ve medya üzerinden edindikleri bilgiler doğrultusunda kendilerine en iyi tedaviyi verecek olan klinik ve uzmanları aramaya başladığı görülmektedir (Dent, 2006).

Hekimlerin bilgi tekeli kaybetmeleri olarak nitelendirilen bu süreç, teknolojik gelişmeler ile iç içe geçmiş durumdadır. Bilgisayar teknolojileri, bilimsel mesleki bilginin kodlanabilmesine, parçalara ayrılabilmesine ve depolanabilmesine olanak tanıyarak bilginin yalnızca kitaplarda ya da meslek icracılarının zihninde yer alması durumunu sona erdirmiştir. Bugün bakıldığında eğitimleri sırasında profesyonellere aktarılan bilgilerin birçoğu bu yolla herkese açık hale getirilmektedir. Depolanmış bilgi üzerindeki hâkimiyet, ilgili bilgiyi elde etmekten çok, bilgiye nasıl ulaşılacağına bilinmesi ile kazanılır hale gelmiş (Haug, 1996: 136) ve internet teknolojilerinin gelişimiyle birlikte bilgi çok daha kolay elde edilir olmuştur. Çünkü internet bilgi birikiminin depolandığı birincil bellek durumundadır ve her an ulaşılabilir bir bilgi kaynağıdır (Sparrow vd., 2011). Bu nedenle internet hastaların bilinçlenmesinde rol oynamaktadır. Aynı şekilde medyanın da hastaların bilinçlenmesine etkisi bulunmaktadır (Dent, 2006). Tıbbi bilginin yaygınlaşması ve hastaların bilinçlenmesi olumlu bir gelişme olmakla birlikte tıbbi bilgi tekeline yalnızca hekimlerce sahip olunmaması, profesyonellikleri açısından bir tehdit olarak algılanmaktadır.

Öte yandan tıp konularını kendileri okumaya başlayan ve bunun devamında kendi vücutlarına neyin yapılmasının uygun olacağına kendilerinin karar verebileceği gibi bir düşünceye erişen hastaların varlığının (Light ve Levine, 1996: 188), mesleki özerklik açısından bir tehdit oluşturduğu da ileri sürülmektedir. Örneğin hastaların; ömürlerinin sonuna yaklaştıklarında tedaviyi durdurma gibi tıbbi olmayan önemli hususlarda ya da hasta açısından cerrahi ve invaziv tanı testleri gibi tehlike arz eden sonuçlar barındıran hususlardaki karar alma süreçlerinde artan katılımları söz konusudur. Bazı hekimler bu türden gelişmeleri özerklik kaybı olarak değerlendirmektedir (Cook-Deegan, 1988: 126). Hekimlerin mesleki bilgi tekeli kaybetmelerinin vasıf düzeyleri ile ilişkisi de aslında bu tür gelişmelerden kaynaklanmaktadır. Bir yandan profesyonelliklerini üzerine kurguladıkları bilgi tekelindeki hakimiyetlerini bir yandan ise işin yürütümündeki özerkliklerini kaybetmek suretiyle hekimlerin vasıf düzeylerinde aşınma yaşandığı belirtilmektedir.

Vasıf kavramsallaştırmasında, derin bilgi birikimi ve işin yürütümünde özerklik gibi unsurların yer alması nedeniyle, hekimlerin bilgi tekeli kaybetmek suretiyle emek sürecinin meslek dışından kişilerin müdahalesine açık hale gelmesi vasıfsızlaşma eğilimi kapsamında değerlendirilmektedir.

3.5.6. Tarif Tıbbının Yükselişi

Tarif tıbbi kavramı ile hekimlerin sahip olduğu olgusal bilgi düzeyinin azaldığı ve tam bir kavrayış sağlayamadan üretim faaliyetinde bulundukları ifade edilmektedir. Hekimlerin olgusal bilgi yerine “reçete bilgisi” ile donatıldıklarını ve bu nedenle de faaliyetlerinin ardında yatan mantığı kavrayamadıkları savunulmaktadır.

Tarif tıbbi olarak kavramsallaştırılan tıp anlayışında, yemek kitapları ile tıp arasında bir benzerlik kurulmak istenmiştir. Benzetmede kullanılan reçete kavramı, yemek kitaplarına ait bir kavramdır ve bir yemeğin yapılışında malzemelerin eklenmesinden yemeğin son haline kadar olan süreçteki her bir adıma ilişkin talimatları içermektedir. Kavramsal açıdan reçete bilgisi, yeni bir görevin yerine getirilmesinde ya da teknik bir ekipmanın kullanılmasında kişinin takip edeceği talimatları ifade etmek amacıyla ve pratik becerilerin ve “know-how” bilgilerinin işe yeni başlayan birisine aktarılması sürecinde kullanılmaktadır (Shaffer ve Shaffer, 2006). Bu haliyle reçete bilgisi, anlama üzerine değil ezberleme üzerine

kuruludur ve sosyologlar da “reçete bilgisi” kavramını standardizasyon amaçları doğrultusunda adım adım belirlenmiş bir bilgi tipi olarak tanımlamışlardır (Shaffer, 1981).

Yemek pişirme ve sağlık üretimi faaliyetleri arasında kurulan benzerlik mantıklı ve günümüz tıbbi pratikleri açısından gerçeğe yakın olarak değerlendirilmektedir. Yemek kitaplarında yemek pişirme talimatlarının tarifler şeklinde aktarılmasındaki amaç, yemeklerin şeflik vasıflarının geliştirilmeksizin yapılabilmesidir. Daha açık bir ifadeyle, reçeteler bir şefin mutfağa ilişkin vasıflarının kazanılması amacı güdülmeksizin yazılmaktadır ve talimatlar bu doğrultuda takip edilmektedir. Yemek yapımında önemli olan yemeğin nasıl yapıldığı olmaktadır. Mutfakta yaşanan bu dönüşüm teknoloji temelli olarak yaşanmıştır ve reçete bilgisinin yemek pişirme işini şeflik vasıflarının çok az bir kısmına sahip kişilerce yapılabilir hale getirmesi, genel bir tehdit olarak görülmektedir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Yemek kitapları tarafından aktarılan reçete bilgisi kavramı, mal ve hizmet üretiminde zanaatkar vasıflarına sahip olmadan gerçekleştirilebilen bir üretim sürecini ifade etmek üzere genelleştirilmiştir. Günümüz tıp anlayışının da “tarif tıbbı” olarak tabir edilmesi, hekimlik mesleğinde gözlemlenen bu türden bir dönüşümün sonucudur.

Son yıllarda tıp alanında kanıta dayalı tıp olarak adlandırılan uygulamalara yönelim yaşanmaktadır. Kanıta dayalı tıp, standardize edilmiş uygulama protokolleri gibi çeşitli araçlar yoluyla klinik uygulamalardaki çeşitlilik sorununa odaklanmıştır. Savunucuları bu türden yönergelerin bilimsel temellerini desteklerken eleştirenler; bu türden uygulamaların neyin uygun olduğuna dair katı kurallara sahip esnek olmayan rehberler olma özelliği taşıdığını ve “tarif” tıbbına neden olacağını ileri sürmektedir (Timmermans ve Mauck: 2005; Woolf vd., 1999).

Klinik kararların alınmasında araştırma bulgularını temel alan, değerlendiren ve kullanan kanıta dayalı tıp anlayışında kanıt hiyerarşisi ve klinik protokoller iki temel ilkeyi oluşturmaktadır (Knaapen, 2014; Straus ve McAlister, 2000). Tıp alanında hekim pratiklerini yeniden şekillendiren ve beraberinde önemli tartışmaları getiren modern bir girişim olarak kabul edilmektedir (Mykhalovskiy ve Weir, 2004). Çünkü tıbbi bilgi ve tedavi yöntemlerinin hızla çoğaldığı bir çağda, belirli standartların sağlanması amacıyla geliştirilip kullanılan klinik protokollerin yaygınlığının artmasıyla beraber önceden belirlenmiş direktiflerin rutin kullanımının hekimler için tarif tıbbı tehlikesini taşıdığı düşünülmektedir (Genuis ve Genuis, 2004).

Yönerge ve algoritma formundaki klinik protokoller, sağlık hizmetlerindeki geniş çeşitlilikten kurtuluşa birer araç olarak görülseler de standartlaştırılmış formlarının, hekimlerin mesleki özerkliklerini kısıtladığı ve klinik vasıflarını değersizleştirdiği iddialarıyla eleştirilmekte ve geleneksel tıp anlayışı üzerindeki yıkıcı etkileri gündeme taşınmaktadır (Dans, 1994; Lambert, 2006). Eleştirilerin odağında, standardize edilmiş talimatları içeren protokollerin, tıbbi uygulamaları hekimlerin uyması gereken bir dizi tarifi izlenmesi boyutuna indirilmesi ve tarif tıbbına neden olması yer almaktadır (Martini, 2021).

Öte yandan, kanıta dayalı tıp anlayışını savunanlar tarafından klinik protokol gibi uygulamaların tarif tıbbına neden olmayacağı da iddia edilmektedir. Hekime en iyi kanıtın sunulması talimatların verilmesi durumunda dahi hekimin sahip olduğu bireysel klinik uzmanlığı ile hareket ettiği; protokollerin her bir hasta için geçerli olmadığından dolayı klinik uzmanlığın son derece önemli olduğu ve tarif tıbbı tehdidi karşısında hekimler ile kanıta dayalı tıp anlayışının savunucularının ittifak kuracakları belirtilmektedir (Sackett vd., 1996). Kanıta dayalı tıp anlayışına ait kaynaklarda, sistematik araştırmalardan elde edilen mevcut en iyi kanıtların yer aldığı ve bu kanıtların hekimlerin dışarıdan destek alarak tutarlı sağlık hizmeti üretimine olanak tanıdığı; güvenilir, standartlaştırılmış protokollerin iyi sonuçlar verdiği de ifade edilmektedir (Feinstein ve Horwitz, 1997; White, 2018;).

Kişiselleştirilmiş bakıma ihtiyacı olan hastalarının varlığı nedeniyle hekimlere kişiselleştirilmiş tedavi için daha fazla kanıt sağlanması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Basu vd., 2014). Örneğin yapılan bir araştırmada, hekimlerin klinik protokolleri ve tarif tıbbı anlayışını algılayış biçimlerini araştıran Costantini ve arkadaşları (1999), araştırma kapsamındaki katılımcıların klinik protokollerin yaygın hastalıkların tanı ve tedavisinde yararlı olduğu düşüncesine güçlü bir şekilde sahip olduklarına; tıp eğitimi veren fakültelerin klinik protokolleri iyi birer eğitim aracı olarak gördüklerine ve öğrencilere nazaran fakültelerin tarif tıbbını daha az tehdit olarak algıladıklarına dair sonuçlara ulaşmıştır.

Ancak literatürde tarif tıbbının hâkim olmaya başladığını iddia edenler tarafından klinik protokollerin hekimlik mesleğini ve tıp alanını bir sanat olmaktan çıkartma potansiyeline sahip olduğu ve hekimleri reçete bilgisini izleyen bir çalışan boyutuna indirgelediği yoğun olarak ileri sürülmektedir (Knaapen, 2014). Eleştirenler, protokolleri tarif tıbbının kaynağı olarak görmelerinin yanı sıra hekimleri protokollerde açıkça yer almayan, kodlanmamış klinik vasıf ve bilgileri kullanmaktan uzaklaştıran bir dizi talimat olarak kabul etmektedirler

(Abaluck vd., 2020: 1). Tıbbi pratiklerin, standardize edilmek suretiyle klinik tecrübe, sezgi ve muhakeme taşıyan sanatsal boyutunun aşındığı savunulmaktadır (Kapp, 1990). Klinik protokoller, hekimlerin pratiklerini yönlendirme ve özgür karar alma potansiyellerini ifade eden klinik özerklikleri açısından bir tehdit olarak görülmektedir (Spyridonidis ve Calnan, 2011). Tarif tıbbının yükselişe ve hekimlerin klinik vasıflarının düşüşe geçmesi eğilimi arasında bu şekilde bir neden-sonuç ilişkisi kurulmakta; hekimlerin yazılı talimatları uygularken reçete bilgisi ile hareket etmeleri nedeniyle örtük bilgi ve vasıfları öğrenme konusunda zorluklar yaşadığı ve özerkliklerinin aşındığı iddia edilmektedir.

Kurumsal olarak uygun davranış kalıplarını belirleyen reçete bilgisi (Berger ve Luckmann, 1991: 83), klinik protokollerin aşırı kullanımı ile yaygınlık kazanmaktadır. Hastaları homojenize eden, hekimlerin hastalığın tanı ve tedavisindeki karar alma vasıflarını azaltan ve özerkliği kısıtlayan birer araç olarak görülen klinik protokollerin, tarif tıbbı anlayışının inşasında büyük bir role sahip olduğu ileri sürülmektedir. Klinik protokollerin kullanılmasının bir yandan olgusal bilginin kavranamaması bir yandan ise özerkliğin yitilmesi gibi etkilerle vasıfsızlaşmaya neden olduğu vurgulanmaktadır (Hoff, 2011). Bu nedenle, reçete bilgisine dayanan sağlık hizmeti üretimi konusundaki ana endişeyi, hekimlerin protokollerini takip etmeleri ve ilgili protokollerin uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla geliştirilen araçları kullanmaları yoluyla vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girmeleri oluşturmaktadır (Shaffer ve Shaffer, 2006). Bu eğilime neden olan ise reçete bilgisinin doğasına ilişkin karakteristiğidir.

Reçete bilgisi geleneksel bilgiden farklı olarak bir çalışma alanı içerisindeki açık ve sistematik bir epistemolojinin geliştirilmesini gerektirmemektedir. Çünkü bir nesnenin ya da olgunun doğasının anlaşılması ya da kavranması geleneksel bilgiye has bir özellik olarak kabul edilmektedir. Ancak reçete bilgisi anlayış ya da kavrayış gerektirmemektedir. Hekimler açısından bakıldığında da aynı durum söz konusudur. Hekimin kullandığı tıbbi teknolojiler gizemli bir kara kutudur ve kara kutunun işleyişini reçete bilgisinden çıkarmak mümkün görünmemektedir (Shaffer, 1981). Hekim başka bir meslek grubu tarafından geliştirilen teknolojiyi kullanarak gerçekleştirdiği faaliyetlerinin sağlık üretim sürecindeki etkisini gözlemleyememektedir. Hekim bu haliyle Fordist üretim modelindeki işçiye benzemektedir. Montaj hattındaki işçinin de üretim sürecindeki faaliyetinin nihai ürün üzerindeki etkisini anlayabilmesi söz konusu değildir. Çünkü işçi kendisine verilen talimatlar doğrultusunda işin yürütümünde görev almaktadır. Ancak burada yine aynı durum

söz konusu olmakta ve önemli olan sağlık hizmetinin üretimi olarak görülmektedir. Oysa hekim açısından önemli olanın emek sürecinin bütüncül kavranışı olması gerekmektedir.

Reçete bilgisinin hekimlik mesleği açısından en net örnekleri önceki bölümlerde değinilen karar destek sistemleri, algoritmalar ve klinik protokoller gibi sağlık hizmeti üretim sürecini standardize etmeye yönelik teknoloji tabanlı yöntemlerdir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerini birbirinden bağımsız olacak şekilde göstermek mümkün değildir. Aksine teknolojik gelişmeler tek bir dönüşümü tetiklemek suretiyle aslında bütün bir sağlık hizmeti yapılanmasını etkilemektedir. Bunun için de tarif tıbbi anlayışının yükselişe geçmesiyle olgusal bilginin gerilemesi süreçlerini birbirinden ayrı değerlendirmek mümkün değildir, çünkü her iki süreçte de tıbbi teknolojiler nedeniyle dönüşen bir tıp anlayışı hakimdir.

3.5.7. Tıbbın İnsansızlaşması

İnsansızlaştırma kavramı; bireysellik, özerklik, kişilik, nezaket ve saygınlık gibi genel kabul gören olumlu insan niteliklerinin olumsuzlandığı bir olguyu ifade etmekte (Oliver, 2011: 85; Haslam, 2014) ve insanın merhamet görme hakkı ile saygınlığının reddedilmesini ifade eden ahlaki bir dışlanma olarak tanımlanmaktadır (Opatow, 1990). Kavram; ırkçılık, savaş ve soykırım gibi konularda kullanılmaya başlanmış ancak zaman içerisinde kullanımı daha geniş bir alana yayılmıştır (Smith, 2014). Türkçe literatüre bakıldığında İngilizce karşılığı “dehumanization” olan kavramın insanlıktan uzaklaştırma, insandışılaştırma, insan gibi görmeme şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Coşkun, 2014). Ancak bu çalışma kapsamında ilgili kavramın Türkçe karşılığı olarak, hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden adım adım uzaklaştığı iddiasından hareketle, “insansızlaştırma” kavramının kullanılması tercih edilmiştir.

İnsansızlaşma süreci, hekimlik mesleği açısından emek süreci teorisi terminolojisi bağlamında adlandırılmak istense, muhtemelen en doğru tercihlerden birisi “emeğin nesnesinin soyutlanması” olacaktır. Ancak bu adlandırmanın dahi, sağlık hizmeti üretim sürecindeki “insan” faktörünü bir “nesne” olarak kabul ettiği gerekçesiyle, insansızlaştırma iddiasıyla eleştirilmesi son derece muhtemeldir. Fakat hekimin emek sürecinden insanın, bir başka ifadeyle hastanın, adım adım uzaklaşması kelimenin tam anlamıyla emeğin nesnesinin

emek sürecindeki varlığının silikleşmesini ve böylelikle emeğin üretim sürecine yabancılaşmasını işaret etmektedir.

İnsansızlaştırma kavramı, yabancılaşma kavramı ile ilişkili olarak kullanılmaktadır. Otomobil fabrikasındaki montaj hattı işçisinin, işinin rutinleşmesi ve parçalanması sonucunda, emek süreci üzerindeki kontrol gücünü kaybetmesine ve üretim sürecine yabancılaşmasına (Coburn, 1994) benzer şekilde, tıp alanında da yabancılaşma ve insansızlaştırma süreçlerinin işlediği ve hekimlerde hastalarını hareketsiz bedenler olarak görme eğiliminin başladığı ifade edilmektedir (Haslam ve Loughnan, 2014). Bu durumun arkasında mekanik bir bakış açısının olduğu ileri sürülerek hekimlerin, ölümcül hastalık gibi olumsuz durumdaki hastalarla iletişim kuruyor olmaları nedeniyle empati duygularının üstesinden gelmek amacıyla hastaları birer vaka olarak görme eğiliminde oldukları ve insansızlaştırma süreçlerinin bu şekilde gelişim gösterdiği vurgulanmaktadır (Lammers ve Stapel, 2011).

Ancak insana saygı, tıp etiğinin olmazsa olmaz unsurlarından birini oluşturmaktadır ve hekim, hastaya “insancıl” davranmakla ve bir “insan” olarak saygı duymakla yükümlüdür (Demirhan Erdemir, 2005; Örs, 1993). Karşılıklı saygı ve güven duygusu üzerine kurulu olan hasta-hekim ilişkisi tıbbi uygulamaların temel dayanağını oluşturmaktadır (Atıcı, 2007). Bir sanat olarak tıbbın merkezinde yer alan hasta-hekim ilişkisi içerisinde hekimlerin, hastaların duygusal ihtiyaçlarını değerlendirebilmek ve bu ihtiyaçlara açık ve etkili yanıtlar verebilmek için gerekli vasıflara sahip olması gerekmektedir (Hardoff ve Schonmann, 2001). Dolayısıyla hekimin yalnızca teknik gerekleri değil, aynı zamanda hastanın insan olarak tanınmasını gerektiren ahlaki ödevlerini de yerine getirmesi beklenmektedir (Koslowski, 2015: 47). Tıp etiği bağlamında hekimin; her türlü tıbbi pratiğinde eylemi bakımından hastanın özerkliğine saygı göstermesi (Şahinoğlu-Pelin ve Arda, 1998) ve klinik duyarlılık göstermesinin yanı sıra belirli duruma ve belirli hastaya bağlı olarak bir rol üstlenmesi gerekmektedir (Finestone ve Conter, 1994). Hasta-hekim ilişkisinin varlığının devamı ve insansızlaştırma sürecinin tersine çevrilmesi için ise hiç kuşkusuz ki hekimlerin iletişim vasıflarının geliştirilmesi ve desteklenmesi bir zorunluluk teşkil etmektedir.

Hekimlerin iletişim vasıfları, tıp alanında merkezi bir role sahiptir (McManus vd., 1993). Tıp öğrencilerine eğitimleri süresince iletişim vasıflarının öğretilmesi amacıyla dersler verilmekte; örneğin pratik bir araç olarak kabul edilen ve çeşitli biyolojik, psikolojik, sosyal

ve etik konuları kapsayan iletim vasıfları/medikal drama dersleri dahi verilmek suretiyle, öğrencilerin pratikte ilgili vasıflarını geliştirmeleri sağlanmaktadır (McManus, 1994; Yaffe, 1989; Helwig, 1989). Öte yandan hastalık merkezli değil, hasta merkezli sağlık çıktılarının etkinliğinin daha yüksek olması nedeniyle, tıp eğitim müfredatının sorgulanarak hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesine engel olan faktörlerin önüne geçilmesi gerektiği de sıklıkla gündeme getirilmektedir (Önal vd., 2020).

Sağlık hizmeti üretimi kalitesindeki önemine rağmen, yine teknolojinin tasarım ve uygulamaları ilkeleri nedeniyle, hasta-hekim ilişkisinin ve hekimin iletişim vasıflarının giderek aşıldığı savunulmaktadır (Uyanık ve Gücenmez, 2021: 31-32). Bu bağlamda, hasta-hekim ilişkisinin teknolojik gelişmelerden fazlasıyla etkilendiği belirtilmektedir (Örs, 2015: 69). Günümüzün yaygın kaygılarından birini, hasta bilgilerinin bilgisayarlarda belgelenmesinden kaynaklanan “hasta-hekim arasındaki kişisel ilişkilerin ortadan kalkması” kaygısı oluşturmaktadır (Bailey, 2011).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik aletlerin hasta ile hekim arasındaki ilişkiye nüfuz edeceği ve tıp uygulamalarını makineleştireceği ile ilgili literatürde yoğun bir gündem oluşmuş durumdadır (Goodman, 2010). Geleneksel hasta tipinin “e-hasta” olarak adlandırılan yeni bir forma büründüğü tartışılmaktadır (Verghese, 2008). Görüntüleme teknolojilerinin; insan vücudunu hücre çizgilerine, grafikler ve renk kodlarına bölerek hastayı evrensel bir veriye dönüştürdüğü ve fiziksel suretinden kopan hastayı dünyanın herhangi bir yerinde bilgisayar ağları aracılığıyla hareket edebilen bir veri haline getirdiği, böylelikle tıbbi insansızlaştırdığı savunulmaktadır (Samson, 1999: 17). Parçalara ayrılan sağlık hizmeti üretim süreci ve kolektif bir nitelik kazanan emek süreci nedeniyle hastalığa ilişkin bilgilerinin parçalar arasındaki aktarımı bir zorunluluk halini almış ve ilgili bilgiler bilgisayar verisi boyutuna indirgenmiştir.

Verghese ve Horwitz (2009), tıp alanına uzak bir kişinin hekimlerin vaktinin çoğunu bilgisayar teknolojileri ile çevrili istasyonlarda geçirdiğini görünce, hekimlerin ekranlarındaki sanal hastalar ile canlı hastalardan daha fazla ilgilendiği çıkarımını yapabileceğini iddia ederek elektronik tıbbi kayıt sistemlerinin ve ileri görüntüleme teknolojilerinin hekimleri hastalardan uzaklaştırdığını ileri sürmektedir. Bailey (2011) ise vizite çıkan hekimin hastalardan ziyade çizelgelere odaklanması ve hastalarla etkileşimden

ve duygusal ilişkilerden kaçınması nedeniyle tıp alanının kişisel ilişkilerin ortadan kalkma riski ile karşı karşıya kaldığını iddia etmektedir.

Tıbbi teknolojiler, hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilediği gibi emek sürecini uzaktan kontrol etmesine olanak tanıyacak sistemler aracılığıyla hekimi de sağlık hizmeti üretim sürecinden uzaklaştırmaktadır. Örneğin yoğun bakım üniteleri, hekimlerin ilaç ayarlamalarını uzaktan kontrol edebildikleri yerler haline gelmiştir (Verghese ve Horwitz, 2009). Aynı şekilde tıbbi teknolojiler, tıbbın uzmanlık alanlarına ayrılmasına neden olarak hasta-hekim ilişkisini bölme potansiyelini de taşımaktadır: teknolojiyi kullanma görevi veya tıbbi bakımdaki herhangi bir görev hekim olmayan sağlık çalışanlarına aktarılmakta ve hasta-hekim ilişkisi azalmaktadır. Hatta kimi durumlarda hekime görünmeden dahi yalnızca testler aracılığıyla tanı ve tedavi süreçleri ilerleyebilmektedir (Stoeckle, 1988). Bu yönüyle parçalara ayrılan sağlık hizmeti üretim süreci için montaj hattı benzetmesi sıklıkla yapılmaktadır. Üretim aşamaları parçalara ayrılmak suretiyle ilgili üretim faaliyetleri farklı kişilerce yerine getirilmeye başlanmıştır.

Tıbbi teknolojilerin kaynaklık ettiği bir dizi gelişmenin olumsuz etkisine rağmen yapılan çalışmalarda hasta-hekim ilişkisinin sağlık hizmeti kalitesindeki önemi tespit edilmiştir. Örneğin Lupton (1997) tarafından yapılan bir araştırmada katılımcılar, kötü hekim olarak “dürüst olmayan, dikkatle dinleyemeyen ve hastalarla düzgün iletişim kurmayan” hekimleri göstermiş; başka bir araştırmada ise Silber (1986), uygun tanı konulmamasında, kontrol randevularının devamlılığının sağlanamamasında ve hasta ile uyumun yakalanamamasındaki başarısızlığın hekimlerin tıbbi bilgi eksikliğinden değil sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisinin kurulamamasından kaynaklandığını tespit etmiştir. Hasta ve hekim arasında iyi iletişim kurulması sağlık hizmetlerinde son derece önemlidir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle etkili bir iletişim için hekimin aktif bir dinleyici olması gerekmektedir. Bunun için de odağın hasta ve bilgisayar arasında dağılmamış olması önem arz etmektedir. Örneğin pediatri alanında başarılı bir hasta-hekim-ebeveyn ilişkisinin iyi bir iletişimin kurulmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir (Cummings, 2013). Ancak pek çok araştırmacı, sağlık bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlanmasının tıbbi uygulamaları daha insansız ve daha az insancıl yapabileceğini ve teknolojinin mevcudiyetinin sağlık hizmetlerinin duyarsızlaştırılmasına neden olabileceğini ileri sürmektedir (Bailey, 2011). Bu durum

emeğin nesnesine yabancılaşmasını, sağlık hizmeti özelinde ise hasta ile hekim arasındaki ilişkinin soyutlanmasını ve tıbbın insansızlaşmasını ifade etmektedir.

Parçalara ayrılan sağlık hizmeti üretim süreci için montaj hattı benzetmesi yapılmaktadır. Teknolojik aletlerin üretkenlik artışı sağlama potansiyeliyle hasta-hekim ilişkisinin bant üretiminden farksız bir hale büründüğü savunulmaktadır. Zahmetsiz ve performanslı hasta bakmanın yolunun hekimin tıbbi pratiklerinde artan oranda teknoloji kullanılmasından geçtiği kabulünün, üretilen hizmetin doğrudan insana ilişkin olduğu gerçeğinin gözden kaçırılmasına neden olduğu düşünülmektedir. Tıbbi uygulamaların hastanın bir makineden öbürüne girip çıktığı ve sonuç olarak hastalığın bilgisayar ortamında görüntülenen verilere dönüştüğü bir süreçten bahsedilmektedir. Hekimin emeğinin nesnesine yabancılaşmasının ötesinde sağlık hizmeti üretiminde işine ve kendisine de yabancılaştığı bir durum ortaya çıkmaktadır. İnsansızlaşma olarak adlandırın bu süreç tıbbi uygulamaları fabrika üretimi mantığına uygun olacak şekilde dönüştürme potansiyeline sahiptir. Aşırı uzmanlaşma ile “hastalık yok, hasta var” anlayışını benimsemeye itilen hekimin, hastalığın tanı ve tedavisinde bir teknisyene dönüşmek suretiyle hastadan uzaklaştığı düşünülmektedir (Civaner, 2005).

Emeğin kendisine, nesnesine ve bir bütün olarak üretim sürecine yabancılaşması olarak adlandırılabilir insansızlaşma süreci, hiç kuşkusuz ki hekimin vasıf düzeyinde ciddi azalmalara neden olmaktadır. Çünkü hekimlik mesleğinin, doğası gereği, emek sürecini baştan sona kontrol eden ve tüm emek süreci unsurları ile doğrudan etkileşime girmesi beklenen bir çalışan tasviri yapması beklenmektedir. Ancak geline nokta hastanın üretim sürecinden uzaklaşması ile idealleştirilen hekim tasvirinden de giderek uzaklaşmaktadır.

3.5.8. İşin Yürütümünde Özerkliğin Azalması

Özerklik, genel olarak, bağımsız ve özgür olma ile kendi kendini yönlendirebilme durumu ve özelliği; profesyonel meslek bağlamında ise çalışmanın kapsamı ve şartları açısından kontrolün sağlanabilmesi, profesyonelin kendi çalışmasını yönlendirebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Freidson, 1970b: 134). 1970’lerden sonra mesleki hâkimiyette yaşanan dönüşümler özerklik kaybına ilişkin tartışmaları gündeme getirmiştir. Hekimlik mesleği özelinde ise mesleğin geleneksel özerkliğinin aşınması ve meslek dışındaki yapıların şekillendirdiği bürokratik kontrollerin nesnesine haline gelmesi sonucunda tartışmalar

gündeme gelmeye başlamış ve hekimlerin klinik özelliklerini kaybettikleri ileri sürülmüştür (Wolinsky, 1988; Fielding, 1990).

Hekim açısından özerklik; tanı ve tedavi uygulamalarının belirlenmesinden üretim araçlarının seçimine kadar emek sürecindeki her bir unsur üzerinde hekimin faaliyetini yönlendirebilme gücünü ifade etmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin kapitalizm temelli dönüşümüyle beraber tıp alanının kontrolünün hekimlere bırakılamayacak kadar önemli olduğu genel kabul görmeye başlamıştır (Himmelstein ve Woolhandler, 1988). Bu kabulden hareketle tıbbi uygulamalardaki teknik görev dağılımı, iyi tanımlanmış güç ilişkileri seti içerisinde belirlenme eğilimine girmiştir (Navarro, 1988). Light, Levine, Haug, McKinlay ve Arches gibi isimler günümüzün vasıfsızlaşma eğiliminin 19. yüzyılda zanaatkârların yaşadığı vasıfsızlaşma sürecine paralel olduğunu ifade etmiş ve modern tıbbın artan teknik ve örgütsel karmaşıklığının, sağlık hizmeti veren şirketlerin sayısındaki artışın ve sağlık maliyetlerinin kontrolüne ilişkin girişimlerin bir bütün halinde profesyonel kontrolü aşındırdığını belirtmişlerdir (Hopkins vd., 1996). Tarihsel olarak bakıldığında 1970’li yıllara gelindiğinde hekimlerin, hastanelerin, araştırmacıların ve tıp okullarının kendi işlerini yürütme konusundaki geniş yetkilerinin azalma eğilimine girdiği görülmektedir (Starr, 1982: 379).

Vasıfsızlaşmanın bir boyutunu oluşturan özerklik kaybının daha tıp eğitimi sırasında başladığı savunulmaktadır. Meslek dışındaki müdahaleler ile tıp eğitiminin şekillenmesi özerklik kaybı olarak nitelendirilmektedir. Tıp eğitimi artan bir biçimde devletin ve büyük mükelleflerin kontrolü altına girmektedir (Cook-Deegan, 1988: 151). Hükümetler ve diğer paydaşlar tıp eğitimi müfredatının belirlenmesinde etkili olmaktadır (Wolinsky, 1988). Bu durum tıp alanının profesyonel olmayanlar karşısında savunmasız kalması olarak değerlendirilmektedir (Freidson, 1970a: 24). Eğitim müfredatının meslek dışındaki güç odakları tarafından belirlenmesi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte özerklik kaybının bir boyutu olarak kabul edilmektedir.

Hekimlerin sağlık hizmeti üretimindeki rollerinin sermaye birikiminin sağlanması amacıyla azalması sonucunda mesleki hakimiyetlerinin sarsıldığı savunulmaktadır (Wolinsky, 1988). Tıpta bürokratikleşme olarak adlandırılan bu süreçle birlikte yönetimin merkezileşmesine, ölçek ekonomilerinin uygulanmaya başlanmasına ve rasyonelliğin sağlanmasına yönelik

girişimler yaşanmıştır (Scarpaci, 1990). Hekimler ise profesyonelliklerini kontrol eden bürokratik araçlar ile yoğun bir mücadeleye girişmişlerdir (Ruston, 2006).

Bürokratikleşmenin hekimler üzerinde özerklik kaybına neden olan pratikleri, yöneticilerin hekimlerin çalışmalarını belirleyen protokolleri ile temel kurallarına dayanmaktadır (Freidson, 1986: 215). Protokoller, hasta ile hekim arasındaki araçların sayısını arttırmakta ve tıp daha bürokratik hale gelmek suretiyle hekimler kendilerinin belirlemediği kurallara bağlı olarak çalışmaya başlamakta; faaliyetlerinin yeri, içeriği ve esasları gibi önemli hususlar üzerindeki kontrolleri aşınarak kendi kendilerini yönetebilme vasıfları da azalmaktadır (McKinlay ve Arches, 1985; Wolinsky, 1988).

Hekimlerin hastalara neyi, nasıl ve ne kadar süreyle yapacağı gibi mesleklerini icra etme şekillerinin dışarıdan dikte edildiği ve bu nedenle de klinik özerkliklerini yitirdikleri savunulmaktadır (Soyer, 2009). İlgili süreçte tanı ve tedavi uygulamalarında bilgisayar tabanlı klinik protokollerin önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Hekimlerin aynı zamanda üretim araçları üzerindeki kontrolü de azalmakta ve hangi teknolojilerin geliştirileceği konusunda alınan kararlardan uzaklaşmaktadırlar (Cook-Deegan, 1988: 150). Yeni teknolojilerin uygulamaya konulması ile hekimlerin mesleki hakimiyetleri tehdit ile karşılaşabilmektedir (McLaughlin ve Webster: 1998). Çünkü tabi olunan mesleğin nitelikleri mesleki hakimiyeti doğrudan belirlemektedir (Halpern, 1992) ve teknolojik gelişmeler mesleki yapıyı derinden etkileme gücüne sahiptir. Tüm bu gelişmeler karşısında hekimlerin, yönlendirilmiş ve birçok açıdan kontrol ediliyor hissettikleri aktarılmaktadır (Light ve Levine, 1996: 176). Hekimlerin işin üzerindeki kontrolünü kaybetmesinin; mesleğe giriş kriterleri, eğitim içeriği, işin koşulları ve içeriğine ilişkin özerklik, emeğin araçları, nesnesi ve kullandığı aletler ile ücret miktarı ve oranı bağlamında gerçekleştiği ileri sürülmektedir (Scarpaci, 1990; Wolinsky, 1988).

Hekimlik mesleğinin profesyonellik temeline mesleki hakimiyet, özerklik ve kontrol gibi unsurları ile atıfta bulunmaktadır (Annandale, 1989). Bu bağlamda, mesleğin ilgili unsurlarının aşındığına ve hekimlerin işin yürütümünde özerklik kaybına uğrayarak vasıfsızlaşma eğilimine girdiklerine dair bulgular saptayan çalışmalar yürütülmüştür. Örneğin Hoff (2011) tarafından yürütülen bir araştırmada, hekimlerin günlük çalışmalarına elektronik sağlık kayıt sistemleri gibi yeni uygulamaların dahil edilmesi ve protokollere dayalı tıp anlayışının yükselişe geçmesiyle vasıfsızlaşma sürecine aktif olarak katıldıkları

saptanmıştır. Başka çalışmalarda da hekimlerin sahip oldukları inisiyatif derecesini gösteren takdir yetkilerinin 1990'ların başından bu yana azaldığı ve karar alma süreçlerinde üstlendikleri rollerin aşıldığı saptanmıştır (Gallie vd., 2004). Mesleki özerklik kaybının gözlemlenen bir olgu olmakla birlikte yere, yaşa ve cinsiyete göre farklılık arz ettiği de tespit edilmiştir; küçük kasabalarda çalışan hekimler ile kendi özel klinikleri, hastaneleri ve tanı cihazları olan hekimlerin kontrolü büyük oranda ellerinde bulundurduğu bilinmektedir (Scarpaci, 1990).

Sağlık müdahaleleriyle ilgili kararları etkileme amacıyla yapılandırılan uygulama talimatlarının ve protokollerin hekimin özerkliğinde, takdir yetkisinde ve bilgi derinliğinde azalmaya neden olduğu kabul edilmektedir (Eddy, 1990; Hoff, 2011). Daha önce de değinildiği üzere bu gelişmelerin merkezinde yoğun olarak tıbbi teknolojiler yer almaktadır. Teknolojik gelişmeler ile sağlık alanında bilgi birikimi, teknik ve örgütsel karmaşıklık da artmıştır. Sağlık hizmeti kalitesi ve etkinliği açısından oldukça olumlu gelişmeler yaşanmakla birlikte hekimlerin yeni teknolojiler nedeniyle karar alma süreçlerini yöneticilere bıraktığı, çalışmalarının işleyişi ve koşulları üzerindeki kontrol ve kendi pratiklerini belirleme güçlerinin azaldığı ve neticede mesleki özerkliklerini kaybettikleri ileri sürülmektedir (Hopkins vd., 1996; Rastegar, 2004; Scarpaci, 1990; Navarro, 1988). Cook-Deegan (1988: 151), tüm bu gelişmeler neticesinde hekimlerin geminin kaptanı olma rolünü kaybedip rolünün gereklerini kabul eden birer yönlendirici haline geldiğini ifade etmektedir.

3.5.9. Yönetime Artan Bağımlılık

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda yaşanan yoğun sermaye birikimi ve kâr amacı güden sağlık hizmeti üretimi, tıp alanında yönetici hakimiyetinin oluşmasına neden olmuştur (Himmelstein ve Woolhandler, 1988). Diğer endüstrilerde yaşanan parçalanma ve standardizasyon gibi sağlık hizmetlerinde de hekim çalışması açısından aynı durum yaşanmış ve yönetsel bir üstyapı inşa edilmiştir (Rastegar, 2004). Bürokratik yapıların; hekimlerin karar verme takdirini sınırladığı ve hekim özerkliklerini kısıtlayacak şekilde yeniden üreten, standartlaştıran, meşrulaştıran ve yetkilendiren bir sistem aracılığıyla otoritelerini kurumsallaştırdığı öne sürülmektedir (Engel, 1969). Profesyonelleşme ve bürokratikleşme süreçleri arasında ters bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Hall, 1968).

Sağlık hizmeti üretimi belirli bir sermaye yatırımı gerektirdiğinden bürokratikleşme gelişim göstermiş ve örgütsel kaynaklar üzerinde iki kontrol ölçütü geliştirilmiştir: finansal riskler nedeniyle maddi kaynaklar üzerinde kontrol ve çalışanlar üzerinde kontrol (Spaeth, 1985). Maddi kaynaklar üzerindeki kontrol, sosyal birer araç da olan bürokratik araçlar ile azınlığı temsil eden bir yönetsel grubun elinde toplanmaktadır (Perrow, 1986: 5). Çalışanlar üzerindeki kontrol ise bu grubun pratikleri ile sağlanmakta ve üretim yapılanmasındaki kontrol mekanizmaları modern toplumlara özgü birer otorite kaynağı oluşturmaktadır (Blau, 1977: 221-230). İşin karmaşıklık düzeyinin hizmet üretimi sürecinin önüne geçmemesi adına kurallar, protokoller ve teknolojik sistemler vasıtasıyla işleyen bir yönetim anlayışı hekimlerin emek sürecinin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir.

Teknolojik gelişmeler ile artan tıbbi bilgi birikimi, uzmanlıkların oluşması ve beraberinde yeni personelin sağlık hizmeti üretim sürecine katılması, klinik uygulamaların organizasyonunu karmaşık hale getirmiştir. Çünkü bütüncüllük arz eden bir sürecin parçalara ayrılması, hizmetin düzgün çalışmasını engelleme veya durdurma potansiyeli taşımaktadır. Dolayısıyla, standardize edilen teknolojinin kullanılabilir durumda olmamasının karmaşaya neden olacağı düşüncesiyle hastaya uygulanan tanı ve tedavi uygulamalarının koordine edilmesi amacıyla hastane yönetimleri veya klinik yöneticiler güç kazanmışlardır (Cook-Deegan, 1988: 142). Bu nedenle de çalışanlar üzerinde kontrolün sağlanması amacıyla denetim mekanizmalarına sahip yönetici bir üst yapı inşası gerçekleşmiştir.

Yönetimin kontrol arzusunun bir ürünü olarak görülen klinik yönetim anlayışının, disiplini içerdiği ve hekimlerin her bir eyleminin gözetlendiği bir panoptikon inşa ettiği düşünülmektedir (Harrison, 2002). İnşa edilen panoptikona bilgi akışı, yoğun olarak bilgisayar teknolojileriyle sağlanmaktadır. Makine bürokrasisi aracılığıyla hekimlerin performansları izlenmekte ve yoğun bir denetim gerçekleştirilmektedir (Ruston, 2006; Flynn, 2002). Yönetsel üst yapı, bilgisayar teknolojilerinin sağladığı imkanlarla artık çok kolay bir şekilde hekimlerin yaptıkları işlemleri denetleyebilmektedir (Soyer, 2009). Yeni ortaya çıkan denetim biçimlerinin gerek hasta-hekim ilişkisi açısından gerekse mesleki açıdan hekimler üzerinde ciddi sonuçlar doğurduğu kabul edilmektedir (Öngen, 2009). Denetim mekanizması işlevi gören bilgisayarlaşma süreci ile hekimlerin mesleki hakimiyetlerini kaybettikleri ve çalışma pratiklerinin rasyonelize edilmesi sonucunda meslek dışı değerlendirmelere daha açık hale geldiği ileri sürülmektedir (Light ve Levine,

1996: 175). Denetim mekanizmaları yoluyla hekimlik mesleğinden olmayan kişilerce hekim faaliyetleri üzerinde değerlendirmelerin yapılabilir hale gelmesi bir tür özerklik ve mesleki hakimiyet kaybı olarak kabul edilmesinden ötürü vasıfsızlaşma eğilimi olarak değerlendirilmektedir.

Yönetimin işin yürütümünde kontrol sahibi haline gelmesi, hekimleri özerklik kaybına uğratması nedeniyle vasıfsızlaştırma tartışmaları bağlamında ele alınmaktadır. Bu süreçte hekimlerin klinik kararları; idari düzenlemeler, ilkeler, ödemeleri düzenleyen üçüncü taraf standartları ve kurumsal uygulamalar için hastane komitesi protokolleri gibi uygulamalar ile giderek kısıtlanarak (Cook-Deegan, 1988: 131-132) yönetime olan bağımlılıkları pekiştirilmektedir. Hastalıkların giderek uzmanlık bilgisine ve ileri teknoloji kullanımına dayanan tanı ve tedavilere ihtiyaç duyması, hekimlerin yönetime olan bağımlılığını artıran ve pekiştiren bir başka gelişme olarak kabul edilmektedir (Öngen, 2009). Hekimlerin profesyonel kararlarının meslekten olmayan yapıların değerlendirmesine açılması ise hekimlik mesleğinin itibarını aşındıran bir diğer gelişme olarak görülmektedir (Light ve Levine, 1996: 174).

Hekimlerin işin yürütümündeki özerkliklerini kaybetmelerinin yanı sıra ellerinde bulundurdıkları bilgi tekeli de kaybettikleri gözlemlenmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Yönetimin bilgi tekeli üzerindeki artan hakimiyeti sonucunda tekniklerin ve bilgilerin belli bir merkez tarafından belirlenir hale geldiği ifade edilmekte ve bu durum tartışmalara neden olmaktadır (Sun, 1983). Hekimlerin çalıştıkları kurumların yönetiminde söz sahibi olma gücündeki azalış ile mesleki hakimiyetlerini kaybedecekleri düşünülmektedir (Freidson, 1985). Hekimlik mesleği uygulamaları özelinde bu yaklaşıma bakıldığında yönetimin, işin yürütümündeki kontrolü hekim aleyhine olacak şekilde kazandığını ve bunun ötesinde hastane gibi kurumsal yapılarda diğer çalışanlar üzerinde de kontrol gücü kazandığını söylemek mümkündür. Vasıf perspektifinden bakıldığında bu durum mesleki hakimiyetin kaybedilmesine ve vasıfsızlaşmaya işaret etmektedir.

3.5.10. Hekim-Dışı Personele Artan Bağımlılık

Tıp alanında yaşanan bilimsel ve teknolojik atılımlarının çoğu, hekim olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir ve bundan dolayı da hekimlerin meslek dışı personele artan bağımlılığı yoğun bir şekilde teknolojik gelişmelere bağlı olarak yaşanmaktadır. Örneğin tıp

alanındaki çok sayıda Nobel Tıp Ödülü, hekim dışı kişilere verilmiştir ve tıp alanındaki en temel laboratuvar araştırmaları yine hekim dışı çalışanlar tarafından yapılmıştır (Navarro, 1988).

Bir teknolojinin maddi özelliklerinin, bir veya daha fazla iş rolünün ilişkisel olmayan unsurları üzerinde anında bir etkiye sahip olduğu kabul edilmektedir (Barley, 1990). Bu bağlamda teknolojik gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan yeni mesleklerin neden olduğu çeşitliliğin, eski meslek erbaplarının vasıflarını aşındırdığı düşünülmektedir (Hopkins vd., 1996). Günümüz hastalarının yalnızca tek bir hekimi değil aralarında hekim olmayan sağlık çalışanlarının da olduğu birden fazla “hekim” vardır. Böylesi bir yapıda hekimlerin birer tekniker gibi çalıştığı, hastaya ve hastalığa geleneksel bir hekim gibi yaklaşmaktan ziyade protokoller aracılığıyla yaklaştığı belirtilmektedir (Stoeckle, 1988). Hekimin üstünlüğünün son kalesi olarak değerlendirilebilecek ameliyathanelerde bile, lazer ve protez implantları gibi karmaşık teknolojilerin yönetiminde diğerlerine artan bir bağımlılık söz konusudur (Cook-Deegan, 1988: 131-132). Artan sağlık hizmeti talebi, teknolojilerin hızlı gelişimi ve hizmetlere ve bunun maliyetlerine toplumun artan ilgisi, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının birlikte nerede ve nasıl çalıştıkları konusunda yeni bir değerlendirmeyi zorunlu kılmıştır (Stoeckle ve Twaddle, 1974). Bu nedenle tıbbi uygulamaların klinik organizasyonu, hekim dışı sağlık çalışanlarını da kapsayacak şekilde yeniden düzenlenmiştir.

Özellikle karmaşık donanım içeren ya da kullanma veya yorumlama noktasında yüksek derecede uzmanlık bilgisi gerektiren çok sayıda yeni teknoloji, uzmanlaşmış hekim dışı yardımcı personel ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bilgisayarlı tomografi, otomasyon teknolojileri ile donatılmış laboratuvar ekipmanları, radyasyon arıtma tesisleri ve nükleer tıp bölümlerinin her biri beraberinde tamamlayıcı nitelikteki uzman hekimleri, teknoloji uzmanları, hemşireleri, tıbbi sekreterleri, kayıt memurlarını ve bakım yüklenicileri getirmiştir (Cook-Deegan, 1988: 141-142)

Tıp alanında dikey farklılaşma yaşanarak hekimlik mesleği içinde yer alan bazı görevler meslek dışındaki diğer gruplara aktarılmaktadır. Standardizasyon ve bilgisayarlaşma süreci, bu aktarımda önemli bir rol üstlenmektedir (Child ve Fulk, 1982). Hekim dışı çalışanlar, daha önce neredeyse sadece hekimler tarafından sağlanan tıbbi bakımın artan miktarlarından sorumlu hale gelmektedirler (McKinlay ve Marceau, 2002). Bunlar arasında; hemşireler,

klirik uzman hemşireler, asistan hekimler, psikologlar, klinik sosyal hizmet uzmanları, danışmanlar, terapistler, anesteziştler ve ebeler gibi sağlık çalışanları yer almaktadır (Cooper ve Stoflet, 2004).

Hekimlik mesleğinin, sağlık hizmeti üretiminin yeni unvan ve sorumluluklarla ortaya çıkan yeni tip çalışanlar ile paylaşılmasının neden olduğu sancılar ile boğuştuğu ifade edilmektedir (Haug, 1996: 132). Örneğin hastanelere yapılan hasta başvurularının çoğunun, ciddi sorunlar olmaması ve rutin vakaların büyük bir kısmı için rutin yanıtlar gerekmesi nedeniyle hekimler ile hemşireler arasındaki işbölümünün çözülebileceği geniş bir alanın potansiyel varlığından söz edilmektedir (Dent, 2008: 114). Sözü edilen potansiyel, hekimlerin sorumluluk alanındaki tanı ve tedavi süreçlerinde hekim-dışı personelden daha fazla yararlanılabileceği ihtimaline işaret etmektedir.

Tıpta uzmanlaşmanın neden olduğu ayrışma nedeniyle çeşitlenen tıbbi faaliyetlerde artan oranda teknoloji temelli çalışmalar sürdüren hekim-dışı personel görev almaktadır ve hekimlerin emek sürecinin bütünü üzerindeki hakimiyeti kademeli olarak azalmaktadır. Bardes (2012) biraz da hicvederek, görevlerin bu şekilde paylaşıldığı bir sağlık hizmeti üretim sürecinde, cerrahın herhangi bir ameliyatın gerekli olmadığına dair bir karar almasıyla hastayı örneğin bir fizyoterapistte yollayabileceğini, bu durumda her bir sağlık çalışanı zanaatını kusursuz bir şekilde yerine getirmiş olsa dahi hastanın tenis topu gibi raketler arasında gidip gelen bir duruma geldiğini ifade etmektedir. Montaj hattı mantığının sağlık hizmeti üretiminde de geçerli olduğunu göstermesi açısından Bardes'in rneği son derece dikkat çekicidir.

Öte yandan işin yürütümü sürecinde hekim-dışı personele artan bağımlılık, tıbbi teknolojilerin geliştirilme sürecinde de kendini göstermektedir. Örneğin röntgen cihazları fizikçiler ve elektrik mühendisleri tarafından geliştirilmiştir (Daly ve Willis, 1989). Bu nedenle hekimler üretim araçlarının geliştirilmesi noktasında da hekim-dışı personele bağımlı bir pozisyonda yer almaktadır. Aynı durum tıbbi bilgisayar sistemlerinin geliştirilmesinde görev alan yazılımcılara olan bağımlılıklarında da bulunmaktadır. Farklı türden bilgiyi kodlama ve uygulama olanağı tanıyan teknikleri geliştiren yazılımcıların varlığı (Rennels ve Shortliffe, 1987), hekim-dışı personele olan bağımlılığı gösteren bir başka örnek olarak gösterilmektedir.

Tıp alanının daha teknik hale gelmesi ve uzmanlıklara ayrılması tıbbi bakımın bürokratikleşmesine neden olmuştur. Takım çalışması içerisinde hekimler faaliyetlerini giderek artan sayıda yardımcı sağlık personeli ile etkileşime girerek yerine getirmeye başlamışlardır. Bürokratik tıp anlayışı içerisinde faaliyet gösteren hekimler, yalnızca, tıbbi yetenekleri ile kendilerine eşlik eden patolog, bakteriyolog ve radyolog gibi diğer hekimlerle birlikte çalışmakla kalmayıp aynı zamanda hekim olmayan biyokimyacılar, fizyologlar ve fizikçiler gibi sürekli artma eğiliminde olan hekim-dışı personelle de çalışır duruma gelmişlerdir. Hekim-dışı personelin yer aldığı bu uzmanlıkların her biri kendilerine has görevlere ilişkin teknik, bilgi ve ideoloji geliştirmektedir. Hekimlerin bu disiplinlere özgü gelişmelere tam kavrayış ile ayak uydurmaları beklenen bir durum olmamakla birlikte, başkalarının bilgisine ve performansına bağlı hale geldikleri ve sonuç olarak dikkate değer bir işlev kaybına uğradıkları, çoğu durumda, hasta-uzman-teknoloji arasındaki bir tür ara eleman haline geldikleri savunulmaktadır (McKinlay ve Arches, 1985). Özetle mesleklerini icra ederken başkalarına bağımlı olma düzeylerinin artmasıyla hekimlerin, işin yürütümündeki özerkliklerinin ve üretim araçları üzerindeki kontrollerinin azalması sonucunda vasıf kaybına uğradıklarını söylemek mümkündür.

4. HEKİMLERE İLİŞKİN BİR SAHA ÇALIŞMASI

Bu çalışmada, hekimlerin emek sürecinde ve hekimlik mesleğinde yaşanan dönüşümlerin saptanması amacıyla öncelikle kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Literatürde yer alan teorik ve ampirik çalışmaların taranması sonucunda teknolojinin; hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşümde başat bir rol üstlendiği, hakim tıp anlayışından hasta-hekim ilişkisine kadar birçok alana etki ettiği, bir bütün halinde hekimlerin mesleki pratiklerini dönüştürdüğü ve klinik vasıflarını aşındıran eğilimleri tetiklediği gibi bir takım bulgulara ulaşılmıştır.

Teorik bulguların sahada karşılığının olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla ise çalışma kapsamında saha çalışması yapılmıştır. Saha çalışması, teori ile pratiğin hangi noktalarda birbiri ile uyumlu olduğunun ve hangi noktalarda birbirinden ayrıştığının saptanmasına imkan tanınması nedeniyle çalışmaya büyük bir katkı sağlamıştır. Çalışmanın bu bölümünde öncelikle araştırmanın amacı, önemi ve yöntemine yer verilecek izleyen başlıklarda ise sahadan elde edilen nitel veriler analiz edilmeye çalışılacaktır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Teknolojinin hızlı gelişimi, gelişen teknolojinin üretim sistemlerine uygulanması ve beraberinde kapitalist emek sürecinde meydana gelen dönüşümler, her profesyonel meslek grubunda olduğu gibi hekimlik mesleğinde de önemli dönüşümlere kaynaklık etmiştir. Hekimlik mesleği gerek çalışma koşulları gerekse meslek erbabı hekimlerin günlük tıbbi pratikleri bağlamında kapitalist emek sürecine benzer dönüşümler yaşayarak yeni bir forma bürünmüştür.

Teknolojik gelişmeler, önceki bölümlerde detaylı bir şekilde aktarıldığı üzere, bilimsel-bürokratik tıp anlayışı, tıpta uzmanlaşma, klinik yönetim, klinik protokoller ve modern tıbbi teknolojilerin yoğun kullanımı gibi diğer gelişmeleri tetikleyerek hekimlik mesleğini derinden etkilemiştir. Bu etkilerin araştırılması amacıyla gerek teorik gerekse ampirik nitelikte birçok çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada ise tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin, profesyonel bir meslek icra eden hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin saptanması

amaçlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmanın sorunsalını, teknolojik gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyini azaltıp azaltmadığının tespit edilmesi oluşturmaktadır.

Vasıf kavramı ve kavramın tanımlanması noktasında literatürde sayısız tartışma yürütülmüş olup vasfın ne olduğu ya da vasfın neleri kapsamı gerektiği konusunda bir mutabakat sağlanamamıştır. Çalışmanın önceki bölümlerinde, vasfın tanımlanmasına ilişkin literatürde öne çıkan tartışmalara yer verilmiş ve vasıf kavramına detaylı bir şekilde değinilmiştir. Literatür taramasının ardından ise çalışmada kapsamlı bir vasıf kavramsallaştırılması yapılmış olup vasıf yalnızca beceri ya da yetkinlik bağlamında değil; özerklik, bilgi düzeyi, mesleki üstünlük ve işin yürütümünde kontrol gücü gibi unsurları da kapsamına alan daha geniş çerçevede bir kavram olarak ele alınmıştır. İlgili unsurlar, vasfın anlamı değişse de değişmeyen evrensel unsurlar olarak belirlenmiştir. Böylelikle vasfın tanımlanmasındaki güçlüğün neden olduğu kısıt aşmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın teorik arka planı “emek süreci teorisi”ne dayanmaktadır. Çalışma, diğer bir teorik dayanağını ise 1970’li yıllarda emek sürecini teorisini yeniden canlandıran Braverman’ın öncülük ettiği ve vasıfların aşınması eğilimi olarak ifade edilen vasıfsızlaşma tezinden almaktadır. Ayrıca, kapitalist emek sürecinde emeğin vasıfsızlaşma eğiliminin büyük oranda profesyonelleşmeme tezi ile paralellik göstermesinden ve vasıf kavramının tanımlanmasında yoğun olarak profesyonellik ve profesyonel meslek kavramına alıntı da bulunulmasından dolayı “profesyonelleşmeme” tezine de yer verilmiştir.

Hiç kuşkusuz ki her çalışmanın olduğu gibi bu çalışmanın da belli bir takım sınırlamaları söz konusudur. Hekimlerin çalışma koşulları ve tıbbi pratikleri teknoloji ile birlikte ekonomik ve sosyal politikaların, sağlık politikalarının, eğitim politikalarının, bütüncül bir ifadeyle ise ekonomi politığın yoğun etkisi altındadır. Ancak çalışmada, hekimlerin mesleki pratiklerinde yaşanan dönüşümler teknoloji temelli gelişmeler temelinde ele alınmaya çalışılmıştır. Çünkü ekonomi politığın çalışmanın odağına alınmasının, çalışmanın kapsamını bir hayli genişletmekle birlikte salt teknoloji temelli bir analizin yapılabilmesini de güçleştireceği düşünülmüştür. Ancak yine de bu türden bir sınırlama, politik hususların hekimlerin ilgili pratikleri üzerinde yadsınamaz etkilerinin olmasından kaynaklı olarak çalışma açısından sınırların esnetilmesi zorunluluğunu beraberinde getirmiştir. Politik ve teknolojik gelişmeler mesleki pratikler açısından iç içe geçmiş durumdadır. Bu bağlamda çalışmada, teknolojik gelişmeler nedeniyle dönüşüm yaşayan hekimlerin emek sürecine ve

hekimlerin mesleki pratiklerine öncelikli olarak üretim noktasındaki üretim yapılanması nezdinde değinilmiş ancak mevcut politikaların etkisiyle hekimlerin günlük pratiklerine tezahür eden hususlara da yeri geldiğinde kısaca değinilmiştir. Bir başka ifadeyle mevcut politikalara, hekimlerin mesleki pratiklerine etkisinin kaçınılmaz olması nedeniyle ve konunun daha iyi anlaşılabilmesi adına kısaca yer verilmiştir. Çünkü politik gibi görünen pratiklerin meslekler üzerinde doğrudan etkileri olabilmektedir.

Çalışma kapsamında yapılan analiz, hekim pratiklerinin emek süreci teorisinin üretim alanı perspektifine odaklanmış olup yeniden üretim alanına ait hususlara hekimlerin üretim alanındaki pratiklerini etkilemesi nedeniyle kısaca değinilmiştir. Mevcut sağlık politikalarının, eğitim politikalarının ve özellikle basamaklı sağlık sistemi ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun hekimlik mesleği üzerindeki etkilerinin ayrı bir araştırmaya konu olacak bir kapsama sahip olması nedeniyle ilgili bu hususlar, çalışma kapsamında doğrudan bir belirleyici olarak ele alınmamıştır.

İlgili sınırlamanın bir başka gerekçesi ise hekimlik mesleğinin tüm dünya genelinde benzer bir dönüşüm yaşaması ve bu nedenle de belli bir ülke özelindeki politikalardan görece bağımsızlık göstermesidir. Bir başka ifadeyle, çalışmaya bahis olan dönüşümler yalnızca ülkemizde gerçekleşmemekte; aksine teorik ve ampirik bulguların gösterdiği üzere hekimlik mesleğinde, belirli bir takım farklılıklar söz konusu olmakla birlikte, genel itibarıyla benzer eğilimler yaşandığı görülmektedir.

Hekimlik mesleğine ve hekimlere “emek” perspektifinden yaklaşması, yine emek perspektifinden hekimlerin vasıf düzeyine odaklanması ve bu perspektife yapılmış olan çalışmaların azlığı nedeniyle çalışmanın literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Hekimlerin emek sürecinin; tıbbi bilgi, insan ve tıbbi teknolojiler şeklinde emek süreci unsurları bağlamında ele alınması ile “vasıf” kavramsallaştırması, çalışmanın diğer ayırt edici yanlarını oluşturmaktadır. Emek kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin üretim araçları olarak ifade edilen emek süreci unsurlarının hekimlerin emek sürecine uyarlanması, “teknoloji-vasıf” analizinin sistematik bir şekilde yapılabilmesini daha mümkün hale getirmiştir. Çünkü hekimler, vasıflarını emek sürecinin tüm unsurları üzerinde somutlaştırmaktadırlar ve hekimlere has bu türden bir emek süreci uyarlaması, emek süreci unsurları bağlamında ilgili vasıflarının analizini kolaylaştırmakta ve işin yürütümünde

kontrol gücünü de ifade eden vasıf kavramındaki değişimlerin saptanmasında izlenecek yolu daha belirgin kılmaktadır.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Emek, teknoloji ve vasıf ilişkisini odağına alan ve teknolojik gelişmelerin hekimlerin emek süreci ve vasıf düzeyi üzerinde neden olduğu eğilimleri araştıran çalışmanın kavramsal ve kuramsal inşası emek süreci teorisi ve özellikle de emek süreci teorisinin Braverman ile yeniden gündeme oturan vasıfsızlaşma tezi temelinde ele alınmıştır.

Çalışma, açıklayıcı bir araştırma tarzında kaleme alınmıştır. Bir olay veya olgunun ortaya çıkış koşullarını ve kaynağını açıklamayı amaçlayan “açıklayıcı araştırma” tarzında, genel olarak iki veya daha fazla değişken arasında nedensellik ilişkisi kurulmaya çalışılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 104). Çalışmada teknolojik gelişmelerin, sağlık hizmetleri özelinde ise tıbbi teknolojiye gelişmelerin, hekimlerin emek süreci üzerinde neden olduğu dönüşümler saptanmaya çalışılmış ve bu dönüşümler ile hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen değişimler arasında bir nedensellik ilişkisinin kurulması amaçlanmıştır.

Tez çalışmasında, vasıf gibi tanımlanması ve ölçülmesi zor bir kavrama ilişkin teorik bulguların sahada karşılığının olup olmadığının tespiti amacıyla ampirik bulguların elde edilmesi için nitel yöntem tercih edilmiştir. Nitel yöntem, toplumsal yapı ve sistemlere dair kuram oluşturmada halihazırdaki en zengin yöntem olarak kabul edildiğinden seçilmiştir. Çünkü nitel yöntemler, nicel veri toplama tekniklerine uygun olmayan toplumsal hayatın bir çok alanında dahi veri elde etmenin tek yolu olarak görülmektedir (Glaser ve Strauss, 2006: 17). Nitel yöntemin tercih edilmesinin bir başka sebebini ise yöntemin; toplumsal hayatın çoğu alanını “nitel” bir bakış açısıyla değerlendirmesi ve araştırma kapsamında elde ettiği veriler ile son derece anlamlı sonuçlar ortaya çıkarması oluşturmaktadır (Neuman, 2014a: 232).

Olaylara, olgulara ve toplumsal sistemlere ait derinliklerin araştırılması amacıyla başvuru nitel yöntem ile bilgi üretmek mümkün hale gelmektedir (Özdemir, 2010: 326). Nitel araştırma yöntemi; gözlemciyi toplumsal sistem içerisinde konumlandırmakta ve gözlemcinin olay ve olguları doğal ortamında ve bizzat olay ya da olgunun muhatabı taraflar ile doğrudan bir etkileşim içerisinde incelemesine olanak tanımaktadır (Denzin ve Lincoln,

2018: 43). Gözlemci, olay ve olgulara ilişkin değişkenleri karşılıklı etkileşim içinde araştırmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 402).

Anlamlandırma, nedensellik ilişkisi kurma ve yorumlama kabiliyetine sahip nitel araştırmalarda, “ne kadar” gibi niceliksel soruları takip eden nicel araştırmaların aksine olay ve olguların doğasına ilişkin soruların peşinden gidilmektedir (Creswell, 2007: 36-37; Merriam, 1998: 9). Araştırmanın amacı, sorunsalı ve açıklayıcı bir araştırma tarzını benimseyerek nedensellik ilişkisi kurma gayesi göz önünde bulundurularak bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Nedensellik ilişkisini çözümleyecek verinin elde edilip bilgiye dönüştürülmesi sürecinde çalışma kapsamında bir araştırma yönelimi olarak saha araştırması yürütülmüştür (Neuman, 2014b: 548). Saha araştırması, tarihi belgelerden diğer ikincil kaynaklara ve nicel yöntemlerden nitel yöntemlere kadar araştırılan olay ve olgulara ait bilgin üretilme ve geliştirilme aşamalarında kullanılabilecek teknikleri ifade etmektedir (Schatzman ve Strauss, 1973: 14).

Nitel araştırma, araştırma sürecinde araştırmacı ve denekler arasında doğrudan bir diyalog ve etkileşimin kurulduğu ve araştırmacının araştırmaya konu olan kişilerin bakış açıları ile değerlendirme yapabildiği bir araştırma yöntemidir (Bogdan ve Biklen, 2007: 8). Nitel araştırmalar, etkileşimli teknikler aracılığıyla veri toplamaktadır (Creswell, 2009: 175). Nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan veri toplama tekniği mülakattır. Mülakatlar amaçları önceden belirlenmiş olan planlı bir iletişim şekli olarak kabul edilmektedir (Stewart ve Cash, 2018: 1-2). Bu yönüyle mülakatlar araştırmacıya her adımda yeni bilgiler sağlayan, yeni pencereler açan ve görüşme yapılan kişilerin algı ve düşüncelerine ulaşım imkanı tanıyan bir süreç olarak kabul edilmektedir (Rubin ve Rubin, 1995: 1).

Bu çalışma kapsamında veri toplama tekniği olarak mülakat seçilmiştir. Çünkü çalışmanın multidisipliner bir nitelik taşıması nedeniyle tıp alanına emek perspektifinden bir yaklaşım, derinlikli ve detaylı veriler gerekmektedir. Öte yandan, veri kaynağı niteliğindeki hekimlerin tecrübe ettiği gelişmelere dair düşüncelerine sınırlanmamış bir etkileşim içinde ulaşılmak istenmiştir. Çünkü mülakat tekniğinde, görüşme yapılan kişilerin vereceği yanıt ve tepkiler sınırlandırılmamaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 402). Ayrıca araştırmacı, mülakatlar aracılığıyla olay ve olgulara ait verilere bütüncül bir ulaşım sağlayabilme ve ilgili kişilerin

bakış açılarıyla doğrudan bir temas kurabilme imkanına ulaşabilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 45-46).

Araştırılan konu hakkında ikinci elden deneyimler yerine ilk elden deneyimlere ulaşabilmek amacıyla ilgili gelişmeleri bizzat deneyimlemiş kişilerle yapılan mülakatlar “derinlemesine mülakat” olarak adlandırılmaktadır (Patton, 2015: 190). Bu bağlamda, nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi amacıyla çalışmada veri toplama tekniği olarak mülakat türlerinden derinlemesine mülakat tekniği kullanılmıştır.

Dünya ve Türkiye’yi etkisi altına alan Covid-19 salgını nedeniyle mülakatların bir kısmı yüz yüze, bir kısmı ise dijital platformlar üzerinden yapılmıştır. Hekimlerin yoğun çalışma tempoları, salgının bir halk sağlığı tehdidi oluşturmasından dolayı hastanelere olan giriş-çıkışların sınırlandırılması ve hekimlerin genel olarak mesai saatleri dışarısında müsait olması nedeniyle mülakatlar hastane yerine hastane dışındaki mekanlarda gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda saha araştırmasında veri toplama tekniği olarak üretim noktasındaki gözlemlerden yararlanılmamış yalnızca mülakat tekniğine başvurulmuştur.

Derinlemesine mülakatlar, bir rehber soru formu üzerinden yapılmıştır. Rehber soru formu, mülakat sırasında araştırılacak olan soru ve konuları listelemektedir. Rehber soru formları, görüşülen her kişiyle aynı temel sorgulama pratiklerini takip etmek amacıyla hazırlanmaktadır. Araştırmacı, araştırmaya konu olan hususları açıklığa kavuşturmak ve aydınlatmak amacıyla hazırladığı rehber soru formuyla, standartlaştırılmış soru formlarının aksine daha özgür bir hareket alanına sahip olmaktadır. Rehber, araştırılacak konuları önceden sınırlandırsa dahi bunu konular nezdinde yapmakta, ilgili konuları açabilecek ve derinleştirebilecek yeni soruların sorulabilmesine olanak tanımaktadır. Öte yandan, konu bazında belirli bir yol haritası çizen rehber soru formları, mülakatların sistematik ve kapsamlı bir şekilde yürütülmesi avantajına da sahiptir (Patton, 2015: 644).

Hekimlerin mesleki pratikleri benzerlik gösterse de üretim noktasındaki günlük pratiklerinin farklılık göstermesi ve daha da önemlisi farklı uzmanlık dallarından hekimlerle görüşülmüş olması nedeniyle çalışmada rehber bir soru formu üzerinden derinlemesine mülakatların yapılması uygun görülmüştür. Bunun gerekçeleri; rehber soru formunun hekimler açısından genel bir eğilim oluşturan konuları istisnasız her bir hekimle görüşebilme imkanı sunması, bunu sistemli bir şekilde yapabilmesi ve ayrıca farklı uzmanlık dallarında görev yapan

hekimlere aynı konuda farklı sorular yöneltebilme şansı tanınmasıdır. Bu bağlamda, hekimlerin mesleki pratiklerinde yaşanan dönüşümler genel bir eğilim niteliği sergilese de dönüşümlerin ilgili uzmanlık dallarına farklı şekillerde tezahür etmiş olmasından kaynaklı olarak rehber soru formu, derinlemesine mülakat sırasında daha derinlikli veriler elde edilmesini sağlamıştır.

Çalışmada bir araştırma evreni bulunmamaktadır. Çünkü nitel yöntemi kullanan araştırmaların büyük bir kısmında evren yerine rastlantısal olmayan ya da olasılığa dayalı olmayan örnekleme teknikleri kullanılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 133-134). Nitel araştırmaların örnekleme tekniği, nicel araştırmaların sayıca daha fazla ve daha rastlantısal/olasılığa dayalı olan örnekleme tekniğinin aksine genellikle rastlantısal olmayan, amaçlı ve sayıca daha azdır (Merriam, 1998: 8). Dolayısıyla nitel araştırmalarda kullanılacak olan örnekleme tekniğine, araştırılan konuya ve araştırmanın sorunsalına göre karar verilmektedir. Örneklemede önceden belirlenen kriterler baz alınmaktadır. Örnekleme kararı alınırken araştırma açısından en değerli verilerin elde edilebileceği kişilere odaklanılmaktadır (Flick, 2009: 32-33, 117-118). Buradaki maksat, araştırılan olay ve olgunun derinlemesine araştırılmasını ve anlaşılmasını mümkün hale getirmektedir (Patton, 2015: 104).

Literatürde nitel örnekleme tekniğinin terminolojik kavramsallaştırılması hususunda tartışmalar söz konusudur. Nitel araştırma uzmanları, örnekleme tekniğini “amaçlı örnekleme” şeklinde anarken nicel araştırma uzmanları, nitel araştırmanın örnekleme tekniğini “olasılığa dayalı olmayan örnekleme” olarak adlandırmaktadırlar. Bu durum, nicel araştırma uzmanlarının “amaçlı” ifadesine bir karşı çıkışı olarak değerlendirilmektedir: amaçlı ifadesi yerine olasılığa dayalı olmayan tabiri kullanmaktadırlar (Patton, 2015: 401). Literatürde cereyan eden ilgili tartışmaya, bu çalışmada, olasılığa dayalı olmayan örnekleme kavramı yerine amaçlı örnekleme kavramının kullanılacak olmasından dolayı yer verilmiştir. Çünkü ifade edildiği üzere literatürde, olasılığa dayalı olmayan örnekleme teknikleri ve amaçlı örnekleme teknikleri şeklinde iki farklı terminoloji bulunmaktadır. Ancak nitel araştırmalarda örneklemin; temsil gücünden ziyade olay ve olguyu netleştirebilecek, derinleştirebilecek ve aydınlayabilecek bir kapasiteye sahip olması gerektiğinden (Neuman, 2014a: 320) dolayı bu çalışmada “amaçlı örnekleme” şeklindeki kavramsallaştırmanın kullanılması daha uygun görülmüştür.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde “amaca dönük örnekleme”, “maksimum çeşitlilik örnekleme” ve “kartopu örnekleme” olmak üzere toplamda üç farklı amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır.

Örneklemin belirlenmesinde öncelikli olarak amaca dönük örnekleme tekniğine başvurulmuştur. Çünkü öncelikle tıbbi teknolojilerin yoğun olarak kullanıldığı uzmanlık dallarındaki hekimlerden nitel veri toplanması hedeflenmiştir. Bu örnekleme tekniği, genel olarak açıklayıcı bir tarzı benimseyen saha araştırmalarında kullanılmaktadır ve bu anlamda özel durumlar için değerli bir örnekleme tekniği olarak görülmektedir (Neuman, 2014a: 322). Bu tekniğin, araştırmada sorulacak olan sorular ve ulaşılmak istenen hedefler ile ilgili bilgilere ulaşımı diğer tekniklere kıyasla daha mümkün kıldığı kabul edilmektedir (Maxwell, 2013: 99). Amaca dönük örneklemede araştırılan konuyu temsil edebilecek kişilerin titizlikle seçilmesi gerekmektedir (Chadwick, 1984: 65). Çünkü amaca dönük örneklemin veri sağlama gücü, araştırma için bilgi açısından zengin vakaların seçilmesinde yatmaktadır: araştırma amacına yönelik merkezi öneme ve araştırmanın sorunsalını aydınlatma potansiyeline sahip vakaların seçilmesi gerekmektedir. Böylelikle elde edilen veriler, bir kanıt niteliği taşıyabilmektedir (Patton, 2015: 79, 401).

Maksimum çeşitlilik örnekleme tekniği ise hekimlerin çok farklı ve çok fazla sayıda uzmanlık dalına dağılmış olmasından dolayı tercih edilmiştir. Maksimum çeşitlilik örnekleme tekniği, büyük bir çeşitlilikten ortak bir kalıp ortaya çıkartılması ve ilgili olay ve olguların paylaşılan boyutlarının tespit edilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Patton, 2015: 428). Son olarak kartopu örnekleme tekniğine, araştırma sırasında elde edilen verilere daha fazla odaklanabilmek ve ilgili alanda daha fazla bilgiye erişim sağlayabilmek adına başvurulmuştur. Kartopu örnekleme, bir ya da birkaç kişiyle başlayan, başlangıçtaki örnek olay ile ilintili olacak şekilde ilerleyen çok aşamalı bir süreci ifade eden bir tekniktir (Neuman, 2014a: 325). Bilgi açısından zengin olan ve kilit durumdaki vakaların tespitinde kullanılmaktadır. Süreç, ilgili konu ile alakalı kimin daha çok bilgi sahibi olduğu sorusu ile ilerlemektedir. Teknik, elde edilen veriler ile birlikte mülakat yapılan kişi sayısının da bir nevi kartopu gibi büyüdüğü bir örnekleme beraberinde getirmektedir (Patton, 2015: 451).

Bu çalışmada öncelikle amaca dönük bir örneklem oluşturulmuş, tıbbi teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı ve bu nedenle teknoloji-vasıf ilişkisine cevap olabilecek uzmanlık dalları belirlenmiştir. Bu bağlamda öncelikli olarak hekimlerin günlük pratiklerinde tıbbi

teknolojiyi yoğun olarak kullandığı “beyin ve sinir cerrahisi”, “nöroloji”, “radyoloji” ve “ortopedi ve travmatoloji” gibi uzmanlık dalındaki uzman hekimlerle görüşülmüştür. Öte yandan bu teknik ile “pratisyen hekim” unvanına sahip hekimlerle de mülakatlar yapılmıştır. Çünkü pratisyen hekimler, literatürde, hekimlik mesleği açısından son derece büyük bir anlam ifade eden “genel tababet sahibi hekimler” ve “genel tıp uygulayıcısı” olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle de uzmanlaşmanın vasıf için bir risk taşıdığı savına aykırı bir durum oluşturma ve araştırma açısından doyurucu verilere ulaşılabilme potansiyeli taşıması gerekçesiyle pratisyen hekimlerle amaca dönük örnekleme sonucunda görüşmeler yapılmıştır. Tıbbi teknolojinin hangi uzmanlık dallarında daha yoğun olarak kullanıldığına dair üç farklı öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

Yapılan öncü mülakatlar ertesinde hekimlerin ifadelerinden ve deneyimlerden yola çıkılarak sorun alanları tespit edilmiş, araştırma sorusunu cevaplama potansiyeli yüksek uzmanlık dalları belirlenmiş ve araştırma açısından değerli veriler elde edilebilecek uzmanlık dallarındaki diğer hekimlerle mülakat yapılabilmesi adına kimi hekimler kendilerini referans göstermişlerdir. Böylelikle kartopu örnekleme tekniği de araştırma kapsamında kullanılmıştır. Bu bağlamda kartopu örnekleme tekniğinin kullanılmasından kaynaklı olarak “acil tıp”, “beyin ve sinir cerrahisi” ve “çocuk sağlığı ve hastalıkları” gibi uzmanlık dallarından sayıca daha fazla uzman hekimle mülakat yapılmıştır.

Araştırmanın ilerleyen kısımlarında emek, teknoloji ve vasıf ilişkisinin genel bir eğilim oluşturup oluşturmadığının tespit edilebilmesi adına maksimum çeşitlilik örnekleme tekniğe başvurulmuştur. Böylelikle, toplamda 16 farklı uzmanlık dalından hekimle mülakat yapılmıştır.

Saha araştırması kapsamında toplamda 36 hekim ile derinlemesine mülakat yapılmıştır. Bunlardan 30’u “Acil Tıp”, “Aile Hekimliği”, “Anesteziyoloji ve Reanimasyon”, “Beyin ve Sinir Cerrahisi”, “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları”, “Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları”, “Genel Cerrahi”, “Göz Hastalıkları”, “Kadın Hastalıkları ve Doğum”, “Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları”, “Nöroloji”, “Nükleer Tıp”, “Ortopedi ve Travmatoloji”, “Radyoloji”, “Ruh Sağlığı ve Hastalıkları” ve “Üroloji” uzmanlık dalında yer alan uzman hekim, 6’sı ise “pratisyen hekim” unvanına sahiptir. Bu bağlamda, araştırmanın gözlem birimini hekimler oluşturmaktadır.

Teknoloji-vasıf ilişkisinin sorgulanmasında çalışılan hastanenin niteliğinin öneminin olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla “devlet hastanesi”, “özel hastane”, “eğitim ve araştırma hastanesi” ve “özel muayene” olmak üzere sağlık hizmeti üretiminin yapıldığı dört farklı üretim mekanından hekimlerle görüşülmüştür. Dolayısıyla araştırmanın analiz birimini sağlık hizmeti üretimin yapıldığı üretim mekanları oluşturmaktadır. Bu bağlamda devlet hastanesinde çalışan 21, özel hastanede çalışan 8, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 5 ve son olarak özel muayenede çalışan 2 hekimle derinlemesine mülakat yapılmıştır. Yukarıda da ifade edildiği üzere, amaca dönük örnekleme ve kartopu örnekleme tekniğinin kullanılmasından kaynaklı olarak devlet hastanesinden 21 farklı hekimle mülakat yapılmıştır. Bunun sebebini, diğerlerine kıyasla devlet hastanelerinde hasta yoğunluğunun çok daha fazla ve sorun alanlarının daha belirgin olması oluşturmaktadır.

Ayrıca araştırma kapsamında, farklı tıbbi teknolojileri tecrübe etmiş ve günlük pratiklerinde kullanmış olan kıdemli hekimler ile mesleğe yeni başlamış olan hekimlerle mülakatlar yapılmasına dikkat edilmiştir. Görüşülen hekimlerin yaş ortalaması 41,6; kıdem ortalaması ise 16,4 olarak gerçekleşmiştir.

Nitel yöntemle yürütülen araştırmalarda asıl amaç, araştırılan olay ve olguya ait en gerçekçi ve betimsel resmi ortaya koymaktır (Gürbüz ve Şahin, 2016: 403; Yıldırım ve Şimşek, 2013: 54). Bu nedenle nitel araştırmalardaki en önemli aşamalardan birisini verilerin analizi oluşturmaktadır (Leech ve Onwuegbuzie, 2007: 557). Nitel bir araştırmaya konu olan olay ve olguların insanlar ve süreçler üzerindeki etkileri ile ilgili olarak ayrıntılı, tanımlayıcı nitel veriler elde edildikten sonra en önemli aşama, olay ve olgunun arka planına temas etmektir. Bunun da en iyi ilgili değişimlerin nasıl gerçekleştiğine dair hikayeleri, ifadeleri ve tecrübeleri yakalamak ve kullanmak suretiyle yapılabileceği kabul edilmektedir. Çünkü nitel verilerin birer hikaye anlattığı, okuyucuyu gözlemin gerçekleştiği zaman ve mekana götürebilme gücüne sahip olduğu ve açıklama gücü taşıdığı savunulmaktadır. Bunun gerçekleşebilmesi ise elde edilen nitel verilerin kelimesi kelimesine aktarılması gerekmektedir. Böylelikle derinlikli bir analiz söz konusu olabilmektedir (Patton, 2015: 44, 55-56, 107).

Nitel araştırmalarda elde edilen ve kelimeler ile metinlerden oluşan nitel verilerin çözümlenmesinde istatistiksel analizler çok fazla kullanılmamaktadır (Neuman, 2014b: 659). Verilerin yorumlanmasında sıklıkla en iyi metinler ve ifadeler kullanılmaktadır (Flick, 2015:

115). Dolayısıyla nitel araştırmalarda veri kaynağını metinler oluşturmaktadır (Creswell, 2009: 173). Bu nedenle çalışmada, araştırma suresince derinlemesine mlakatlar aracılığıyla elde edilen nitel verilerin analizinde yoğun olarak doğrudan atıfların kullanıldığı “betimsel analiz” yaklaşımı tercih edilmiştir.

Betimsel analiz yaklaşımında, mlakatlar aracılığıyla elde edilen verilerin çarpıcı bir şekilde aktarılması amacıyla doğrudan alıntılar kullanılmaktadır. Betimsel analizle metin gibi niteliksel veriler, nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi ve bir takım sonuçlara ulaşılabilmesi adına olduğu gibi aktartılabilmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2013: 256).

Nitel araştırma sonucunda kuramsal saptamalarda bulunmak mmkndr. Çünkü bu türden araştırmalarda tümevarımsal bir yaklaşım benimsenmektedir (Neuman, 2014a: 233). Araştırmacı, tümevarım yaklaşımının bir sonucu olarak çeşitli veri toplama teknikleri ile elde ettiği verilerden hareketle çıkarımlarda bulunabilme ve kuramsallaştırma yapabilme imkanına sahiptir. Kuram oluşturma olarak adlandırılan bu aşama, nitel araştırma sonrasında elde edilen bulguların açıklanma, yorumlanma ve anlamlandırılma süreçlerini ifade etmektedir (Gürbüz ve şahin, 2016: 402-403). Nitel araştırmalarda araştırmacı, elde ettiği tanımlayıcı ve ayrıntılı nitel verileri anlamlı bir bütünlüğe kavuşturarak bir kuram haline getirme gayreti içerisine girmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2013: 53).

Sonuç olarak teknoloji ve vasıf arasındaki neden-sonuç ilişkisini araştıran ve bu sebeple açıklayıcı bir araştırma tarzını benimseyen bu çalışmada, derinlikli ve ayrıntılı bir neden-sonuç ilişkisinin doğrudan atıflar aracılığıyla en etkili şekilde kurulabileceği düşünülerek derinlemesine mlakat tekniği ile elden edilen veriler betimsel analiz yaklaşımı ile çözümlenmiştir. Analizde, nitel veri kaynağı olarak mlakatlardan elde edilen ses kayıtlarının deşifre edilmiş hali olan metinler kullanılmıştır. Mlakat yapılan hekimler, şahıslarına ve bağlı bulundukları kuruma ait hiçbir bilginin çalışma kapsamında yer almayacağına dair etik hususlar bağlamında bilgilendirilmiştir. Görüşülen kişilerden izin alınarak mlakat sırasında ses kayıtları alınmıştır. İlgili ses kayıtları deşifre metinlerinin ardından imha edilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin gizliliği açısından çalışma kapsamında kullanılacak olan birebir atıflarda “hekim 1”, “hekim 2”, “hekim 36” şeklinde kod adları kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan atıflar birebir olacak şekilde aktartılmış olup atıflardan yalnızca

yenilenen ya da düşünme esnasında kullanılan ve konudan bağımsız bir şekilde dile getirilen kelimeler cümle düşüklüğüne sebebiyet vermemeleri adına çıkarılmıştır.

4.3. Hekimlerin Vasıf Düzeyinde Teknoloji Kaynaklı Dönüşümler: Saha Bulguları

Teknolojinin üretim araçlarındaki gelişimi tetiklemesiyle birlikte emek sürecinde yer alan işlerin doğası ve üretim yapılanması bir bütün halinde dönüşüme uğramaktadır (Spencer, 1979). Köklü bir geçmişi olan hekimlik mesleği de teknolojik gelişmeler ile oldukça yakın bir etkileşim içerisinde. Hekim profili ve mesleki pratikler başta olmak üzere mesleki yapıdaki dönüşümler önemli ölçüde teknolojik gelişmelerden kaynaklanmaktadır.

Teknoloji, geniş anlamıyla değerlendirildiğinde, yalnızca hekimlerin mesleki pratiklerinde kullandıkları alet ve makine gibi üretim araçlarını değil tıp alanındaki hakim anlayışı, yönelimleri ve sağlık hizmeti üretimindeki pratikleri de dönüştürebilme gücüne sahiptir. Örneğin modern görüntüleme tekniklerinin yanı sıra bilimsel-bürokratik tıp anlayışı, klinik protokoller ve tıbbi tarif anlayışı da teknolojik gelişmelerin tetiklediği birer gelişme olarak kabul edilmektedir (McKinlay ve Arches, 1985; Rastegar, 2004; Shaffer, 1981).

Günümüzde gerek toplumsal gerekse iktisadi hayatın neredeyse her bir alanına tesir eden teknolojinin hekimlerin emek süreci üzerindeki etkileri farklı şekillerde ortaya çıkmakta ve dönüşümün başat belirleyicisi olan tıbbi teknolojilerin hekimlik mesleği üzerindeki etkileri farklı sonuçlara neden olmaktadır.

Bu çalışmanın kavramsal ve teorik çerçevesi, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekimlerin emek sürecinde ciddi dönüşümlere yol açtığı kabulü üzerinden inşa edilmiş ve çalışmanın saha araştırması ayağında da bu kabulü destekler nitelikte veriler elde edilmiştir. Sahadan elde edilen veriler analiz edildiğinde, sağlık hizmeti üretim sürecinde tıbbi teknolojilerin, hekimlerin günlük pratikleri ve sağlık hizmeti kalitesi üzerinde iki önemli etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen etkilere bakıldığında her ikisinin de emek sürecinin unsurlarına işaret ettiği görülmektedir. Hekimlerin günlük pratikleri üzerindeki etkiler emeğin kendisine, sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki etkiler ise emeğin nesnesine ait etkileri temsil etmektedir. İlgili veriler göstermektedir ki teorik kabullere paralel şekilde hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşümün kaynağını teknoloji oluşturmaktadır (Stoeckle, 1988; Galdston, 1959). Bu nedenle de hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin analize geçilmeden önce

hekimlerin emek sürecinde meydana gelen teknoloji temelli dönüşümün genel hatlarına değinilecektir.

Araştırmanın temel sorunsalına yönelik verilerin analizinde ise hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin iki temel bulgu ön plana çıkmıştır. Bu bulgular, hekimlerin “geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşması” ve “geleneksel hekim profilinden uzaklaşması” şeklinde adlandırılmıştır. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyine farklı şekillerde tesir etmesi nedeniyle ilgili etkilerin “hekim pratikleri” ve “hekim profili” özelinde sınıflandırılması uygun görülmüştür. Örneğin hekimlerin, geleneksel tanı yöntemlerini daha az modern tanı yöntemlerini ise daha fazla kullanması hekim pratiklerinde bir dönüşüme işaret ederken; hekimlerin, genel tababet ve mesleki özerklik sahibi siyah çantalı hekimden uzman hekim formuna bürünmesi hekim profilinde meydana gelen bir dönüşüme işaret etmektedir. Bu nedenle nitel veriler, tıbbi teknolojilerin iç içe geçmiş etkileri sınıflandırılarak hekim pratikleri ve hekim profili bağlamında analiz edilmiştir.

Hekimlerin geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması bağlamında öne çıkan bulgular geleneksel tanı yöntemlerinin daha az kullanılması, teknolojiye artan bağımlılık ve defansif tıp anlayışına dayalı hekim pratikleri şeklindedir. Hekimlerin geleneksel hekim profilinden uzaklaşması bağlamında ise hekimlerin genel tababetten uzaklaşması, hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınması, tıp eğitiminin kalitesinin azalması, talimatlara uyan hekim profilinin ortaya çıkışı, sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması, hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsılması ve tıbbın insansızlaşması gibi bulgular ön plana çıkmıştır. İlgili bulguların hekimlerin vasıf düzeyi üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri söz konusudur. Bu etkiler, ilgili başlıklar altında görüşme yapılan hekimlerin ifadelerinden hareketle aktartılmaya çalışılacaktır.

4.3.1. Hekimlerin Emek Sürecinde Dönüşümün Kaynağı Olarak Teknoloji

Hekimlik mesleğinde yaşanan dönüşümleri saptamak üzere yürütülen gerek teorik gerekse ampirik çalışmalar, ilgili dönüşümlerde teknolojinin yadsınamaz bir rolü olduğunu göstermektedir (Bordage, 1995; Cheitlin, 2011; Cochran, 2010; Garfield, 2006; Smith-Bindman vd., 2008). Genel bir yönelim olarak kapitalist emek sürecinde teknolojinin artan kullanımı, bir yandan mesleki yapıları dönüştürürken bir yandan da üretim kapasitesinin arttırılabilmesi amacıyla yayılım hızını katlamaktadır. Benzer durum hekimlerin emek

sürecinde de gerek hekimlerin günlük pratikleri gerekse ürettikleri sağlık hizmeti bağlamında kendini göstermektedir.

Saha araştırmasından elde edilen nitel verilerin analiziyle hekimlerin günlük pratiklerinde ve üretimini gerçekleştirdikleri sağlık hizmetinde önemli dönüşümler yaşandığı saptanmıştır. Teknoloji-vasıf ilişkisine ilişkin analize geçmeden önce ilgili hususlara kısaca değinilecektir.

4.3.1.1. Tıbbi teknolojilerin hekimlerin günlük pratikleri üzerindeki etkisi

Hekimlerin üretim araçları konumundaki aletler ve özellikle makineler, mesleki pratiklerini yerine getirme şekillerini büyük ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetinde kullanıma sokulan yeni bir teknoloji bu nedenle hekimlerin günlük faaliyetlerini ve rutinlerini değiştirme potansiyeline sahiptir ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler son derece hızlı gerçekleşmektedir.

Teorik çalışmalar, hekimlik mesleğinde meydana gelen dönüşümlerin kaynağında teknolojinin yer aldığını belirtmektedir (Brenner ve Hall, 2007; Cook-Deegan, 1988). Araştırma kapsamında görüşme yapılan hekimler de dönüşümün kaynağının teknoloji olduğunu ifade etmiştir. Tıbbi teknolojilerin hekimlik mesleği üzerindeki etkisine ilişkin olarak bir uzman hekimin ifadesi şu şekildedir:

“Dönüşüm yaşandı, çok yaşandı. Teknoloji oluyor tetikleyicisi. Ameliyat teknikleri çok değişiyor, tedavi yöntemleri değişiyor. Doğrudan günün ihtiyaçlarına göre belirleniyor aslında ve mevcut teknolojileri hemen kullanıyoruz. (Hekim 21, Üroloji)”

Hekim 21, mesleki pratiklerinde meydana gelen dönüşümlerin temel belirleyicisinin teknoloji olduğunu belirtmiştir. Hekim 21’in hekimlik mesleğindeki kıdemi 10 yıldır ve bu 10 yıllık süre zarfında dahi tıbbi teknoloji alanında birçok dönüşüm yaşandığını ifade etmiştir. Benzer şekilde 33 yıllık kıdemi olan bir başka uzman hekim de “Çok gelişmeler oldu. Gerek ameliyatlarda kullandığımız malzemelerde gerek tedavi-tanı yöntemlerinde çok değişmeler oldu. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji)” ifadesiyle teknolojinin günlük pratikleri üzerindeki etkisini dile getirmiştir.

Yapılan araştırmalar hekimlerin hastalığın tanı aşamasında tıbbi teknolojileri giderek artan oranda kullanıldığını göstermektedir (Feddock, 2007; Smith-Bindman vd., 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Hekimler de tıbbi teknolojilerin hekimlerin günlük rutinlerinde artan oranda kullanıldığı ifade etmişlerdir:

“Teknolojiyi çok daha aktif kullanıyoruz. Özellikle acil servislerde ultrason kullanımı arttı. Acil tıp uzmanlarının çoğu bunu söyleyecektir. Tomografiyi, özellikle travma hastalarında tomografiyi, çok daha aktif olarak kullanmaya başladık. Eskiden sadece röntgen filmi gibi görüntüleme vardı. Neredeyse vaka kaçırmayacak, atlamayacak düzeyde bir şeyimiz var, teknolojimiz var. Aynı şekilde MR, son dönemlerde yüksek çözünürlüklü MR cihazları, ben bir de aktif olarak kullanıyorum çoğunu. Bunlar işimizi çok kolaylaştırdı. (Hekim 1, Acil Tıp)”

Hekimlerin mesleki pratiklerinin önemli bir kısmını ve sağlık hizmeti üretim sürecinin ilk aşamasını oluşturan hastalığın tanı sürecinde, tıbbi teknolojilerin sıklıkla kullandığı görülmektedir. Öte yandan ilgili teknolojilerin hekimlerin günlük pratiklerini kolaylaştırdığı da belirtilmektedir

“Tanı koyarken tabi daha kolay tanı koyuyoruz. Eskiden insanlar daha çok manuel, nasıl söylesem el yordamıyla, işte birikimleriyle öğrendikleri şeylerle tanı koyarmış. Şimdi biz onu hani daha çok görüntüleyerek teknolojik aletlerle şey yapıyoruz, gerçekleştiriyoruz. (Hekim 11, Kadın Hastalıkları ve Doğum)”

Günümüzde hastalığın tanı aşamasında, hekimin tıbbi bilgisi ile işlettiği tanısal muhakeme süreçlerinin yerini artan oranda modern teknolojiler almaktadır. Hekimler böylece, daha sonra üzerinde ayrıntılı olarak durulacak olan, geleneksel hekim pratiklerinden adım adım uzaklaşmaktadırlar. Öyle ki, bazı uzmanlık alanlarında tanı aşamasında ilk olarak modern görüntüleme teknolojilerine başvurulduğu dahi ifade edilmiştir. Örneğin;

“Mesela bizim bölümümüzde dizi ağrıyan hastanın ilk önce röntgeni çekilir, ondan sonra bir teşhis oluşmadıysa MR çekilir. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Hekim 2, her ne kadar fizik muayene yönteminin varlığını sürdürdüğünü ifade etse de görüntüleme teknolojilerinin hastalığın tanı aşamasının ayrılmaz bir parçası olduğunu dile getirmiştir. Bu bulgu, teknolojinin hekimlerin geleneksel klinik vasıflarının önemini kaybetmesine ya da azalmasına neden olduğu tartışmalarının ötesinde günlük pratiklerinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ifade etmesi açısından son derece önemlidir (Feddock, 2007)

Bir başka uzman hekim, teknoloji ile hekimlik mesleğinin çok yakın temas içerisinde olduğuna dair benzer bir ifadede bulunmuştur:

“Ortopedi endüstriyel bir cerrahi. Ciddi şekilde geliyor. Hem cerrahi aletler hem de malzemeler. Görüntüleme sistemleri, görüntüleme sistemlerinin iyi oluşu, özellikle teknolojiye bağlı şeyler, el aletlerimizin dışında teknolojiye bağımlı olduğumuz bazı ürünler var ki onlar ciddi şekilde değişiyor. Özellikle en çok görüntüleme ve endoskopik sistemlerde. Bunun yanında şeyler, enstrümantasyonlar değişiyor, kullanılan malzemeler değişiyor, malzemelerde işte karbon alaşımlı malzemelerden çelikten, krom kobalta, krom kobalttan titanyuma, titanyumdan karbonlara dönüşüm var. Malzemelerde vücut içinde eriyebilir materyaller kullanılmaya, geliştirilmeye çalışıyorlar. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji)”

Teknoloji geniş anlamıyla, gerek tanı ve tedavi aşamasındaki alet ve makinelerden gerekse tanı ve tedavide kullanılan ilaç ve benzeri materyallerden oluşmaktadır (Civaner, 2005). Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler, yalnızca dar bir alanla sınırlı kalmayıp geniş bir alana etki etmektedir.

“Benim branşım teknolojik bir branş. Asistanlığım zamanında kullandığımız teknoloji ile şuandaki teknoloji arasında büyük bir ilerleme var. Farklı görüntüleme modeliteleri oldu. Görüntüleme üzerine uzmanlık yapıyoruz. Görüntüleme cihazları, görüntüleme teknolojileri gelişti. Önceki, o gün normal, rutin olan tetkiklerimizin yerine, onlar artık demode oldu, yerine daha böyle teknolojik şeyler oldu. (Hekim 35, Nükleer Tıp)”

Hekimlik mesleği, giderek artan oranda teknoloji temelli bir yapıya bürünmektedir. Teknoloji temelli olmak, belirli uzmanlık alanlarına has bir durummuş gibi görünse de aslında tüm uzmanlık dallarında kendini göstermektedir. Bu konuya ilişkin bir uzman hekimin ifadesi şu şekildedir.

“Bizde de teknolojinin epey bir rolü var aslında. Yani dışarıdan öyle görünüyor olabilir psikiyatri ama aslında bir sürü yeni yöntemin geliştirildiği bir alan aslında. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Sürekli gelişim gösteren teknoloji, hekim pratiklerini dönüştürmektedir. Günümüzde teknolojinin yenilenme hızı son derece yüksektir. Literatürde de eski teknolojilerin zaman içerisinde yok olduğu ifade edilmektedir (Cook-Deegan, 1988). Bu nedenle teknolojinin, hekim pratikleri üzerinde dönüşümün tetikleyicisi olma özelliği taşıdığını söylemek mümkündür. Sahada da hekimler, “*Eski kullandığımız teknikler, hani kullanılamaz hale geldi. Yaratıcı yıkım var. (Hekim 27, Anesteziyoloji ve Reanimasyon)*” şeklindeki ifadelerle teknolojinin gelişim hızına ve pratiklerini etkileme potansiyeline dikkat çekmişlerdir. Görüşme yapılan hekimlerden bir diğeri teknolojik gelişmenin süreklilik arz ettiği ifade etmiştir:

“Teknolojinin gelişmesi bir yol açıyor sonra getirdiği, sağladığı imkanlar dahilinde yapılan çalışmalarla, daha yeni yeni keşfedilen şeyler oluyor. Bu sefer tekrar bunlardan kaynaklı ihtiyaç nedeniyle daha yeni teknolojik gelişmeler oluşuyor. Yani ikisi birbiriyle etkileşim içerisinde açıkçası. (Hekim 25, Göz Hastalıkları).”

Görüşme yapılan hekimler, teknolojik gelişmelerin birbirini tetiklediğini ve yaratıcı yıkıma neden olduğunu ve ilgili teknolojilere adapte olabilmelerinin ve bunları günlük pratiklerinde kullanabilmelerinin bir zorunluluk haline geldiğini belirtmişlerdir. Örneğin:

“Temelden bir sürü değişiklik oldu. Eğer yenilikleri takip edemeyecek olsaydık şuanda mesleğimizi yapamaz olurduk. O kadar değişiklik oldu... Teknoloji olmadan biz ilerleyemiyoruz. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimler açısından ilgili teknolojik yenilikleri yakalayabilmenin bir zorunluluk haline geldiği görülmektedir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekimlerin günlük pratikleri ile rutinlerini yeniden şekillendirdiği ve bu suretle hekimleri baskı altına aldığı ileri sürülmektedir (Edmondson, 2000). Hekimlerin, uzmanlık alanlarındaki gelişmelere ayak uydurabilmek adına özellikle yeni teknolojilere ilişkin eğitim kursları ve sertifika programları almak zorunda kaldıkları ve bu durumun üzerlerinde bir baskıya neden olduğu savunulmaktadır (Adler ve Kwon, 2008; Stoeckle, 1988). Araştırma kapsamında görüşme yapılan hekimler de teknolojinin hekimlik mesleğinin ayrılmaz bir parçası haline gelmesi sonucunda yeni teknolojilere ayak uydurmak amacıyla çeşitli eğitimlere katıldıklarını belirtmişlerdir.

“Kongrelerimiz var, kurslarımız var. Pandemi döneminde pek bunlar olmadı ama genelde travma kursları artroskopi kursları hep vardır, bizim kendi branşımız için konuşuyorum. Kurslar var. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).”

“Daha çok biz bu tür şeyleri kongrelerde görüyoruz. Kongrelerde, stantlarda ve sunumlarda görüyoruz... Aleti tanıyıp aleti kullanmaya başlıyoruz. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Literatürdeki teorik bulguların yanı sıra hekimlerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler de göstermektedir ki hekimlerin tıbbi pratiklerindeki dönüşümün tetikleyicisi teknolojidir ve dönüşümler teknoloji temelli olarak gerçekleşmektedir. Bu bulgular, yapılan diğer teorik ve ampirik çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir. Bu başlık altında teknolojinin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinden ziyade hekimlik mesleği üzerindeki genel etkilerinin saptanmasına odaklanılmış ve teknolojinin hekimlik mesleği üzerindeki etkisinin izah edilmesi amaçlanmıştır. Vasıf temelli analize geçmeden önce teknolojinin sağlık hizmetinin bizzat kendisi üzerindeki etkilerine ilişkin verilere yer verilecektir.

4.3.1.2. Tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti üzerindeki etkisi

Hekimlerin emek sürecindeki pratikleri, sağlık hizmet üretimine odaklanmaktadır. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ile dönüşen hekim pratiklerinin ise sağlık hizmetinin bizzat kendisi üzerinde doğrudan etkileri bulunmaktadır. Literatürde, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin sağlık hizmeti kalitesini arttırdığı kabul edilmektedir (Neumann ve Weinstein, 1991). Görüşme yapılan hekimler de genel olarak tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti kalitesini arttırdığını ifade etmişlerdir.

Örneğin tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ile sağlık hizmeti kalitesinin arttığına yönelik olarak görüşme yapılan hekimlerden biri; *“Eskiden bu çok yaptığımız ameliyatlara, eskiden yaşayamaz artık bu hasta denen şeylerdi. Şimdi onlar gayet güzel yaşamlarına devam ediyor. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi)”* ifadesini kullanmıştır.

“Bizim teknolojiye çok bağımlı olmaktan ziyade gerçekten ihtiyacımız var. Yani bu, hani böyle teknolojiye bağımlı hale getiriliyor da diğer şeyler şöyle oluyor. Öyle bir şey değil yani. Yani bu teknoloji yokken beyin tümöründen ölüm, sallıyorum rakamları, beyin ameliyatı geçirip de ölüm ihtimali yüzde 50, sakat kalma ihtimali yüzde 30 iken, yüzde 80’lik bir sıkıntı yaşanırken, şimdi bunlar yüzde 5’lere, 10’lara, 20’lere düştü. Teknolojiye bağımlılık değil de teknolojiye gerçekten ihtiyaç var. Kendi alanım için. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Benzer şekilde bir başka hekim de *“Hastaya ulaşma konusunda teknoloji bence iyi bir şey. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları)”* şeklinde görüş bildirerek hastalıkların tanı ve tedavisinde başarının ve sağlık hizmeti kalitesinin artışında tıbbi teknolojilerin rolünün son derece önemli olduğunu belirtmiştir.

Hekimlik mesleğinin icrası hususunda sıklıkla gündeme getirilen tartışmalardan birisi, geleneksel tanı yöntemleri ile tanının konulabilecek olmasına rağmen yoğun olarak modern tıbbi teknolojilere başvurulmasına yöneliktir (Kirch ve Schafii 1996; Peterson vd., 1992). Görüşme yapılan hekimlerden birisi artan tıbbi teknoloji kullanımını sağlık hizmeti kalitesi ile ilişkilendirerek şu şekilde açıklamıştır:

Mesela hastadan bir beklentim yok, fizik muayenesine baktığımda hiçbir sıkıntısı yok ama bin tane hastada bir tane tümör yakalarsam diyorum, bu o hasta için bir şanstır diyorum ve bu yüzden aslında istemeye başlıyorum. Yani, görüntülemedir, kandır vesaire bunlar gerçekten önemli yani hastaya yaklaşım konusunda... Bu hastada yüzde kaç şu hastalık çıkabilir, yüzde kaç bu hastalık çıkabilir, durumun aciliyeti. İşte hani bunlar hakkında fikir edinmeme yüzde 95 yardımcı diyebilirim yani öykü ve fizik

muayene. Ama bunun haricinde görüntülüme istiyor musun hocam dersin istiyorum çünkü o bin hastada bir hastayı yakalayabilmek için. (Hekim 30, Nöroloji).”

Özel hastanede çalışan Hekim 30, hasta yoğunluğunun devlet hastanelerinde çalışan hekimlere nazaran daha az olduğunu ve modern tıbbi teknolojiler yerine geleneksel tanı yöntemlerini kullanabildiğini ancak buna rağmen modern tanı yöntemlerine hastalıkların erken tanısı için başvurduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin modern tıbbi teknolojileri kullanmak suretiyle erken tanıya ulaşabilmelerinin, sağlık hizmetinin kalitesinin artmasında önemli bir katkısı bulunmaktadır.

Bir başka hekim teknolojinin artan kullanımının olumsuz sonuçlarıyla birlikte sağlık hizmeti kalitesi açısından olumlu katkılarının da olduğunu ifade etmiştir.

“Teknolojiye bağlı olarak hani belki bir tembellik söz konusu oluyor gibi geliyor ama o tembellik bizde bence tanımı şu, hasta ve hekim açısından konfor oluyor bu. Eskiden, herkesin bildiği çok basit, safra kesesinden almak için hastayı 13 santim karnından açarlar falan filan şimdi hepimiz biliyoruz ki 3-4 tane delik olup oradan laparoskopik yöntemle ameliyat oluyor ve hani bu hasta için de hekim için de çok konforlu bir şey yani. (Hekim 26, Acil Tıp).”

Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler gerek hasta gerekse hekim açısından olumlu sonuçları beraberinde getirmektedir. Benzer şekilde başka bir hekim de teknolojinin sağlık hizmeti kalitesi arttırdığına ilişkin görüş bildirmiştir:

“Bir genel cerrahide şuanda fitik bile kapalı yapılmaya veya apandisit bile kapalı yapılmaya başlandı. Artroskopik olarak yani laparoskopik olarak yapılıyor. Biz de artroskopi dediğimiz menüsküs yırtıklarını, eskiden biz açık yapardık. Şimdi kapalı yapmaya çalışıyoruz. Yani teknoloji geliştikçe hastanın aldığı hizmet tabii kalitesi artıyor. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Görüşme yapılan hekimlerin bir kısmı ise teknolojinin sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki olumsuz yanlarına dikkat çekmiştir. Teknolojinin olumsuz yönlerinin genel olarak yanlış kullanımına bağlı olduğu ifade edilmiştir. Aslında bu durum, önceki bölümlerde ifade edildiği gibi, teknolojinin kendinden değil tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklanmaktadır (Bailey, 2011). Tıbbi teknolojiler özelinde sorun alanı, teknolojinin kendisinden ziyade kullanım şekliyle alakalıdır. Hekimlik mesleği açısından asıl sorunun “*Teknolojiyi iyi kullanabilmek: biz iyi kullanmaktan aciziz. (Beyin ve Sinir Cerrahisi).*” olduğunu düşünen Hekim 24’e benzer şekilde başka bir hekim de sorunu şu şekilde ifade etmiştir;

“Teknoloji size hakim olmasın, siz teknolojiye hakim olun. Siz teknolojiye hakimseniz eğer çok iyi sonuçlar çıkartırsınız hem kendi adınıza hem hasta adına. Ne bileyim ameliyat süreniz kısalır, aplikasyonunuz azalır ama siz teknolojiye hakim olacaksınız... Teknolojiyi hasta ve kendi yararımıza kullanacağımıza başka boyutlara gitmeye başladı. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Sağlık hizmeti üretiminde teknolojinin artan hakimiyetine ilişkin olarak bir başka hekim, “*Bu teknolojik cihazların bizim esas temel tanı muayene yöntemlerimizin yerine geçmeye başlaması (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).*” şeklinde görüş bildirmiş ve geleneksel tanı yöntemlerinin yerini modern tanı yöntemlerinin almasını olumsuz bir gelişme olarak değerlendirmiştir. Teknolojinin kendisinden ziyade tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklı bozucu etkileri de tam olarak bu durumdan kaynaklamaktadır. Çünkü sağlık hizmeti kalitesini arttıran teknolojinin ikame edici değil tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılması gerekmektedir.

Literatürde, tıbbi teknolojilere aşırı güvenin beraberinde olumsuz bir takım gelişmeleri getirdiğinden bahsedilmektedir (Lu, 2016; Mangione, 1993). Benzer şekilde Hekim 11 de teknolojiye duyulan aşırı güvene ilişkin olarak şu ifadeleri kullanmıştır;

“Makinaların her zaman doğruyu yansıtmadığını biliyoruz ve her zaman bizim klinik deneyimlerimiz ve hasta ile ilgili o hastanın potansiyellerine göre oluşturduğumuz, işte ölçütlerde kendi kafamızda o zaman onlar geçerli oluyor, biz ona göre davranıyoruz. Yani şunu biliyoruz ki tamam makineler bize yardımcı oluyor bazı şeyleri görmemiz açısından ışık tutabiliyor ama hani bütünü değil de bütünün bir parçasını gösteriyorlar. O bütünün parçasını görmek bizim için diğer şeylerle, işte birleştirerek bütünün tamamını görmemizi sağlıyor ama onu biz yapıyoruz yine. (Hekim 11, Kadın Hastalıkları ve Doğum).”

Modern ve geleneksel klinik vasıfların birlikteliğinin önemine vurgu yapılarak tıbbi teknolojilerin tamamlayıcı bir nitelik taşıması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Aynı şekilde geleneksel klinik vasıfların öneminden bahseden bir başka hekim şöyle bir örneklendirme yapmıştır:

“Mesela çok basit size bir örnek vereyim, hastanın başındayım, hastanın tansiyonlarını ölçüyorum 15’e 7. Allah Allah diyorum, hastanın tansiyonu yükseliyor, yükselmemesi lazım. Düşürmek için bir ilaç yaptım. Bir daha ölçüyorum hastanın tansiyonu 17. Büyük kan basıncı. Bir daha ilaç yapıyorum. Bir sonraki ölçüm 20. Ama 20’ye 15 gibi bir şey. Yani düzgün, anlamlı bir şeyi var, daha fazla bir farkı olması lazım. Yani doğru ölçmemiş gibi. O sırada nabızdan bakıyorum. Hastanın tansiyonu çok düşük ama tansiyon aleti yanlış ölçtü. Bunu yapmak zorundasınız yani. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

Teknoloji ve sağlık hizmeti kalitesi arasındaki ilişkinin bir diğer çekinceli alanını sağlık teknolojisi değerlendirmesi oluşturmaktadır. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, sağlık hizmeti açısından büyük bir öneme sahiptir ve bu nedenle tıbbi teknolojilerin özenle seçilmesi gerekmektedir. Tıbbi teknolojilerin insan sağlığına zarar vermemesi üzerinde yoğun bir şekilde durulmaktadır (Allen vd., 2010; Fineberg, 1985; Neumann, 2009; Pierce vd., 2007; Sayek, 1995). Görüşme yapılan hekimler de bu konuya dikkat çekerek yararları olduğu kadar olası zararları da olabilen tıbbi teknolojilerin varlığından söz etmişlerdir.

“Her teknolojik gelişim, pozitif ve efektif değil ki. Bunu yakın dönemde, 10 yıl önce gördük bunu. Kalçada bazı materyaller çıkartıldı “muazzam, şöyle güzel böyle güzel” reklamlar endüstriyel cerrahide. Evet, endüstri üretim işleri bunu çok iyi lanse etti, hekim arkadaşlar bunu kullandı, 3-5 yıl sonra bir baktık sonuçları kötü çıkmaya başladı, hastalar problemlerle dönmeye başladı, eski sonuç, eskilerin 30 yıllık sonuçlarına rağmen bunun 10 yıllık sonuçları kötüydü. Doğal olarak da her teknolojik gelişim muazzam değil, her teknolojik gelişim ihtiyaı karşılamıyor. Ama bir şekilde de yn veriyor. Yeni kapılar açıyor ve insanların o yönde çalışmalarına devam etmesini sağlıyor. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji)”.

Tıbbi teknolojilerle ilgili bir başka sorun alanı olarak yüksek radyasyon riski gösterilmektedir (Avaner, 2019; Spitzer, 2014). “*Kar zarar hesabı yeterince irdelenmeden çekilen tomografiler (Acil Tıp).*” nedeniyle oluşacak sıkıntılara ilişkin Hekim 1 şu ifadeleri kullanmıştır:

“nmzdeki süreçlerde işte yığınla tomografi çekilmiş bir hasta bana tomografi çektirdiler şuanda pankreas kanseriyim, yok efendim tiroit kanseriyim diye de başka davalarla karşımıza çıkabilecek. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Kalitenin artışa geçtiği modern sağlık hizmetleri, teknoloji temellidir (Faulkner, 2009). Bu durum, teknolojiye duyulan güvenin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Epner vd., 2013). Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, iyileşme oranları ve süreleri başta olmak üzere sağlık hizmeti kalitesi üzerinde olumlu katkılarının olduğu hekimler tarafından da ifade edilmiştir. Ancak tıbbi teknolojilerin sağlık kalitesi açısından oluşturduğu riskler de söz konusudur (Brenner ve Hall, 2007). Hekimler her teknolojinin sağlık hizmeti kalitesini arttırmayabileceğini, insan sağlığına zarar veren teknolojilerin de olduğunu belirterek ilgili risklere dikkat çekmişlerdir.

4.3.2. Tıbbi Teknolojilerdeki Gelişmelerin Hekimlerin Vasıf Düzeyine Etkileri

Vasıf, tanımlanması güç olmasının yanı sıra ölçülmesi bağlamında da çeşitli zorluklara ve sınırlılıklara sahip olan bir kavram niteliğindedir (Berman vd., 1994; Haskel ve Slaughter, 2001; Spenner, 1983; Winchester vd., 2006). İlgili zorluk ve sınırlılıklar, çalışmanın kavramsal çerçevesinde vasıf kavramına ilişkin detaylı bir literatür taraması yapılarak ve vasıf kavramı “temel karmaşıklık düzeyini çözen bilgi birikimi” ve “işin yürütümünde kontrol gücünü sağlayan mesleki özerklik” gibi değişmeyen evrensel unsurlarını içeren geniş ve kapsamlı bir kavram şeklinde tanımlanarak görece aşılmaya çalışılmıştır. Ancak saha araştırmasıyla birlikte tıbbi teknolojilerinin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki bozucu etkilerinin çeşitlilik gösterdiği saptanmış ve bu durum beraberinde yeni bir takım zorlukları getirmiştir.

Teknoloji kavramına ilişkin zorluklardan ilki çalışmanın kavramsal çerçevesinde teknolojinin geniş anlamıyla tanımlanmasıyla aşılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda tıbbi teknolojiler, tıbbi alet ve cihazlar ile birlikte klinik protokoller gibi uygulama yönergelerini de içine alacak şekilde tanımlanmış ve hekimlik mesleğinin yaşamış olduğu dönüşüm teknoloji temelli bir yaklaşımla açıklanmıştır. Çalışmanın teorik kısmında, teknoloji kavramının kendisinden kaynaklanan zorluklar görece aşılsa da sahadan elde edilen veriler, teknolojinin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin sınıflandırılması açısından yeni bir takım zorluklar getirmiş ve bu çalışmada, teknolojik gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin saptanması hususunda bir takım zorluklar ile karşılaşmıştır.

Sahadan elde edilen verilerin beraberinde getirdiği zorlukların aşılması amacıyla çalışmanın analizinde de teknoloji, hekimlerin kullandığı alet ve makinelerden oluşan ve kapsamına yalnızca üretim araçlarını alan dar anlamıyla değil, aksine dar anlamının sınırlarını bir hayli aşarak gerek sağlık hizmeti alıcısı konumundaki hastaların tercihlerine, gerek sağlık hizmetine ilişkin kamuoyundaki algıya gerekse yönetim anlayışı gibi bir çok alana tesir eden ve hekimlerin vasıf düzeyi ile profesyonel kimlikleri üzerinde meydana gelen dönüşümleri tetikleyen geniş⁷ anlamıyla ele alınmıştır. Verilerin analizinde teknolojinin geniş anlamıyla ele alınması, teknolojinin etkisinin direkt olarak gözlemlenemediği ancak temelinde

⁷ Geniş anlamıyla teknoloji kavramı için Choi vd., 2008.

teknolojinin yattığı etkilerin görünür hale gelmesinde ve ilgili zorlukların aşılmasında etkili olmuştur.

Sahaya ilişkin bir diğer zorluk ise elde edilen verilerin sınıflandırılmasında ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen nitel veriler analiz edilirken, teknolojinin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin farklı ve iç içe geçmiş şekilde cereyan ettiği saptanmıştır. Etkilerin sınıflandırılması konusundaki zorluğun aşılması amacıyla teknolojinin tetiklediği gelişmeler ile hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen eğilimler belli bir sistematik içinde aktarılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda genellikle iç içe geçtiği saptanan etkiler sınıflandırılırken çalışmanın teorik bölümü ile paralellik kurulması hedeflenmiştir. Sahadan elde edilen verilerden hareketle hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen dönüşümler; geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması ve geleneksel hekim profilinde uzaklaşılması şeklinde iki temel başlık altında aktarılmıştır.

4.3.2.1. Geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması

Araştırma kapsamında görüşülen hekimlerin büyük bir çoğunluğu, hekimlerin geleneksel tanı yöntemleri arasında yer alan anamnez ve fizik muayene gibi yöntemlerden uzaklaştığını ve tıbbi teknolojilere daha çok yöneldiğini ifade etmişlerdir. Bu yönelime ise, daha önce de belirtildiği üzere, birden fazla etkenin kaynaklık ettiği saptanmıştır.

Artan teknoloji kullanımının hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki bozucu etkisinin farklı nedenlere bağlı olarak gerçekleştiğini tekrar belirtmek son derece önemlidir. Örneğin hekimlerin artan oranda tıbbi teknolojiyi bir yandan “hasta yoğunluğu” nedeniyle daha hızlı tanı koyabilmek; bir yandan ise “malpraktis” davaları nedeniyle kendilerini garanti altına alabilmek adına kullandıkları saptanmıştır. Nitel veriler, hekimlerin bir yandan geleneksel tanı yöntemlerini daha az ve buna bağlı olarak teknolojiye dayalı modern tanı yöntemlerini daha çok kullandığını bir yandan ise defansif hekim pratiklerinde bulunduklarını göstermektedir. Hekimlerin geleneksel pratiklerden uzaklaşması eğiliminin açıklanmasında, bu türden bir neden-sonuç ilişkisi kurulmuş ve ilgili eğilim geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesi, teknolojiye artan bağımlılık ve defansif hekimlik şeklinde mümkün olduğunca birbirinden ayrı olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, hekimlerin tıbbi teknolojiyi kullanma nedenlerinin farklılık arz ettiğini göstermekle birlikte teknolojinin artan kullanımı sonucunda hekimlerin klinik vasıflarının aşınma sürecine girmesinin genel bir eğilim niteliği taşıdığını da göstermektedir.

4.3.2.1.1. Geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesi: daha az anamnez, daha az fizik muayene

Araştırmalar, hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerine başvurma ve kullanma oranlarının gün geçtikçe azalma eğilimi içerisinde olduğunu göstermektedir (Bordage, 1995; Brenner ve Hall, 2007; Smith-Bindman vd., 2008). Ancak yapılan başka araştırmalar göstermektedir ki anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel tanı yöntemleri hastalığın kesin tanısında halen daha en etkili yöntem olma işlevini yerine getirmektedir (Feddock, 2007; Hampton vd., 1975; Kirch ve Schafii, 1996; Paley vd. 2011; Peterson vd., 1992; Wahner-Roedler vd., 2007).

Görüşme yapılan hekimler, geleneksel tanı yöntemlerinin kesin tanının konulmasındaki etkinliği konusunda hem fikir olmakla birlikte ilgili yöntemlerin önemini giderek kaybettiğini ifade etmişlerdir. Örneğin hekimlik ile zanaatkarlık arasında ilişki kuran bir uzman hekim, el işçiliği vurgusu yaparak modern tanı yöntemlerinin hekim pratikleri üzerindeki etkisini şu şekilde açıklamıştır:

“El işçiliği, hani sadece tedavi anlamında bizim elimizi kullanmamızı değil tanısal anlamda da söz konusu. Eskiden bizim de kısmen sonlarına yettiğimiz eğitim türü; hastayı dinler, uzun uzun konuşur, muayene eder, ağrı şurada mı çok, burada mı çok, böyle yapınca mı ağrıyor vesaire. Bizi birbirleriyle ilintili işte semptomlar falan dediğimiz şeyler vardır. Hasta ile konuşma faslı anamnez diye tabir edilir ve klinik hasta muayeneleri ve basit, işte tansiyon gibi nabız gibi kendisi ölçebildiği bir takım veriler. Ondan sonra laboratuvar sonra gelir, laboratuvar işte kan sayımları vesaire gibi röntgen gibi. Tanısal anlamda gelen her teknoloji tabi o muayene kısmını azaltan bir şey. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Tıbbi teknolojilerin tanı ayağını oluşturan yeni teknolojik gelişmeler ile beraber geleneksel yöntemlerin ağırlığı azalma eğilimi içerisine girmiştir. Geleneksel yöntemler arasında yer alan anamnez ve fizik muayene gibi yöntemlere başvuru sıklığının azalmasında modern tanı teknolojilerinin gelişmesi etkili olmaktadır.

“Geleneksel yöntemleri kullanma vasıfları azaldı. Kimse kimseyi muayene etmez oldu artık. O doğru. Ama hani muayenenin değeri de eski zamanlardaki kadar değil. Çünkü eskiden o muayeneyi, ince muayeneyi saatlerce belki yapsanız ancak yakalayabileceğiniz bir ipucunu belki şimdi hiç belirti vermeyecek bir kitleyi saptayabiliyorsunuz bir MR ile yani. Ama karıştırmamak lazım. Sadece MR’a bakarak tanı konamaz. Çünkü hastayı görmek lazım. Hastalık yok, hasta var. Aynı film, iki tane farklı olabiliyor, karşınıza gelebiliyor yani. Hastayı dinlemek, bütüncül yaklaşmak lazım. Hastayı dinlemek lazım, hastayı muayene etmek lazım çünkü hastayı muayene ederken filmle göremeyeceğiniz, size söylemediği benlerini görebilirsiniz. Belki bir genetik hastalığı var... Hastayı mümkün olduğunca muayene etmek... Yani hastanın bütün hastalıklarını dökecek bir tetkik listesi yok. Öyle bir şey yok yani. Onun için sizin gözle görmeniz de önemli, muayene de önemli. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Tanısal teknolojilerdeki gelişmeler zaman bağlamında hekimlerin işini kolaylaştırmanın ötesinde erken tanıyı mümkün kılması nedeniyle sağlık hizmeti kalitesinde de artış sağlamaktadır. Ancak yine de anamnez ve fizik muayene hekimliğin olmazsa olmaz bir unsurudur. Bu nedenle, teknolojinin ikame edici değil tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılması gerektiğine ilişkin yaygın bir kabul söz konusudur (Feddock, 2007). Bu kabul, hekimler tarafından da paylaşılmaktadır.

“İlk önce birinci, yani fizik muayene önemli, o zaten bizi tanıya yönlendirir. Bize teknoloji; röntgen, tomografi, MR ya da başka şeyler bizim düşündüğümüz tanıya bize yardımcı olur. İlk aşamada yani fizik muayene önemli. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Ancak hekimler tarafından, sağlık hizmeti üretim sürecindeki genel eğilimin gerek hastadan gerekse geleneksel yöntemlerden uzaklaşmak anlamını taşıdığı sıklıkla dile getirilmiştir.

“Kimse artık hastalara dokunmuyor. Dokunmamaya çalışıyor yani anlatabiliyor muyum? Bu çok yanlış... Ne olursa olsun hastaya dokunman lazım, müdahale ederken dokunman lazım. Hani böyle uzaktan kumanda iş olmaması lazım, hani şimdi mesela yeni hekimlerde bu yok. Yani, mesela biz o jenerasyon ile büyümedik. Hani biz yine gelen hastayı sorgularız, detaylı anamnezini alırız. Ne bileyim işte fizik muayenesini yaparız, dokunuruz ederiz yani. Mesela çok ciddi sorgularız ama şimdi öyle değil. Mesela yeni jenerasyon direkt şey yapıyor mesela hasta geliyor tamam tomografiye git, işte röntgene git, ne bileyim BT’ye git, MR’a git, kan ver, böyle yani. (Hekim 9, Acil Tıp).”

Modern tanı yöntemlerinin geleneksel yöntemlerinin yerini almasıyla hekimlik mesleğinin “hastaya dokunma” olarak ifade edilen temel ilkesinden uzaklaşıldığı aktarılmaktadır. Bu gidişatın bir başka olumsuz sonucu ise ileride değinilecek olan “tıbbın insansızlaşması” ya da “emeğin nesnesine yabancılaşması” olarak ifade edilen süreçtir.

Literatürde, hekimler tarafından geleneksel yöntemlere başvurulmamasının beraberinde hekimlerin geleneksel klinik vasıflarının aşınması sonucunu getirdiği savunulmaktadır (Lu, 2016; Mangione, 1993). Ancak hekimlerin ilgili yöntemleri kullanmamasının ardında farklı sebepler yatmaktadır. Yapılan araştırmada, geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesinde hasta yoğunluğunun etkili olduğu gözlemlenmiştir. Hasta yoğunluğu hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerine başvurması önünde bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle kimi durumda hekimlerin klinik vasıfların aşınması eğilimi, hekimlerin kontrolü dışında yaşanmaktadır.

Hasta yoğunluğunun vasıf düzeyi üzerinde iki farklı şekilde etki gösterdiği saptanmıştır. İlk etki geleneksel yöntemlerin kullanılmaması; ikinci etki ise hekimlerin büyük oranda teknolojiye yönelmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Örneğin bir uzman hekim, hekimlerin geleneksel vasıflarının azalıp azalmadığıyla ilgili soruya şu şekilde cevap vermiştir:

“Kesinlikle katılıyorum. Devlet hastanesinde saat üçe kadar 130 hasta bakmış oluyordum. Şimdi 130 hasta bakınca öyküden biraz uzak kalıyorsunuz, öykü alamıyorsunuz. Şimdi özel hastanedeyim. Öyküyü daha rahat alıyorum çünkü bir hastaya en az 10 dakika ayırıyorum. Yani hasta sayısı da alakalı. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hasta yoğunluğunun az olması nedeniyle özel hastanelerdeki hekimler, anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel tanı yöntemlerini ve geleneksel klinik vasıflarını daha sık kullanma şansı bulabilmektedirler. Bu durumun, özel hastanede çalışan hekimler için vasıfsızlaşma tehdidi karşısında belli bir koruma sağladığı söylenebilir. Ancak hasta yoğunluğunun çok fazla olduğu devlet hastanelerinde çalışan hekimler için vasıfsızlaşma eğilimi daha açık bir tehdit niteliğindedir.

“Karnım ağrıyor, neresi ağrıyor, şurası ağrıyor, hadi git kan tahlili ver, hadi ultrasona git, bu kadar. İki dakika. Zaten o kadar vakit ayırabiliyorsunuz. Dolayısıyla bu fizik muayene ve anamnezde inanılmaz eksikler oluyor. (Hekim 19, Radyoloji).”

“O kadar hasta yoğunluğu var ki. Acil servis zaten poliklinik gibi kullanıldığı için ve senin kapıda 100-150 bekleyen varken ondan detaylı bir öykü ve detaylı bir fizik muayene yapmanı hasta da beklemiyor, istemiyor. Kapıdakiler zaten istemiyor, devlet de istemiyor. Sen doktor olarak sadece malpraktis sayılmayacak derecede hastayı görüp değerlendirip sonrasında onların istediği şekilde tedavi etmek zorunda kalıyorsun. (Hekim 8, Pratisyen Hekim).”

Devlet hastanelerinde hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı nedeniyle hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini etkin bir şekilde kullanma şansı bulamadıkları görülmektedir.

Bu durumun geleneksel klinik vasıflar üzerinde bozucu etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür. Yapılan başka bir araştırmada da benzer bir bulgu saptanmış; hekimlerin kısıtlı zamanda daha çok hizmet üretme baskısı altında bulunması nedeniyle hekimlik mesleğinin zanaat yönünden uzaklaştığı ve geleneksel yöntemlerin geri plana itildiği sonucuna ulaşılmıştır (Ünlütürk-Ulutaş, 2011: 360). Hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki bozucu etkilerin, teknoloji kullanımına bağlı olarak tanısallık muhakeme süreçlerini daha az işletmelerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Feddock, 2007).

Geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması olarak ifade edilebilecek olan geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesi eğilimine kaynaklık eden bir diğer etken, birer müşteri haline getirilen ve kendi algılarında en iyi sağlık hizmetini son tıbbi teknolojinin kullanılması ile bağdaştıran hastaların varlığıdır.

“Mesela bir MR teknolojisinin gelişmesi insanların teorik ve bizim direkt aldığımız primer eğitimde dokunmayı öğrenin, hissedin kararı siz verin, radyoloji size yardımcı olsun derken yeni nesil hekimlerin bir kısmı sadece ona yöneliyor ama bunun bir çok fazla komponenti var, bunun bir tane komponenti yok. Bu toplumun da etkisiyle oluşan bir şey olduğunu düşünüyorum. Hekime giderken muayene etti, MR çekmedi diye baktığında aslında MR istemeye zorluyorsun hekimi. Sen zorladığında hekimin buna direnç göstermesi nereye kadar kabul edilebilir. Çünkü birinci hasta zorluyor, ikinci hasta zorluyor, üçüncü hasta zorluyor hani nereye kadar direnç göstereceksin. Sonra diyorum aman tamam MR çekeyim. Artı, elbette ki hekimlerin de hata oranı var. Var böyle bir şey. Bu meslek hani şey değil, kusuruz yapılacak bir meslek değil. Elbette ki kusurlar var. Özellikle malpraktis davaları ile onlarla bunlarla aşır neşir olmamak adına hekim açısından da şeye gidiyor bu sefer, ya hani ben her şeyi yapayım, bir şekilde kendimi hukuksal açıdan güvenceye alayım. Kim olursa olsun. Bu da kişiyi eski hekimlerin dediği teorik bilgidenden, deneyimden el deneyiminden uzaklaştırıyor. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Hekim 4, daha sonra ayrıntılı bir şekilde değinilecek olan malpraktis davaları nedeniyle defansif tıp anlayışını benimseyen hekimlerin geleneksel yöntemlere eskisi gibi başvurmadığını ifade etmekle birlikte artık hastalardan gelen taleplerin de aslında teknolojinin kullanılmasından yana olduğunu belirtmiştir. Böylelikle teoride saptanan bir bulguya sahada da ulaşılmıştır. Birer müşteri gibi hareket etmeye başlayan hastalar, yüksek teknoloji kullanımına dayalı sağlık hizmeti ile kaliteli sağlık hizmetini özdeşleştirerek hekimlerin teknolojiyi kullanmasını talep etmektedir (Heper, 2012; McKinlay ve Arches, 1985). Bu durum aynı zaman hekim özerkliğini tehdit eden bir etken olarak izleyen bölümlerde ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

4.3.2.1.2. Tamamlayıcı olarak değil ikame edici bir yöntem olarak tıbbi teknolojiler: teknolojiye artan bağımlılık

Literatürde hekimlerin teknolojiyi daha sık kullandıkları ve teknolojiye bağımlı hale geldikleri tartışılmakta (Bodewitz vd., 2012; Faulkner, 2009; Kumar, 2011); teknolojiyi artan oranda kullanmaları sonucunda hasta ile hekim arasındaki mesafenin açıldığı savunulmaktadır (Ramani vd., 2003; Stoeckle, 1988). Bu olumsuz bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Çünkü hasta ile hekim arasındaki etkili iletişimin sağlık hizmeti kalitesi açısından son derece önemli olduğu genel kabul görmektedir (Cummings, 2013).

Hekimlik mesleğinin temel ilkesi olarak ifade edilen hastaya dokunma veya hasta ile iletişim kurma, özellikle tanı aşamasında hekimin hastadan hastalık öyküsü alma ve fizik muayene sürecinde gerçekleşmektedir. Ancak teknolojiye artan bağımlılık hasta-hekim ilişkisinde bozucu etkilere sahip olabilmektedir.

“Bizim mesela tıp eğitiminde, tıpta temel bir kural var; hastayı önce dinlersin, sonra muayene edersin, muayene ettikten sonra önce gözle bakarsın, karşına alırsın hastayı, dinlersin, sonra bir gözle bakarsın bakmak denir ona, sonra muayene edersin, en son tetkik falan istersin. (Hekim 35, Nükleer Tıp).”

Görüşme yapılan hekimler hasta ile hekim arasındaki iletişimin önemine sıklıkla vurgu yapmışlardır. Sağlık hizmeti üretim sürecinin merkezinde hasta-hekim ilişkisi yer almaktadır. Ancak genel gidişatın tam tersi yönde olduğu; özellikle modern tanı teknolojilerinin etkisiyle, hasta-hekim ilişkisinin merkeziliğini kaybettiği savunulmaktadır (Bailey, 2011; Cochran, 2010). Saha araştırmasında da hekimler bu türden bir eğilimin söz konusu olduğunu belirtmişlerdir. Tıbbi teknolojilerin etkisiyle hasta ve hekim arasındaki ilişkinin zayıflama eğilimini Hekim 25, “*Bence çoğu bölümde tetkikten kısımda tanıya gidiliyor (Göz Hastalıkları).*”; Hekim 12, “*Gitgide hekimlerin hastadan uzaklaştığını, anamnez, fizik muayenenin gereksiz hale geldiğini, daha çok laboratuvar ağırlıklı olduğunu duyuyorum yani. (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).*” ve Hekim 22 “*Mesela nörolojide var direkt MR isteme. İşte diyelim ürolojide direkt ultrason isteme. Yani böyle sıkıntılar tabi ki oluyor. (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).*” ifadesiyle açıklamıştır. Hekim 17 ise teknolojiye bir bağımlılık olduğuna işaret etmiş ve “*Yani tamamen şuanda teknolojik yani. Benim gördüklerim o şekilde. Çok fazla var. Özellikle benden sonraki doktor olan kuşakta çok fazla görülüyor bu etki. (Acil Tıp).*” ifadesini kullanmıştır.

Başka bir hekim ise geleneksel yöntemlerin geri plana itilerek tanısal teknolojilerin artan kullanımına doğru bir yönelim olduğunu şu şekilde izah etmiştir:

“Teknoloji daha fazla yer aldı artık testlerimizde, tetkiklerimizde tanı koymak için. Biz hekim olarak mezuniyetimizle beraber hikayeye daha ağırlık verilirdi, şimdi sanırım daha çok testlerle tanı koymaya çalışıyor tıp genel olarak. (Hekim 10, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları).”

Aslında, geleneksel yöntemlerin geri plana itilmesi ile modern yöntemlerin ikame edici bir nitelik kazanması süreci birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki süreçtir. Bir yandan geleneksel yöntemlerin defansif tıp anlayışı gibi çeşitli nedenlerle değerini kaybetmesi modern yöntemlerin kullanımı arttırırken bir yandan da teknolojinin çok hızlı gelişmesi geleneksel yöntemlerin daha da geri plana itilmesine neden olmaktadır (Feddock, 2007; Stoeckle, 1988).

Geleneksel yöntemlerin geri plana itilerek modern tanı yöntemlerinin kullanımının hızla artmasında Türkiye çok çarpıcı bir örnek⁸ teşkil etmektedir. Buna konuya ilişkin olarak bir çok hekim görüş bildirmiştir.

“Hekimler, hastaları muayene etmek yerine gelen hastalara ultrason BT, MR... Yani hastayı dinlemek şeyi azaldı. Şimdi eski hekimlere şunu söylüyorlar ya siz çok muayene ediyorsunuz. Yani çünkü MR endikasyon, Türkiye’de popülasyona göre en çok istenen ülkelerden birisi yani. (Hekim 33, Genel Cerrahi).”

“MR’da ikinci ile aramızda iki kat fark var. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

“Tüm İngiltere’de, Galler’de vesaire BT cihazı sayısı, İstanbul’daki BT sayısından az. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Türkiye açısından görüntüleme teknolojilerinin kullanımındaki ciddi oran, tıbbi teknolojilerin ikame edici bir forma büründüğünün kanıtı niteliğindedir. Hastalar ile geleneksel tanı yöntemleri aracılığıyla iletişim kurmak yerine hastaların görüntüleme teknolojilerine yönlendirilmesi teknolojiye artan bağımlılığın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Cheitlin, 2011).

Ancak modern yöntemlerin tamamlayıcı bir yöntem olarak değil de ikame edici bir yöntem haline gelmesi bir takım olumsuz sonucu da ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin bir uzman

⁸ Türkiye’de, 2018 yılında, 15.283.656 hastaya MR, 18.321.984 hastaya bilgisayarlı tomografi ve 26.036.669 hastaya ultrason görüntüleme tekniği uygulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019: 187).

hekim modern yöntemlerin geleneksel yöntemleri ikame etmesinin olası risklerini bir örnek ile izah etmiştir:

“Sıkıntılı kısım şu: bir hastanın fizik muayenesi yapılmadan görüntüleme istendiğinde asıl fizik muayene ile yakalanabilecek, şüphe edilmesi gereken birçok ölümcül hastalık atlanabiliyor. Bizim etrafımızda atlanan olaylar. Mesela basit bir parmak ucuyla yapılan nabız kontrolü olmadan çekilen başka bir tomografi, şöyle söyleyeyim, kontrastsız tomografi, halbuki nabızla ölçülerek yapılmış olsaydı kontrastsız tomografi istenerek belki hastanın hayatı kurtarılabilirdi. Bel fıtığı olarak değerlendirilip atlanan aort diseksiyonu dediğimiz ana atar damar yırtıkları vardır mesela. Yani bunda tomografi tamam iyi bir tanı aracıdır ama fizik muayenenin yönlendirmesinin yerini maalesef hiçbir şey tutamaz. (Hekim 1, Acil Tıp).”

En kaliteli sağlık hizmeti teknoloji ve insan birlikteliği ile sağlanabilmektedir. İkame edici değil tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılan tıbbi teknolojiler ile sağlık hizmeti kalitesini artırılması çok daha olasıdır. Bu konuyla ilişkili olarak bir uzman hekim düşüncesini şu şekilde aktarmıştır:

“Geleneksel artı üzerine teknolojik görüntülemelerle iyi bir sentez biçimiyle çok iyi bir hizmet sağlanabilir insanların sağlığı ile alakalı. Örnek vereyim. Hastayı bize bilinç değişikliği ile ilgili yolluyorlar mesela. Niçin gönderiyorsunuz diyorum felç. Bir tek, hani akıllarına bir tek felç durumu geliyor. Görüntüleme için gönderiyoruz diyor. Yani hani anamnezini bir sorgulasalar hastada bir böbrek yetmezliği var mı hani, şeker hastalığı var mı diye sorgulasalar. Sorgulamıyorlar hani akıllarına bir tek felç hastalığı geliyor. Onun için de bir an önce görüntülemeye gönderelim diyorlar. Mesela ilçe hastanesinde MR yok ama bir tek sebebi felç değil yani bu hastalığın, bilinç değişikliği yapabilecek tek neden felç hastalığı değil sonuçta şekerle bağlı bilinç değişikliği olabilir, böbrek yetmezliğine bağlı bilinç değişikliği olabilir. Hasta bize bir geliyor, anamnez sorgulanmamış, bunlar rutin tetkikleri almamış, anamnezini sorguluyoruz hastanın, bizde böbrek yetmezliği var diyor, bir gönderiyor böbrek tetkiklerini böbrek değerleri fırlamış buna bağlı bilinç değişikliği. Bu yeni kuşakta çok fazla yani, hiç sorgulama sual yok, muayene yok...Dijital çağda olmanın, getirdiği o hızlı tüketim psikolojisi, hazırcılık. Yani hızlı, her şeye hızlı bir şekilde ulaşma şeyi. (Hekim 17, Acil Tıp).”

Geleneksel yöntemlerin yokluğunda yalnızca modern yöntemlerin kullanıldığı bir sağlık hizmeti üretim sürecinde, hastalık geçmişinin detaylı bir şekilde alınamamasına bağlı olarak sağlık hizmeti kalitesinin düşebileceği ihtimali üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle hekimler, teknolojinin tamamlayıcı bir nitelikte olması gerektiği hususunda ortak kanaattedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti üretimi için tıbbi teknolojilerin geleneksel yöntemlerle birlikte kullanılması gerekmektedir (Feddock, 2007).

Hekimlerin teknolojiye bağımlı hale gelmelerinin ardında yatan başka bir sebep olarak ise hasta yoğunluğu gösterilmiştir.

“Geleneksel yöntemler zaman alıcıdır. Yani hastayla muhabbet etmek, onu dinlemek, muayene etmek, sorgulamak bu zaman alıcı bir işlem. Şimdi on hasta bakan bir hekim için zaman alması çok önemli değil. On hastaya 20 dakika, 25 dakika ayırabilirsin. Detaylı muayene edebilirsiniz, sorgulayabilirsiniz. Buna göre de daha sağlıklı bir yol çizebilirsiniz. Yine kullanırsınız teknolojiyi ama çok gereksiz testler yapmak zorunda kalmazsanız. Ancak şöyle düşünelim: devlet hastanesinde çalışıyorsunuz, kapınızda bin kişi bekliyor, gergin bir ortam ve sürekli bağırsık çağrışı, kavga gürültü ve sizin o yüz hastayı bir şekilde size ayrılan süre içerisinde görmeniz, değerlendirmeniz ve tedavi etmeniz bekleniyor. Şimdi burada sizin hastaya vakit ayırma şansınız yok. O zaman işte ne oluyor, teknoloji birazcık daha bu yönde size avantaj sağlıyor, katkı sağlıyor. Neyin var, başım dönüyor diyorsa bir hasta, siz baş dönmesini sorgulayıp bunun muayenesini yapmak yerine bir beyin tomografisi yazıp gönderebiliyorsunuz. Siz bu sorgulamayı, anamnezi almaya çalışsanız yüz hastayı bitiremezsiniz. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Geleneksel vasıfların kullanım sıklığında, hastanenin devlet ya da özel hastane olması etkili olabilmektedir. Hekimlerin, detaylı bir anamnez ve fizik muayene için yeterli vakitlerinin olmaması nedeniyle hasta yoğunluğunun eritilebilmesi amacıyla teknolojiye yönelmesi söz konusu olabilmektedir.

“Doktor başı muayene sayıları, bunlar çok önemli. Şimdi 20 dakikada bir hasta bakacak olursanız tüm bu anamnez muayene kısmını uzun tutabiliyorsunuz. Dolayısıyla kafanızda daha net bir tanı oluşuyor. Ona yönelik tetkikiniz de daha kısıtlı oluyor ama şimdi poliklinikte ya da acil serviste yoğun başvuru altında bu süreler de daralırsa, 5 dakikaya bir muayene. O zaman da sen hasta ile sohbet etmek, işte anamnez alma, muayene bu süreler daralır ister istemez. Kapıda birikim var, onların da bir ayrı baskısı oluyor, içeride bir hasta var, önünde sürekli birikip birikiyor, gün bitiyor hasta bitmiyor. Dolayısıyla hızlı sirkülasyon yaratmak için tetkike yöneliyorsun, sen bir ultrason yaptır gel bakayım diyorsun. Hasta hızlıca çıkıyor oradan, işi hallolmuş oluyor o gün ama belki diğer tomografi önünde, ultrason önünde ayrı bir yoğunluklar yaşanıyor, bir ay sonraya çekiliyor onu alıp getirene kadar. Böyle bir durum da var. (Hekim 29, Acil Tıp).”

Bekleyen hastaların tümünün görülebilmesi adına daha hızlı bir tanı için hastalar tıbbi teknolojilere yönlendirilebilmekte ya da başka bir uzmanlık alanına sevk edilebilmektedir. Bu durum, geleneksel klinik vasıfların kullanımını engellemek suretiyle azalmasına neden olabilmektedir. Çünkü hekimin teknolojiyi artan kullanımının tanısal muhakeme ve iletişim vasıflarını aşındırdığı düşünülmektedir (Bailey, 2011; Lu, 2016). Öte yandan hastanelerde ölçek ekonomisini andıran kitlesel bir sağlık hizmeti üretim süreci yapılanması dikkat çekmektedir. Artan sağlık ihtiyacının, sınırlı kaynaklarla karşılanabilmesi adına teknolojiye artan bir talep bulunmaktadır.

Bir başka hekim teknolojiye olan bağımlılığı “100 hastaya tanı koyabilmek için her birinde işte bir röntgen, bir kan tahlili, diğeri vesaire vesaire isteyip o şekilde yönetmeye çalışıyorsunuz. Başka türlü olmaz ki. Nasıl olacak? (Hekim 5, Pratisyen Hekim).” ifadesiyle hekim için bir seçimden ziyade zorunluluk olarak gördüğünü belirtmiştir. Aynı şekilde başka hekimler de hekimlerin seçme şansı olmadığını şu şekilde ifade etmiştir;

“Bir doktorun bir günde 20’den fazla hastaya bakmaması gerekiyor. Yani yirmi birinci hastada hata yapma şansı artıyor... Eğer sen bir günde 20’den fazla hasta bakıyorsan bunlarda mecbursun kısa yoldan gitmeye. Bir tomografiye bakıp onunla tanı koyup süreci hızlandırıyolar muayene edeceklerine. (Hekim 15, Pratisyen Hekim).”

“Çalışma saati sekiz buçuktan akşam beş buçuğa. Alın günün ortasındaki bir saati çıkarın, geri kalan zamanı yüz kişiye bölün. Kaç saniye çıkacak adam başı. Yani ben, zamanında benim rekorum o zaman işte sağlık ocağındaydım, 120 hastaya baktığımı bilirim yani. Yani bu hastalar 8.30’da geldiler, 3.30’da bitmesi lazım... Yani ne yapmam gerekiyorsa onu yaptım. (Pratisyen Hekim)”

Hasta yoğunluğu tıbbi teknolojilere başvurmayı bir zorunluluk haline getirerek geleneksel klinik vasıflar üzerinde bir baskı oluşturabilmektedir. Kullanılmayan ilgili vasıfların zaman içerisinde azalma eğilimi içerisine girmesi olası bir sonuç olarak ortaya çıkabilmektedir.:

“Bu teknolojik cihazların bu kadar fazla ve olmaması gereken düzeyde kullanılmasının esas sebebi de bu. Mesela şey olarak da değişiyor, o gün birazcık daha sakın bir günse, örneğin MR isteme oranım yüzde 10’sa çok daha yoğun hastanın olduğu sıkıntılı bir günde yüzde 70’e çıkıyor. O kadar büyük farklar var. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hasta yoğunluğu nedeniyle geleneksel yöntemler hekimler tarafından istenilen düzeyde kullanılamamaktadır. Yoğunluk nedeniyle modern yöntemler aracılığıyla hastalık tanısı konması hekimler açısından bir seçimden ziyade zorunluluk haline gelebilmektedir. Öte yandan yoğunluğun olmadığı durumlarda hastalık tanısının geleneksel yöntemlerle de konabildiği ifade edilmiştir. Bu bağlamda hekimler, geleneksel klinik vasıflarının aşınması süreçlerinde kimi zaman edilgen bir konumda yer almaktadırlar.

Öte yandan tıbbi teknolojinin artan oranda kullanımının, literatürde de belirtildiği gibi, hekimlerin kendilerinden ziyade teknolojiye güvenmelerinden de kaynaklanmaktadır (Lu, 2016; Mangione, 1993).

“Fakat şu duygu da bazen doktorda oluşabilir. Mesela ultrason bir milimetrelik bir kitleyi, bir milimetrelik bir taş ölçebiliyor. Şimdi diyelim ki bir üroloji doktoru,

adamın böbreğinde iki milimetrelik bir taş var, bunu muayene ile tespit etmesi imkansız, gidip yine muayenesini yapması lazım, canlı muayene etmesi lazım. Adam şöyle düşünebiliyor: ya ben ultrasondan iyi bilemem arkadaşım diyor. Ultrason istiyor mesela hiç muayene etmeden. Tabi bu yaklaşım da evet mevcut, böyle bir yaklaşım var. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları)”

Görüşme yapılan hekimler, geleneksel ve modern yöntemlerin birlikte kullanılması gerektiği üzerinde ortak bir kanaat dile getirmiştir. Geleneksel yöntemlerin kullanılmadan modern yöntemlerin kullanılmasının olumsuz sonuçlarına ilişkin olarak uzman bir hekim çok çarpıcı bir örnek vermiştir:

“Bazen şunu bile görüyoruz, acilden geliyor hasta apandisit şüphesiyle, muayene ediyorsunuz. Aslında 3 sene önce apandisiti alınmış. (Hekim 19, Radyoloji).”

Yukarıdaki örnek, aslında hastanın hastalık öyküsünün dahi alınmadan radyoloji bölümüne sevk edildiğini göstermektedir. Bu örnekte de görüldüğü üzere teknoloji çoğu zaman tamamlayıcı değil ikame edici bir şekilde kullanılmaktadır (Feddock, 2007).

Hekim 5, “*Yüzde 90 anamnezdir, yüzde 5 tahlildir, yüzde 5 de fizik muayenedir. Hatta fizik muayene muhakkak şarttır, tahlil kısmını yapmayabilirsiniz bile yani. (Pratisyen Hekim).*” ifadesiyle geleneksel yöntemlerin önemine işaret ederken Hekim 9, “*Bütün gelen hastalara mesela kafadan ayağa kadar tomografi çekemezsin ya da röntgen çekemezsin. Hastaya dokunman lazım. Yani hastaya dokunup, nerde hassasiyeti var, nerede problemi var yani lokalize edip oralara yoğunlaşman lazım. Mesela artık hiç öyle bir şey kalmadı. (Acil Tıp).*” hastaya dokunmanın önemini vurgulamıştır. Hasta-hekim ilişkisine daha fazla önem verilmesi gerektiği savunulmaktadır. Çünkü geleneksel tanı yöntemleri sağlık hizmeti üretim sürecindeki etkinliği devam ettirmektedir ve ilgili vasıflar teknolojinin hızlı gelişimine rağmen önemini ve değerini kaybetmiş değildir (Goodman, 2010).

Son olarak eğitim araştırma hastanesinde görev yapan bir hekim mevcut durumu öğrencileri ile arasında gerçekleşen bir diyalog üzerinden şu şekilde açıklamıştır:

“Hafif kafa travması vakası geldi ne yaparsınız? Kim söyler? Genelde böyle defansif yetişiyorlar ya: BT çektiririm hocam. Tamam BT çektir bakalım. Tertemiz BT, hiçbir sorun yok. Ne yapacaksın? Arada kalıyor o zaman. Tıbbın en birinci kuralı ne? Anamnez almak. Kafa travmasında olay değişmiyor ki. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim pratiklerinde, geleneksel yöntemlere başvurmadan direkt olarak modern yöntemlere başvurma eğilimi dikkat çekmektedir. Hastalıkların tanısında yoğun olarak teknolojiye başvurulduğu bilinen bir gerçektir (Brenner ve Hall, 2007). Bu durum, teknolojiye artan bir bağımlılık olarak yorumlanabilir. Literatürde hekim açısından ortaya çıkan sonucun, teknolojin artan kullanımına bağlı olarak klinik vasıfların aşınması olduğu savunulmaktadır (Hoff, 2011).

4.3.2.1.3. Hekimin kendini güvence altına alması: defansif hekimlik

Geleneksel yöntemlerin geri plana itilmesi, hekimlerin hastalığın tanı aşamasında teknolojiyi artan kullanımı ve buna bağlı olarak teknolojiye bağımlı hale gelmeleri gibi gelişmeler birbirini etkilediği gibi bu gelişmelere defansif tıp anlayışı da neden olabilmektedir. Günümüzde hekimlerin günlük pratikleri, defansif bir karakteristik taşıma eğilimindedir. Defansif bir tıp anlayışını benimseyen hekimler geleneksel yöntemler yerine modern yöntemlere başvurarak kanıta dayalı tıp icra etmekte ve kendilerine birer savunma mekanizması oluşturmaktadır. Defansif hekimlik olarak tanımlanabilecek bu durumun, geleneksel yöntemlerin geri plana itilmesi veya teknolojiye artan bağımlılık başlığı altında değil ayrı bir başlık altında değerlendirilmesi, görüşme yapılan hekimlerin hemen hepsinin defansif tıp anlayışına atıfta bulunmuş olması nedeniyle daha uygun görülmüştür. Bu nedenle bu başlık altında geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılmasında defansif tıp anlayışının rolü ele alınmıştır.

Defansif tıp, hekimlerin kendilerini güvence altına almak adına benimsedikleri tıp anlayışıdır. Defansif tıbbi pratikler ise hekimlerin malpraktis davalarından korunmak amacıyla gerçekleştirdikleri pratikleri ifade etmektedir (Başer vd., 2014). Malpraktis davaları, hekimin sorumluluk kurallarına tabiiyetinin bir sonucu olarak hekim ihmalinden veya tıbbi bir uygulamadaki başarısızlığından kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır (Danzon, 1991; Hall, 1979). Olası malpraktis davalarından kaçınmak amacıyla başvuru defansif pratikler, hekimler ile birlikte hasta ve yakınları açısından da olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir (Toraman ve Çarıkçı, 2019). Bu yönüyle defansif tıp anlayışı, yıkıcı etkileri olan ciddi bir sorun olarak kabul edilmektedir (Kessler ve McClellan, 1996).

Defansif tıp anlayışının hekimlerin klinik vasıfları üzerindeki etkisi, hekimlerin teknolojiyi artan kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Defansif tıp, hekimi teknolojiyi

kullanmaya itmektedir. Örneğin görüşme yapılan hekimlerden biri geçmiş ile bugünü kıyas ederek geleneksel yöntemlerin geri plana itilmesinin ve teknolojiye olan bağımlılığın artmasının ardında yatan sebeplerden biri olarak defansif tıp anlayışını işaret etmiştir:

“Biz hastanın, benim asistanlığında, apandisit tanısını klinik ile koyardık. Klinik dediğim şu: muayenesi. Anamnezini alırsın, hikayesini alırsın, ağrı ne zaman başladı, nasıl başladı, şiddeti nasıl, giderek artıyor mu, sabit mi, artıyor mu, azalıyor mu ve muayene sırasında işte karnının sağ tarafına bastırıldığında o bölgedeki kaslarda bir rijidite, sertlik var mı, çektiğinizde ani yükselen bir ağrı oluyor mu buna bakmak yeterliydi. Hastanın laboratuvarına çok dikkat etmezdik, bakmazdık çünkü gerek yok diye düşünürdük ve bu şeyimizi yüksek oranda başarı ile uygulardık. Ama şimdi mesela yeni nesil hekimlerde muayenenin yanında hastada mutlaka laboratuvar da, işte iltihap hücrelerinde yükselme var mı, varsa ultrasonda görünüyor mu, görülüyorsa tomografisini çeksek gibi şey geçiyor, bir süreç ilerliyor ve bu süreç içerisinde hastanın tanısı gecikebiliyor ya da atlanabiliyor. Çünkü klinik olarak tanıyı koymak yeni hekimler için, yeni cerrahlar için birazcık daha endişe verici. Bunun tabi altında farklı sebepler de var. Sadece teknoloji bağımlı olarak düşünmemek gerekiyor. Özellikle son zamanlarda yasal problemler, dava edilmeler, komplikasyon durumunda hekimin yaşadığı sıkıntılar ve hekimlerin kendilerini bunlardan korumak amacıyla böyle, biraz defansif olaya yaklaşmasının da etkisi var. Ama teknolojiye bağımlılık da söz konusu. Yani apandisit tanısı koyacaksa klinik çok da mühim değil tomografinin ne dediği benim için daha önemlidir yaklaşımı çok daha baskın şu anda. (Hekim 34, Genel Cerrah).”

Bir başka hekim ise *“Asıl amaç, hani sisteme kendini savunabilecek bir şeyler bırakmak. Ondan dolayı şu anki modern görüntüleme yöntemi dediğimiz şeyleri çok aşırı fazla kullanmak değil. Bu hastalığının tanısının konulamamasından değil ya da kişisel yetersizliğinden değil güvensiz hissetmemden kaynaklı. (Hekim 28, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”* ifadesiyle hekimlerin teknolojiye olan bağımlılığının ve geleneksel yöntemlerin kullanımının azalmasının başlıca nedeninin defansif tıp olduğunu belirtmiştir. Bu ifadeye benzer ifadeler görüşme yapılan hekimlerin çoğu tarafından dile getirilmiştir. Örneğin:

“Hekim önce kendini garantiye almak istiyor. Dolayısıyla ister istemez bir şey olmadığını göstermek için ya da başka tanıları ekarte etmek için tetkike yöneliyor. Özellikle acil servislere bu geçerli. (Hekim 29, Acil Tıp).”

“Bu da bir nevi defans aslında. Bir nevi kendini garantiye almak. Tabi ki yani geleneksel yöntem önemli şimdi bazı sonuçları doğurmasın diye, kötü sonuçları hem de o teknolojiyi kullanmak adına belki fazlasıyla kullanılıyor ama bu tarz bir yönü de var. (Hekim 16, Göz Hastalıkları).”

“Gerçekten de birçok başvuruda sadece anamnez ve fizik muayene ile çok çok basit birkaç laboratuvar muayenesi belki tanı ve tedavisini toplayabilirsiniz hastanın...”

Sistem defansif hekimliğe zorluyor. Hatta şöyle bir şey var: hasta otonomisi. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimlerin defansif bir hekimliği benimsemesi ile kanıta dayalı tıp anlayışı arasında ilişki kurmak mümkündür. Defans gösteren hekim, teknolojinin sağladığı olanaklar ile sisteme kendini savunabilecek bir takım kanıtlar bırakmakta, kanıta dayalı tıp anlayışı ile defansif tıp anlayışı birbiriyle iç içe geçmektedir. Olası bir dava durumunda kanıtların varlığı hekim açısından bir güvence oluşturmaktadır (Toraman ve Çarıkçı, 2019).

Tıp alanında kanıta dayalı tıp anlayışının hakim olması, hekimleri teknolojiyi sıklıkla kullanmaya yöneltmektedir (Timmermans ve Mauck, 2005). Malpraktis gibi davalar da eklenince hekimler sisteme kanıt bırakmak adına teknolojiyi daha yoğun bir şekilde kullanmaktadırlar. Bu durumu bir uzman hekim şu şekilde açıklamıştır:

“Türkiye’de adam akıllı bir şey de yok. Malpraktis sisteminde neye göre ceza verileceğinin yöntemi de yok. Mecburen hekimler, Türk Ceza Hukuku’na göre yargılanıyorlar. Bunun karşılığında da gerçekten abartı hapis cezaları, abartı tazminat cezaları ile karşı karşıya kalıyorlar. Bu da hekimleri ister istemez daha fazla tetkik ve isteme yöneltiyor. Mesela ben basit fizik muayene ile o hastanın kalp krizi olmadığına kanaat etmeme rağmen hastayı müşahedeye alıyorum, EKG’sini çekiyorum, kalp enzimi istiyorum, hastaya kardiyak ultrasonu yapıyorum, işte 4 saatlik bir takibin sonucunda, ki bunun devlete maliyeti aşağı yukarı bin lira. Tamam bu hastada aksini ispat ettim, biraz önce dedim ya aksi ispat edilinceye kadar, yani burada bakanlık ya da devlet kurumları bizden ispatı somut olarak istiyorlar. Fizik muayene bulguları ile falan istemiyor. Bundan dolayı da ister istemez kanıtlamak zorundasınız. Kanıta dayalı tıbbi dünya da uyguluyor ama dünyada fizik muayene var bunun içinde. Ancak maalesef ülkemizde daha çok kanıtlanmış, görsel olarak ya da laboratuvarda kanıtlanmış deliller istendiği için hekimler de maalesef kendilerini korumak adına biraz daha rijit davranabiliyorlar. Defansif tıp dediğim gibi. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Tıp alanında; defansif tıp anlayışı ile kanıta dayalı tıp anlayışının iç içe geçmiş olduğu görülmektedir. Öncelikle hekim, olası bir olumsuz duruma karşı kendini garanti altına almak için kanıtlar üretmeye yönelmekte ve bunu da tıbbi teknolojiler vasıtasıyla yapmaktadır. Çünkü kanıt olarak ifade edilen bulguların fizik muayene ya da anamnez gibi geleneksel yöntemlerle değil modern tanı yöntemleri ile elde edilmesi beklenmektedir. Aslında bu durum dahi başlı başına teknolojiye olan bağımlılığı göstermektedir. Çünkü geleneksel tanı yöntemleri bizzat sistemden tarafından değersizleştirilerek bu yöntemlerle elden edilen bulgular kanıt olarak kabul edilmemektedir. Geleneksel tanı yöntemleri “ilkel” kabul edilerek değersizleştirilmektedir (Feddock, 2007).

Başka bir uzman hekim ise teknolojiyi artan kullanımlarını şu şekilde açıklamıştır:

“Hasta anlatınca mesela ben biliyorum hastada ne çıkacağını üç aşağı beş yukarı. Bu yüzde 65 ile 70 arasındadır. Anamnezden sizi teşhise yüzde 65-70 götürür. Muayenemi yaptığımda yüzde 20-25 eklerim, yüzde 90-95 arasında gider. Bunu da laboratuvar bulguları ile, kitapta şöyledir teyit edin der. Yani laboratuvarlar sadece bizim aslında teyit etme yöntemimizdir. Teyit ederiz. Mesela sallıyorum işte demir eksikliği anemisi, teyit ediyorsun bir kan tahlili görüyorsun, demir eksik olduğunu zaten teyit etmiş oluyorsun. Aslında laboratuvar sizi teşhise değil de teyide götüren bir yöntemdir. Ama biz peki neden kullanıyoruz yine bu olaya geliyor, malpraktis yasalarından dolayı kendimizi korumaya alıyoruz... Böyle olunca doktor da kendini garantiye alması için teknolojiyi boşu boşuna kullanmış oluyor açıkçası. Yani doktor demir eksikliğini hissedebilir. Daha doğrusu muayene eder, teşhisini koyar, direkt tedavi de yazabilir ama tetkik de isteyebilir tabi artık tetkik isteme şeyimiz biraz daha abartıya gitmeye başladı. Bu da elimizde olmayan sebeplerden dolayı. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Kanıtlarla kendini güvence altına almak isteyen hekimler, defansif bir tutum sergileyebilmektedir. Vasıf açısından bir değerlendirme yapıldığında hekimlerin, hastalığın tanısını geleneksel yöntemler aracılığıyla koyabiliyor olsa da söz konusu defansif ve kanıta dayalı tıp anlayışının bir gereği olarak teknolojiye giderek daha fazla başvurdıkları ve geleneksel vasıflarının zaman içerisinde direkt tetkik isteme davranışından aşınma sürecine girdiği gözlemlenmektedir (Goodman, 2010). Bu duruma kullanılmayan vasfın zaman içerisinde aşınması ve pratik yolu ile vasfın geliştirilememesi kaynaklık etmektedir.

Hekimlerin defans göstermelerine ilişkin olarak bir uzman hekim çok çarpıcı bir örnek vermiştir. Bu örnek, hekimlerin “defansif hekim” formuna bürünmesini açıklaması açısından son derece önemlidir.

“Çok tecrübeli bir pratisyen ağabeyimiz vardı. Ona bir darp, kafa travması vakası geldi. Herhangi bir lezyonu yok fizik muayenede. Müşahedeye alıyor, 4 saat gözlemliyor, 4 saat sonrasında da herhangi bir kafa içi kanama bulgusu olmayınca da taburcu ediyor. Çok güzel bir örnek bu. Sonra askerlik şubesine yakın bir yerde şahıs ölü olarak bulunuyor. Yakınları şikayet ediyor, işte bunu dövmüşlerdi, acile de gitmiş, tabi otopside de bir çeşit beyin kanaması çıkıyor, soruşturma açıldı. Biz işin içinden çıkamadık. Abimiz de tecrübeli biri, yalan söyleyecek biri değil, o orada kuruyemişçilerden birinin güvenlik kameralarını buldu en sonunda, şahsın ikinci defa darp edildiğini gördük, o şekilde kurtuldu. Şayet kamera görüntüsü olmuş olmasa ciddi bir ceza alacaktı, tomografi çektiirmediği için. Tomografi çekseydi ve beyin kanaması olmadığını ispat etseydi başına hiçbir şey gelmeyecekti ve o 30 yıllık tecrübeli abimiz, en küçük bir baş ağrısında dahi tomografi çekmeye başladı sonrasında. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Sözü edilen olaydaki hekim, en ufak bir vakada dahi görüntüleme isteyen bir defansif hekim haline gelmiştir. Aslında bu durum, vasıf açısından yine aynı noktaya tekabül etmektedir. Fizik muayene ya da anamnez ile tanısını konulabilecek bir hastalıkta dahi modern yöntemlere yönelmek, tanının teyidini direkt olarak bu yöntemlerle yapmak, geleneksel yöntemlerin hiç kullanılmamasına ve doğrudan modern yöntemlere başvurulmasına neden olma potansiyeli taşımaktadır (Cheitlin, 2011). Bu durum, hekimlerin vasıflarını tehdit eden bir gelişme olarak kabul edilmektedir (Mangione, 1993).

Görüşme yapılan hekimler, malpraktis ile komplikasyon arasındaki farkın anlaşılamadığına işaret ederek malpraktis sisteminin işleyişindeki sorunlara değinmişlerdir.

“Bazen komplikasyon ile malpraktis birbirine karışabiliyor. Komplikasyon her türlü ameliyatta gelişebilir. (Hekim 16, Göz Hastalıkları)

Komplikasyon ile malpraktis birbirine girmiş durumda. Bu komplikasyon, yaptığın işler sırasında istatistiksel olarak başına gelebilecek problemlerin tanımıdır. Malpraktis tamamen farklı bir durum. Yani kötü uygulama sınıfına girer. Şöyle örnek vereyim: araba kullanıyorsun, emniyet kemerin takılı, arabanın muayenesi, bakımları tamam, sağ şeritten gidiyorsun, bütün kurallara uyuyorsun ama lastiğin patladı bu bir komplikasyondur. Bu senin elinde olan bir şey değil ya da öngörebilme şansın yok. Ama aynı arabaya binerken alkollüysen ve gidip birisine çarparsan bu malpraktistir. Bu kötü uygulamadır. Ama bizde şey, bütün komplikasyonları malpraktis gibi artık düşünme durumu da ortaya çıktı. O yüzden bir hekim tanıya giderken algoritmalarındaki basamakları atlayabiliyor. Yani mesela işte şu varsa bundan sonra bunu yap, yoksa takip et basamağında, o yoksa kısmında takip etmek yerine varsa gibi düşünüp ya şimdi bir şey olur ileride başıma iş açılmasın diye algoritmanın diğer tarafından, diğer basamağından devam edebiliyor. Bu kendini koruma hissi yaratıyor. Evet, hekime birazcık daha güven veriyor ama aynı zamanda ekonomik anlamda da işte ülkelerin sağlık harcamalarının artması demek. (Hekim 34, Genel Cerrahi).

Hekimler, malpraktis ile komplikasyonların bir tutulması nedeniyle algoritmalarda yer alan basamakları atlayarak anamnez ve fizik muayeneye başvurmadan doğrudan modern yöntemlere yönelebilmektedir. Ancak bu türden bir davranış kalıbı, hekimlerin vasıf gelişimi üzerinde olumsuz etkileri açığa çıkarmaktadır. Örneğin bu durumu Hekim 16; “*Böyle olunca ne oluyor biliyor musun? Hekim kendini hastadan çekiyor. Zor vakaları yapmak istemiyor. Yani vaka yapa yapa öğrenilir. Bir şey yapa yapa öğrenilir. 100 vaka, 200 vaka profesyonel olursun. (Göz Hastalıkları).*” ifadesiyle açıklamıştır. Malpraktis davasıyla karşı karşıya kalmamak adına hekimlerin, zor hastalıkların tanı ve tedavisinde yer almama eğilimine girdiklerinden bahsedilmektedir. Ancak malpraktis davalarının neden olduğu bu durumun, önceliği kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu olan hekimleri faydalı uygulamalardan

uzaklaştırarak etik sorunlarla karşı karşıya getirdiği kabul edilmektedir (Kessler ve McClellan, 1996). Hekimler açısından bu durum bir yandan da pratiğe dayalı olarak gelişen vasıflar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir.

Malpraktis benzeri davalar ve şikayetler nedeniyle defansif bir anlayışı benimseyen hekimler açısından vasıfsızlaşma bir tehdit olarak ortaya çıkabilmektedir. Geleneksel yöntemlerin kullanılmasının azalmasına ve teknolojiye olan bağımlılığın artmasına bağlı olarak hekimlerin vasıflarının aşınması sürecinde defansif hekimliğin etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda araştırmada elde edilen veriler literatüre önemli katkılar sağlamaktadır. Çünkü hekimlerin vasıflarını kaybetme eğilimi içerisinde girmelerinin ardında yatan sebeplerin başında defansif tıp anlayışının gelmesi, hekimlerin aslında vasıflarının aşınması sürecinde edilgen bir konumda yer aldığını göstermektedir.

Malpraktis gibi davaların hekimler için oldukça büyük bir sorun olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin;

“Altın bir şey çıkmasın diye hemen tomografi isteyeyim, altın bir şey çıkmasın. Aslında kitaplarda böyle değil. Yazarları uygulamak zorundayız ama öyle desteklenmiyoruz. (Hekim 10, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları).”

“Artık doktorlar bence bıkmıştır. Malpraktisten ziyade davalardan bıkmıştır yani. İlla malpraktis olmasına gerek yok. Yani artık şikayetler, devamlı savunma yazmak... O yüzden hiçbir zaman hiçbir doktor artık risk almak istemiyor. O yüzden hani mesela işte bütün bölümler görsün, hani notu olsun, bir şey olursa da ben onları işte konsülte ettim vesaire demek için yani. O yüzden artık hiç kimse risk almıyor, eskisi gibi değil. (Hekim 9, Acil Tıp).”

“Devlet hastanesinde en iyi para kazanan bir kardiyolog en fazla 15 bin lira alır. 15 bin lira para alan bir kardiyoloğun 5 milyon lira, 10 milyon lira bir tazminat ile karşı karşıya kalması demek yıkım. Ondan dolayı biraz daha kendilerini korumaya yönelik, hastaları ikinci plana atan bir anlayış maalesef. Biraz piyasa anlayışına dönüşmüş durumda. Yeni jenerasyonda bunu çok daha fazla görüyorum. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Hekimlerin; teknolojiye olan yönelimlerinin bir tercihten ziyade zorunluluk olduğu, kendilerini riske atmamak ve garanti altına almak adına diğer uzmanlık alanlarına sevk ile modern tanı teknolojilerine ve bunların raporlarına başvurdukları aktarılmaktadır. Ancak hekimlerin bu türden davranış kalıplarını benimsemeleri, emek sürecinde süregelen malpraktis temelli sorunlara direnç göstermediklerini ve pasif bir pozisyon aldıklarını göstermektedir.

Kanıtı dayalı tıbbın malpraktis davalarında nasıl bir role sahip olduğunu bir uzman hekim şu şekilde açıklamıştır:

“Soruşturmayı yürüten kişinin sorduğu şey, bu hastanın ciğerleri dinlendi mi, oskültasyon yapıldı mı olmuyor. Şöyle oluyor, bu şekilde göğüs ağrısı ile gelmiş olan bu hastaya neden tomografi çekilmedi. Yani sistemin bize uyguladığı baskıya bir örnek olarak. Önce kurum içi bir soruşturma açılıyor, açılan soruşturmalarda da neden fizik muayene yapmadın denmiyor, neden tomografi çekmedin neden EKG çekilmedi, neden idrar kültürü gönderilmedi. Maalesef bunlardan dolayı da hastanın bir şeyinin olmadığına kanıtlanması. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Sistem tarafından değerli kılınan tanı yöntemlerinin teknolojiye dayalı modern tanı yöntemleri olduğu belirtilmektedir. Hekimlerin kanıtı dayalı tıp anlayışının bir sonucu olarak modern tanı yöntemlerini kullanılmaya itildiğini söylemek mümkündür.

Görüşme yapılan hekimlerden bazıları kanıtı dayalı tıp anlayışına yönelik eleştiriler de getirmiştir. Örneğin:

“Şu zamana kadar en güzel şey bence kanıtı dayalı tıp oldu. Yani kanıtlamadan ben şu teşhisi koyuyorum diyemiyorsun, kimse buna inanmıyor. Bu güzel bir şey oldu ama bu da tıbbi cihazları geliştiren insanlar zorlaya zorlaya oldu. Ne oldu şimdi? 100 hasta geliyor 20’sine BT çekiyorsun, 20’sine MR çekiyorsun gibi bir şey oldu. Diyorsun ki ondan sonra bak MR’da şu çıkmış, bu yüzden senin şu hastalığın var ama önce bu MR’ı çekirmek zorundasın. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).

İnsan muhakeme etmeden kanıtları kullanmaya çalışırsa da o da olmuyor. Onu da ben yaşayarak gördüm. Kanıt kanıt, kanıtı dayalı tıp manyaklığının da bazı zararları oluyor. Çünkü siz kanıt dediğiniz zaman ilaç firmaları, ellerinde bir sürü para, sizin yapamadığınız kanıtları, tırnak içinde kanıt, üretebiliyorlar. Öyle olunca çok güvenimiz kalmıyor. Özellikle ilaç şeylerinde bu böyle, işte bilmiyorum yani hepsine eleştirel bakıyorum ama kanıtı dayalı tıp her zaman her şeyin önüne geçmek zorunda teorik olarak. (Hekim 21, Üroloji).”

Kanıtı dayalı tıp anlayışı olumlu bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Ancak ilgili anlayışın kurumsallaşması sürecinde kanıtları üretenin tıbbi teknolojileri/cihazları üreten firmalar olması, çekinceleri gündeme getirmektedir. Çekincelere sağlık hizmetlerinin piyasalaşması sürecinin kaynaklık ettiği savunulmaktadır. Kapitalist gelişim mantığının her bir alana tezahürü sonrasında sağlık alanında da kâr mantığı ve sermaye birikimi gayesinin kendini gösterdiği ve tıbbi teknolojileri üreten firmalar tarafından teknolojinin artan kullanımının desteklenmeye başlandığı ileri sürülmektedir (Casper ve Morrison, 2010; Halm ve Gelijns, 1991; Neumann ve Weinstein, 1991).

4.3.2.2. Geleneksel hekim profilinden uzaklaşılması

Geleneksel hekim profili kavramı; hastaya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşan (McKinlay ve Arches, 1985), “hastalık yok, hasta var” bakış açısını benimseyen (Civaner, 2005), sağlam bir mesleki otoriteye ve işin yürütümünde geniş bir özerklik alanına sahip (Abbott, 1988) bir hekim profilini betimlemek amacıyla kullanılmaktadır.

Hekimlerde gözlemlenen profil değişimi; tıpta uzmanlaşma nedeniyle hastaya değil hastalığa odaklanan (Bulut ve Civaner, 2016), mesleki otoritesi özellikle sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve hastaların birer müşteri gibi hareket etmesinden kaynaklı olarak sarsılan (Broom, 2005) ve sağlık hizmeti üretim sürecinin giderek parçalı bir yapıya bürünmesi nedeniyle işin yürütümünde özerkliği aşınan (Rastegar, 2004) bir yapıya doğru hareketi ifade etmektedir. Aslında bu süreç, hekimlerin geleneksel pratiklerinden uzaklaşmasıyla paralel gitmektedir. Ancak ilgili süreç belli noktalarda diğerinden ayrılmaktadır.

Tıbbi teknolojilerin etkisi geleneksel hekim profilinin değişiminde kendini göstermektedir. Tıbbi teknolojiler bir yandan hekimlerin günlük pratiklerini dönüşüme uğrattırırken bir yandan da hekimlik mesleğini bir bütün halinde dönüştürmektedir. Örneğin hekimlik mesleğinin zanaat yönünün (Hopkins vd., 1996) ya da tıp eğitimi kalitesinin azalması (Blinman, 2017) veya tarif tıbbi gibi yeni bir anlayışın inşa sürecinde olması (Shaffer ve Shaffer, 2006) gibi gelişmeler mesleki yapının bütününe ilgilendiren gelişmeler olarak ortaya çıkmaktadır. Geleneksel hekim profilinden uzaklaşılması, geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılmasından farklı bir noktaya işaret etmektedir. Çünkü bahsi geçen profil değişimi salt mesleki/günlük pratikleri değil, mesleğin ve meslek erbaplarının doğasını etkileyen bir süreci ifade etmektedir.

Bu başlık altında; teknolojik gelişmeler ve yeni keşifler sonucunda artan bilgi birikimiyle gelişen tıpta aşırı uzmanlaşma anlayışının hekimleri genel tababetten uzaklaştırmasına, hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınmasına, tıp eğitime ilişkin saptamalara, talimatlara uyan hekim profilinin inşasına, sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalanmasına, hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınmasına ve hasta-hekim ilişkisinin değişen yapısına dair bulgulara yer verilecektir.

4.3.2.2.1. Hekimlerin genel tababetten uzaklaşması: tıpta aşırı uzmanlaşma

Her yeni teknolojik gelişme, tıbbi bilgi düzeyini sürekli arttırmak suretiyle tıpta uzmanlaşmayı farklı bir forma büründürmüş ve geleneksel anlamıyla tıpta uzmanlaşmanın yerini tıpta aşırı uzmanlaşma olarak adlandırılan yeni bir anlayış almıştır. Bu süreç, kapitalist emek sürecinde Taylorizm ile birlikte gelen aşırı uzmanlaşmanın tıp alanındaki karşılığı olarak değerlendirilebilir. Çünkü kimi durumda tıpta aşırı uzmanlaşma, yalnızca tek bir hastalıkta ya da tek bir ameliyatta veya tedavide uzmanlaşma anlamına gelmektedir. Ancak şunu da belirtmek gerekmektedir ki sorun uzmanlaşmadan değil, aşırı uzmanlaşma ile hekimlerin genel tababetten uzaklaşması ve yalnızca kendi uzmanlık alanına giren bir hastalığa odaklanmasından kaynaklanmaktadır. Bu, tıbbın genel kabul gören “hastalık yok, hasta var” kabulünü ortadan kaldırma potansiyeline sahip olduğu gibi hekimlerin genel tıp bilgisinden uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Tıpta uzmanlaşma olağan ve kökleri çok eskiye dayanan bir anlayış olsa da genel tababetten kopuşa neden olabilecek tıpta aşırı uzmanlaşma daha yeni bir gelişme olarak kabul edilmektedir.

Öncelikle görüşme yapılan hekimlerin büyük çoğunluğu, uzmanlaşma ile birlikte hekimin genel tababetten uzaklaşmasının olası bir risk oluşturduğunu belirtmişlerdir. Ancak hekimler tıpta aşırı uzmanlaşmanın kaçınılmaz bir durum olduğunu da ifade etmişlerdir. İlk olarak hekimlerin tıpta uzmanlaşmanın gerekçelerine dair düşünceleri aktarılacaktır.

Tıpta uzmanlaşmayı Hekim 36 “*İnsan bedeni çok geniş ve gerçekten uzmanlaşma şart yani. (Pratisyen Hekim).*” ve Hekim 33 “*Gittikçe sub-gruplara ayrılıyor yani. Uzmanlaşmanın getirdiği bir sonuç yani. (Genel Cerrahi).*” ifadesiyle doğal bir süreç olarak kabul ettiklerini belirtmiştir. Bir başka hekim ise konuyu daha da açarak şu ifadeleri kullanmıştır:

“Açıkçası bu konularda hep otör birisinin olması taraftarıyım ben. Gerçekten spesifik insanların spesifik alanlarının olması taraftarıyım. Mesela atıyorum beyin cerrahisinde, herkes beyin cerrahisi yapmamalı diye düşünüyorum. Herkes beyin pili takmamalı. Belirli insanlar belirli konularda gerçekten ön plana çıkmalı diye düşünüyorum. Hem pratiğini arttırmak adına, pratikten dolayı daha iyi bir erişim sağlamak adına, hem güncel bilgileri belki daha kolay takip edebilmesi adına, gelişmeleri takip edebilmesi adına. Çünkü tıp çok geniş. Tıp çok genişliği bırak yani nöroloji bile çok geniş ve diğer branşlar var ve o genişliğin içerisinde her hastalığın tedavisini yakalamamız bile zor olabiliyor yani. Ki girişimsel konular, bu bence yüzde yüz yani doğru bir yaklaşım diye düşünüyorum ben. Yani neticede biz genel tıp bilgisine evet sahip olmalıyız zaten onun için uzmanlık diye bir şey var ama tabi belirli

sayılarda yan dallaşma uzmanlaşma olması da bence çok doğru bir yaklaşım. (Hekim 30, Nöroloji).”

Tıbbi bilginin çok geniş bir kapsama ulaşması, sağlık hizmeti kalitesi artışının sağlanmasında uzmanlaşmayı bir gereklilik haline getirmektedir. Teknoloji, hastalıklar hakkındaki bilgi birikimini giderek arttırmaktadır (Cassell, 1997). Yukarıdaki ifadeye benzer şekilde bir başka hekim de “*Ne kadar spesifik çalışırsanız o kadar iyi olursunuz o alanda. (Hekim 19, Radyoloji).*” ifadesiyle tıpta uzmanlaşmanın sağlık hizmetinin kalitesi açısından önemine vurgu yapmıştır.

Ancak hekimler uzmanlaşmayı olumlu bir şekilde algımlarken beraberinde taşıdığı riskleri de sıklıkla gündeme getirmişlerdir. Örneğin:

“Ne kadar derinlemesine bilgi sahibi olursanız o kadar kendi alanınızda iyi oluyorsunuz ama bu derinlemesine bilgi sahibi olmanın tabi ki getirdiği yan etkiler var: diğer konulara o kadar vakit ayıramamamız. Onun için de gerçekten beyin cerrahisi içinde de bir sürü alt başlık var. Herkes o alt başlıklara yöneliyor. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

“Hem negatif yönleri var uzmanlaşmanın hem pozitif yönleri var. Kaçınılmaz olarak uzmanlaşmak gerekli bir şey aslında ve bu uzman, üst uzman, onun da uzmanı gibi sonsuza kadar gidebilecek bir şey. Bu daha çok hastalara yarıyor. Bilginin birikmesini sağlıyor. Aslında toplumsal faydası var. Çünkü siz alanınızı daralttığınız zaman o alanda derinlemesine bilgi sahi olabiliyorsunuz. Yalnız şöyle de bir negatif tarafı var. Bunu da her zaman söylüyoruz, görüyoruz da günlük hayatımızda. Ben ondan anlarım bundan anlamam. İşte bir hasta 10 doktora gitmek zorunda kalabiliyor. Bütünden kopuş oluyor. Aslında hekimler için de geniş bir perspektiften düşünemiyorsunuz. Bir şeyin uzmanı olduğunuz zaman bir konuda çok derinleşiyorsunuz, büyük resmi kaybedebiliyorsunuz. Bu da bazen hastaların hoşuna gitmiyor. Öyle olunca hem uzmanlaşma kaçınılmaz olarak geliyor çünkü kalite ancak öyle artabilir. Diğer yandan da ama o multidisipliner çalışma denen şeyi gerçekleştirmek zor oluyor. Farklı uzmanlık alanlarına sahip insanların birlikte çalışması bayağı zor oluyor, olabiliyor daha doğrusu. (Hekim 21, Üroloji).”

“Yabancılaşma illa oluyor. Bu doğru bir şey. Ama tek ameliyat üzerinde de profesyonelleşiyor. Çünkü bir insan her şeyi bilemez, her şeyi yapamaz. Yani göz hekimi de olsa gözle alakalı her türlü ameliyatı yapmak mümkün değil. Yani gözle alakalı her şeyi bilmesi de mümkün değil uzman dahi olsa. Bir alanda uzmanlaşarak orada devam etmesi, o alanda devam etmesi bence çok mantıklı. (Hekim 16, Göz Hastalıkları).”

Hekim görüşlerinde iki ortak payda dikkat çekmektedir: hastalar ve sağlık hizmetinin kalitesi için tıpta uzmanlaşmanın faydası ve hekimler açısından olası bir genel tababetten uzaklaşma riski. Bütüncül tıp bilgisinden yoksunluk ve hastanın bütüncül değerlendirilememesi olarak

adlandırılabilir genel tababetten uzaklaşılması sorunu, araştırma kapsamındaki hekimlerin yoğun olarak üzerinde durduğu bir konu olmuştur. Tıpta aşırı uzmanlaşma ile giderek daha sınırlı bir alana hatta tek bir hastalığa odaklanması sağlık hizmeti kalitesi açısından olumlu katkılar sağlasa da hekimlerin genel tababete yabancılaşmasına neden olabilmektedir (McKinlay, 1977; Patel, 2011).

Hekimlerin ortak bir kaygısı ve gözlemi olarak saptanan genel tababetten uzaklaşılması riski hakkında neredeyse görüşme yapılan hekimlerin tamamı fikir beyan etmişlerdir. Bu konuyla ilgili olarak araştırma kapsamında çok fazla bulgu elde edilmiş olması nedeniyle hekimlerin beyanlarına kısaca yer verilmesi bir mecburiyet oluşturmaktadır. Hekimlerin görüşleri şu şekildedir:

“Aşırı özelleşme genel nosyonu unutmama neden olabilir. Yani gözün artık o hastalığı ve o hastalık grubunu görmekten, büyük resmi kaçırabilirsin gerçekten. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Bir şeyle ilgilendiğiniz zaman, tek bir konuyla ilgilendiğiniz zaman diğerleri unutulur. Bilseniz de unutulur. (Hekim 36, Pratisyen Hekim).”

“Bu bir tehlike. Bu benim için de böyle. Ben 10 yıllık doktorum ve çocuk hasta bakmıyorum. Bakmak da istemiyorum, bakmayı da düşünmüyorum. Çocuk konusunda kendime de güvenmiyorum. Keza kadın doğum için de öyle. (Hekim 32, Acil Tıp).”

“Sadece kendi hastama bakarım, kendi hastalığımla ilgili bakarım. Diğer tedavileri bakmam noktasına getiriyor. (Hekim 35, Nükleer Tıp).”

“Sadece çocuk alerjisi ile uğraşan bir hekimi düşünün, sadece çocuk alerjisi ile uğraşıyor. O da lazım tamam ama onun toplumdaki karşılığı yok yani, şuanda yok yani. (Hekim 33, Genel Cerrahi).”

“B12 eksikliğini tanıyamayan bir hekim hatalıdır. Yani o kadar da uzmanlaşmamak lazım. (Hekim 27, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

Bütüncül yaklaşımın kaybolacağını ben de düşünüyorum yani. Kaybolmaya başladı zaten de. Böyle bir sıkıntı var. (Hekim 26, Acil Tıp).”

“Dahiliye ile uğraşmayan hekim biraz tıp nosyonundan uzaklaşıyor mu? Evet. Çoğunlukla o tip hastalıklarla ilgilenmediği için, bilgi ve birikimlere daha fazla sahip bir kişi varken bu konuyla ilgili fikir yürütmeye çalışmıyor hekim. Doğal olarak da bu bilgi ve birikimi dediğim gibi kaybediyor azalıyor. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Aşırı uzmanlaşma bütünsel bir yaklaşıma engel oluyor çoğu zaman. Sadece kendi çok spesifik işiyle ilgili bir şey varsa yapıyor, bütünsel olarak bakmak yerine... Genel

tababetten biraz adım adım uzaklaşmış olabiliyorlar. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Yukarıdaki ifadeler, genel tababetten uzaklaşılması riskinin yalnızca bir hekime ya da bir uzmanlık alanına özgü bir sorun olmadığıнын gösterilmesi amacıyla birbiri ardına verilmiştir. Sağlık hizmeti üretim sürecinde tek bir noktaya odaklanılmasının bütüne ilişkin kavrayışı ortadan kaldırma ve genel tıp bilgisini aşındırma potansiyeli üzerinde durulmaktadır. Bu durum, teorik kısımda tartışılan ve emek sürecinin tamamına ilişkin kavrayışı ifade eden olgusal bilgidен uzaklaşılması eğilimini anımsatmaktadır (Asher, 1949; Light ve Levine, 1996).

Uzmanlaşma her ne kadar doğal bir süreç olsa da beraberinde hekimlerin emek sürecine yabancılaşmasına neden olabilmektedir. Hekimlerin mevcut emek süreci bu haliyle Fordist-Taylorist mantıkla yapılandırılan kapitalist emek sürecine benzemektedir. Çünkü uzmanlığa dayalı tıbbi pratikler kapsamlı tıp bilgisini kapsamamaktadır (Galdston, 1958). Tıp alanının bütünü, onu oluşturan parçalarının toplamından daha büyük olarak kabul edilmektedir (Krippner, 1991). Hekimlerin uzmanlık alanına dair bilgiye sahip olurken genel tıp bilgisinden adım adım uzaklaşması, emek sürecinin bütüncül kavranışını mümkün kılmamakta ve bilgi temelli vasıfların aşınmasına neden olabilmektedir.

Genel tababetten uzaklaşılması, hekimlerin vasıf düzeylerinde aşınmaya sebebiyet verebilmektedir. Bu durumu uzman bir hekim şu şekilde açıklamıştır:

“Bir otomobilde branşlaşma olabilir ya da mimaride, inşaat sektöründe branşlaşma olabilir ama tıpta yan dal branşları arttıkça maalesef bütüncül yaklaşım ortadan kayboluyor. Ya da şöyle söyleyeyim, aynı hasta, üç tane branş söyleyeceğim size, hasta nefes darlığı ile geliyor, göğüs hastalıkları için bu hasta zatürreye bağlı, kardioloji için bu hasta kalp yetmezliğine bağlı, aynı hasta göğüs cerrahisi için akciğer sönmesine bağlı. Şimdi rutin sistematik olarak bakamıyorlar maalesef. Özellikle dahili bilimler çok fazla branşlaşmış durumdadır, kompleks hasta geldiği zaman, hem kalp yetmezliği hem idrar yolu enfeksiyonu geldiği zaman bu hastanın çoğu açıkta kalıyor. Mesela enfeksiyon hastalıkları diyor ki tamam hastanın enfeksiyonu var ama ben ne anlarım kalp yetmezliğinden. Yani bütüncül yaklaşım hastanın bütüncül tedavisini yapabilecek tek bir hekim olmadığından hem vakit kaybı oluyor hasta için hem de zamanında tedavisini alamıyor. Branşlaşmayı maalesef hasta açısından sağlığını tehdit eden bir durum olarak görüyorum. Yani yaşadığımız şey bu. Bütüncül olarak yaklaşıyor. Aynı tıp eğitimini almış, 6 yıl eğitimini aldıktan sonra 4 ya da 5 yıl ortopedi uzmanlık eğitimini alan bir doktor, maalesef basit bir kalp krizini bile anlayamayabiliyor. Polikliniğe yatırıyor kalça kırığı nedeniyle hastasını, hastasının göğsü ağrıdığında tanı konulamıyor, kas ağrısı gibi yaklaşıyor, hastaya ağrı kesici yapıyor, hastanın ağrısı biraz rahatlıyor derken kalp krizi ilerliyor, serviste hasta

ölüyor. Basit bir EKG okuyamadığı için. Branşlaşma arttıkça diğer kısımlara, yani tıbbın diğer bölümlerine olan mesafe artıyor. Bu da hastaların hayatını ciddi şekilde tehdit ediyor. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Uzman hekimlerin tek bir hastalığa odaklanması sonucunda zaman içerisinde diğer hastalıkların fark edilememesi gibi bir riskin ortaya çıktığı ve bu durumun sağlık hizmeti kalitesini düşürme potansiyeline sahip olduğu savunulmaktadır (Detsky vd., 2012). Hekimler de tıpta uzmanlaşmanın sağlık hizmeti kalitesi için bir risk oluşturabileceği ihtimali üzerinde durmuşlar ve genel tıp eğitimi almış olmasına rağmen belli bir uzmanlık alanındaki hekimin, yalnızca kendi uzmanlık alanına giren bir hastalığa ilişkin bilgi sahibi olmasının, zaman içerisinde genel tababete ilişkin bilgilerinin aşınması sonucunu doğurabileceğini belirtmişlerdir. Bu durumu, vasıfsızlaşma eğilimi olarak değerlendirmek mümkündür. Örneğin hekimlerden biri “*Aşırı uzmanlaşma ağaçlardan ormanı görememe noktasına getiriyor olayı. (Hekim 35, Nükleer Tıp).*” ifadesini kullanarak hekimlerin genel tababetten uzaklaştıklarına işaret etmiştir. Hekim açısından hastanın bütüncüllüğünü kaybettiği ileri sürülmektedir (Arslanoğlu, 2012).

Belli bir uzmanlık alanına odaklanılması sonucunda hekimin genel tıp bilgisinde azalma yaşanması literatürde saptanan bir bulgudur. Tıpta uzmanlaşma ile hasta bütüncüllüğünü kaybederek insan bedeni dokular ve organlar gibi bütünün küçük parçaları olarak algılanmaya başlanmıştır (Öcek ve Vatansever, 2012; Yılmaz ve Erdem, 2016). Benzer bulgu, görüşme yapılan hekimlerden birinin tecrübe ettiği bir vaka üzerinden sahada da karşılık bulmuştur. Bir uzman hekim yaşadığı bir vakayı şu şekilde aktarmıştır:

“Yani en basitinden mesela bugün gelen bir hasta için söyleyeyim. Başka bir yerde muayene olmuş hasta. Anestezi onay vermiş, okeylemiş ama orada ameliyatını olmak istememiş hasta. Hasta bize geliyor yine anestezi olarak ben değerlendiriyorum. Hani bu hasta onaylanmış, yani okey denilmiş bir hasta. Hastanın EKG’sini görüyorum ama hastayı diğer doktor arkadaş dahiliye yollamış ama dedim dahiliyelik bir sıkıntısı yok, bu yanlış bir konsültasyon. Dahiliyelik bir sıkıntısı yok, ben dedim dahiliye bir konsültasyon istemiyorum bu hastadan. Zaten dahiliye gördü hocam bir şey demedi, zaten bizle konuştu sonra gönderdi dedi. Bu ne? Yanlış gönderim. Bir. İkinci; hastanın EKG’sine baktığımda asıl kardiyak sıkıntı olduğunu. Şimdi ne oldu? Bu hasta ne oldu başa bir yere gitti, başka bir hastanede belli nedenlerden dolayı ameliyat olmadı, hasta başka bir hastaneye gitti, halbuki öbür hastanede dahiliye yönlendirilmesi vardı ama gereksiz bir konsültasyon ama hastayı asıl kalp doktoru görmesi lazım. Yani şuan düşünün hani çok ciddi hasta için gereksiz ve hasta kanser hastası. Zaman kaybı. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

Günlük rutin içerisinde hekimlerin, hastaları yanlış uzmanlık alanlarına yönlendirdiği belirtilmektedir. Bu durum, genel tababatten uzaklaşılması nedeniyle hekimin hastayı doğru uzmanlık alanına sevk edememesi olarak değerlendirilebilir. Hekimlerden beklenen her hastalığını tanı ve tedavisini gerçekleştirmesi olmamakla birlikte hekimlerin hastaları doğru uzmanlık alanlarına sevk etmeleri beklenmektedir. Bu konuyla ilgili bir çok hekimin benzer kanaatte olduğu saptanmıştır. Örneğin:

“Genel tıp nosyonu diyoruz biz buna. Bu açıkçası üniversitede veriliyor. Mecburi hizmet de yapılıyor. Pratisyen hekimlik dönemlerimiz de var. Yani genel tıp nosyonumuzun iyi olması lazım. Niye? Şimdi bana bir baş dönmesi hastası gelir, baş dönmesi hastasına ben her açıdan bakarım. Sonunda ne derim, bu kardiyolojik bir baş dönmesi kardiyolojiye gideceksin. Benim onu da şey yapmam, yani onu da tedavi edebilmem mümkün değil ama ayırıcı tanıyı iyi yapabilmem, o biraz hekimliğinin iyi olmasına bağlı açıkçası bence. Genel tıbbi bilginin ve pratiğinin iyi olmasına bağlı. (Hekim 30, Nöroloji).”

Uzmanlık alanlarının varlığı doğal bir durum olmakla birlikte herhangi bir uzmanlık alanındaki hekimin hastayı doğru uzmanlık alanına sevk edebilecek düzeyde bir genel tıp bilgisine sahip olması beklenmektedir. Bu gereklilik, her uzman hekimin aynı zamanda bir pratisyen hekim olduğu anlamını taşımaktadır ve Asher’in (1949) “uzman hekimin uzmanlık alanı dışındaki alanlarda ilgisiz ve bilgisiz olmasının normal olmadığı” ifadesi ile örtüşmektedir. Uzman hekimin, aynı zamanda pratisyen hekim olmasından kaynaklı olarak genel tıp bilgisine sahip olması gerektiği ifade edilmektedir. Bu durumu bir pratisyen hekim “*Pratisyen hekimin nosyonu, hastanın nereyle ilişkili olduğunu bulup o uzmanlığa yönlendirebilmek. Yani basit şeyleri kendi çözüp ileri aşmalarını o uzmanlığa yönlendirmek. (Hekim 8).*” şeklinde izah etmiştir. Bir başka uzman hekimin görüşü ise şu şekildedir:

“Bir psikiyatri ile psikoloğun farkı sadece reçete yazabilmesi diğerinin yazamaması değil ki. Bir psikiyatri kliniğine yatırdığı bir hasta kalp krizi geçirdiğinde onun da tanısını koyabilmeli, beyin kanaması geçirdiğinde onun da tanısını koyabilmeli, tanısını koymasa bile şüphelenebilmeli. Bırakın ileri uzmanlaşmayı yan dallaşmayı, mevcut branşlaşmada bile hekimler temel hekimlikten oldukça uzaklaştılar. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Aynı şekilde başka bir hekim, “*Genel tababet herkes için geçerlidir. Yani ben genel cerrahi uzmanıyım ama ben aynı zamanda bir pratisyen hekimim. Yani genel, ben biraz dahiliye bilmek zorundayım, biraz kadın doğuma hakim olmak zorundayım, işte ben biraz nörolojiden anlamak zorundayım. (Hekim 34, Genel Cerrahi).*” ifadesiyle her uzman hekimin bir pratisyen hekim olduğunu ve genel tababet çerçevesinde diğer uzmanlık alanlarına giren hastalıklara ilişkin genel bilgiye sahip olması gerektiğini belirtmiştir.

Ancak uzman hekimlerden her hastalığın tanı ve tedavisini yapmalarının beklenmediği, yalnızca doğru uzmanlık alanlarına sevk edebilmeleri gerektiğini belirtmek son derece önemlidir. Görüşme yapılan hekimler de bu konu üzerinde durmuştur. Örneğin:

“Pratisyenlikte hastaları yönlendiren kişisiniz. Kardiyak sıkıntınız var, kardiyolojiye gitmelisin. Ufak tefek sıkıntıları varsa siz reçete ediyorsunuz. Diğer uzmanlık alanı gerektiren branşlara yönlendiriyorsunuz. Şimdi de o yönlendirilen kişi oluyorsunuz. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

“Şöyle bir şey var, en azından anamnezde hastayı doğru yöneltebilecek pozisyonda olmalı. Ben şimdi ona çıkıp apandisit ameliyatı yap demeyeceğim. Ama en azından hastayı doğru müdahale için doğru yerlere, en azından sevk edebilecek kadar bir bütüncül tıp bilgisi olmak zorunda bence... Bir doktorun şunu söyleme hakkı var: ben bundan anlamadım, mümkünse bir başka doktora git, şu doktora git, şu bölümdeki doktora, bir onlar baksın belki onlar daha iyi bilirler, uzmanlıklarıdır, diyebilirler. Bunu diyebilirsin ama bir hastanın en azından, işte nasıl desem, primer şeylerinde, anamnezinde ya da bulgularında bir hipertansiyon, bir işte diyabet, bunları doğru yerlere yönlendirmek çok daha basit ve kolay olacağını düşünüyorum. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Hekimlerin genel tababet bilgisine sahip olmaları ve hastaları uygun uzmanlık alanlarına yönlendirebilmeleri gerektiği genel kabul görmektedir. Ancak genel tıp bilgisinden uzaklaşılması bu kabulün önüne geçerek hekimler açısından vasıfsızlaşmayı somut bir eğilim haline getirebilmektedir. Teknolojik gelişmeler ile etkisi artan tıpta aşırı uzmanlaşma, hekimlerin hasta yerine hastalığa odaklanması sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Oğuz, 1995). Uzman hekimlerden biri bu durumla alakalı olarak çok çarpıcı bir örnek paylaşmıştır:

“İki gün boyunca hastaya tanı konulamıyor. Yüzünde bir kayma var. Beyin felci olabilir diye defalarca tomografi, MR çekiliyor. Beyin cerrahisi görüyor, nörolog görüyor, işin içinden çıkamıyor. En sonunda bu hasta bana geldi. Çok iyi bir hekimim diye anlatmıyorum bunu. Hastanın sadece basit bir muayenesi, elimi hastanın çenesine koyduğumda hastanın çenesinin çıkık olduğunu gördüm ve iki gün boyunca çenesi çıkık olarak dolaşmış. Bu böyle bir şey. Bütüncüllükten oldukça uzaklaşıyorlar, komplike düşünmeye başlıyorlar. Kendi alanları ile ilgili acaba gözden kaçırdığım bir şey var mı derken en basiti bile atlayabiliyorlar, sırf acaba benim branşım ile ilgimi diye düşündükleri için, genelden uzaklaştıkları için. Hâlbuki kendilerinin de aynı zamanda bir genel tabip, yani pratisyen tabip, olduğunu hatırlayarak yaklaşırsalar o zaman durum bambaşka olacak. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Sadece kendi uzmanlık alanı ile ilgili değerlendirme yapan uzman hekimlerin aynı zamanda birer pratisyen hekim olduğunu unutmaları, tıpta aşırı uzmanlaşma anlayışına ilişkin eleştirilerin odağına taşınmaktadır. Bu bağlamda “*Aşırı uzmanlaşma ağaçlardan ormanı görememe noktasına getiriyor olayı. (Hekim 35, Nükleer Tıp).*” ifadesi, tıpta aşırı uzmanlaşmanın olası risklerini açıklaması bakımından oldukça önemlidir.

Benzer şekilde bir başka uzman hekim de aşırı uzmanlaşma ile “genel tıp uygulayıcısı” olarak adlandırılabilir pratisyen hekimlikten uzaklaşılmasını şu şekilde izah etmiştir:

“Domuz gribi olduğu bir dönem vardı. Hatırlıyor musunuz? Domuz gribi vakaları döneminde bizim, ben o zaman pratisyen hekimdim, bizim uzman doktorlar domuz gribi bakmak istemediler. Mesela kadın doğumcu dedi ki ben sadece kadınlarla ilgilenirim, ben neden domuz gribi bakayım. Üroloji dedi ki grip benim şeyim değildir. Sonra bir toplantı yapıldı, toplantıya ben de katıldım. Toplantıdan çıkan kararda şöyle söylendi: dedi ki haklısınız ama siz öncelikle hekimsiniz. 6 yıl bunu okudunuz. Bizim sizden istediğimiz şu: domuz gribi mi değil mi? Şüphelendiyseniz üst bransa sevk edin, şüphelenmediyseniz adamı evine gönderin. Yani şimdi evet uzmanlaşınca genel bilgiler unutulabiliyor ama genel tıp nosyonunu unutmak imkansız gibi. Yani, diyelim ki adam kusuyor, göğsü ağrıyor kalp krizi olabileceğini bir ortopedistin de düşünmesi gerekir. Aslında burada bireysel özellikler ön plana çıkıyor. Yani kimisi diyor ki kendini belki de üstün görmesiyle, ben ortopedistim arkadaş karışmam diyor, yani tamam bu adam kalp krizi hiç anlamam diyor. Ama kimisi de evet bu kalp krizi olabilir hemen kalp doktoru çağırın falan şeklinde olaya el atıyor. Yani bu kişisel bir şey ama genellikle tabi kimse dokunmak istemiyor. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Öte yandan hekimler, hekimlerin birer defans olarak da hastaya bütüncül yaklaşmadığını belirtmektedirler. Bu nedenle, malpraktis ve defansif tıp anlayışı hekimlerin vasıflarını tehdit eden bir pozisyon olarak kabul edilebilir. Hekimler bu yöndeki düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

“Uzmanlaşmanın, olaylardan aslında koparmasının bir sebebi de malpraktis davalarının artmasıyla alakalı olarak da insanlar kendi branşında olmayan şeylere çok da fikir beyan etmek istemiyor. Yani görse bile o konuda bir şey söylerse, ya yanlış olursa başıma iş almak istemiyorum gibi yaklaşımlar da oluyor. İşe giderken defansif bir şekilde gidiyoruz... Malpraktis davası açılana kadar o gün bir kavga gürültü çıkmasın. (Hekim 36, Pratisyen Hekim).”

“Geri plana itildi doğru. Hekimin kendini koruma politikasından kaynaklı. (Hekim 28, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Aslında kimse kendini tehlikeye atmak istemiyor. Nörolojik bir baş ağrısı sinüzit de olabilir kafa içi kanama da olabilir. Bunu normal bir hekim ayırabilir mi? Ciddi şeyleri tabi ayırabilir. Ama şimdi kafa içi kanama her zaman ciddi semptomlarla klinik bulgularla gitmez, atıyorum o hastada hafif bir baş ağrısı vardı, sonradan beyin kanaması olduğu tespit edildi otopside mesela ve hasta kaybedildi. O zaman işte göz doktorunun başına gelir bu. Ne olur mesela? Göz doktorunun hali. Onun servisinde yatıyor. Derler ki bu işin uzmanı var kardeşim, uzmanına neden danışmadın madem. Demezler mi? Derler. Bu bir malpraktis olacağı için, o yüzden kendini garanti altına almak için danışıyor bir nevi. (Hekim 16, Göz Hastalıkları).”

“Önceden, ilk başladığımızda yani, ilk yıllarda, uzmanlığın ilk yıllarında nasıl bu hastanın ağrısını ıstırabını dindiririz salikiyle hareket ederken şimdi bugünkü

polikliniği kazasız belasız atlattırız şeyine girdi yani iş. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimlerin ortak düşünceleri, tıpta uzmanlaşmanın ve hastaya bütüncül yaklaşmamanın gerekçelerinden birinin defansif tıp anlayışından ve defansif hekimlikten kaynaklandığına dairdir. Hekimler, kendilerini güvence altına almak için hakim oldukları uzmanlık alanı dışında hareket etmekten kaçınabilmektedir. Örneğin bir başka uzman hekim bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Herkes spesifikleşti. Bunun en baştaki temel sebebi, malpraktis davaları. Sonuçta ben şimdi bir müdahale etsem haklı veya haksız benim başarılı olduğum bir ameliyat bile olsa, başarılı olduğum bir girişim bile olsa bana çok ciddi, ödenmeyecek miktarda, böyle milyonlarla ifade edilebilen tazminatlar doğabiliyor, çıkabiliyor. Yani hastaya günaydın demedin diye, hastaya diyaliz kateteri taktın diye, tansiyonu düştü diye şikayetler geliyor. Hatta en son ifadesini verdik. Bu da haliyle her doktoru spesifikleşmeye, bölgeselleşmeye itti. Haliyle bir ortopedi uzmanı da ben sadece çapraz bağ ameliyatı yaparım diyor. (Hekim 32, Acil Tıp).”

Benzer şekilde defansif tıp anlayışı ile genel tababet uzaklaşılması arasında ilişki kurarak mevcut durumu Hekim 27 “*İnsanlar çok fazla komplikasyonla karşılaşmamak için en çok yaptığı şeyi sürekli yaparak herhâlde onu bir savunma sistemi haline getiriyor. (Anesteziyoloji ve Reanimasyon).*”; Hekim 29 “*Daha çok malpraktis davaları falan. Eskiden bizim öğrenciliğimizde, ilk hekimlik yıllarında yoktu. Buna dönük sen de daha koruyucu defansif tıba geçiyorsun. Daha fazla tetkike yöneliyorsun atlamamak için hastaları. Teşhise ulaşmak için daha fazla bransa danışyorsun. (Acil Tıp).*”; Hekim 8 “*Şuan birçok konsültasyonun nedeni malpraktis. Ben niye hastanemde cerrah varken, radyolog varken risk alayım diyorsun. Niye sonrasında bunlarla uğraşayım diyorsun. O hastayı oraya yönlendiriyorsun. (Pratisyen Hekim)*” ve son olarak Hekim 25 “*Tomografiyi ben kendim yorumlayabiliyorum ama MR’da ben radyoloji doktorundan istiyorum her türlü. Çünkü garantili bir yaklaşım oluyor o şekilde. (Göz Hastalıkları).*” şeklinde açıklamıştır.

Atıfta bulunan hekimlerin ifadeleri bir boyutuyla hekimlerin vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girmelerinde edilgen pozisyonda olduklarını, çünkü bunun bir koruma mekanizması işlevi gördüğünü işaret etmektedir. Ancak emek perspektifinden bir değerlendirme yapıldığında somut çıktının, genel tıp bilgisinin azalmasına bağlı olarak hekim vasıflarının aşınması olduğu görülmektedir. Bu konuya ilişkin olarak hekimlerin eleştirel görüşleri dikkat çekmektedir.

“Şimdi, teknoloji ilerledikçe bu teknolojiyi de tabi yakından takip etmek, bunu tıbbi uygulamak için kaçınılmaz yani. Bunun önüne geçemezsin. Mecbur. Yan dal, daha uç dallar spesifikleşecek çünkü bunların tedavileri de değişiyor. Hastaya faydan da farklı şekilde oluyor. Tabi bunun handicap olarak hastaya daha geniş pencereden, çok yönlü bakma şeyin azalıyor çünkü spesifikleşme arttıkça insan olaylara sadece kendi penceresinden bakar. Ama bizim branş özelinde, biz acil tıpcıyız, biz daha geniş pencereden bakıp birçok tanıyı ön planda düşünüp zaten hangi dalda, hangi branşta oraya yönlendirmeye çalışıyoruz. O yüzden bizim daha geniş pencereden hastaya bakışımız olabiliyor. Ama bizim dışımızdaki branşlarda, cerrahi olsun diğer branşlarda aşırı yan dallasma. Tabi bu hasta sağ kalım sürelerini arttırdı. Hastaya daha yararlı oluyor. İnsanlar daha spesifik tedavileri bildiği için ama tabi bu da spesifik şeylerle ilgilendiği için diğer şeyleri atlama, diğerleriyle ilgili sorunları yakalayamama ya da geç tanı beraberinde tedavi masrafları, tanı gecikmeleri bunları da artırıyor ya da tekrar hastaneye başvurmak zorunda kalıyor bu sefer. Önce o branşa, sonra diğer branşın uç dalına, sonra diğer branşa. (Hekim 29, Acil Tıp).”

“Yarın öbür gün normal çocuk hekimi iken, çocuğa bütüncül yaklaşırken hani atıyorum kusma şikayeti ile gelen çocuğun o sadece acaba bu diyabetik bir katalizör mü diye düşünecek belki böbrek kaynaklı bir şey var. Onu düşünse bile o anki yetkinliği ya da hani uzun zamandır onunla ilgilenmediği için bununla ben ilgilenemem diyebilir ama normal ana dal uzmanlığı olsa belki onu da düşünecek ve onu da çözebilecek. (Hekim 26, Acil Tıp).”

“Biz şuan her branşın, bir dahiliye, genel cerrahi, ortopedi, kulak burun boğaz, ne bileyim dermatoloji, psikiyatriyi hadi geçelim yani hep hani böyle ana branşların çoğu hakkında bilgi sahibiyiz. Şimdi bir psikiyatri uzmanına 4 sene, 5 sene sonra bir boğaz ağrısı bak desen bakamaz ya da bir ortopedist karın ağrısından anlamaz. Bizim branş biraz daha genel olduğu için, her bölümle muhatap olduğumuz için bizim bilgilerimiz her zaman taze kalıyor, o nedenle sıkıntı yaşamıyoruz yani... Bilgi konusunda tabi ki bu insanların bilgileri kayboluyor yani. Sonuçta bizim iş, pratik işi. Yapmadığın sürece teorik üzerinden ilerleyemezsin yani. Ne kadar çok hasta görürsen o kadar çok bilgin taze kalıyor. Şimdi sen görmediğin sürece, yani tek bir noktada yoğunlaştığın sürece, tabi ki doğal olarak diğer tarafları unutuyorsun yani. (Hekim 9, Acil Tıp).”

Acil Tıp gibi bazı uzmanlık alanlarının daha geniş bir hastalık yelpazesine sahip olması, genel tababete daha fazla hakim olmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle, genel tıp bilgisinin daha fazla kullanan Acil Tıp uzmanlık alanında görev alan hekimlerin vasıfsızlaşma riski karşısında görece korunaklı bir pozisyon aldıklarını söylemek mümkündür.

Uzman hekimlerin ne olursa olsun birer pratisyen hekim oldukları ve bu nedenle genel tıp bilgisine sahip olması gerektikleri sıklıkla vurgulanmıştır. Hekim 6 genel tıp bilgisi eksikliğinin kaynağını “*Uzmanlık alalarında kullandıkları bilgiler daha farklı olduğu için onlara odaklanma oluyor dolayısıyla aynı kalıpta kalma oluyor yani. Yani dal falan oluyor spesifik branşlarda... Uzmanlıkta belli branştan geliyor, o da fark ediyor yani bayağı.*

(Pratisyen Hekim).” şeklinde açıklamıştır. Ancak bu eksikliğin olmaması gerektiğini bir uzman hekim şu şekilde belirtmiştir:

“Benim çok yakın arkadaşım göz doktoru, majör şeyleri bana sorar. Ama mesela benim branşımda bize gelen bir hastanın kalp sorunu da vardır. Çünkü damar hastasıysa, böbrek sorunu da vardır göz sorunu da vardır. Siz bunların baz şeylerini bilmek zorundasınız. Yani beyin cerrahisinde veya anesteziist yoğun bakımcıysanız hakim olmak zorundasınız, kalp damar cerrahisi uzmanıysanız, hakim olmak zorundasınız ama KBB, göz, fizik tedavi dumura uğruyorlar ister istemez. Bu sadece Türkiye’de böyle değil, her yerde. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Teorik ve ampirik çalışmalara bakıldığında hekimlerin emek sürecinde meydana gelen dönüşümlerin büyük oranda benzer olduğu görülmektedir. Hekimler de hekimlik mesleğinin yalnızca Türkiye pratiğinin değil dünya genelinde benzer bir seyir halinde olduğunu ifade etmiştir.

“Mesela bazı hastaların geliş şikâyetinin yanında ekstra şikâyetleri de olabiliyor. Yani diğer branşları da gerektirecek. Şimdi bu mesela böyle spesifik branşlar, mesela majörde, mesela o olduğu zaman adam diğer şeylerden korkuyor. İşte dahiliye görsün, ortopedi görsün, işte ne bileyim plastik görsün, psikiyatri görsün, o görsün, bu görsün. Yani hastayı görmesine gerek yok. Çünkü acil değil. Bilmediği için, artık unuttuğu için, onlara nasıl yaklaşacağını bilmediği için, böyle bütün bölümlerden görüş alınmasını istiyor. Herkes işi çözsün, hastanın bütün diğer branşları bitsin, konsültasyonları tamamlansın ben hastayı öyle alayım. Mesela bu çok yanlış bir şey. (Hekim 9, Acil Tıp).”

Hekimlerin genel tıp bilgisi eksikliğinden kaynaklı olarak hastaya nasıl yaklaşacağını bilmedikleri ve ilgili bilgileri zaman içerisinde unuttukları belirtilmektedir. Literatürde bu sorun ile geleneksel hekim profilinde yaşanan dönüşüm arasında nedensellik kurulmakta ve siyah çantalı hekim profilinden uzman hekim profiline doğru bir dönüşüm yaşandığı belirtilmektedir (Kelman, 1971). Hekimlerden biri ilgili dönüşümü, “*Eskiden tıp doktoru sadece doktordu. Hem psikiyatristti hem cerrahı hem dahiliyeciydi. Bilgi birikimi arttı. Arttıktan sonra kendisini dallara ayırdı. Genel cerrahi ve dahiliyeciler başladı. Ortopedistler cerrahların arasından çıktı.* (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).” şeklinde açıklamıştır.

Tıpta uzmanlaşma ya da tıpta aşırı uzmanlaşma her ne kadar doğal bir süreç olsa da beraberinde getirdiği genel tababetten kopuş riski nedeniyle vasıfsızlaşma potansiyeli taşımaktadır. Hekimler açısından bakıldığında aşırı uzmanlaşma nedeniyle yalnızca tek bir hastalığa odaklanılmasının, tıbbın diğer alanlarına ilişkin genel bilgilerin kullanılmamasına bağlı olarak azalmasına ve beraberinde hekimlerin klinik vasıflarının aşınmasına neden

olduğu görülmektedir (McKinlay, 1977). Görüşme yapılan hekimlerden elde edilen veriler, teoride saptanan bulguların sahada da karşılığının olduğunu göstermektedir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hız kazandırdığı tıpta aşırı uzmanlaşma süreci ile birlikte geleneksel hekim profilinin değiştiğini; hekimlerin “hastalık yok, hasta var” bakış açısı yerine “hasta yok, hastalık var” anlayışını benimsediklerini ya da en azından pratikte bu anlayış ile hareket ettiklerini ve bütüncül tıp bilgisinden uzaklaştığını söylemek mümkündür.

4.3.2.2.2. Hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınması

Hekimlik mesleğinin bir zanaat olduğu ve hekimlerin bir zanaatkar olarak mesleklerini icra ettiği kabul edilmektedir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Ancak teknolojik gelişmelerin etkisi ve fabrika düzeninin kurulmasıyla zanaat üretiminin geri plana itilmesine benzer şekilde hekimlik mesleğinde de bu yönde bir gelişim yaşandığı tartışılmaktadır (McKinlay ve Stoeckle, 1988; Uyanık ve Gücenmez, 2021: 31, Üçkuyu, 2012: 170).

Görüşme yapılan hekimler de bu türden görüşlerini dile getirmişler ve çeşitli boyutlarla hekimlik mesleğinin zanaat olma özelliğini kaybettiğini ifade etmişlerdir. Pratisyen bir hekim, hekimlik mesleğinin zanaat yönünün tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ertesinde kaybolmaya başladığını şu şekilde izah etmiştir:

“Teknoloji geldi. Yani daha hızlı tanımlar konmaya başlandı ama bir taraftan da doktorluk sanatı, çünkü doktorluk bir meslek değil bir sanattır bence, bu sanat, artık yok oldu gitti. Yani doktorlar, ki bazen ben de, hastaya dokunmadan tanı koyuyoruz. Yani tahlillerle tanı koyuyoruz ne kadar doğru ne kadar yanlış tartışılır. Ama sistem sizi buna itiyor. Yani günde 30 kişi bakıp rahat rahat mesleğinizi uygulayacağınız yerde günde 100 kişi bakıyorsunuz, o da işte bunu getiriyor. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Hasta yoğunluğu nedeniyle hızlı tanı konulabilmesi amacıyla modern tanı teknolojilerinden yararlanılmasının, hekimliğin “sanat” olma özelliğini aşındırdığı belirtilmektedir. Bu durum, fabrika düzeninin kurulmasıyla zanaat üretiminin gücünü kaybetmeye başlamasına benzer bir sürece işaret etmektedir. Önceki bölümlerde de tartışıldığı üzere, teknolojinin emek sürecinde artan kullanımına bağlı olarak emeğin üretim araçlarında dönüşüm yaşanmış ve alet yerine makineler üretim sürecinde kullanılmaya başlanmıştır. Hekimlik mesleği açısından da bu dönüşüm alet kullanan hekimden makine kullanan hekime geçiş şeklinde olmuştur. Tanı ve tedavi sürecini kendi bilgi ve vasfıyla işleten zanaatkar hekimin yerini

teknolojiyi kullanan tekniker hekimin aldığı ifade edilmektedir. Çünkü hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınarak teknik bir yeterliliğe dönüştüğü savunulmaktadır (Evans, 1993).

“Şimdiki arkadaşlar laparoskopik olarak yani açık cerrahiyi daha az biliyorlar yani. Laparoskopik daha çok şimdi yapıyorlar. Açık cerrahide sıkıntıları var, diyelim ki laparoskopide bir sorun çıktı, o zaman açık cerrahiye geçmek gerekiyor, orada zayıflar yani. (Hekim 33, Genel Cerrahi).”

41 yıllık kıdeme sahip ve birden fazla teknolojik gelişmeyi tecrübe etmiş olan Hekim 33, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelere bağlı olarak hekimlerin pratik bilgilerinde yaşanan azalışa işaret etmiştir. Modern teknolojilerin sağlık hizmeti kalitesi üzerinde yadsınamaz katkısı bulunmaktadır. Ancak hekim emeği açısından yapılan değerlendirmelerde, pratik bilgi düzeyindeki azalıştan kaynaklı olarak belli boyutlarda vasıfsızlaşma eğiliminin ortaya çıktığından bahsedilmektedir. Otomasyon teknolojileriyle donatılan bir üretim sürecinde emeğin, bir hatanın ortaya çıkması durumunda krizin yönetilebilmesi için ihtiyaç duyduğu yeterli bilgi ve vasıf düzeyine sahip olmadığı savunulmaktadır (Andersson, 2014).

Benzer şekilde bir başkan uzman hekim de geleneksel tanı koyma yöntemlerinin geri plana itilerek teknolojik-modern tanı koyma yöntemlerinin ön plana çıkması sonucunda hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşındığını ifade etmiştir:

“Bana hiçbir zaman sen niye bu tomografiyi çektin diye sormuyorlar. Bana niye çektin diye sormuyorlar ama niye çekmedin diye soruyorlar... Bu da bizi zamanla, bizi şeyden uzaklaştırıyor hani anamnez alayım, fizik muayene yapayım. Herkes ister çünkü öyle olunca hem hekimlik bir sanattır bize derler, o sanatı icra etmiş oluyorsunuz hem de ekonomik anlamda devletin de elini rahatlatmış oluyorsunuz. (Hekim 26, Acil Tıp).”

Hekimler arasında, anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel tanı yöntemleri kullanımının, hekimlik mesleğinin zanaat yönünü oluşturduğu düşüncesi hakimdir. Ancak günümüzde hekimlerin teknolojiyi yoğun bir şekilde kullandıkları görülmektedir. Literatürde teknolojinin artan kullanımının mesleğin zanaat yönünü aşındırdığı tartışılmaktadır. Tartışmaya; hekimlerin zihinsel emeğin ve olgusal bilginin yoğun olarak kullanıldığı geleneksel yöntemlerin aksine teknolojiyle standardize edilen modern yöntemleri daha sık kullandığı ve tanısız muhakeme süreçlerini daha az işletiyor olmaları iddiası kaynaklık etmektedir. Tanısız muhakemenin olmadığı bir hekimlik pratiğinde, mesleğin zanaat yönünün aşınacağı savunulmaktadır (Kapp, 1990). Zanaatın gerilemesinin yanında kapitalist emek sürecinin genelinde teknolojiye bağımlı kılınan işçilerin bilgi düzeyinin azaldığı da dile getirilmektedir (Sennett, 2014).

Vasfin top yekun bir şekilde teknolojiye aktarılması mümkün olmasa da teknolojinin belli oranlarda ve hekimin işini kolaylaştıracak şekilde sağlık hizmet üretim sürecinde üstlendiği rol artmaktadır. Görüşme yapılan hekimlerden biri bu duruma “*Yapılan fizik muayenenin yerini alabilecek bir teknoloji yok şuan. Yani tanının büyük bir kısmı hastadan alınan anamnez ve fizik muayene ile konuyor. (Hekim 36, Pratisyen Hekim).*” şeklinde açıklama getirerek geleneksel tanı yöntemlerinin günümüzde dahi önemini devam ettirdiğini ifade etmiştir. Literatürde de buna ilişkin bir çok çalışma yürütülmüştür (Goodman, 2010; Hampton vd., 1975).

Ancak kapitalist emek sürecinde vasıflar adım adım teknolojiye aktarılmaktadır (Powell, 1987). Emegın vasıfları, yeni teknolojilerin tasarım ve işleyişine kazandırılmaktadır (Anand, 2011). Teknoloji üretici bir güç olma özelliği kazanmaktadır. Tıbbi teknolojiler her ne kadar hekim vasıflarını bir bütün olarak ikame etmemiş olsa da klinik vasıflar gün geçtikçe teknolojiye aktarılmaktadır. Tıbbi teknolojiadaki gelişmeler ile hekimlerin emek sürecini kavrayış düzeylerinin aşıldığı, emek sürecine ilişkin olgusal bilgilerinin azaldığı ve sağlık hizmeti üretim sürecinde ortaya çıkan boşlukları doldurma görevinin teknoloji tarafından üstlenildiği ileri sürülmektedir. Görüşme yapılan hekimlerden biri, teknolojinin hekimin zihinsel emegının yerini almasına ilişkin olarak çok çarpıcı bir örnek vermiştir:

“Oyma dut bağlama yapımında bir dut kütüğü alır, üzerine bir kalıp çizer ve eline aldığı çekiçle bu dut kütüğünü oyarak sazın şeklini verir. Eliyle yapar. Günümüzde yine oyma dut bağlama yapan ustalar var ama bir CNC tezgahına bir kalıp koyarak 4-5 kütüğü birden sıraya dizip tek bir kalıp üzerinden, makineyi sadece kalıbın üzerinde gezdirerek yapıyorlar bu işi. Evet, hızlanıyor, çok daha kaliteli belki malzemeler ortaya çıkıyor ama dediğim o el becerisi işi tamamen kaybolmuş durumda. Yani aynı ustaya eline bir çekiç vererek yine bir keser vererek bu dut bağlamayı oy desen yapamaz. Birebir yaşıyoruz bunu. Yani staplerı verdiğin zaman örnek vereyim fitik cerrahisi. Yama kullanılmadan önce anatomik onarımlar vardı yani karın duvarının katmanlarını kullanarak fitiğı tamir ederdik. O yüzden fitik cerrahisi için cerrahın pilavı derlerdi. Aşçılarda nasıl ki pilavı tutturmak, lezzet vermek zorsa, önemliyse, bir aşçıyı değerlendirirken pilavına göre not verilirse, bir genel cerrah için de bu fitik ameliyatındaki başarısına göre değerlendiriliyordu. Ama yama kullanımı girdikten sonra fitik bölgesinin anatomisini bilmenize hiç gerek kalmadı. Tek yapmanız gereken şey, fitik kesesini karın içerisinde diktikten sonra üzerine sentetik yamayı serip sabitlemek. Bu kadar. Sentetik yamaların kullanımıyla beraber fitik bölgesinin anatomisini bilmeye çok da gerek kalmadı. Çünkü anatomik fitik onarımlarında yama kullanmıyorsanız o bölgedeki katmanları kullanarak tamir ediyordunuz. Dolayısıyla anatomi bilginizin iyi olması ve el becerinizin çok iyi olması gerekiyordu ama şimdi tek yaptığımız şey fitiğı içeri alıp üzerine yamayı serip sabitlemek. Evet, bu tekrar oranlarını çok düşürdü, pozitif yönde bir katkıdır cerrahi alanında ama el becerisi, anatomi bilgisine olan ihtiyacı azalttığı için cerrahların gelişmesi açısından dezavantaj.

Yama yoksa yapacağınız ameliyatların başarısı da yamayla yaptığınız ameliyatın başarısı gibi olmuyor. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Tıbbi teknolojideki gelişmeler neticesinde hekimlerin anatomi bilgisine ve el beceresine olan ihtiyacının azaldığı, bu ihtiyacın artık teknoloji tarafından karşılandığı dile getirilmektedir. Bu durum, daha önceden de değinildiği gibi, bir yönüyle hekimin gerek emeğine gerekse emek sürecinin tamamına yabancılaşması anlamını taşımaktadır. Fordist montaj hattında yer alan bir işçinin hareketinin nihai ürün üzerindeki etkisini kavrayamamasına benzer şekilde hekimin de kullandığı yeni teknoloji ile sürece yabancılaştığını söylemek mümkündür. Mutlaka ki ilgili yabancılaşma olgusu Fordist işçide olduğu kadar belirgin değildir. Ancak emek süreci teorisinin temel savlarından biri olan vasıfsızlaşma eğilimi tehdidi hekimler açısından da söz konusudur. Her ne kadar anatomi bilgisine ve el becerisine sahip olsalar da tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin hekim vasıflarının yerini almasıyla beraber hekimlerin belli oranlarda vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girdiği ve hekimlik mesleğinin sanat/zanaat olma özelliğini kaybettiği ileri sürülmektedir (Stoeckle, 1988).

Hekimlerin alet ve makine kullanımına bağlı olarak vasıf düzeylerinin farklılaştığı iddia edilmektedir. Bu hususla ilgili bir uzman hekim, tıbbi teknolojideki gelişme ile hekim pratikleri bağlamında yaşanan dönüşüme yönelik düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir:

“Sonraki yıllarda motorluları çıktı bunların. Matkabın ucu bıçaklısı. Trapan kullanmak yerine koyuyorsun, delik açıyor. Ben şimdi el testeresini rahatça kullanabilirim çünkü kullandığım alet ama bir insan düşünün hiç hayatında kullanmamış el testeresini ve trapan dediğimiz aleti geriye dönük o imkansız. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Mutlaka ki sağlanan teknolojik gelişmeler ertesinde önceki, daha az gelişmiş yöntemlerin kullanımına devam edilmesi sağlık hizmeti kalitesinde gerek hekim gerekse hasta için elverişsiz olsa da hekim emeği açısından önemli olan teorik ve pratik bilgi bağlamındaki dönüşümdür. Öncül yöntemleri kullanan hekimler kendilerini teorik ve pratik bilgi ile vasıf bağlamında daha yüksek bir düzeyde konumlandırmaktadırlar. Teknoloji, hekimin gerek el becerisini gerekse bilgisini ikame etme eğilimi içerisinde gelişim göstermektedir.

Görüşme yapılan ve farklı teknolojileri tecrübe etmiş olan hekimlerden biri, “Evet yani daha kolay onların işi. 20 yıl öncesini de yaşadım şimdiyi de yaşıyorum. Tabi ultrason anlamında mesela hepimizde ultrason yoktu. Yani görüntüsü kalitesiz de olsa eski de olsa o bile yoktu hepimizde. Hani sayı anlamında da herkes ona ulaşamıyordu. (Hekim 11, Kadın Hastalıkları

ve Doğum).” ifadesiyle teknolojinin hekimlerin işini kolaylaştırdığını dile getirmiştir. Klinik vasıflar ya da tanı ve tedavi sürecindeki tıbbi pratikler adım adım modern teknolojilere aktarılmaktadır. İşlerin basitleştirilmesi ve standartlaştırılması suretiyle çalışanların yalnızca teknoloji tarafından sağlanan bilgileri kavrayabilir hale gelerek vasıfsızlaşma eğilimine girdiği düşünülmektedir (Bhardwaj, 2013).

Hekim vasıflarının tıbbi teknolojilere aktarılmasıyla alakalı olarak bir uzman hekim şunları söylemiştir:

“Mesela ben obezite cerrahisi yapıyorum. Laparoskopik, yani kapalı bağırsak ameliyatı, mide ameliyatları yapıyorum. Şimdi stapler denen cihazlar kullanılıyor çok yaygın olarak. Bu cihazlar otomatik olarak hem kesme hem dikme işlemini yapıyor. Yani iki bağırsak arasındaki bağlantıyı yapmak için bu cihazın bir bacağına bir bağırsağa, diğer bacağına bir bağırsağa geçirdiğiniz zaman aradaki bağlantıyı sağlıyor. Ama bu teknolojiye bu kadar kolay ulaşamıyorken biz bunun tamamını elle yapıyorduk. Dolayısıyla teknik anlamda birazcık mahir olmamız gerekiyordu. Yani dikiş tekniğini iyi bilmeniz, hangi katmanlarda, hangi dikiş makaraları ile geçmeniz gerektiği önemliydi. Ama şimdi cihaz bunu tek seferde yapıyor ve size çok bir iş kalmıyor. Bu anlamda evet, el becerisi kısmı çok çok azaldı. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Hekimin el becerisine dayanan pratiklerinin teknolojiler tarafından üstlenildiği görülmektedir. Örneğin, stapler adı verilen cihazlar ile hekimin el beceresine ve bilgisine dayanan işlemler artık teknoloji tarafından yerine getirilmektedir. Teknolojinin hekim vasfını ikamesi hususuna bu durum somut bir örnek teşkil etmektedir. İlgili cihazların varlığı, eskiden tıbbi uygulama için gerekli olan teorik ve pratik bilgiye sahip olunmasını bir zorunluluk olmaktan çıkarmaktadır. Bilgiye dayalı vasıflardaki aşınma eğilimi tartışmalarına bu türden dönüşümler kaynaklık etmektedir.

“Direkt olarak bu teknolojilerle işe başlayan hekimlerde, mesela biz örnek vereyim pozitron emisyon tomografisine ulaşamıyorken, biz bunun yerine kullandığımız pek çok farklı tetkiki birden yorumlayarak bir sonuca varmaya çalışıyorduk ama mesela iki yıllık bir genel cerrahi uzmanı bunu çok bilmeyebilir ve çalışmak için gittiği yerde, gittiği bölgede bu teknolojiye ulaşma şansı yoksa birazcık bocalayabiliyor. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Teknolojinin görece daha az gelişmiş olduğu dönemlerde hekimler tanısal muhakeme süreçlerine daha fazla başvurumaktadırlar. Çeşitli bilgileri ilişkilendiren tanısal muhakeme süreçlerinin hekimlerce etkili ve yoğun bir şekilde kullanılması, hekimlik mesleğine zanaat olma özelliği katan bir karakteristik olarak kabul edilmektedir (Kapp, 1990). Elleriindeki sınırlı teknolojik imkanla faaliyette bulunan hekimlerin doğru tanı için daha fazla tanısal

muhakeme yapmaları gerekmektedir. Teknolojinin devrede olmadığı bir sağlık hizmeti üretim sürecinde klinik vasıfların son derece önemli olduğu belirtilmektedir.

Vasıf uzun ömürlü ve bilgiye dayalıdır. Bu nedenle vasfın tanımının değişmesi, mevcut bilginin değişmesi ile mümkündür. Ancak teknoloji-okuryazarlık ile bir tutulan vasıf, bilgideki gelişme ile değil teknikteki ilerleme ile değişmektedir ve yeni kazanılan vasıflar, teknik yeterliliği ifade etmektedir. Teknoloji temelli dönüşümler vasıfları değişim baskısı altına almakta ve modern teknolojilerin tanımladığı vasıflar uzun ömürlü olmamaktadır (Sennett, 2011: 11; Sennett, 2014: 106-110).

Tıbbi teknolojilerin artan kullanımına bağlı olarak hekimlerin klinik vasıflarının azaldığı ve zanaat yönünün aşıldığıyla ilgili olarak bir başka hekimin görüşü şu şekildedir:

“Artık nörolojik muayeneyi o kadar az ve o kadar kaba bir şekilde yapar olduk ki biz, bunun içine dahil olarak söylüyorum, nörolojik muayenenin ince ayar şeylerini unuttuk yani. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

İnce ayar olarak ifade edilen muayene, geleneksel klinik vasıflara ve hekimlik mesleğinin zanaat yönüne işaret etmektedir. Ancak artan teknoloji kullanımı ile beraber hekimlerin geleneksel yöntemlere başvurma sıklığının azalışa geçmesi, mesleğin zanaat yönünün aşındırıcı bir gelişme olarak kabul edilebilir.

Hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşıldığına ilişkin diğer görüşler sağlık hizmeti üretim sürecinin otomasyona uğraması sonucunda rutinleşmesi ve standardizasyona uğraması gelişmeleri ekseninde dile getirilmiştir. Fordizm’in rutin ve standart görevlerle yapılandırılmış üretim sürecini andıran hekimlerin emek sürecinde de yine Fordizm’e benzer şekilde vasıfsızlaşma eğilimi yaşandığı gözlemlenmektedir.

Hekim 7, teknolojik gelişmeyle birlikte hekim pratiklerinin rutinleştiğini “*Otomasyona geçiş süreci ile birlikte ister istemez bir takım davranış kalıpları da etkileniyor. (Beyin ve Sinir Cerrahisi).*” şeklinde ifade ederken sağlık hizmeti üretim sürecinin bugünkü halini bir başka uzman hekim şu şekilde özetlemiştir:

“Yani tabi zaten sonuçta tüm hareketlerin bir algoritma dahilinde gidiyor. Ön tanıılarını yazıyorsun, ön tanıılarda neler istenir, ayırıcı tanı ne düşünür, bir matematik gibi aslında bizim iş. Belli algoritmalar var: bu durumda ne verilir, tedavi şudur, budur diye. Zaten sen bu düzene oturttuğu zaman, artık rutine dönüyor iş. (Hekim 29, Acil Tıp).”

Algoritma ya da protokoller, hekim pratiklerini standardize etme ve rutinleştirme potansiyeli taşımaktadır. Standardizasyon ve rutinleşmenin ise hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşınmasına neden olabileceği düşünülmektedir. “*Motomot, işte şu hastalığa şu verilir, bu budur, işte şununla gelene şu tetkik istenir diye bir otomatikleşme ya da standardizasyon var. (Hekim 20, Aile Hekimliği).*” ve benzeri ifadeler ile hekimler hekim pratiklerinin halihazırdaki formunu betimlemişlerdir.

Fabrika düzeninde; aşamaları belli olan, standart ve rutin bir üretim sürecinin varlığı somut bir vasıfsızlaşma eğilimine neden olmuştur. Çünkü rutin ve standart olmayan işlerde muhakeme vasıfları ön plana çıkmaktadır (Choi vd., 2008). Ancak rutin bir üretim süreci, belli noktalarda hekimin zihinsel emeğini sınırlandırdığından ve belli bir otomatikleşmeye neden olduğundan bütüncül bir kavrayışı ve olgusal bilgiyi aşındırabilmekte ve vasıf kaybına neden olabilmektedir (Knaapen, 2014). Çünkü standardize edilerek basitleştirilen ve karmaşıklığı azaltılan işlerde emeğin vasıflarına olan ihtiyaç azalmaktadır (Form, 1987; Johnstone, 2005). Teknolojinin yanlış kullanımını emeğin kavrayış düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir (Sennett, 2019). Taylorizm’in tasarım ve uygulamayı ayıran yapısına benzer standardizasyon uygulamalarının, hekimlik mesleğinde de benzer sonuçlara neden olacağı tartışılmaktadır. Görüşme yapılan hekimler de bu yöndeki kaygılarını dile getirmişlerdir.

Zanaatın en önemli unsurlarından biri olan usta-çırak ilişkisinin bozulmasının, zanaat üretiminin güç kaybetmesi sürecine etki ettiği savunulmaktadır. Aynı sürecin hekimlik mesleğinde de tecrübe edildiği ileri sürülmektedir (Galdston, 1959). Görüşme yapılan hekimler de hekimlik mesleğinin olmazsa olmaz bir unsuru olarak kabul edilen usta-çırak ilişkisinin unutulmaya yüz tuttuğuna dair görüşler bildirmiştir.

“Eğitimimiz bile bizim şeydir, usta çırak ilişkisidir. Özellikle cerrahi bölümlerde. Yani kesinlikle bir usta, hatta birkaç usta, emeğini gösterecek, böyle yapılır arkadaşlar diyecek ama ne öyle hoca kaldı ne de onu dinleyecek asistan kaldı maalesef öyle oldu. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

“Usta çırak ilişkisidir bizim meslek. Bir ustadan ne öğrenebilirim, nasıl yaklaşabilirim gözlemleyebilirimden ziyade nasıl sınav çalışabilirim, soru çözebilirim hesabı oluyor. (Hekim 20, Aile Hekimliği).”

Braverman tarafından vasıfsızlaşma tezi, yoğun olarak Fordizm ve Taylorizm temelli bir analiz ile geliştirilmiştir. Ancak teorik kısımda da tartışıldığı üzere Taylorizm, yalnızca Fordizm’e özgü bir yönetim anlayışını ifade etmemekte aksine kapitalist emek süreci ile

bütünleşen bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu nedenle, bu çalışma kapsamında vasıfsızlaşma tezinin yalnızca fabrika düzenine has olmadığını göstermek amacıyla hekimlerin emek süreci ile Fordizm ve Taylorizm anlayışı arasında benzerlik kurulmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda, örneğin, tek tip faaliyette bulunan işçiler ile tasvir edilen Fordizm ve Taylorizm'in zanaat üretimi üzerindeki bozucu etkilerinin bir benzeri, hekimlerin tek tip ameliyatlara yapmaya başlamasıyla ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin artan oranda tek tip ameliyatlara yapmaya başlaması, hekimlik mesleğinin zanaat olmaktan uzaklaştıran bir gelişme olarak kabul edilmektedir.

“Mesela ortopedide bazıları artroplasti dediğimiz sadece protez ameliyatı yapıyor, bazıları sadece travma ile uğraşıyor, bazıları sadece artroskopi dediğimiz yani onlar da bazı tümörle uğraşıyor. Tümör yapan tümörle uğraşıyor. Travma yapan travmayla uğraşıyor. Tabi diğer ameliyatlara biraz daha aşinalığı, el becerileri azalıyor. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Tıpta uzmanlaşma genel tababetten uzaklaşılması riskini taşıırken tek tip ameliyatlara gibi tıpta aşırı uzmanlaşma pratikleri, bağlı bulunulan uzmanlık alanında dahi bütüncül bilgidan uzaklaşılması riskini beraberinde getirmektedir. Tek tip ameliyatlara emek sürecinin bütüncül bir şekilde kavranmasını engellemek suretiyle hekimlik mesleğinin zanaat olma özelliğini aşındırabileceği ihtimali üzerinde durulmaktadır.

“Adam o ameliyatı defalarca yapmalı ki o konuda uzmanlaşmış olmalı. Yani deneyimi artmış olmalı. Onu yaparken diğer şeyleri geri plana atmak zorunda. Yani dolayısıyla böyle ana daldan yan dala, yan daldan uç dala doğru gitmek zorunda. 10-15 yıl sadece bu işi yaparsa geriye dönük mesela bir ortopedi için adam normal bir kırık tedavisi bile yapmaz hale gelebilir. Kendi uzmanlık branşına yabancı kalabilir tabi ki de. Bu da doğal sonuç. (Hekim 35, Nükleer Tıp).”

“Bazı hocalar var, yani sadece protez yapıyor, hayatında başka hiçbir ameliyat yapmıyor. Ama onun da bir hasta potansiyeli var. Bu diğerlerini yapamayacağı anlamına gelmez ama 10 yıl yapmazsa tabi ki yapmaz. Göz doktoru var adam sadece göz kapağı yapıyor. Başka hayatında hiçbir şeye dokunmuyor. Ne bir katarakt yapıyor ne bir şey ama bazıları da var sadece katarakt yapıyor. Yani bir göz doktorunun bütün ameliyatlara yapması ya da iyi derecede yapması beklenmez de zaten. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Hareket sistemi olarak düşünülürse uzuvların her bölgesi farklı bir işleve sahip. Bununla ilgili bilgi ve birikim arttıkça, hastalıkların uygulanabilir cerrahisi arttıkça da daha da artıyor. El cerrahisi, dirsek cerrahisi. El cerrahisi ayrılmaya başlıyordu şimdi dirsek cerrahisi ayrılmaya çalışılıyor, omuz cerrahisi ayrılmaya çalışıyor, kalça, diz, ayak diye ayrı ayrı çalışılıyor. Protez cerrahisi, kendi içinde onun da cerrahisi kendi içinde ayrılmaya çalışılıyor falan filan. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Tek tip ameliyatlarda şeklindeki tıpta aşırı uzmanlaşma pratiklerinin sağlık hizmeti kalitesini hiç kuşkusuz ki olumlu yönde etkilemektedir. Ancak tıpta aşırı uzmanlaşma ve zanaat arasında ters bir ilişki kurulmaktadır. Hekimlerin süreç içerisinde kendi uzmanlık alanındaki diğer ameliyatlara/pratiklere yabancılaşmaları ihtimal dahilindedir. Tek tip ameliyatlarda üzerinde uzmanlaşan hekimler, Fordizm’in tek tip pratikler üzerinde uzmanlaşan işçisinin bir izdüşümü olarak değerlendirilebilir.

4.3.2.2.3. Tıp eğitiminin kalitesinin azalması

Görüşme yapılan hekimler, tıp fakültelerindeki eğitim kalitesinin düştüğüne işaret etmek suretiyle hekimlerin tıbbi bilgi ve buna bağlı olarak vasıf düzeylerindeki aşınmaya ifade etmişlerdir. Hekimler genel olarak çok sayıda tıp fakültesinin ve bu fakültelerde yer alan çok sayıda öğrencinin olmasını, yeterli ve nitelikli öğretim üyesi sayısının olmamasını, tıp fakültelerinde uygun alt yapının olmamasına bağlı olarak pratik bilginin öğrencilere aktarılamamasını ve örgün eğitim aşamasından sonra genel tababetin unutulmaması amacıyla yürütülen rotasyonların kağıt üzerinde işleyen bir süreç olarak kalmasını yoğun bir şekilde eleştirmişlerdir.

Emek sürecinin bütüncül kavranışına olanak tanıyan ve işin temel karmaşıklık düzeyini çözen bilgi, vasfın temel unsurlarından birini oluşturmaktadır. Vasıf, bilgi temellidir ve tıp eğitimindeki aksaklıklar nedeniyle azalan bilgi düzeyinin vasıfsızlaşma eğilimini tetiklediği kabul edilmektedir.

Hekimler, tıp eğitimine ilişkin eleştirilerinde sıklıkla üniversitedeki öğretim üyelerinin yetkinliklerine atıfta bulunmuşlardır. Örneğin hekimlerden biri “*Klasik eğitim almamış daha kendisi eğitime muhtaç kişiler, öğretim üyesi olarak ders vermeye başlıyor. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).*” ifadesiyle eğitim sistemini eleştirmiş ve tıp eğitiminin kalitesindeki azalışı şu şekilde açıklamıştır:

“Eğitimin kalitesini düşüren birkaç şey var. Birincisi, bu eğiticilerin yeterliliğe sahip olup olmadığının denetlenmesi yok... Öğretim üyesi nitelikleri bence düştü. Çok üniversite açıldı ve bu açılan üniversitelerin öğretim üyesi ihtiyacı var. Nereden karşılanacak bu? O kadar yetişmiş insan yok ki, onlar hani şeyden toplanmıyor ağaçtan, bir şekilde yetişiyorlar... Her gün bir yerler açılıyor ama bunun altyapısı var mı? İşte öğretim üyesi var. Nasıl var? İşte bugün uzman, yarın yardımcı doçent. Öğretim üyesi işte size. Ama o insanın bir akademik formasyondan geçmesi gerekir.

Yani bir eğitim geleneği alması gerekir. Daha onu almayan kişi bir şeyin başına geçiyor, yönetiyor. Yani bir anabilim dalında yönetiyor. Kendi zaten alamamış o formasyonu. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi)."

Bir başka hekim de *"Bilgisi olmayan bir kişi eğitim sorumlusu olduğu zaman, onun yetiştirdiği asistan da onu gibi oluyor. Hekimlikte bu uzun vadede tüm toplumu etkiliyor... Bizde tıp fakültesinden mezun olduğunuzda koca bir boşsunuz. Yani ben benim dönemimi beğenmiyordum ama çok bir boşluk, yani hekim vasfı olarak. Çünkü eğitim kötü. Artı halk size inanmıyor. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi)."* şeklinde bir yorum getirerek tıp fakültelerindeki öğretim üyesi kadrolarını eleştirmiş ve bu durumun "hekimlikte kalıcı arazlar bıraktığını" ifade etmiştir. Başka bir hekim ise *"Bence en büyük sorun bu: şuan zanaatkarların o zanaatı çıraklara aktaramaması. Tıp fakültesi kontenjanlarının çok fazla olması ve çok fazla vasıfsız, niteliksiz tıp fakültesi açılması. (Hekim 8, Pratisyen Hekim)."* ifadesiyle bu görüşü desteklemiştir.

"Her ile bir tıp fakültesi açarsanız, açtığınız fakülteler apartmandan bozma olursa, bir anatomi laboratuvarı, bir kadavra laboratuvarı olmazsa, staj yapabilecekleri, hasta görebilecekleri bir hastaneleri olmazsa, ki çoğu bu durumdadır, çıkacak hekimin de vasıfları ona göre yetersiz olacaktır... Yani buradaki amaç nitelikli eleman yetiştirmek yerine sayısal değer üretmek. Şu kadar doktorumuz var ama bu doktorun kaç doktor ya da kaç doktorluk niteliğine sahip. Hayatı boyunca kadavra görmeden fakülte bitiren hekimler var. Hayatı boyunca bir ameliyata girip asistanlık yapmamış, ekartör tutmamış tıp fakültesi öğrencileri var. İğne yapmamış hekimler var hayatı boyunca, fakültede dahil... Fakültelerin temel amacı hekim yetiştirmek değil günümüzde. Fakültelerin tek amacı sisteme, sistem doğrultusunda, istediği yönde adam yetiştirmek. Yani hiçbir fakülte ben buradan iyi bir doktor çıkartayım demiyor. Fakültelerin dediği şu: ben buradan doktor çıkaracağım ve bu doktor gidecek sağlık bakanlığının personel açığını kapatacak, iyi veya kötü çok önemli değil benim için. (Hekim 34, Genel Cerrahi)."

Nitelikten ziyade niceliğe önem veren eğitim sistemi, pratik bilginin öğretilmesine uygun eğitim altyapısının olmadığı iddiasıyla eleştirilere konu olmaktadır. Hekimlik mesleğinde, teorik bilgi kadar pratik bilgi de büyük bir önem arz etmektedir. Ancak laboratuvar gibi fiziksel altyapı ile staj gibi destekleyici eğitim programlarının eksikliği pratik bilginin aktarılması önünde ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, *"Pratik ne kadar azsa sahada kendini o kadar güvensiz hissedersin... Birçok hekimi biliyoruz sahada öğreniyor... İstenmeyen sonuçları oluyor bunun insanlar üzerinde. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)."* şeklindeki hekim görüşlerine sıklıkla rastlanılmıştır.

Genel bir değerlendirme yapıldığında hasta başında değerlendirmeye yönelik öğretimin azaldığını görülmektedir (Ramani vd., 2003). İlgili azalışın hekimlerin klinik vasıfları üzerinde bozucu etkileri bulunduğu ileri sürülmektedir. Çünkü hekimlerin vasıf düzeyi üzerinde, hasta başında değerlendirmenin ve buna yönelik öğretiminin çok önemli bir katkısı olduğu kabul edilmektedir (Ahmed, 2002).

“Hatta sadece teorik olarak öğreniyorlar, pratik olarak bile öğrenmiyorlar... Tıp fakültelerinde, sistemdeki değişikliklerle beraber pratiğe dayalı eğitim yapıldığı söyleniyor ama maalesef bunların hepsi gösterişte kalıyor. İşte bizim dönemimizde, biz kadavralar üzerinde eğitim alırken bugün öğrencilerin bir çoğu plastik maketler üzerinden eğitim alıyorlar. Buna da pratik eğitim diyorlar. Bu pratik eğitim falan değil... Tıp fakültesinden mezun olup damar yolu açamayan, enjeksiyon yapamayan dikiş atamayan hekimler yetişiyor. Maalesef sayı arttıkça tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin kalitesi düşüyor. Benim mezun olduğum sene 7 bin mezun vardı şuanda 10-15 arasında bir rakam var. Bunların bir çoğunun, nüfusun 150-200 bin olduğu şehirlerde olduğunu düşünürsek, neredeyse vaka görmeden çocuklar mezun oluyorlar. Bu fizik muayeneye olan inancı düşürüyor (Hekim 1, Acil Tıp).”

Uygun eğitsel altyapının olmaması⁹ nedeniyle tıp öğrencilerinin temel işlemleri dahi pratik etmeden mezun oldukları ve pratik anlamında büyük eksiklikler yaşadıkları belirtilmektedir. Eğitim sisteminin gerekli altyapıya sahip olmaması, hekim adaylarının bilgi düzeyinde olası bir azalışa neden olabilmektedir.

Hekimler tarafından tıp eğitimine ilişkin eleştirilerden bir diğeri TUS üzerinden getirilmiştir. Hekimler, tıp fakültesindeki öğrencilerin asıl amacının genel tababet sahibi bir pratisyen hekim olmak yerine uzman hekim olmak olduğunu ifade ederek eğitim sisteminin bu şekilde inşa edildiğini belirtmişlerdir.

“Tıp fakültesine gelen bir öğrencin doğal hedefi hekim olmak olmuyor. Çünkü pratisyen hekimlik onlar için de zor veya düşük ücretli... Aynı zamanda da uzman olmanın artık hani doktorluğun yerini tuttuğu bir anlayış var... Bunun halkta da olduğunu düşünüyorum. Çünkü birisine gidip şey dediğiniz zaman, sadece ben doktorum dediğiniz zaman, ne doktoru diye soruyor. Hani belki de bunun bir araştırması yapılsa ciddi şeyler çıkacaktır diye tahmin ediyorum. Doğal olarak da daha tıp içerisindeyken bile herkesin aklında TUS sınavı var, bir an önce uzmanlaşmak, ben işte atıyorum ki kadın doğum uzmanı olacaksam benim bu bilgilere ne ihtiyacım var, ben zaten asla pratisyen hekimlik yapmayacağım gibi düşünceler içerisinde oluyor tıp öğrencileri. (Hekim 14, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

⁹ Örneğin; Avrupa’da kadavra-tıp öğrencisi sayısı bire on iken Türkiye’de 30 ile 40 arasında öğrenciye bir kadavra düşmektedir (Alyanak, 2021). <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/hekim-adaylari-icin-kadavra-ithal-ediliyor/2403130>

“Hekimler pratiği en iyi alacağı intörnlik yıllarında TUS’a yöneliyorlar. Dolayısıyla pratik anlamda hem bu TUS dolayısıyla intörnlik dönemindeki pratik anlamında hem de staj dönemimiz dördüncü, beşinci yılımızda sınıflar çok kalabalık olması, bir profesöre bir doçente düşen stajyer öğrenci sayısının çok olması dolayısıyla gerçekten pratik anlamında geride kalıyor bence. Eski hekimlik şeyi, nosyonu yok artık diye düşünüyorum. Çünkü çok kalabalığız. Bunun sebebi yine çok fazla tıp fakültesi açılması, çok fazla kontenjan açılması. Yani benim fakültemde 350 kişiydik bir dönemde. Dolayısıyla stajlarda bir hastayı 15 kişi falan muayene ediyorduk. Hem hastalar artık yani rahatsız oluyordu doğal olarak 15 kişi baktığı için. Hem de bir hocaya 15 kişi düşüyor. Çok fazla. Bir grup dediğin 4-5 kişi olur. Orada pratik anlamda bir şeyler kazanılır, hocaların hitabı daha kolay olur. Hekimler pratik anlamda daha düşük, teorik anlamda da daha düşük oluyor. (Hekim 8, Pratisyen Hekim).”

Tıp fakültelerindeki öğrencilerin uzman hekim olmaya itildiğini ve aslında toplum nezdinde de kıymetli olanın uzman hekim olmak olduğunu belirten hekimler, tıp öğrencilerinin daha eğitimleri sırasında belirledikleri uzmanlık alanının dışındaki genel tababete ait tıbbi bilgiyi önemsizleştirdikleri, bu bilgilerden uzaklaştıkları ve bu bilgilerin ilerleyen süreçlerde işlerine yaramayacağını düşündükleri için üzerinde durmadıkları yönünde görüş bildirmişlerdir. Vasıf bağlamında düşünüldüğünde bu türden eğilimler, bütüncül bilgidan uzaklaşılması anlamını taşımaktadır.

Hekimlerin genel tababete sahip olamamalarını, tıpta aşırı uzmanlaşmayla zaman içerisinde bu bilgilerin unutulduğuna bağlayan hekimlerin yanı sıra bazı hekimler, aslında en başından bu bilgilerin tıp fakültelerinde öğrencilere aktarılmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Örneğin bir uzman hekim genel tıp bilgisini kastederek “*Normalde bir hekimin eğer düzgün bir eğitim aldıysa, bunları zaten özümsemiş olması gerekir. Oradaki sıkıntı özelleşme ilgili değil. Tıp eğitimindeki noksanlıklarla ilgili bence. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).*” ifadesini kullanmış, genel tababetten uzaklaşılmasını tıp eğitimine bağlamış ve devamında genel tıp bilgisinin öğrencilere aktarılıp aktarılmadığı sorusuna şu şekilde bir açıklama yapmıştır:

“Yok, yok aktarılamıyor. Çünkü şöyle çok kalabalık tıp fakülteleri bir kere ve çok fazla. Çok fazla sayıda tıp fakültesi var ve kaliteli eğitimi sürdürecektir eğitim üyesi de az. Yani sonuç olarak o yüzden kaliteyle ilgili, tıp eğitimi kalitesiyle ilgili ciddi sorunlar var yani. Bizim dönemimizde de vardı bizden sonra daha da arttı. Arttığını biliyoruz. Nereden biliyoruz? Yeni pratisyen olan arkadaşlar birçok konuya hiç hakim değil, nosyon eksiklerinden. Çünkü çalışıyoruz alanda da pratisyenlerle bir arada çalıştığımız için görüyoruz ki eksiklikler var yani. O yüzden anlıyoruz ki biz mezun olduğumuzda, biz bunları biliyorduk ama bunlar bilmiyor o zaman diyoruz ki tıp eğitimiyle ilgili bir sıkıntı var. Çünkü bu kadar çok sık karşılaştığınız zaman eğitimle ilgili bir aksaklık var anlamına geliyor. Sistem böyle bir hekimi üretiyor. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Başka bir hekim de hekimlerdeki bilgi düzeyinin azalışını ve genel tıp bilgisinden yoksunluğun tıpta uzmanlaşmadan ziyade daha üniversite yıllarında başladığını şu cümlelerle açıklamıştır:

“Tek başına, mezun olduktan sonraki o uzmanlaşma, spesifikleşme kısmından kaynaklandığını düşünmüyorum olayın. Daha başa dönersek öğrencilik döneminde zaten hani bu kadar çok artan bilginin de etkisiyle de belki ve hocalar da hep kendi spesifik alanıyla ilgili uğraştıklarını anlattıkları için... Tıp fakültesinin amacı nedir? Bir pratisyen hekim, hastayı bütün değerlendirecek bir şekilde ilk, en sık, yani toplumda en sık en basic görülen şeyleri yönetebilecek şekilde hekim yetiştirmektir amacı ama o en sık karşılaşılan bir boğaz enfeksiyonunun antibiyotiklerini, gargarasını vesaire bir bütüncül anlamda yazmaktan uzak bir hekim yetiştiriliyor... Kendi uzmanlık ya da ilgi alanlarını en önemliymiş gibi anlatmaları ve sınavda da buna yönelmeleri. Tabi daha çok sınav ve soru odaklı eğitime döndük biz. Herkes o bilgiyi nasıl alıp kullanabilirim değil, ben bunu nasıl sınavda kullanıp sınavdan geçebilirim, nasıl daha yüksek puan yapabilirim, bu gözle dersi dinliyor. Öyle olduğu için hoca neye yükleniyorsa herkes ona meylediyor. Kendi şahsım da dahil, uzmanlık yapmış olmasam çıktığım zaman ben bu bilgi ile nerede, nasıl hasta bakacağım kaygısını çok yaşadım. İlk, yani primer altı yıllık eğitimden bahsediyorum. (Hekim 20, Aile Hekimliği).”

Aynı zamanda bir öğretim üyesi olan bir hekim, tıp fakültelerindeki eğitimin olgusal bilginin aktarılmasından ziyade teknoloji odaklı olduğunu ve hekimlerin teknoloji kullanımına itildiğini şu şekilde izah etmiştir:

“Eğitim o yönde. Artı kamunun çalışma düzeni o yönde ama özel sektörde çalışan arkadaşlarım da benzer. Benim başıma geldi mesela, MR istememişsin. Hekimin işte ilave tetkikler istemesini istiyor. Bu bağlamda ne oldu? Hala, şöyle söyleyeyim ben 63 doğumluyum, 1990 sonrasında hatta 90 demeyeyim de 95 sonrası mezunlarında bir çöküş var. Yani gribe bile MR ister hale geldik. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Bir zanaat olarak kabul edilen hekimlik mesleği teknoloji kullanımından çok daha fazlasını ifade etmektedir. Ancak tıp eğitiminin odağına bilgiden ziyade giderek artan oranda teknolojiyi aldığı ileri sürülmektedir (Feddock, 2007; Light ve Levine, 1996; Soyer, 2009; Stoeckle, 1988). Böylelikle teknoloji, kullanılan üretim araçlarının sınırlarını aşarak eğitim ve öğretimin yapısına da etki etmektedir (Sadler, 1970). Ancak unutulmaması gerekmektedir ki teknoloji, tekniğin ilerlemesi anlamına gelirken vasıf bilgi temellidir. Hiç kuşkusuz ki tıbbi teknolojinin hekim tarafından kullanılabilmesi büyük önem taşımaktadır. Ancak hekimler açısından tıp bilgisinin çok daha önemli olduğu kabul edilmektedir.

Araştırma kapsamında, hekimin tıbbi bilgi düzeyini garanti altına almak ve genel tababetten uzaklaşmasını engellemek amacıyla uygulanan rotasyon sisteminin sağlıklı bir şekilde

işlemediği saptanmıştır. Hekimler, uzmanlık eğitimleri süresince rotasyon eğitimleri alarak diğer uzmanlık alanlarında stajlar yapmakta ve rotasyon mekanizması aracılığıyla diğer uzmanlık alanlarına ve genel tababete ilişkin tıbbi bilgilerini güvence altına almaktadır. Ancak görüşme yapılan hekimler, genel tababetten uzaklaşma riskini bertaraf etmek amacıyla uygulanan rotasyon mekanizmasının sağlıklı bir şekilde işlemediğini, genellikle kağıt üzerinde kalan bir formalite olduğunu ifade ederek eleştiriler getirmiştir.

“Bugün ben üniversiteli arkadaşlarla veya bize gelen asistan uzman arkadaşlarla görüştüğümde; biz anestezi, kadın doğum, üroloji, ortopedi bunların hepsini ortopedi asistanı gibi, üroloji asistanı gibi, kadın doğum asistanı gibi, anestezi asistanı gibi giderdik her ay orada kalırdık. Şimdi kağıt üzerinde yapılıyor bunların hepsi. Kağıt üzerinde yapılıyor şimdi ama biz orijinal olarak giderdik yani, oranın asistanı olurduk yani... Ama biz gittiğimiz yerde, mecburi hizmete gittiğimde, orada anestezi uzmanı yoktu, zor aplikasyonları biz yapıp daha sonra bu tarafa geçip ameliyatı yapıyorduk ama şimdi artık yani en ücra köşelerde dahi anestezi uzmanı, üroloji uzmanı var... Doğum yaptırmıştım, sezaryen yaptırmıştım yani ama şimdi böyle bir durum yok yani, sub-gruplara ayrıldı yani. O nedenle de iş yükümüz daha ağırdı yani. Çocuk cerrahisini biz yapardık şimdi artık çocuk cerrahisi ile ilgili bir şey yapmıyoruz yani. (Hekim 33, Genel Cerrahi).”

Hekim 33, kendisinin rotasyon eğitimlerini bizzat aldığını ve ilgili uzmanlık alanlarında staj yaptığını ancak bugün bu mekanizmanın kağıt üzerinde işleyen bir süreç olduğunu belirtmiştir. Bir başka uzman hekim ise rotasyon sisteminin yalnızca TUS süresince yapıldığını sonrasında ise hekimlerin genel tababetten uzaklaşmasını engelleyecek herhangi bir sistemin bulunmadığını şu şekilde aktarmıştır:

“Çok yetersiz geçirilen süreler... Bu dediğim yine ihtisas süresince, ihtisastan sonra böyle bir dolaşım şeyi yok, yani Türkiye’de böyle bir sistem yok. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim 24, hekimlerin rotasyon eğitimleri sırasında geçirilen sürelerin çok yetersiz olduğunu, bunun ötesinde uzman hekim unvanını kazandıktan sonra hekimin herhangi bir şekilde diğer uzmanlık alanlarından rotasyon almadığını belirtmiştir. Hekim 24, bu sorun alanına ilişkin bir çözüm önerisi olarak şunu ifade etmiştir:

“Belirli zamanlarda, ki Amerika bunu yapıyor sanıyorum, belirli dönemlerde, meslek içi eğitimler, genel eğitimler ve bunların yine de bir sınavdan geçirilmesi yani ne olursa olsun o eğitimleri verip belirli bir zaman ayırıp güncellemelerinin sağlanması lazım ki bizde o yok. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Rotasyon sistemi ve genel tababetten uzaklaşma riski ile ilgili bahsi geçen hususlara ilişkin başka bir hekimin çözüm önerisi ise şu şekildedir:

“Ezberci mantıkla yaklaşma olursa tabi ki uzaklaşılır ama daha böyle işte patofizyoloji bilersen, işin biraz daha tekniğini bilersen biraz daha kafa yorarak. Bu da tabi biraz da işte çalıştıktan sonraki hizmet içi eğitimle devam etmesi gerekiyor. Tıp dinamik bir süreç, kişinin inisiyatifine bırakmadan, belli dönemlerde motivasyonu da arttırır. (Hekim 26, Acil Tıp).”

Bir uzman hekim rotasyon sisteminin kağıt üzerinde işleyen bir süreç ve diğer uzmanlık alanlarına ilişkin bilgiyi kazandıran bir mekanizma olmaktan uzak olduğunu kendi tecrübesinden yola çıkarak şu şekilde ifade etmiştir:

“Uzmanlık süreçleri biraz daha uzatılıp rotasyon yapılabilir. Kısa bir süreliğine de olsa rotasyon yapılabilir. Mesela herhangi bir cerrahi branşın, ki aslında bunlar birçok branşta var, ama yapılmıyor. Nasıldır? Genel cerrahinin diyelim 2 ay anestezi ya da 1 ay anestezi rotasyonu vardır ama cerrahi ekip yeterli sayıda olmadığı için bu rotasyon şey üzerinden gösterilir, sistem üzerinden gösterilir ama cerrahi asistanı gelip anestezi rotasyonu yapmaz ama yapsa hastanın kalbi durduğu zaman müdahale edildiğinde yapılması gereken şeyleri görme imkanı olur ama bu genelde hocaları tarafından rotasyonları kağıt üzerinden tamamlanır. Eleman eksiliğinden dolayı. Ben mesela rotasyon olarak sadece kardiyoloji rotasyonu yaptım ama kardiyolojinin bana bir hayrı mı oldu mu dersiniz, hayır. Ben orada yoğun bakım hastalarına baktım, orada bakamayacakları hastaları benim sayemde baktılar. Yani birkaç hastayı genel yoğun bakıma vermeden hasta için hayırlı oldu ama ben oradan, hani kardiyolojinin bana değil de benim onlara yardımım oldu. Bunlar neden dolayı kaynaklanıyor: eleman eksikliğinden, sayı eksikliğinden kaynaklı. Adam kendi asistanını başka yerde kullandığı için, seni orada iş yapman için kullanıyor yani eğitim sürecinde. Ama kesinlikle uzmanlık sürecinde hani bazı bölümlere rotasyonlar, ki bu en önemlisi dediğim gibi anestezi, dahiliye olabilir mesela, bu yerlere rotasyonların 1-2 ay, 1-2 ay eklenmesi, en azından periferde hastaları bilmek, tanıyabilmek. Ben tanı konulmamış binlerce hasta olduğunu biliyorum periferde. Bunların öğrenebilmek için de bir 2-3 yıl pratisyen hekim olarak çalışma lazım. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

Genel tababatten uzaklaşılması, tıp eğitiminin kalitesinin düşmesi ve rotasyon gibi tıbbi bilgi düzeyini güvence altına almaya yönelik mekanizmaların etkin bir şekilde işlememesi nedeniyle somut hatalar yapıldığını ifade eden hekimler, bu konularla ilintili olarak tecrübe ettikleri vakaları şu şekilde aktarmışlardır:

“Daha bugün başıma gelen, bugün. Bir hastam geldi... İki tane MR çekilmiş hastaya. Mesela ilk MR’ında mevcut iki patolojisi de rapor edilmemiş, ikinci MR’ında da sadece odaklanılan hipofiz MR’ı olduğu için hipofiz patolojisi yazılmış ama orada gözle görülen kocaman şeyi, lezyonu, bir başka lezyon, belli biçimdeki bir şey, hiç söz edilmemiş. Yani hasta bilmiyor. Biz söyledik. Şimdi bu, atlama denir buna yani, bunu fark edememe, bunu radyoloğun rapor etmesi gerekir. Ama yok. İki film, ikisi de devlette. Bir tanesi beyin MR’ında hipofiz patolojisi görülüyor, gözle görülüyor yani biz görüyoruz ama onun şüphesi bile rapor edilmediği için üstüne gidilmiyor. İki sene sonra fark ediliyor şuanda tümör. Böyle bir sistemde çalışıyoruz... (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Yukarıda bahsi geçen vakada, radyoloğun atlanmaması gereken bariz bir hata yaptığı belirtilmektedir Hekim 24'ün radyoloğun fark edememesi olarak adlandırdığı hata ise bilgi ve vasıf düzeyinde bir azalışa işaret etmektedir. Bir başka hekim de yine şahit olduğu ve çok bariz bir hatanın yapıldığı bir vakayı şu şekilde aktarmıştır:

“Hastaya ultrason yapılıyor, safra kesesinde iltihaplanma olduğunu saptıyor radyolog. Hasta da buna hiç müdahale etmiyor. Yani evet bende safra kesesi var ya da yok demiyor. Ameliyata giriyor hasta, genel cerrah safra kesesini açıyor, safra kesesi yok. Safra kesesi ameliyatı olmuş hasta yani, söylememiş bunu da. Yani olmayan bir şeyin iltihabı varmış gibi radyoloji de öyle bir tanı koymuş. (Hekim 17, Acil Tıp).”

Hekim 17'inin aktarmış olduğu örnek vaka, bir önceki vakadan çok daha vahim olmakla birlikte hekimlerin gerek geleneksel gerekse modern tanı yöntemlerini etkin bir şekilde kullanamadıklarını göstermesi açısından son derece çarpıcıdır. Öyle ki, bahsi geçen vakada hekimlerin hastanın hastalık geçmişi sorgulamadıkları ve anamnezini almadıkları görülmektedir. Bu durum, hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini kullanmadıklarını göstermektedir. Öte yandan modern tanı yöntemleri aracılığıyla da hastaya doğru tanı konulamadığı ve görüntüleme teknolojileriyle elde edilen ultrason sonucunun ilgili hekim tarafından yanlış bir şekilde yorumlandığı da görülmektedir. Bahsi geçen örnekler, hekimler tarafından aktarılan spesifik birer vaka olmakla birlikte hekimlerin tıbbi bilgi düzeylerinde ve buna bağlı olarak vasıf düzeylerinde meydana gelen aşınmayı göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Hekimlerin verdiği örnekler, hastadan bilgi edinmeye yönelik vasıfların öğretiminin azalıp mevcut tıp eğitiminin teknolojiye ağırlık veren bir yapıya doğru evrildiği ve hekim adaylarına yoğun olarak teknik bilgilerin aktarıldığı yönündeki eleştirileri kanıtlar niteliktedir (Galdston, 1959; Peterson vd., 1992). Ancak tıp eğitiminde geleneksel yöntemlerin ve klinik muayenenin özenle öğretilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Goodman,2010, Thirumoorthy, 2017). Öte yandan vasfın pratikler aracılığıyla öğrenilen ve gelişen bir kavram olduğu üzerindeki mutabakat (Dawes ve Lens, 2007; MacKenzie, 1996; Prentice, 2005), rotasyon ve pratiğe dayalı eğitimlerin de mevcudiyetini zorunlu kılmaktadır. Ancak görüşme yapılan hekim ifadeleri, literatürde tıp eğitime getirilen eleştirilerin karşılığının olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak eğitim kalitesindeki azalışın, bilgiye dayalı vasıflar üzerindeki bozucu etkisinden bahsetmek mümkündür. Yapılan başka araştırmalar da hekimlerin, tıp eğitiminin bilgi ve vasfı yeterli düzeyde aktaramadığını düşündüğünü bulgulamıştır (Özensel ve Koçak, 2004). Olgusal bilgi bağlamında hekim

adaylarının bilgi tabanının azalma eğiliminde olduğu ileri sürülmektedir (Williams ve Lau, 2005).

4.3.2.2.4. Tanısal muhakeme yapan hekim yerine talimatlara uyan hekim profili: reçete yazan ama tanı koyamayan hekimler

Çalışmanın teorik kısmında tartışılan ve tarif tıbbi olarak Türkçeleştirdiğimiz yeni bir tıp anlayışının sağlık hizmeti üretim sürecinde hakim olduğu savı, yapılan saha araştırmasında elde edilen bulgularla da desteklenmiştir. Görüşme yapılan hekimler, “reçete yazan” şeklinde ifade ettikleri hekim profilinin ezberci bir tıp yaklaşımı ile hareket ettiklerini belirterek tarif tıbbi kavramsallaştırmasına işaret etmişlerdir.

Daha önceden de ifade edildiği üzere olgusal bilgi, emek sürecinin bütününe ilişkin bir kavrayışı beraberinde getiren ve neden-sonuç ilişkisinin kurulmasında etkili olan bir bilgi türüdür. Olgusal bilgi, tanısal muhakeme sürecinde yoğun olarak kullanılmaktadır. Görüşme yapılan hekimlerden biri tanısal muhakemenin önemini şu şekilde vurgulamıştır:

“Şunu bilmek gerekiyor: bizde bir hastalık yoktur. Yani meme kanseri herkeste meme kanseri değildir. Hastadan hastaya çok fark eder. O yüzden biz şey deriz: hastalık yoktur, hasta vardır. Yani bir hastalığa yönelik algoritma iki farklı hastada farklı uygulanır ya da farklı değerlendirilir ya da ameliyat sırasında karşılaştığınız bir sorunun çözümü her zaman kitaplarda yazmayabilir. Yani bunu sizin akıl yürütmeye, bölgenin anatomisine, organın fizyolojisine göre karar verip belki yepyeni bir metot üreterek o esnada, kriz yönetimidir bu, bir çözüm bulmanızı gerektirir ki hastanın hayatı kurtulsun ve bu dediğim çözümler ani kriz durumlarında olduğu için bunları bir kitapta bulma ya da görme şansınız da yok. Eğer hekim yaptığı işe hakimse neden sonuç ilişkisini biliyorsa içine düştüğü sıkıntılı durumdan da çıkabilir. Hocam çok güzel bir laf ederdi: İsmail Efendi ile derdi, ben fitik ameliyatına girsem on kere, on birincide belki sizden daha güzel yapar derdi. İsmail efendi de bizim kliniğimizin müstahdemiydi. Ama derdi, İsmail Efendi başına bir sıkıntı gelirse ona çözüm üretemez. Biraz kaba olacak ama hocanın bir lafı vardır: cerrah kendi pisliğini temizleyene derler derdi. Yani başına gelen zorluklarla baş edebiliyorsan o zaman cerrahsındır. Bununla nasıl baş edebilirsin. Ancak yaptığın işe hakim olursan. Yani yemeğe fazla tuz kattığında bunun çözümünü bulabiliyorsan şefsindir. Aşçı değildir. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Hastalık yoktur hasta vardır ifadesi, bir hastalığın herkeste aynı şekilde seyretmediğini ve hekimin bütüncül bir bakış açısıyla hareket ederek tanısal muhakeme süreçlerini işletmesi gerektiği anlamında kullanılmaktadır. Bu nedenle, algoritmaların ya da genel adıyla klinik protokollerin uygulamada tanı ve tedavi sürecini birebir yansıtmaları mümkün değildir.

Hekimlerin, kriz durumlarında neden-sonuç ilişkisi kurmak suretiyle çözüm üretmesi gerekmektedir. Hekimler, ilgili çözümlmeleri yapabilmek adına olgusal bilgi ile işlettikleri tanısal muhakeme süreçlerine başvurmaktadırlar. Bu bağlamda olgusal bilgi, emek sürecinin kavranabilmesi açısından son derece önemlidir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Ancak hekimlerin tanısal muhakeme vasıflarının giderek azaldığı iddia edilmektedir.

“Gelen asistanlarımızda görüyorum muayene bilmiyor çocuklar. Onlara kodlanmış işte beli ağrıyınca şu iğneyi vereceksin, acilde şunu yapacaksın, göğüs ağrısı şu. Ama göğsü niçin ağrıyor, altta yatan nedenler neler bilmiyor tabi ki çocuk. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Teorik kısımda değinilen kodlanmış bilgiyi, hekimlerin günlük pratiklerinde görmek mümkündür. Kodlanmış bilgi, tarif tıbbı kavramsallaştırmasında geçen reçete bilgisi kavramı ile örtüşmektedir. Hangi durumlarda nelerin yapılması gerektiği olarak tanımlanabilecek reçete bilgisinin sağlık hizmeti üretim sürecinde hekimler tarafından halihazırda kullanıldığını ve neden-sonuç ilişkisini kuran olgusal bilginin zayıfladığını ifade etmek mümkündür (Dizdar, 2012). Sonuç olarak kavrama üzerine değil, ezberleme üzerine kurgulanmış bir tarif tıbbı anlayışı kendini göstermektedir (Shaffer, 1981). Yapılan işin kavranamadığında durumlarda emeğin işiyle olan bağı yüzeysel hale gelmektedir (Sennett, 2014: 82).

Hekimlerdeki olgusal bilgi eksikliğini bir başka uzman hekim şu şekilde tanımlamıştır:

“İşin sistematığını bilmiyor. Evet yapıyor bir şeyleri, tanı koyuyor, tedavisini biliyor ama neyin ne işe yaradığını bildiği için yapmıyor aslında onu gördüğü için, hep yaptığı için yıllarca. İşte hani kıdemlilerinden görüyor uzmanlarından görüyor, anlatabiliyor muyum? Göre göre onları yapıyor. (Hekim 9, Acil Tıp).”

Günümüz sağlık hizmeti üretim sürecinde “know-how” bilgisi ile faaliyet gösteren ve nasıl yaparım bilgisine sahip olan bir hekim profilinin varlığından bahsedilmektedir. Reçete bilgisi olarak tanımlanan bu bilgi türünün tarif tıbbına neden olduğu savunulmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular bu savı destekler niteliktedir. Örneğin:

“Bu ilacın yan etkisi nedir diye bir quiz yapıldı. Bu ilacın kronik dönem etkisi nedir, yani şöyle söyleyeyim hekimlerin yüzde 95’i sınıfta kalır. Hatta bir filmde öyle bir sahne vardı. Doktorlar bilmedikleri hastalıkları, etkisini ve sonuçlarını bilmedikleri ilaçlarla tedavi eden bir güruhtur diye. Bize bir söz gönderimi yapıyorlardı. Haksız da değiller. (Hekim 1, Acil Tıp).”

“Belli bir reçete kalıpları var. İçindeki etken madde bilinmiyor. Yazılıyor yani o şekilde. Mesela ishal reçetesi. Onun bir kalıbı var. Onu yazdım, bunu yazdım diyor. Etken madde nedir diyorum yok diyor, bilmiyorum diyor. Kontrendikasyonlarını biliyor musun diyorum yok diyor. Ama kalıp olarak evet bulantıyı, kusmayı engelleyici bir ilaç. Etki mekanizması nedir diyorum, farmakolojik özelliği nedir diyorum yok yani... Temel tıp eğitiminin eksik olduğunu düşünüyorum yani reçete konusundan örnek verirsek. Yani mekanizmanın bilinmemesinden kaynaklanan bir şey... Tıp pozitif bir bilim sonuçta... Yani nedensellik, neden-sonuç ilişkisini şey yapman lazım... Basmakalıp. (Hekim 17, Acil Tıp).”

Hekim 17’nin ifadesi teorik bulguların pratikte de karşılığı olduğunu göstermesi açısından son derece önemlidir. Olgusal bilginin yerini alan kodlanmış bilgi ya da tarif tıbbı kavramsallaştırması bağlamında reçete bilgisi, sağlık hizmeti üretim sürecinde, tanı ve tedavi süreçlerinin işlemlerini devam ettirmekle birlikte hizmet üretimden sorumlu hekimlerin bilgi düzeyindeki azalışı da beraberinde getirebilmektedir. Kapsayıcı bir bilgi türü olan ve neden-sonuç ilişkisinin kurulmasına imkan veren olgusal bilgi ile emek sürecinin bütüncül bir kavranışı söz konusu olmaktadır. Ancak hekimlerin reçete bilgisine sahip olmaları, onların emek sürecine yabancılaşmalarına ve kavrama düzeylerinin azalışıyla vasıf kaybı yaşamalarına neden olabilmektedir (Hoff, 2011). Çünkü önceden belirlenen talimatlar, muhakeme süreçlerinin işletilmesini ve vasfın gelişmesini engellemektedir (Wood, 1987). Hekim 17, tarif tıbbının pratikteki karşılığı olarak, hekimlerin neden-sonuç ilişkisini kuramadığını ancak yine de nasıl yaparım bilgisiyle sağlık hizmeti üretimini gerçekleştirmeye devam ettiklerini ifade etmiştir. Bu olumsuzluğu ise temel tıp eğitimindeki eksikliğe bağlamıştır.

Reçete bilgisine dayalı olan tarif tıbbı, olgusal bilgi eksikliğini ifade etmekte ve hekimlerin emek süreci açısından insan fizyolojisinin nasıl işlediğine dair temel tıp bilgilerinin eksikliğine atıfta bulunmaktadır. Bu eksiklik, görüşme yapılan hekimler tarafından sıklıkla fizyopatoloji bilgisi eksikliğine bağlanmıştır. Araştırma kapsamında, fizyopatoloji derslerinin tıp müfredatlarındaki ağırlığının aşamalı olarak azalışa geçmesinin hekimlerin tıbbi bilgi düzeyinde olumsuz etkilere neden olduğu saptanmıştır. Bu saptama bizzat hekimler tarafından dile getirilmiş ve sahada kendileri tarafından da bu eksikliğin hissedildiğini belirtmişlerdir.

“1980’le beraber bütün dünyada özellikle ilaç firmaları, geleneksel hekimliğin, nasıl söyleyeyim kısırlaştırılması yönünde çaba gösterdiler. Maalesef ilaç firmaları bu hedefe bir şekilde ulaşabildiler. Eskiden fizyopatoloji dersleri vardı. Fizyopatoloji dersinde vücudun işleyişi ve sonrasında hastalık olduğunda hastalık bu işleyişi nasıl bozuyor bu anlatılıyordu. Fizyopatoloji bilen bir doktor tedavide kullanılan ilaçları

sorgulayabiliyordu. Yani çok detaylı farmakoloji bilgisi olmasa dahi. Bu fizyopatoloji bütün dünyada birden bire ortadan kaldırılıverdi. Bunun sonucunda hekimlerde, hastayı neye göre nasıl tedavi edeceğini bilmeyen hekimlerin yetiştirilmesine sebep oldu. Bazı üniversitelerde hatta fizyopatoloji derslerine devam ettiler ama buralarda zorla fizyopatoloji kürsüleri kapatıldı. Türkiye’de bunlardan bir tanesi. İsterseniz Türkçe fizyopatoloji kitabı bulamazsınız. Bunun sonucunda ne oldu? Sorgulamayan, neden-sonuç ilişkisini önemsemeyen hekimler piyasaya çıktı ve bu arada da bütün dünya da mümessillik kurumu kuruldu. Mümessillerin yönlendirmeleri ile hekimler ilaç yazmaya zorlandılar. Yani neden-sonuç ilişkisi kuramayan hekimleri ilaç firmaları daha rahat kullanmaya başladılar. Dikkat edin, bir şey daha söyleyeyim, diyabet hastalarında, ben ilk tıp fakültesine girdiğimde diyabet tanısı konulması için kan şekeri açlık sınırı 140 idi. Şuanda onu 110’a hatta 106’ya kadar düşürdüler. Kan şekerini ne kadar düşük tutarsak o kadar çok ilaç satabilecek çünkü, diyabet ilacı satabileceğiz diye. Bununla ilgili bir sürü çalışma var, kan şekeri 106 olana verilmemesine dair diye ama maalesef bugün kılavuzlara kan şekeri açlıkta 106 kabul edilip ilaç başlanması gerek diye bir anlayış hakim oldu, bilimsel olarak çok kanıtlamayan, kanıtlanamaması rağmen aslına bakılırsa. Şimdi diyabet yaşı 35-40’lara kadar düştü. İnsanlara neden-sonuç ilişkisini sorgulamadan diyabet ilacı yazmaya başladık. Bunun gibi bir sürü örnek var. Aspirinler, antibiyotikler. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Yukarıda aktarılan bilgiler, bir bütün halinde tarif tıbbı kavramsallaştırmasını karşılamaktadır. Literatürde tarif tıbbı anlayışının özellikle 1980 sonrası dönemde ortaya çıktığı ifade edilirken Hekim 1’in fizyopatoloji derslerinin ağırlığının azaldığına işaret ettiği tarih de aynı döneme tekabül etmektedir. Aynı şekilde tarif tıbbında reçete bilgisinin neden-sonuç ilişkisini kurulmasına olanak tanımadığı belirtilirken Hekim 1 de neden-sonuç ilişkisi kuramayan hekimlerden bahsetmektedir.

Hekimlerin son derece kapsamlı bir şekilde insan biyolojisini öğrenmesi gerekmektedir (Relman, 1998). Ancak tıp eğitiminde genel bir eğilim olarak anatomi, biyokimya, fizyoloji ve patoloji bilgilerinin ağırlığının azaldığı gözlemlenmektedir (Williams ve Lau, 2004). Hekimlik mesleği açısından bu eğilim ciddi bir sorun teşkil etmektedir çünkü yalnızca teknik bilgiye sahip olmak, yabancılaşmış bilgiye sahip olmak anlamına gelmekte ve bu bilgi kavrayışa olanak tanımamaktadır (Gorz, 1972). Ancak hekimlerin karmaşık bir mekanizma olan insan vücudu ile ilgili anatomik ve bütüncül bir tıbbi bilgiyi sahip olması gerekmektedir.

Fizyopatoloji derslerine atıfta bulunan bir başka hekimin ise görüş şu şekildedir:

“Benim dönemimde kalktı. Rezalet bir şey. Sonuçta organizmayı, insan organizmasını anlayan, işleyişini anlayan bir öğretiden ezberci bir öğretiye geldik ve sonuçta hem ilaç firmalarının hem teknoloji firmalarının tutsağı haline geldik. Bunda ne var? Amerika’da ilk başlayan şey, hekimlere dağıtılan dolaylı dolaysız maddi kazançlar var.

Son derece anlamsız ameliyatlar yapılmaya başlandı. Ne ameliyatları? Enstrümantal ameliyatları. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim 18 bir yandan sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasından bahsederken bir yandan da genel tıp anlayışının işleyişi açıklayan bir öğretiden uzak ve ezberci olduğunu ifade etmiştir. Bunun üzerine tarif tıbbı kavramsallaştırmasıyla ilgili soruya cevaben Hekim 18 şunu aktarmıştır:

“Ne yazık ki doğru. Ondan daha da beteriz. Şöyle söyleyeyim, bizde hastalar yatak sırasına alınıyor, yatışa geldiğinde de sorumlu hemşire hanım, işte kim varsa orada sorumlu uzman ona soruyor. Ben boyun fıtığı diye ameliyat sırasına alınan çok omuz hastası biliyorum veya boyun fıtığı diye ameliyat edilmek istenen çok sinir sıkışması hastası. Bunlar neden kaynaklanıyor? Bunlar, belirli şeyler size empoze ediliyor. Siz, hastayı dinlemiyorsunuz bir kere. Muayene de etmiyorsunuz. Çünkü hastanın öyküsü bizde teşhisin yüzde 50’sidir. Kafamızı yönlendirir. Sonra muayene bulgusu ile hastanın öyküsünü bir araya getirip tetkik isteyeceksek neler isteyeceğimizi kafamızdan yazarız biz. Bunlar kalktı. Bunlar ne yazık ki 95’ten sonra kalktı... Şimdi bakın biz üçüncü sınıfta beden nasıl işler, yani fizyopatoloji, beden nasıl işler, bir semptom, hastanın bir şikayeti var, bu şikayetin altında neler yatabilir, biz bunları öğrenirdik. Şimdi bunlar tamamen kalktı. Başın ağrıyor MR, belin ağrıyor MR, bırakın cerrahide bir tümör çıkartacağım navigasyon gelsin. Peki sen nereden gireceksin oraya. Navigasyonun gösterdiği en kısa yol. Olur mu hiç öyle şey. Yolları bilmen gerekli, yani tamamen düşünmeyen beyinlerin yaptığı şey haline geldik. Üzülüyorum. Nasıl bir girişim yapacağıma benim kendi kafamdan karar vermem gerekir. Teknolojin getirdiği olanakları bir araya getirerek, filmini okuyarak. Evet, geçmiş bilgilerimle buna bu yoldan girmem gerekli diye benim karar vermem gerekli. Ama günümüzde bu böyle olmuyor. Son derece ezberci bir yaklaşım. Yani bilgi sahibi olmayan teknolojiyi iyi kullanamaz... Sorgulayan yok. Aynen çoktan seçmeli gibi işte boşlukları doldur, hangisi doğru. Bir standart var işte, o standarda uy. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Tanısal muhakeme süreçlerinin sağlıklı bir şekilde işlememesi, hekimlik mesleğine etki eden olumsuz bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Braverman’ın üretim sürecindeki adımların önceden belirlenmesi suretiyle bilginin ve muhakeme vasıflarının giderek aşındığı iddiası hekimlik mesleğinde de karşılık bulmaktadır (Wilson, 1993: 67). Tanısal muhakeme vasıflarının azalışı ile teknolojinin artan kullanımı arasında bir ilişki kurulmaktadır. Bu nedenle daha kaliteli bir sağlık hizmeti üretimi için hekimlerin teknolojiyi tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanması gerektiğine vurgu yapılmaktadır.

Hekimlerin sağlık hizmeti üretim süreçlerinde tarif tıbbının etkisinin görünür olduğuna dair diğer bir hekimin görüşü ise şu şekildedir:

“Kafasında alternatif tanı ve tedavi yöntemleri yok. Sadece tek tanı odaklı. Vaka olgu tartışmasının çok eksik olduğunu düşünüyorum... Şuan vaka olgu tartışmasını yapmıyor diye biliyorum. (Hekim 17, Acil Tıp).”

Vaka-olgu tartışması, hekimlerde sağlık hizmeti üretim sürecine ilişkin neden-sonuç ilişkisinin kurulabilmesine ve olgusal bilginin edinilmesine yönelik pratikleri ifade etmektedir. Sözü edilen ilişkinin kurulamaması ise hekim vasıflarının aşınmasına işaret etmektedir. Bu duruma ilişkin bir hekimin saptaması şu şekildedir:

“Teknoloji kötüye kullanıyor. Hasta dinleme kalktı. Belim ağrıyor, al sana bel MR’ı. Bu ne yazık ki özel sektörde de büyük bir yüzdeyle böyle, kamu hastanelerinde de böyle. Tabi kamu hastanelerinde ayrılan süre az ama özel sektörde de öyle yani. Kafamızı kaldırıp hastaya bakan hekim sayısı giderek azalıyor. Artı ne var, kitap okuma azaldı. Yani benim asistanlarım kötü genel anlamda. Bir şey olduğunda Google’a yazıyorlar. Tabi ki teknoloji kullanmak gerek hem özeline de hem iş yaşantısında. Hem bizim işimiz şey, insan odaklı bir iş olduğu için kafamızı kaldırıp bakmamız gerekli. Hastanın yüzüne, o kalktı. Anatomiye bilmeyen, insanın yapısı, anatomiye bilmeyen bir kişi teknolojiden kötü faydalanmaya başladı. Mesela bizde ne var? Navigasyon var ameliyatlarda. Siz üç boyutlu anatomiye bilemezseniz onu kullanamazsınız, kullandığını sanırsınız. Yani giderek bir cehalet sanki teknolojiyle bertaraf edilecekmiş gibi bir his kabul görür oldu. O beni rahatsız ediyor gibi. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim 18, bir yandan teknolojinin bir yandan ise tarif tıbbı olarak adlandırılan tıptaki eğilimin hekim vasıfları üzerindeki bozucu etkisine atıfta bulunmaktadır. Anatomi bilgisi olmaksızın salt teknoloji kullanımıyla sağlık hizmeti üretiminde yer alan hekimlerin varlığına yönelik eleştiri, aslında teorik kısımda tartışılan ve vasıf ile teknoloji okuryazarlığı bir tutan yaklaşıma ilişkin eleştiri ile özdeşleşmektedir. Çalışmanın teorik kısmında bahsedilen bulguya benzer şekilde, olgusal bilginin yokluğunda insan anatomisinin işleyişindeki nedenselliği zihninde kavrayamayan hekimlerin teknolojiye bağımlı hale gelmeleri ve bilgi bağlamındaki bu eksikliği teknoloji ile kapamaya çalışmaları gibi bir gidişat söz konusudur.

Literatürde hekimlere reçete bilgisi şeklinde aktarılan tanı ve tedavi yöntemlerinin tarif tıbbının inşasında etkili olduğu ileri sürülmekte ve bu inşa sürecinde klinik protokollerin etkisinden sıklıkla bahsedilmektedir (Berg, 1997). Tıpta yeni bir yönelim oluşturan klinik protokollerin, olgusal bilginin kavranışını güçleştirdiği iddia edilmektedir (Hoff, 2011; Timmons, 2003). Hekimlerden biri ilgili yönelimi “*Düşünmek zor bir işlemdir. Kafa yormak zordur. Kafa yormak yerine bir talimatnameye uyarak iş yapmak her zaman kolaydır: basamak basamak gitmek.* (Hekim 34, Genel Cerrahi).” şeklinde açıklamıştır.

“Kolaya kaçmış oluyor. Adam karşısına bir olgu çıkınca protokole oturtup o protokol içerisinde mide ağrısı mı geldi, mide ağrısına ne verecek, atıyorum bir ilaç vereceğim, daha ötesini yapmaya gerek yok deyip gerçekten altında ne var ya da bu ilaç dışında başka bir ilaç gerekebilir mi gibi protokol dışına çıkma şeyini kendinde hissetmez. Çünkü protokol dışına çıkması için gerçekten onun üzerine ekstradan fazla bilgisi olması lazım ve yarın çıktığı zaman, protokol dışında verdiği tedavi sonucunda bir aksaklık çıktığı zaman, sen bunu neye göre verdin dendiğinde, cevabını önce kendisine sonra da soran kişiye vermek zorunda. Ama protokolda verdiği zaman hem tanıda hem tedavide diyecek ki arkadaş bu standarttır. Dünyanın neresine gidersen yüzde yetmiş bu şekilde cevap verecekti. Dolayısıyla kendini kurtarmış oluyor hem vicdanen hem de kanunen. (Hekim 35, Nükleer Tıp).”

Hekimler arasında klinik protokollerin ezberci bir tıp yaklaşımına neden olduğuna ve bu protokollerin hekimleri hastalığın ardında yatan nedenlerin sorgulamaktan uzaklaştırdığına dair bir endişe hakimdir. Literatürde de klinik protokollerin, hekimleri yapmakta oldukları işi düşünmek zorunda kalmadan yapmaya sevk ettiği ileri sürülmektedir (Berg, 1997).

Öte yandan klinik protokollerin hekimler tarafından bir defans olarak kullanıldığı da belirtilmektedir. Bu nedenle, klinik protokollerin uygulamadaki varlığının nedenlerinden biri olarak defansif tıp anlayışını göstermek mümkündür. Hekimler genel olarak klinik protokollerin kanıta dayalı tıp anlayışı çerçevesinde hazırlanıp uygulandıklarını ve bu yönüyle olumlu yönlerinin olduğunu “*Bilimsel olarak denenmiş, görülmüş, ondan sonra tedavi protokolüne girmiş. (Hekim 31, Pratisyen Hekim).*” şeklindeki ifadelerle belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, yukarıda da ifade edildiği üzere, hekimler, klinik protokolleri birer defans mekanizması olarak kullandıklarını da ifade etmişlerdir. Örneğin bir uzman hekim klinik protokollerin uygulama gerekçesini şu şekilde izah etmiştir:

“Hastanın kalbi durduğunda ilk yapılması gerekenler. Bunlar nedir? Bu özellikle bunların sıralamasını doğru yapmamız lazım ki bizim başımıza Allah korusun bir iş geldiğinde biz zaten bu sıralamayı yaptık kardeşim ona rağmen hastayı kaybettik diyebilme lüksüne sahip olalım. Yani biz onları uygulamak zorundayız. Yani herkes uygulamak zorunda. Diyelim ki hastanın en basitinden preop açlık süresi. Cerrah diyor ki kardeşim bu 4 saat de yetmez mi diyor, valla kusura bakma diyorum guideline’da 5 yazıyor. Çünkü ben onları uygulamak zorundayım. Neden? Bu hastayı 3 saat sonra içeri alırım, 3 saat sonra mide içeriğindeki akciğerlere kaçtığı zaman benim diyebilecek hiçbir şeyim yok ama ben 5 saat sonra alıp bu başıma geldiği zaman ben zaten 5 saatlik açlık süresini beklemiştim derim. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

Klinik protokoller, kanıta dayalı tıbbın kurumsallaşması ile yaygınlığını arttırmış, tanı ve tedavi süreçlerini belirleyen bir dizi uygulamalar bütünüdür. Sağlık hizmeti kalitesi açısından olumlu yanları olmakla birlikte hekimlerin klinik vasıflarını tehdit ettiği de

belirtilmektedir. Klinik protokollere ilişkin olarak hekimler, hekimlerin ilgili protokolleri uygulamalarının yanı sıra yüksek bir tıbbi bilgi düzeyine sahip olmaları ve protokollerden bağımsız olarak tanısal muhakeme süreçlerini işletmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir.

“Hastalık yoktur, hasta vardır. Bir protokole bağlı kalıp hasta tedavi edemezsin. Çünkü yani her hastada farklı durumlar olur. Şimdi yani bir hastada uyan tedavi kimi hastada uymaz. Kitabı bilgiye bakılarak bunlar yapılmaz. O yüzden belli bir klinik protokole bağlı kalmıyoruz, kalamayız da. Kitabı dozu o hastaya verirsen başarılı olmazsın, kimi hastada yarım doz etkilidir. Yani Hipokrat’ın dediği gibi her doz ilaç zehirdir aslında. Öyle söyleyeyim. (Hekim 32, Acil Tıp).”

Klinik protokoller, yaygın hastalıkların rutin tedavisi için geliştirilmektedir (Coburn, 2006). Olağandışı durumlarda ise hekimlerin bilgi ve deneyimleriyle karar vermesi gerekmekte ve protokollerden ayrılmak zorunda kalmaktadır (Cass, 2006; Woolf vd., 1999). Klinik protokoller aracılığıyla belirlenen tanı ve tedavi aşamalarının her hastada aynı şekilde işlemediğinden dolayı tanısal muhakeme vasıfları son derece önemlidir. Benzer şekilde bir başka hekim “*Standart tedavi var ama her standart tedavinin birbirinden küçük farklılıkları var... Onu da yakalayabilmek çok önemli. (Hekim 31, Pratisyen Hekim).*” ifadesiyle hekimlerin tanısal muhakeme vasıflarına ve bu vasıfların önemine atıfta bulunmuştur.

“Kitaba uygun hasta, tariflerle kriterlere uygun bir hastalık, atıyorum işte apandisit, tariflenmiş bir şey. Buna uygun bir hasta geldiğinde bunu tespit etmeniz çok kolay olur. Bu kitaba uygun hastalar için gerekli. Onda şüphe yok. Ama bazen hasta geliyor belli belirsiz bir karın ağrısı var, muayene bulgusu uygun değil veya işte muayene bulgusu uygun ama kan değerleri uymuyor. Siz arada kalıyorsunuz. Acaba hasta apandisit mi değil mi, şimdi bu hastaları çözmek için de ilk başta bütüncül bir yaklaşım lazım. Kitabı yaklaşım paralelinde yürütülecek başka bir yaklaşımın olması lazım. (Hekim 19, Radyoloji).”

Protokolün dışında seyreden bir hastalık durumunda hekimin bütüncül bir tıp yaklaşımı ile tanısal muhakeme yapması gerekmektedir. Tanısal muhakeme sürecinde, ezbere dayalı pratikler ile tariflenmiş tanı ve tedavi aşamalarının aksine olgusal bilgi ile hareket edilmektedir.

“Protokoller yanlıştır. Niye yanlıştır. Hastalık yoktur, hasta vardır. Her hastayı bir birey olarak kendi özelinde ele almanız gerekir. Bunun için hastayı dinlemeniz, muayene etmeniz gerekir. Bunları standardize edemezseniz. Standardize ettiğiniz nedir protokollerde? İşte böyle öykü ile gelen kişiye ilk yapılacak şey. Bu nedir? Acil durumlardır. Ama poliklinik protokoller yoktur. Hasta odadan içeri girişinde size zaten bazı şeyler anlatır. Hasta belki gerçek derdini anlatmaz ama siz onun davranışlarından gerçek derdini anlatmasına yardımcı olursunuz. Yani, iş standardize edilmeye çalışılıyor. Doğru değil çünkü her insanın vücut yapısı farklı, her insanda aynı mikrop değişik tepkiler verir. Hasta bireyseldir, tektir. Siz bunu protokollere sokamazsınız.

Yani, protokoller algoritmalar size sadece acildeki karşılaştığınız hastada önceliklerinizi tayin etmede yardımcı olur. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

“Protokoller yanlıştır.” ve “*hastalık yoktur hasta vardır.*” şeklindeki ifadeler, ezbere dayalı ve standardize edilmiş bir tanı ve tedavi olamayacağı anlamına gelmektedir. İyi bir tıbbi uygulamanın standartlaştırılmış algoritmalara dayalı sağlık hizmeti üretimi olmadığı savunulmaktadır (Kassirer ve Gorry, 1978; Tallis, 2006). Ancak klinik protokollerin, kodlanmış reçete bilgisinin ve tarif tıbbına dayalı bir anlayışın klinik vasıflar üzerinde yıkıcı etkileri olduğu ileri sürülmektedir (Abaluck vd., 2020; Genuis ve Genuis, 2004; Martini, 2021; Timmermans ve Mauck: 2005; Woolf vd., 1999). Birer kılavuz görevi gören protokoller belli bir sağlık hizmeti kalitesini ve standardını sağlamakla birlikte önemli olanın hekimlerin geleneksel klinik vasıfları olduğu kabul edilmektedir. Ancak reçete bilgisi üzerine inşa edilen tarif tıbbi anlayışında ve bu öğreti üzerine kurulu bir tıp eğitiminde ilgili bilgi ve vasıfların aktarımı güçleşmektedir.

“Tanı ve tedaviler, o ana özeldir hiçbir zaman böyle yazılı algoritma verin de oradan bakıp yapsın. Hayır, öyle işlemiyor. Dolayısıyla tıp öğrenciliğinin de ihtisasların da aslı insan teması olmalıdır. Teorik bilgi olsa, okur öğrenirsiniz. Daha iyisini de öğrenirsiniz. Bu kadar değil yani bir davranışsal şeydir, bir takım ahlaki değerlerin de geçişidir. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Tıp eğitiminin insan temelli olması gerekliliği, her hastalığın bireye özgü olduğu ve reçete bilgisinin hastalıkların tanı ve tedavisinde yeterli olamayacağı anlamını taşımaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti üretimi için hekimlerin klinik vasıfları büyük bir önem arz etmektedir.

“Eğer siz doğru hikaye almazsanız, böyle bir saman yığını içerisinde iğne ararsınız. Neye bakacağınızı bilemezsiniz. Hani bazı hekimlerin ‘clinic sense’ denilen böyle bir şeyleri var, clinic sense’leri güçlü deriz biz mesela. Deriz ki bu hekimin clinic sense’i güçlü. Demek iyi anamnez alıyor, kafasında birkaç öncü tanı, ön tanıyı oluşturuyor, o ön tanıya yönelik nereye gideceğini, nereye bakacağını bildiği için doğru şeyleri istiyor... Eğer siz doğru anamnez almazsanız hastanızı nereye yönlendireceğinizi bilemezsiniz. Ama doğru anamnez ile her şeyi çözebilirsiniz. O yüzden de gerçekten çok iyi anamnez almak lazım... Evet hikaye çok önemli bu açıdan. O yüzden clinic sense’i güçlü doktorlar demek zaten iyi anamnez alıyor, hastayı iyi dinleyen doktor demek bence. (Hekim 10, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları).”

“Clinic sense” olarak tabir edilen kavram, hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini ve bunlara özgü vasıflarını kullandıkları süreci ifade eden tanısallık kavramı ile aynı anlama gelmektedir. Tanısallık kavramı için neden-sonuç ilişkisini kurmaya olanak tanıyan olgusal bir tıp bilgisi gerekmektedir. Ancak klinik protokollerin standardize edilmiş bilgiler

sunması ve hekim pratiklerinin bu protokollerin izlenmesi boyutuna indirgenmesi ya da hekimlerin bu protokolleri uygulamaya itilmesi beraberinde eleştirileri getirmektedir. Hekimler tanısai muhakemeyi daha az protokolleri ise daha sık kullanma eğilimindedir (Kassirer, 2010). İlgili protokollerin tanısai muhakeme vasıflarını aşındıracağı yönünde kaygılar taşınmaktadır.

Literatürde yer alan bir başka kaygı ise hekim özerkliğinin klinik protokoller tarafından tehdit edildiğine yöneliktir. Araştırma kapsamında da hekimler klinik protokollere ilişkin bu türden görüşlerini aktarmışlardır.

“Bu tarz kılavuzlar sanki böyle ilave olarak yazılmış, uygulanması gereken zoraki şeylermiş, algoritmalarımı gibi dayatılıyor. İşte her yıl diyabet komplikasyonları kılavuzu, kalp masajı kılavuzu, her 5 yılda bir yayınlanır. Sanki bunların dışına çıkıldığı zaman hasta kaybedilir ve ceza alınacakmış gibi lanse ediliyor. Nitekim bizim malpraktis davalarında da bu kılavuzlar ilahi bir tarafı varmış gibi, mutlaka uyulması gerekiyormuş gibi bilirkişiler tarafından öne sürülüyor. Aslında böyle bir şey yok. Uzman hekim demek şu demek: bu konuyla ilgili gerekli tecrübeyi sağlamış ve farklı klinik durumlarda farklı tedavileri uygulayabilecek nitelikte hekime uzman hekim denir. Konuyla ilgili akademisyen ise o kişilere otör denir. Ancak bu otörler bile kılavuzlar dışında bir şeyler yazmayalım, bizi ayıplarlar diye çekiniyorlar. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Uzman hekimlerin, uzman unvanına sahip olmalarına rağmen yeni bir şey söyleme konusunda tedirgin olduklarını belirten Hekim 1, klinik protokollerin uygulanmasının bir nevi zorunluluk haline geldiğini dile getirmiştir. Literatürde bu durum klinik protokollere bağlı olarak ortaya çıkan bir özerklik tehdidi olarak kabul edilmektedir (Spyridonidis ve Calnan, 2011). Klinik protokollerin uygulanmasının bir zorunluluk haline gelmesini görüşme yapılan hekimlerden biri “*Biz aslında bu protokolleri biz ne nedeniyle uyguluyoruz, çok önemli şimdi söyleyeceğim şey, bize açılan davalar. (Hekim 11, Kadın Hastalıkları ve Doğum).*” ifadesiyle açıklamıştır.

“Hekimlik uygulamasında yoğunluktan dolayı yaşanan, daha fazla hastaya daha hızlı bakabilme becerisi kazanıyorsunuz. Kazanmak durumundasınız. Aksi halde ya maaşınız ciddi anlamda düşüyor ya da çok eleştiriliyorsunuz hastane tarafından. Böyle olunca da bu tarz bilgilere, hap bilgilere ihtiyaç duyabiliyorsunuz. Nedensellik bağlantısını kurmakla ilgili bir çalışmanız yoksa, amacınız yoksa bir daha da dönüp bakmanız gereken bir şey olmuyor. (Hekim 14, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Klinik protokolleri ve reçete bilgilerinin varlığını ve uygulamadaki sıklığını hasta yoğunluğu ile ilişkilendiren görüşler de mevcuttur. Yoğun bir iş temposu altında hekimin bireysel çabası olmaksızın emek sürecine ilişkin neden-sonuç ilişkisini kuramayacağı ve ilgili bilgiye ulaşamayacağı belirtilmektedir.

Klinik protokollerin hekimlerin uymak zorunda olduğu talimatlar olarak kabul edilmesinin ve hekimlerin bu protokol dışına çıkma konusunda tereddütte kalmalarının sağlık hizmeti üretim sürecinde hekimlerin özerkliğini ve profesyonel kimliklerini sarstığı düşünülmektedir (Blinman, 2017). Görüşme yapılan hekimlerden biri, klinik protokollerin hekimlerin özerkliğini aşındırmasını şu şekilde açıklamıştır:

“Şöyle, ben onu İngiltere’de çalışırken fark etmiştim. Şimdi sağlık yönetimi iyi yapılırsa eğer bizim burada yapılamıyor mesela Türkiye’de. Ama iyi yapılırsa ben bir sağlık yöneticisi olsam her şeyin protokolünü yazarım, bunun dışına çıkmıyorsunuz, maliyet etkinlik hesabımı da onunla eşleştiririm. İşte şöyle gelen hastaya a, b, c, d her şeyin protokolü olur. Mesela İngiltere’de böyleydi. Şimdi protokol çok iyi bir şey ve son tahlilde de mevcut en iyi sistem bence. Ama bunu da kısıtlılıkları yok değil. Yani protokoller olmak zorunda. Herkes her şeyi yani hekimlerin de hemşirelerin de her şeyi protokol takip ederek yapmaları lazım. Bunun da yaşayan örneğini gördüğüm zaman her şeyin bir protokolü var. Yüz tane protokol ile çalışıyor olabilirim ben mesela. Yani bu çok iyi bir şey ama bu şöyle bir şey getiriyor, protokol dışı vakalarda siz aptala bağlıyorsunuz. Yani krizi çözemiyorsunuz, acaba neydi ve aslında orada sorumluluk almamaya başlayabiliyorsunuz. Protokolde yazıyor mu? Çünkü sağlık yöneticisi size dayatıyor ya şeyi, dayatmıyor da ister istemez öyle oluyor, öyle olursa böyle yapacaksın, böyle olursa böyle yapacaksın diyor. Siz sonra bir gün bir vaka ile karşılaşırsanız protokolde yer almayan, donup kalıyorsunuz ve o noktada da etik olarak yasal olarak bir sorumluluğunuz olmadığı için hasta öyle dımdızlak kalabiliyor. Yani öyle şeyler de olabiliyor. Protokol dışı durumlarda da hekimin aslında yaratıcılığını, sorun çözme yeteneğini teşvik ederek bazı sistemler herhalde bulmak lazım. Bu da ne kadar başarıyor bilmiyorum ama protokoller son tahlilde gerekli bence. (Hekim 21, Üroloji).”

Tarif tıbbını ve reçete bilgisini “yaşayan bir sorun” olarak gören Hekim 21, klinik protokollerin gerekli olduğunu ifade etse de hekimlerin protokol dışında seyreden vakalarda ortaya çıkan krizleri yönetememelerinin olası bir durum olduğunu belirtmiş ve bu sorunun çözümüne ilişkin olarak tanısal muhakeme vasıflarının geliştirilmesinin gerekliliğine vurgu yapmıştır. Her hastanın biricik ve kendine has özellikleri olduğunu ifade eden “hastalık yoktur hasta vardır” yaklaşımına yapılan vurgu, sağlık hizmeti kalitesinde hekimlerin tanısal muhakeme vasıflarının önemine işaret etmektedir.

Taylorizm'in profesyonel mesleklere özgü "dijital" formunda (Brown, 2011), tıbbi bilgiler klinik protokoller aracılığıyla reçete bilgilerine dönüştürülmektedir. Kodlanarak reçete bilgisine dönüştürülen bilgilerin ise emek sürecin kavranışı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (CIPD, 2015). Sonuç itibarıyla tıp anlayışında ve hekim profilinde sorgulama temelli bir yapıdan ezbere ve teknolojiye dayalı bir yapıya geçiş ile birlikte hekimlerin tıbbi bilgi ve klinik vasfı düzeyinde azalış yaşandığını söylemek mümkün hale gelmektedir.

4.3.2.2.5. Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması: hekimlerin işin yürütümündeki kontrol gücünün aşınması

Emek süreci üzerindeki kontrol gücü, üretim sürecinin bütün aşamalarında emeğin hakimiyeti ile işin yürütümündeki özerkliğini ifade etmekte ve kapitalist emek sürecinde kontrol gücünün giderek azaldığı ileri sürülmektedir. Hekimler açısından işin yürütümündeki kontrol gücündeki azalışında, tıpta aşırı uzmanlaşmayla birlikte sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılmasının ve tek bir hekimin kontrolünde olan üretim sürecinin kolektif bir forma bürünmesinin etkili olduğu düşünülmektedir (Barondess, 2000; Öngen, 2009; Stoeckle, 1988).

Araştırma kapsamında elde edilen verilerle de hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrol gücü ile özerkliğinin, sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması ve hekimler arasında bir nevi takım çalışmasını andıran kolektif bir çalışma biçiminin ortaya çıkması nedeniyle azalma eğilimi içinde olduğu saptanmıştır.

"Midenizden bir şikayetiniz var. Gidiyorsunuz dahiliyeye, dahiliye diyor ki gastroenterolojiye git, yani yan dalın dalı, peki gidiyorsunuz ilk söylediği şey bir endoskopi yapalım, ya ben yaptırmak istemiyorum diyor hasta, gidiyor başka bir hastaneye dahiliyeciye, diyor sen arkadaş bir kardiyolojiye git, muhtemelen ben bundan anlamam, kardiyoloji görsün seni. Yani bütüncül olarak doktorluğu unutup sadece kardiyolog ya da sadece işte psikiyatrist oluyor. Bugün bir psikiyatristi alın herhangi bir hastanenin aciline koyun ne yapacağını şaşırır. Şaşırır yani. Çünkü adam diyor ki bu benim işim değil, ben psikiyatristim diyor. Ben çocuk uzmanıyım diyor. Yetişkinden anlamam diyor. Çünkü haklı mı haksız mı? Müşteri memnuiyeti. Uzmanlık sadece müşteri memnuiyeti için yapılıyor. (Hekim 5, Pratisyen Hekim)."

Hekimler, tıpta uzmanlaşma nedeniyle yalnızca uzmanlık alanına giren hastalıklara bakmakta ve bütüncül bir tıp yaklaşımından ve genel tababetten uzaklaşmaktadırlar. Bu durum, her bir uzman hekimin aynı zamanda birer pratisyen hekim olduğu gerçeği ile bir çelişki yaşanmasına neden olmaktadır. Hastanın bir bütün halinde değerlendiren hekim

profili ortadan kalkmaya başlayarak sağlık hizmeti üretim süreci parçalara ayrıldığı savunulmaktadır (Rastegar, 2004; Terzi, 2009). Hekimler, hastalara ve hastalıklara bütüncül bir tıp anlayışı ile yaklaşmadıklarından, hastalar sıklıkla başka uzmanlık alanlarına sevk edilmektedir.

“Dahiliye doktorları zaten uzmanlaşmışlar ve dahiliyeci olmuşlar ama sub-gruplara ayrılarak bütüncül yaklaşımlarını ya kaybediyorlar ya da işlerine öyle geliyor. Çünkü mesela kendileri ile ilgili olmayan başka bir dahili problemi, bu benimle ilgili değil başka bir branşa git diyebiliyor. Ya da mesela böyle hastayı dinlediği zaman, tek bir şikayetini dinlediği zaman, kendine ait şikayeti o alıyor, öbürkü kendine ait şikayeti alıyor ama aslında hastalık bir ve bütüncül yaklaşmadıkları için, bütüncül bakamadıkları için olaya o hastalığı gözden geçiriyorlar. O semptomlarla uğraştıkları için kendilerine ait. (Hekim 10, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları).”

Hekimlerin genel tababetten kopmaları, hekimlerin yalnızca kendi alanına giren hastalığa bakmalarından kaynaklanmaktadır. Bu durum uzmanlık alanları arasındaki sevk işlemlerini arttırmak suretiyle sağlık hizmeti üretim sürecini parçalara ayırmaktadır.

“Bütüncül bir yaklaşım sunmak zorlaşıyor. Herkes kendi uzmanlık alanı penceresinden bakıp bir tanı koyuyor. O tanıya göre bir tedavi düzenliyor ve hasta bir bakıyorsun ki yani gelmiş şikayeti için 4-5 tane ilaçla hastaneden dışarıya çıkıyor. Durum şuan bu. Bütüncül değil yani, bir kopukluk var. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Sağlık hizmeti üretim sürecinin bütüncüllüğünü kaybederek parçalara ayrılması, Fordizm’in işbölümü ve uzmanlaşmaya dayalı üretim yapılanmasıyla benzerlik taşır niteliktedir. (Cook-Deegan, 1988; Harrison 2002; Haug, 1996). Bu nedenle, hekimlerin emek sürecinde de Fordist ilkelerin etkisinin görüldüğünü söylemek mümkündür.

“Hasta karın ağrısı için geliyor ya da sallıyorum hasta bel ağrısı için iğne vurdurmaya geliyor, bölümden bölüme, bölümden bölüme gezdiriliyor mesela. Bu biraz da tabi ki ilk mesela primer değerlendirme yapan hekimin tecrübesizliğinden de kaynaklanıyor. Yani onun da etkisi var. Hastalar çok geziyor yani. Bölümden bölüme, oradan oraya. Artık hani mesela şikayet edenler bile oluyor. Hocam işte ben bir iğne olmak için geldim, hani sabahtan beri buradayım. On kere kan aldınız, beş kere başka bölümler gördü falan filan yani. (Hekim 9, Acil Tıp).”

Uzman hekimlerin aynı zamanda birer pratisyen hekim olmalarından kaynaklı olarak hastaları ilgili uzmanlık alanlarına sevk edebilecek düzeyde bir genel tıp nosyonuna sahip olması gerekmektedir. Ancak hekimlerin genel tıp nosyonuna hakim olmamaları nedeniyle bunu başaramadıkları ifade edilmektedir. Hekim 9’un “*primer değerlendirme*” olarak tanımladığı tanısal muhakeme eksikliğine işaret eden başka bir görüş ise şu şekildedir:

“Hastayı primer sahiplenene kimse olmuyor. O biraz oradan, bu birazdan oradan. Böyle bir şey. Biz kuruyemişçi değiliz ki yani olmaz. Bütüncül bir değerlendirmenin olması lazım ama maalesef öyle değil, keşke olsa. Örneğin yoğun bakıma giden hasta, bu hastanın işi mesela, bizim burada birinci basamak yoğun bakım servisimiz var. Dâhiliye gelmiş görüş, kardiyoloji gelmiş görüm, göğüs hastalıkları gelmiş görmüş yani kimse sahiplenmek istemiyor. Göğüs hastalıkları ben sadece üzerime düşenlere bakarım, öbürü diyor ki ben sadece şuna bakarım, öbürü diyor ki ben buna bakarım, öbürü diyor ki o beni ilgilendirmez falan. Üretim parçalanması, sağlık hizmetinin parçalanması tam da böyle oluyor işte. Böyle olunca birazcık şey oluyor, hasta sahiplenmek komsusunda çok ciddi sıkıntılar oluyor. (Hekim 26, Acil Tıp).”

Tıpta uzmanlaşma ile genel tababetten uzaklaşılması sonucunda, hekimlerin tanışal muhakeme vasıflarını aştığını ve hastaların birden fazla uzmanlık alanı arasında dolaşıma girdiğini ifade eden Hekim 26, bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine vurgu yapmıştır. Bunun yanı sıra bütüncül yaklaşımın eksikliğinden hastaların hekimler tarafından sahiplenilmediğini belirtmiştir.

“Unutulan şey şu: hastayı sahiplenmemek. Yani hasta geldi, bu hastanın tamam benimle ilgili şeyini halledeyim, tamam hastayı göndereyim. Hayır öyle değil. Hastanın farkındalığını arttırmak lazım. Doğru yönlendirmek lazım. Yani hasta kapı kapı dolaşmayacak. Esas kapısına gidecek. Nereye gitmesi gerekiyorsa oraya gidecek ki hastalığına deva bulsun. Bu anlamda zaten bütün hekimler aynı zamanda hastayı yönlendiren, onun doğruyu görmesini sağlayan kişiler. Öyle bir misyonumuz var. (Hekim 11, Kadın Hastalıkları ve Doğum).”

Sağlık hizmeti üretim sürecinde, tıpta uzmanlaşma anlayışı nedeniyle hastaların doğru uzmanlık alanlarına yönlendirilmemeleri gibi bir sorun ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunun kaynağı olarak hekimlerin genel tıp nosyonuna sahip olmaması gösterilmektedir. Hekimlerin kendi mesleklerinin hakimi olmaktan ziyade tıpta uzmanlaşma nedeniyle basit birer parçası haline geldiği savunulmaktadır (Light ve Levine, 1996). Vasıfsızlaşma eğiliminin sonuçlarından biri olarak emeğin, parçası olduğu bir emek sürecinin basit bir parçası haline geldiği ileri sürülmektedir (Hoff, 2011). Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılmasının aynı zamanda “hastalık yoktur hasta vardır” anlayışının yerini “hastalık var hasta yok” anlayışının almasına neden olduğu düşünülmektedir.

“Bir nöroloğun basic bir şekilde değerlendirmesi lazım. Arkadaş diyor ki mesela kardiyolojiye gösterdin EKG’yi... Ben bundan anlamam diyor. Bunu kardiyolojiye danışın. Ben EKG’den anlamıyorum diyor. Aşırı uzmanlaşmanın temel bazı şeylerden uzaklaşmaya neden olduğunu düşünüyorum bir şekilde... Dezenformasyon oluyor biraz yani, gittikçe şey oluyor, unutup herhalde böyle, şey yapmaya falan başlıyor ya da risk almak istemiyor. (Hekim 17, Acil Tıp).”

“Hasta yoktur hastalıklar vardır düşüncesiyle bir şeyler yapmak daha kolay çünkü hastalık dediğin şey tariflenmiş, bir çoğu tariflenmiş, bilinen literatürde olan şekliyle, en çok görülen şekliyle, bildiğimiz haliyle hasta geldiği zaman evet tedavi etmesi kolay. Ama çok farklı durumlar için hastalık yoktur, hasta vardır düşüncesiyle yaklaşmak biraz daha işin sürecini uzatıp işi zorlaştırdığı için, bu kadar şu anki sistem içerisinde, bu yoğunluk içerisinde, ona bulaşmak çok kolay değil. Yani onu tercih etmeyebiliyor insanlar. Bunu tercih etmeme imkanı bulurlarsa direkt. (Hekim 19, Radyoloji).”

Üretim sürecini parçalara ayıran hastalık vardır hasta yoktur şeklindeki bir anlayışın yükselişe geçmesinde, tariflenmiş bir hastalığın tanı ve tedavisinin daha kolay bir şekilde yerine getirilmesi etkili olmaktadır. Tarif tıbbi kavramsallaştırmasının arka planında da bu mantık yer almaktadır. Tıbbi bilgi birikiminin giderek arttığı günümüzde tariflenmiş hastalıkların ve uzmanlık alanlarının varlığı kabul edilebilir olmakla birlikte hekimlerin genel tababetten uzaklaşması istenmeyen bir durum olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılması, bir yandan işbölümü ve uzmanlaşmanın varlığını işaret ederken bir yandan kolektif bir sağlık hizmeti üretimini ve hekimler arasında takım çalışmasını ortaya çıkarmaktadır. Hekimin sağlık hizmeti üretim sürecindeki sorumluluk alanları diğer uzman hekimlerle paylaşılmaktadır (Çağlayaner, 2006).

Hekimlik mesleğinde inşa edilen takım çalışmasının önemli bir ayağını radyoloji uzmanlık alanının oluşturmaktadır. Özellikle hastalık tanısının konulma aşamasında hekimlerin görüntüleme teknolojilerine sıklıkla başvurmaları radyoloji alanındaki uzman hekimleri takım çalışmasının vazgeçilmez bir parçası kılmaktadır.

“Bizim branşın doğası gereği, yoğunlukla diğer klinisyenlerle çok yakın irtibatla olmamız gerekiyor. Çünkü bize hasta geliyor, hastanın görüntülerini yorumlayacaksınız, değerlendirme yapacaksınız... Hem de bizim bir insanı baştan ayağa, kafasından ayağının ucuna kadar her yerinin çok farklı modelitelerle yapılan görüntülemeleri var. Hepsini ayrı ayrı değerlendiriyorsunuz ve bütün sistemlerin patolojilerine hakim olmanız gerekiyor. O yüzden yakın irtibat halinde olmanız lazım. Aksadığı zaman da bizim yaptığımız işin kalitesi çok düşüyor. (Hekim 19, Radyoloji).”

Hekim 19, diğer hekimlerle yakın irtibatla olmaları gerektiğini vurgularken irtibatın kopması durumunda sağlık hizmeti kalitesinin düştüğünden bahsetmiştir. Radyologların görüntülemeleri yorumlamaları ve rapor yazmaları diğer hekimlerin çalışmalarını etkilediği için bu türden bir sağlık hizmeti üretim sürecinde hekimlerin birbirine olan bağımlılığından bahsetmek mümkün olmaktadır. Literatürde de hekimlerin, diğer hekimlerin bilgi ve

performansına bağılı hale geldiği ileri sürülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985). Bu nedenle de hekimlerin işin yürütümündeki kontrol gücü ve özerkliğinin aşındığı iddiaları gündem bulmaktadır.

Aynı bağımlılık ilişkisi ve takım çalışması, görüntüleme üzerine uzmanlaşan Nükleer Tıp uzmanlık alanında da söz konusudur.

“Bizden genel cerrahi, onkoloji ondan sonra dahiliye, neyse, çeşitli branşlar istiyorlar ve onların raporlarını biz yazıyoruz. Biz rapor yazıyoruz, rapora bakıyorlar. Görüntülemeleri görseler de yorumlamaları çok zor yani kolay değil. (Hekim 35, Nükleer Tıp).”

Hekim 35, ilgili görüntülemelerin yorumlanmasının zorluğundan, diğer uzmanlık alanındaki hekimlerin kendilerinin yazdığı rapora bağımlı olduklarını ifade etmiştir. Tıp alanının son derece geniş olması nedeniyle doğal bir sonuç olarak görülen bu bağımlılık ilişkisi, hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrol gücünün aşınmasını ifade ettiğinden özerklik kaybı olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi bilgi birikiminin sürekli olarak artması hem hekimleri hem de hastalıkları alt gruplara ayırmaktadır (Detsky vd., 2012; Gelijns ve Rosenberg, 1994; Menke, 1970). Ancak Hekim 35, diğer hekimlerin ilgili raporlara bağımlılığını ve üretim sürecinin parçalara ayrıldığını ifade ederken aynı zamanda “*En son kararı klinisyen, cerrah, dahiliyeci veriyor. (Nükleer Tıp).*” ifadesiyle tanı ve tedaviye ilişkin son kararın ilgili hekim tarafından verildiğini de belirtmiştir. Bu nedenle, hekimlerin emek sürecinde kontrol gücü kaybı yaşansa da özerkliklerini tam anlamıyla kaybettiklerini söylemek mümkün değildir. Ancak yine de özerklik kaybı anlamında vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde olduklarını söylemek mümkündür.

Son kararı ilgili hekim vermekle birlikte konsültasyon isteme ya da sevk etme şeklinde işleyen mekanizmalar ile hekimler arasında bir takım çalışması inşa edildiği ve tek bir hekimin bütün bir üretim süreci boyunca kontrol gücünü elinde bulundurmadığı görülmektedir. Hekimler arasında takım çalışması kurgulanarak kolektif bir sağlık hizmeti üretim süreci yapılandırılmış durumdadır.

Görüşme yapılan hekimlerden biri “*Teknoloji çok hızlı ilerliyor, bilim çok hızlı ilerliyor. Tüm bu alanlarda bir kişinin ömrünün de enerjisinin de uzmanlığını almaya yetmeyeceğinden sonra bir yerden sonra hani iş ekip çalışması haline dönüyor. (Hekim 20, Aile Hekimliği).*”

ifadesiyle takım çalışmasının aslında doğal bir sonuç olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. Ancak bu gelişmenin olumsuz bir takım sonuçları olduğunu da şu şekilde izah etmiştir:

“Bir parçalara bölünme olayı var. Ama bunların hepsini bütüncül bir şekilde yorumlamaktan uzaklaşıyor bu sefer. Bir sürü tetkik, bir sürü yere yönlendir. Sonrasında gelince onların bütün değerlendiremediğinizde, hasta size bölük pörçük ve belki de tamamlamayan tedavi de olmuş oluyor açıkçası... Hasta çok dolaşıyor. Hani heyet işin içine giriyor, dolayısıyla tek hekim değil, çoklu hekimle. (Hekim 20, Aile Hekimliği).”

Bireyselden kolektif bir sağlık hizmeti üretim sürecine geçildiğine dair teorik bulgu, Hekim 20 tarafından bizzat dile getirilmiştir. Bu bulgu, son derece önemlidir ve teori ile pratiğin ortak bir paydada buluştuğunu göstermektedir.

Hastaların bir birimden başka bir birime sevk edilmesiyle hekimler arasında gidip gelmesi, üretim sürecinin parçalara ayrılmasının somut bir çıktısıdır. Görüşme yapılan hekimler yoğun bir şekilde, giderek yaygın hale gelen bu işleyişi eleştirmişlerdir.

“Hastalar pinpon topu gibi oradan ortaya, oradan oraya gidip hiçbir şey anlamayıp hastaneden çıkıyorlar yani. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Hasta dolanıyor, dolanmak zorunda kalıyor. Bunun önüne geçmenin tek yolu da böyle çok disiplinli klinikler oluşturmak. Yani doktorları aynı yerde toplayıp 3-4 hekimi hastayı oraya çağırmak. Böyle yaklaşımlar var. Bu yapılabilir ama bu da sağlık sisteminin yapacağı bir şey. (Hekim 21, Üroloji).”

“O zaman sen bir nörolojiye git, benlik bir şey yok kardiolojiye git, hasta dosyayı almış eline bölüm bölüm dolaşıyor. Yani ne oluyor o adam 6 ay boyunca dolaşa dolaşa hasbelkader tanı konabiliyorsa konuyor, konmuyorsa hadi bakalım bu sefer yandı gülüm keten helva... Gidin hastaneye hastaların çoğunun elinde dosyalar var. O polikliniğe gitmiş bir dosya olmuş, bu polikliniğe gitmiş bir dosya olmuş. Bir sürü dosya ile geziyor adam. Yani hani bu şekilde tanı ve tedavi oranı yüksek olacaktı. Yani ben bir kuşkuyla yaklaşıyorum. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Hekimler, sağlık üretim sürecinin parçalara ayrılmasının hekimlerin vasıf ve mesleki hakimiyetlerinin yanı sıra hastalar açısından da olumsuz sonuçları olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların sürekli hekimler arasında dolanmak zorunda kaldıklarını ve tanı ve tedavi işlemlerinin bu nedenle aksayabildiğini belirten hekimler bunun bir yandan da hasta yoğunluğundan kaynaklandığını dile getirmişlerdir. Örneğin:

“Hastanın algısında, hasta şöyle algılıyor durumu benimle ilgilenilmedi. Haklı, haksız değil ama algılayamadığı şey şu: sen oradaki 80 kişiden birisin. Seninle ilgilenemez zaten. Yani seninle değil kimseyle ilgilenemez o şekilde. Yani sen eğer 10 olursan günde, seninle ilgilenilebilir ama 80 kişi olursan ilgilenemez. Bu hekimlerin ürettiği bir

şey değil, bu şu anki sağlık sisteminin durumu maalesef... Yenisine geçebilmesi için, o gün içinde o işi bitirebilmesi için hızlı hızlı bir yerlere sevk ediyor hepsini. Günde bu insan yüküyle iş rutinleşir tabi ki. Otantik bir iş yapamaz hale gelirsin. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hasta yoğunluğunun eritilebilmesi adına hekimlerin hastaları başka birimlere sevk etmek zorunda bırakılmasıyla sağlık hizmeti üretim sürecinde gözlemlenen parçalanma daha da derinleşmektedir. Hekimlerin vasıf düzeyinin aşınmasına neden olan bu türden bazı koşullar, hekimlerden bağımsız bir şekilde işlemektedir. Vasıfsızlaşma eğilimi, kapitalizme içkin bir süreç olarak yaşanmaktadır. Ancak ilgili süreçlerin yaşanmasının hangi sebeplerden kaynaklandığından bağımsız olarak hekimler açısından üretim sürecinin parçalara ayrılması ve hekimlerin kontrol gücünün zayıflaması ile vasıfsızlaşmanın bir tehdit oluşturduğunu söylemek mümkündür.

Teorik çalışmalarda hastane yönetiminin hekim pratikleri üzerinde artan müdahalesinden bahsedilmektedir. Araştırma kapsamında da bu durum sorgulanmış ve yönetimin hekim pratikleri üzerinde doğrudan bir müdahalesi olduğu bulgusu saptanmıştır. İlgili müdahalenin popülist politikalara, teknoloji kullanımına ve mali kaygılara bağlı olarak gerçekleştiği görülmüştür.

Yönetimin ve bürokrasinin hekim üzerindeki bozucu etkisinin popülist bir bakış açısından kaynaklandığını bir hekim şu şekilde izah etmiştir:

“Ben bir tane vekille konuştuğumda bana şey demişti, niye bu kadar memur kesimi ezdiriyorsunuz hani işte neden doktorlar eskisi gibi değil, işte hem maddi hem manevi niye bu kadar tükenmişlik sendromuna sokuyorsunuz dedim. O da dedi ki sizin sayınız kaç, halkın sayısı kaç dedi. Mesajı ben direkt aldım o zaman. Dedim ben daha uzatmıyorum dedim yani. (Hekim 30, Nöroloji).”

Hastane yönetiminin hekimlik mesleğinin icrasına ve hekim pratiklerine etkisi, genellikle bakılacak hasta sayısı üzerinden gerçekleşmektedir. Bu müdahale, popülist politikaların bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Sağlık politikaları gibi üretim noktasını aşan politikaların hekim pratikleri üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bu etki, ilgili politikaların bir çıktısı olarak hasta yoğunluğu artan hekimlerin, pratiklerini kendi iradeleri çerçevesinde belirleyememeleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin her hasta için ayıracakları zaman kontrol altına alınmaktadır (Sennett, 2019). Hekimlerin neyi, nasıl ve ne kadar süre içerisinde yapacağı gibi tıbbi pratiklerinin içeriğini ve esaslarını belirleme gücü zayıflayarak

özerkliklerinin azaldığı savunulmaktadır (McKinlay ve Arches, 1985; Soyer, 2009; Wolinsky, 1988).

Hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrol gücü ile kendi pratiklerini belirleyebilme gücünün, hastanın muayenesi için gerekli sürenin kendi iradeleri dışında belirlenmesi sonucunda aşındığı görülmektedir. Öte yandan hekimlerin, kısıtlı bir zaman içerisinde geleneksel tanı yöntemlerini kullanabilme imkanı olmadığı için hasta ile kurabileceği iletişim de son derece kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle, bir yandan işin yürütümünde kontrol gücünün bir yandan da iletişim vasıfları gibi geleneksel klinik vasıfların aşınmasıyla hekimlerin vasıf düzeyi azalma eğilimine girmektedir.

Hekimler, geleneksel tanı yöntemlerine ayıracakları süreyi kendileri belirleyememekte ve hasta yoğunluğu nedeniyle ilgili yöntemleri etkin bir şekilde kullanamamaktadırlar. Bu sebeple de politik uygulamalar bütününe hekimlerin üretim noktasındaki pratiklerine etkisi vasıfsızlaşma eğilimi olarak kendini göstermektedir.

“Ben devlet hastanesinde çalışırken 80 tane hasta almışım 81’inciye bakacak durumum yok. Zaten daha saat ikide 60’lardayım ya da işte 50’lerdeyim. İşte daha bunun sonuçları kontrolleri vesaire var. Başhekim sen o hastaya neden bakmıyorsun diye kalkıp seni tenkit ediyor, işte arıyor. O hastayı da alacaksın diye. Yönetimin müdahalesi var yani, olmaz mı? İnanılmaz var. (Hekim 30, Nöroloji).”

Hastane yönetimin baskı kurmak suretiyle hekimin daha fazla hasta bakmasını istemesi, hekim pratiklerini doğrudan etkilemektedir. Hasta yoğunluğu nedeniyle hekimler anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel tanı yöntemlerini kullanacak süreye sahip olamamakta ve böylelikle ilgili klinik vasıflarının pratiğe dayalı gelişimi engellenerek vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girebilmektedir.

Hekimlerden biri bakılan hasta sayısının önemsendiğini ve yoğunluk nedeniyle kalitesi düşen sağlık hizmeti üretiminin önemsenmediğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Şimdi sistem bunu istiyor, günde 100 hasta bakacasın, 100 hastanın parasını vereceğim sana diyor. Ama şey demiyor yani, 100 hastanın ya da 30 hastanın ya da 10 hastanın kaç tanesine fark etmez, doğru tanı verdin, kaç tanesini düzelttin, kaç tanesini doğru yerlere sevk ettin bunlara bakılmıyor. Ama bütün dünyada bu böyle. Sadece bizim ülkemiz için düşünmeyin. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Bakılan hasta sayısı ile hizmet kalitesi arasında ters bir orantı bulunmaktadır. Hasta yoğunluğu nedeniyle sağlık kalitesinin düşmesi bir yandan da hekim pratiklerinin etkinliğini göstermektedir. Bu nedenle, kalitedeki düşüşün beraberinde hekimlerin klinik vasıfların aşınması sonucunu getirdiğini söylemek mümkündür. Örneğin bir hekim bu sorunu şu şekilde ifade etmiştir:

“100 hasta bakan bir doktor aslında 100 hasta bakmamıştır orada. 60 hastaya bakmamıştır yani, 40 hasta bakabilmiştir. O 60 hasta, aslında kendine zarar verir yani. Tanısı koyulamıyor yani. Sadece gel git oluyor. (Hekim 16, Göz Hastalıkları).”

Nitelikten ziyade niceliğe odaklanan bir sağlık hizmeti üretiminde, piyasalaşmanın etkisinin olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü sağlık hizmeti alanı gelişmiş kapitalizmin gerekliliklerine uygun olarak dönüştürülmüş ve hekim pratikleri finansal ve popülist kaygılar ile kontrol edilebilmek için bürokratikleşmiş ve yönetim tarafından denetimi artmıştır (Kelman, 1971; McKinlay ve Arches, 1985, Ruston, 2006).

Hasta yoğunluğu nedeniyle klinik vasıfların aşınmasında, geleneksel yöntemlerin kullanılamaması ve başka bir uzmanlık alanına sevk mekanizmasına başvurulması etkili olmaktadır. Hekimlerin yalnızca kendi uzmanlık alanına has hastalara bakmaları, genel tababetten uzaklaşmalarına neden olmaktadır.

“Bir kardiyolog burada günde mesela 150 tane kalp hastası görüyor ve ister istemez diğer, tıbbın diğer alanlarına, sistemlere dair bir şeyleri unutması daha olası... Bu biraz bakılan hasta sayılarıyla da alakalı. Özellikle devlet hastanelerinde hastaya ayrılan süre çok kısıtlı olduğu için, mesela nöroloji, kendi branşıyla ilgili olan o anki hastanın şikayetlerini değerlendiriyor (Hekim 36, Pratisyen Hekim).”

Yönetimin bakılacak hasta sayısı üzerinden müdahalesinin olası sonuçlarından biri, hekimlerin genel tababetten uzaklaşmasıdır. Bu durum, bir yandan hekimlerin işin yürütümündeki özerkliğine yönetim tarafından müdahale anlamına gelirken bir yandan da tıbbi bilgi düzeyindeki azalışa ve bütüncül tıp yaklaşımından kopuşa işaret etmektedir. Hekimlerdeki özerklik kaybına bağlı vasıfsızlaşma eğilimi aynı zamanda tıbbi bilgi düzeyinde azalışa da neden olabilmektedir (Fielding, 1990; Hopkins vd., 1996; McLaughlin ve Webster: 1998; Scarpaci, 1990; Starr, 1982). Sıklıkla belirtildiği üzere hekimler açısından vasıfsızlaşma eğilimi ve riski, birbirinden ayrı gibi görünen ancak iç içe geçmiş etkenler tarafından ortaya çıkmaktadır. Yönetimin müdahalesi, farklı açılardan vasıfsızlaşma eğilimini tetiklemektedir.

Hastane yönetiminin hekim pratikleri üzerindeki doğrudan müdahalesine ilişkin olarak diğer hekimlerin görüşleri şu şekildedir:

“Mesela diyor ki, sen psikiyatristsin, hani senin 50-60’tan fazla bakmamamı anlayabilirim ama senin bakabileceğin hasta günde 10 hasta. Ama mesela kulak burun boğazcıya diyor ki sen diyor 80-90 hasta bakarsın. Onların hepsinin bir algısı var yani bütün bölümler için. İdare bunlara hakim. Bakılabilecek, dört buçuk, beşe kadar bakabilecek hasta sayısını az çok biliyor, o mekanik düzende bakılabilecek. Yoksa hastaların çok iyi bir şekilde bakıldığını kastetmiyorum. Ama o mekanik düzende hızlı hızlı bakabilirsin. Yani şu doktor bakabilir, yani sen de bakabilirsin... Bu idareyle konuşuluyor. Diyorsunuz ki idareye ben bugün bu kadar hasta bakarım, daha fazla bakamam. O zaman size hasta yazmıyorlar. Ama idare bir taraftan kontrol ediyor. Diyor ki hani belli bir sayının altında da bakamazsın. Yani, belli bir sayının üstüne çıkacaksın, bu en azından 50-60 hasta olacak. Tamam. 100 hasta bak 200 hasta bak diyemez zaten. Öyle bir zaman yok zaten. Öyle bir şey olamaz. Ama diyorsun ki mesela sen, artık ben 70 oldu 80 oldu kapatıyorum. Kapatma meselesi var. Kapatmıy mı diyor ki oradaki sisteme, bu doktora randevu alamazsın, bitti diyor ama sınırlar çoktan aşılmış oluyor. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Bir hastanenin yöneticisi için hastanede uygulanan cerrahi sınıflar ne kadar yüksekse yöneticilik puanına katkısı o kadar fazla. Yani bir hastanede A grubu ameliyatlara yapılıyorsa, bu yönetici için her zaman bir artıdır ya da hastanenin yatak doluluk oranları yüksekse bu yönetici için artıdır ya da hasta, kamu için söylüyorum bunları, hastanenin cirosu yüksekse bu yönetici için artıdır. Bir kamu hastanesinin ciro kaygısı ile iş yapması çok tehlikeli. Özel hastaneler ticarethane sınıfındandır. Oralarda tabi ki cirosuna göre iş görecektir. Özel hastanelerde bu baskılar var. Ama bunun kamuya kadar yansımış olması artık hekimler arasında da ciddi problemlere, ciddi sıkıntılara sebep oluyor. Hem yasal sıkıntılarla baş etmek hem yönetim tarafından uygulanan bu baskılarla baş etmek adına hekim birazcık daha geniş tutabiliyor. Yani ameliyat olmayacak bir hastayı ameliyat etmeye daha meyilli olabiliyor, yatış gerektirmeyen bir hastayı yatırıp tedavi etmek daha kolayına gelebiliyor... Bir yandan yöneticilere baskı yapılıyor, siz bakın A grubu yapmıyor hastaneniz, tomografi ve mamografi çekim oranlarınız az, öbür taraftan da gelip diyorlar ki çok fazla tomografi istiyorsunuz, çok fazla mamografi istiyorsunuz, bunu azaltın. Şimdi burada ne yapacak hekim? Çıkış bulamıyor. Burada işte ne şiş yansın ne kebab. Yani iki tarafı memnun etmeye çalışarak böyle bir saçma sapan düzenin içine giriyoruz. Bürokrasinin kesin müdahalesi. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Saha araştırmasında sağlık hizmeti alanının piyasalaşmasının beraberinde getirdiği sorunlar sıklıkla gündeme getirilmiştir. Hastane yönetiminin ve bürokrasinin müdahalesi, hekimleri bir yandan mesleğin etik kuralları ile çelişen davranışlarla bir yandan da tanı ve tedavilerin belirlenmesindeki özerklikleri kısıtlamak suretiyle vasıfsızlaşma tehdidi ile karşı karşıya getirmektedir.

Son olarak, sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrıldığına dair bir diğer teorik bulgu, Fordist üretim yapılanmasında da benzeri görülen bir “kafa-kol emeği” ayrışmasının sağlık

hizmetinde de söz konusu olduğuna yöneliktir. Kafa-kol emeği ayrışması hekimlerin emek sürecinde kendini “hekimler” ve “hekim-dışı personeller” şeklinde göstermektedir. Görüşme yapılan hekimler; teknisyenler ve hemşireler gibi hekim-dışı personeli “*Biz trenin lokomotif, öbürleri de vagonlar. (Hekim 2, Ortopedi ve Travmatoloji).*” ve “*Olmazsa olmazı bu işin. (Hekim 33, Genel Cerrahi).*” şeklinde tanımlamışlardır.

“Bizim elimiz ayağımız gibiler. Bazı noktalarda kesinlikle bize yardımcı oluyorlar, sorumluluğun tamamen onlarda olmadığı, sorumluluğun tamamen hekimde olduğu bir sistemde yardımcı olarak. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

“Bizim istediğimiz tedaviyi, işte yoğun bakım hemşireleri olsun ya da ameliyathane teknikleri olsun uygulayıcı kişiler ama şey bizdedir karar verme yetisi bizdedir. Bir hasta için karar vermeleri mümkün değildir ama ne olur, hasta o sırada çok kötüdür, nabızı düşmeye başladığı zaman yapabilir. (Hekim 3, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”

“Hemşirenin rolü daha çok reçete edilen tedavinin uygulanması, hap tedavisi, nitel bulgulara bakılması, kan alınması şeklinde. (Hekim 14, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hekim-dışı personel, sağlık hizmeti üretim sürecinde uygulayıcı olarak yer alan kişilerden oluşmaktadır. Hastanelerin sağlık fabrikası (Soyer, 1998) olarak adlandırılmasının ardında yatan sebeplerden biri de aslında budur. Fordist üretim yapılanmasındaki gibi işin tasarım ve uygulama aşamaları birbirinden ayrılmış durumdadır ve kafa emeği konumundaki hekimler tanı ve tedaviye ilişkin kararları verirken hekim-dışı personel ilgili kararlara ilişkin protokolleri uygulamakla görevlidir. Özellikle karmaşık teknolojilerin kullanımı noktasında hekimlerin, hekim-dışa personele artan bir bağımlılığı olduğu ifade edilmektedir (Cook-Deegan, 1988; Cooper ve Stoflet, 2004; McKinlay ve Marceau, 2002). Bu nedenle, hekimlerin emek sürecinde de Fordizm benzeri bir mantıkla yapılanan bir üretim sürecinin varlığından söz etmek mümkündür.

Sonuç olarak hekimlerin pratiklerinin içeriğini belirleme gücündeki aşınma beraberinde takdir yetkilerinin azalmasını ve klinik kararların alınmasındaki inisiyatifi büyük oranda hekime bırakan emek sürecinden uzaklaşılması sonucunu getirmektedir (Gallie vd., 2004; Harrison, 2002; Hoff, 2011). Bu nedenle, meslek üyelerinin üretim sürecinin planlanmasından yürütülmesine kadarki tüm süreçlerde inisiyatif sahibi olduğu (Child ve Fulk, 1982; Oppenheimer, 1996: 152) profesyonel bir meslek grubu olarak hekimlik mesleğinde, çalışma koşullarının belirlenmesindeki kontrol kaybı sonrasında

profesyonelleşmeme eğiliminin yaşandığını söylemek mümkündür (Prechel ve Gupman, 1995).

İşin yürütümünde özerkliğin ve kontrol gücünün varlığı, profesyonel meslekleri geleneksel mesleklerden ayırmaktadır (Johnson, 1972: 41). Ancak ilgili karakteristiğin aşınması, aradaki farklılığı ortadan kaldırmakta ve vasıfsızlaşma ile profesyonelleşmeme eğilimini ortaya çıkarmaktadır. Çünkü işin yürütümünde kontrol gücü ile özerklik, profesyonellik ile vasıf düzeyini belirleyen unsurlar olarak kabul edilmektedir (Yücesan-Özdemir, 2014: 163).

4.3.2.2.6. Hekimlerin profesyonel kimlikliklerinin aşınması

Tıpta uzmanlaşma ve teknolojik gelişmeler ile birlikte hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsılması sürecine etki eden bir başka gelişmenin, hekimlerin hastalarla olan ilişkilerinde ve toplum nezdindeki kabullerinde yaşanan dönüşümle ilintili olduğu belirtilmektedir. Hekimlerin otoritesi sorgulanmaya başlanarak pratiklerinin meslek dışından olanların müdahalesine daha açık hale geldiği tartışılmaktadır (Broom, 2005; Cook-Deegan, 1988; Spaeth, 1985). Bu bağlamda profesyonelleşmeme eğilimi ile vasıfsızlaşma eğilimi arasında mesleki otorite bağlamında benzerlikler söz konusudur. Her iki eğilimde de profesyonellerin özerklik alanları aşınmaktadır.

Hekimler, en doğrusunu bilen ve sözüne güvenilen, tanı ve tedavi süreçlerini özerk bir şekilde kendi inisiyatiflerine bağlı olarak gerçekleştiren birer meslek erbabı olarak görülürken son yıllarda yaşanan gelişmeler ile bu özelliklerinin aşıldığı ve profesyonel kimlikleri ile prestijlerini kaybettikleri ifade edilmektedir (Freidson, 1986, Starr, 1982; Wolinsky, 1988). Bu süreçte, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının büyük bir etkisi bulunmaktadır. Hekimlerin emek sürecinde kapitalizm mantığı temelinde dönüşüm yaşanmıştır (Daly ve Willis, 1989; Himmelstein ve Woolhandler, 1985).

Araştırma kapsamında görüşme yapılan hekimler, hekimlik mesleğinin ve hekimlerin eski prestijli konumlarından uzaklaştığını ifade etmişlerdir.

“Şu andaki rolümüz, aslında çağdaş hekim rolü, asla geleneksel hekim rolüyle bağdaşmıyor. Yani aynı değil. Eskiden biliyorsunuz babacan bir hekim şey yapıldı, güven veren, tamam merak etme halledeceğiz, sen üzülme falan işte sırtını sıvazlayıp yapacağız, bitecek, hiç üzülme deyip sırtını sıvazlayıp böyle güven veren babacan

hekimdense şuanda ben kendi adıma şeyi tercih ediyorum yani bir, ne denir, teknik bilir kişi gibi. Bir konuyu biliyorum ve bu konudaki bilgilerimi hastalara aktarmak durumundayım ve bu aktardığım bilgi doğru bilgi olmak zorunda. Yansız bilgi. Yani hastalığı ile ilgili, bak senin hastalığın şu, bunun şu, şu, şu tedavi alternatifleri var ben şunu tavsiye ediyorum çünkü işte şu açıdan en sağlıklısı bu senin için ama hasta bunu tercih etmeyebilir yani. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimlerin gelenekselden çağdaş doğru bir dönüşüm yaşamasıyla güven veren hekim profilinden tavsiye veren hekim profiline geçildiğinden söz edilmektedir. İlgili dönüşüm ertesinde hastalıkların tanı ve tedavi sürecini belirleyen hekimlerin yerini tanı ve tedaviye ilişkin alternatifler sunan teknik bir bilirkişi konumundaki hekim profilinin aldığı belirtilmektedir. Bu bağlamda hekimlerin pratiklerini görece daha az özerk bir şekilde yerine getirdiğini ve mesleki otoritesinin sarsıldığını söylemek mümkündür. Bu konuyla alakalı olarak bir başka hekimin ifadesi son derece açıklayıcıdır:

“Önce diyelim ki doktoru her şey olarak kabul eden insan, şimdi doktoru her şey olarak kabul etmemeye başladı. Önce tek doktorla teşhis koyan şimdi doktor doktor gezmeye başladı. Niye? Çünkü kendine güveniyor ya, ya ben bu doktorun görüşünü beğenmedim, bu teşhis koyacak adam da değil. Adamda aptal bir özgüven var ya, o aptal özgüvenle böyle düşünüyor ondan sonra ikinci doktora, üçüncü doktora. Bu şekil oldu. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hekim pratiklerinin sorguya açık hale gelmesi, literatürde hekimlerin profesyonel kimliklerinin ve toplum nezdindeki prestijlerinin aşınması olarak değerlendirilmektedir. Sahada ise hekimler, güvenilen kişi olma özelliklerini kaybederek hastalar karşısında tıbbi pratiklerinin sorgulanabilir hale geldiklerini belirtmişlerdir. Örneğin görüşme yapılan hekimlerden biri “*Beni şey olarak gördüğü düşünüyorum, şüpheli. Şüpheli konumunda olduğumu düşünerek muayene ediyorum. Çünkü her hareketimde bir şey arıyor hastaların çoğu.* (Hekim 8, Pratisyen Hekim).” ifadesiyle hekimlerin sarsılan prestijine vurgu yapmıştır.

Profesyonel kimliğin aşınmasında profesyonellerin pratiklerinden şüphe duyulmaya başlanması etkili olmaktadır (Freidson, 1996: 103). Hekimlik mesleği özelinde bu sürecin, hekimlerin sağlık hizmeti alıcıları üzerinde kurdukları otoritenin yitirilmesi şeklinde ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Haug, 1996: 131). Profesyonel mesleklere has müşteri-profesyonel ya da hekimlik mesleği özelinde hasta-hekim arasındaki güven ilişkisinin azalma eğiliminde olduğundan bahsedilmektedir (Quick, 2017).

“Bizim ülkemiz için söyleyeyim, prestijimiz tabi çok düştü. Çok hızlı. Yokuş aşağı, çok hızla. Bunun iki tane faktörü var ama birincisi genel siyasi şeyin, bakışın hastaları hekimlere karşı bir şey yapması, ne denir ona negatif yönlendirmesi. Memleketteki

eğitilmiş kesimin, eğitimsiz kesime karşı zayıf ve sıkıntılı gösterilmesi gibi politikaların sonucu zaten bir sıkıntı var. İkincisi hastanedeki şartların kötüleşmesi ile bizim hastanede muayene kalitemizin düşmesi. Yani o kalite düşmesi de buna ayrıca etki ediyor ama bu kalitenin düşmesinin sebebi hekimler değil, dayatılan sistem. Hasta bakım sistemi. Böyle olunca tırnak batması hastası beyin cerrahisi hekimine geliyor. Yani 70 tane hasta bakarken o hastayla zaten 30 saniye ilgileniyorsunuz. Benim yapabileceğim bir şey yok, şuraya gidin falan. Hem lüzumsuz bir hasta geliyor, siz bununla ilgilenemiyorsunuz. Sonuçta böyle bir kısır döngüye giriyor işler. Mevcut sağlık sisteminin hekimleri kötüleyen, hastaları şey yapan bir durumu var, destekleyen. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimlerin prestij kaybı ile mevcut politikalar arasında bir ilişki kurulmaktadır. Mevcut politikalar ile hastanelerdeki muayene ve sağlık hizmeti kalitesinin düşmesi sonucunda, hekimlerin toplum nezdindeki prestijinin azaldığı ifade edilmektedir.

Geleneksel hekim profilinin yaşadığı prestij kaybının bir başka göstergesi olarak “hekime şiddet” vakaları gösterilmiştir. Hekime şiddet vakaları, hekimler tarafından bir prestij kaybı olarak algılanmaktadır. Örneğin:

“Hasta ile doktoru artık barıştırmak gerekiyor. Ben hasta ile hekimin artık birbirine düşman tavırlar sergilediğini düşünür bir haldeyim. Yani benim çocukluğumda hekime el kaldırmak... Olmazdı böyle bir şey toplumda, düşünülmezdi bile. Ne oldu bunca zaman sonra? Öldürülen doktorlar, dayak yiyen doktorlar. Yani tüm parmaklar sorumlu olarak doktorları gösteriyor ama ben buna katılmıyorum. Hasta hekim ilişkisinin dediğim gibi artık onarılması düzeltilmesi gerekir. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Hekimlerin prestij kaybına uğramalarında artan şiddet olaylarının etkisine vurgu yapılmaktadır. Örneğin bir başka hekim “*Hekimlik bu ülkenin en yüz akı meslek grubuydu yakın zamana kadar. Hangi ara bu kadar dejenere oldu ve bozulmaya uğradı... Şimdi gelinen nokta, onunla örtüşmeyen bir şey. Hem prestij anlamında hem maddi kazancı anlamında hem toplumda sürekli oluşan güvensizlik anlamında.* (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).” ifadesiyle yaşanan prestij kaybını açıklamıştır.

Hekime yönelik şiddet vakaları, dünya genelinde artışa geçen bir sorun olarak kabul edilmektedir (Yiğit ve Uğurluoğlu, 2020). Yapılan bir araştırmada, hekimlerin büyük bir çoğunluğunun hekime şiddet olgusunda artış yaşandığını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır (Turhan vd., 2014). İlgili sorunun son yıllarda artışa geçmesiyle hekimlerin toplum nezdindeki kabullerinde dönüşüm yaşanmış ve hekimler prestij kaybına uğramaya başlamıştır. Yapılan başka bir araştırmada, medyanın hekime yönelik şiddeti

meşrulaştırmada ve sıradanlaştırmada etkisi olduğu saptanmıştır (Küçük Durur, 2017). Bu etki, toplumun hekimlik mesleğine olan bakış açısını etki ederek prestij kaybının derinleşmesine neden olmaktadır.

Görüşme yapılan hekimlerden biri, “*Ben tıp fakültesine girdiğimde önce zarar verme, biz bunu öğrenmiştik. Şu anda hekimlerin arasındaki önce zarar görme. (Hekim 1, Acil Tıp).*” ifadesiyle hekime yönelik şiddet vakalarına dikkat çekmiştir. Artan şiddet vakaları, önceki bölümlerde tartışılan defansif hekim pratiklerini de açıklar niteliktedir. Hekime yönelik şiddet gibi olumsuz gelişmelerin tetiklediği prestij kayıplarının hekimleri defansif bir tıp anlayışına yönelttiğini söylemek mümkündür.

Hekimlerin mesleki otorite ve prestijlerinin aşınmasında etkili olan bir diğer faktörün malpraktis davaları temelinde gerçekleştiği saptanmıştır. Profesyonelleşmeme eğiliminde, profesyonel meslekler ilgili meslek profesyonelleri dışındaki kimselerin müdahalelerine açık hale gelmektedir. Hekimlik mesleği açısından bu durumun bir benzerinin malpraktis davalarında söz konusu olduğu görülmektedir.

“Ben savunma vermek zorunda kalmıştım. Tabi ki başhekimin elinden geçiyor ama başhekimin sadece iletme konusunda bir şeyi var. Sonuçta bu bir hastanın beyanı. Ne kadar doğru olabilir diye, bu hekimi uğraştırmayalım düşüncesi yerine hastanın beyanına itibar edip hemen bu hekimen cevap isteyeyim tavrı var. (Hekim 14, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hekim pratikleri, günümüzde, profesyonel olmayan kişilerin sorgu ve müdahalesine daha açık hale gelmektedir. Hastalardan gelen şikayetler üzerine hekimlerin savunma yapmak durumunda bırakılmaları, hekimlik mesleğine meslek profesyoneli olmayan kişilerin müdahalesini gösteren bir örnektir. Bu durum, hekimlerin mesleki otoriteleri üzerinde bozucu bir etki olarak değerlendirilebilir.

“Bir cerrahın dosyasına bakan bir dermatolog olabiliyor ya da bir dahiliye uzmanı olabiliyor. Bir cerrah olmayabiliyor. Dolayısıyla hekim tarafından değerlendirilseniz bile bu değerlendirme eksik ya da yanlış olabiliyor. Bir diğeri yine hukuk camiası bu konularda birazcık daha mağdur tarafın yanında olma eğiliminde. Aslında bir mağduriyet yok. Yani kişi ameliyat sırasında hayatını kaybetmiş, yanlış yapılan bir şeyden dolayı değil bu. Ama hakim karşı tarafın acısını hafifletecek düşüncesiyle hekime ceza vermeye daha yatkın. Daha eğilimli olabiliyor. Özellikle zorunlu mesleki sigortanın çıkmasından sonra tazminat davalarında artış ve tazminata hükmedilme oranlarında bir yükseliş var. Çünkü hakimle savcılar şöyle düşünmeye başladılar: ya nasıl olsa mesleki sigortası var, doktorun cebinden de bir şey çıkmayacak, o zaman ben rahat rahat tazminata hükmedebilirim, öteki taraf da mağduriyetini bir nebze

gidermiş olur gibi bir düşünceye de sahip olabiliyorlar. Bu da bizi sıkıntıya sokan şeylerden bir tanesi. (Hekim 34, Genel Cerrahi).”

Son yıllarda tıbbi uygulama hatası ve malpraktis davalarındaki artış ile bilirkişilik uygulamaları yargı alanındaki en önemli aşamalardan biri haline gelmiştir (Pakiş, 2014). Hekim 34, şikayet üzerine hekimlerin mesleki pratiklerinin incelendiği durumlarda, bilirkişi olarak ilgili uzmanlık alanının dışından bir uzman hekimin dosyayı inceleyebildiğini ifade etmiştir. Benzer şekilde Hekim 17 de “*Apandisite mesela, dahiliye doktoru falan girebiliyor yani. Çok fazla çelişki var. (Acil Tıp).*” farklı uzmanlık alanındaki hekimlerin şikayetleri incelediğini belirtmiştir. Bu durum, her ne kadar tam anlamıyla profesyonel olmayanların müdahalesi olarak yorumlanamayacak olsa da tıpta uzmanlaşma mantığı ile ilgili bir çelişkiye neden olmaktadır. Çünkü farklı uzmanlık alanlarının varlığı, hekimlerin belirli alanlarda uzmanlaşmalarından kaynaklanmaktadır. Ancak ilgili uzman hekim pratiklerinin, bir başka uzmanlık alanındaki hekim tarafından sorgulanmasının uzmanlık mantığı ile örtüşen bir yanı bulunmamaktadır. Bir başka ifadeyle, farklı alanlardaki uzman hekimlerin, başka bir alandaki uzman hekimin pratiklerini sorgulayabilecek uzmanlık bilgisine sahip olması çelişkiye neden olmaktadır. Öte yandan Hekim 34’ün ifadesinden profesyonel olmayanların direkt müdahalesinin hukuk alanından geldiği anlaşılmaktadır. Bu durum, mesleki otorite üzerindeki aşındırıcı bir etki olarak değerlendirilmektedir.

Piyasalaşma olgusu ile hekimlerin mesleki otoritesi arasında da bir ilişki söz konusudur. Görüşme yapılan hekimlerden biri, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına ilişkin olarak “*Biz bile sağlık piyasası diye bahsetmeye başladık. Yani sağlığın eşit ulaştırılması gerek diye düşündüğümüz noktadan bugün sağlık piyasası. (Hekim 1, Acil Tıp).*” ifadesini kullanarak hekimlerin dahi sağlık alanını bir piyasa olarak görmeye başladığını belirtmiştir. Hekim pratiklerinin hastalar tarafından sorgulanabilir hale gelmesinin ve hekimlerin mesleki otoritelerinde yaşanan aşınmanın nedenlerinden birini, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması oluşturmaktadır.

“Tıp uzun bir zamandan beri bence sanayileşti. Yani büyük paralar dönüyor. Yani ilaç şirketleri çok korkulacak şirketler ya da yeni teknolojik aletler çıkartan ve bu konuda yatırım yapmış ve bir an önce parasını çıkarmak isteyen şirketler piyasası çok zorluyorlar ve hatta siyasi ilişkilerle tüm dünyada bu böyle. Sanayileşmeye götürüyorlar süreci... Sağlığın tüm dünyadaki dönüşümüyle birlikte hastanın yerini müşteri aldı. Yani, işte müşteri şöyle tatmin edilmeli, böyle tatmin edilmeli. Hasta yani bu, müşteri değil diyemiyorsunuz. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Sağlık alanında dünya genelinde yaşanan piyasalaşma temelli dönüşüm sonucunda hastalar birer müşteri halini almaktadır. Piyasalaşma sürecine giren sağlık alanının, hekimlerin mesleki otorite ve prestijleri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Örneğin ilgili dönüşümün hekimlerin mesleki otorite ve prestijlerine etkisini bir hekim şu şekilde açıklamıştır:

“Müşteri haline geldiği için talepler artacak, bu sefer karşı tarafın toleransı azalacak. Tolerans azaldığı zaman bu sefer hastanın tavrı değişebiliyor, şiddete başvurabiliyor yani her türlü şeyi yapabiliyor yani görüyoruz. (Hekim 6, Pratisyen Hekim).”

Müşteri haline gelen hastaların varlığı, hekime yönelik şiddet vakalarının artışındaki etkenlerden biri olarak görülmektedir. Bu durum, hekimlerin toplum nezdindeki kabulünü olumsuz yönde etkileyen bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Yapılan bir başka araştırmada da benzer bulgulara ulaşılmıştır: şiddetin nedenlerinden birisini toplumun hasta haklarına yapılan vurgudan etkilenmesi oluşturmaktadır (Yıldız, 2019). Hasta haklarına yapılan vurgunun ardında piyasalaşma nedeniyle müşteri haline gelen hastalar ve popülist politikalar gibi farklı sebepler yatmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması süreci, hekimlerin sahip olduğu geleneksel kimliğin aşınmasında büyük bir etkiye sahiptir. Sağlık hizmet sunucularının kar amacı gütmemesinin bir sonucu olarak hastaların hekimlere olan bakış açısı değişim göstermiştir. Örneğin müşteri haline gelen hastaların hekimler üzerindeki etkisini bir hekim şu şekilde açıklamıştır:

“Hastanın talebinin daha çok tetkik üzerinde. Hizmet sunumun da daha çok bir müşteriye hizmet sunmak gibi. Hani onun da isteğinin göz önüne almak gerekliliği, çoğu koşulda öyle... Dolayısıyla üçüncü bir muayene şekli ekleyebiliriz; geleneksel muayene, teknolojik muayene ve üçüncüsü olarak da defansif muayene. (Hekim 14, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

Müşteri gibi hareket etmeye başlayan hastaların memnun edilmesi amacıyla hekimler, hastaların isteklerini göz önünde bulundurmada durumunda kalabilmektedir. Hekimler bu durumu bir defans olarak da değerlendirmektedirler. Hekim pratiklerine bir müdahale olarak kabul edilebilecek bu durumun, hekimin gerek özerkliğini gerekse mesleki otoritesini aşındıran etkilere de neden olduğunu söylemek mümkündür.

“Bir hastayı muayene edeceksin, hastadan anamnez alacaksın, muayene edeceksin, tetkikler yapacaksın, reçete yazacaksın. Eğer bunlar bir arada olmazsa hekimliğin sorgulanıyor. Yani şimdi hastayı direkt muayene eder reçete yazarsan, ya hocam bir tetkik istemeyecek misiniz ya da muayene etmeden tetkike göndersen hocam hiç muayene etmediniz ya da muayene edip tetkik istediniz, reçete yazmadınız, sizin hiçbir şeyiniz yok eve gidip dinlenmeniz yeterli dediniz, hocam reçete yazmayacak mısınız

şeklinde. Türkiye’de böyle bir imaj oluşmuş. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Yukarıdaki ifade, hekim pratiklerinin sorguya ne kadar açık bir hale geldiğini gösterir niteliktedir. Öyle ki hekimlerin, özellikle tanı aşamasında kullandıkları yöntemler sürekli olarak sorgulanmaktadır. Tıbbi pratikler üzerinde hekimlerin özerkliklerini ve mesleki otoritelerini sarsan düzeyde hasta müdahalesi olduğunu söylemek mümkündür. Bu türden müdahaleler, hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınması sürecine etki eden birer gelişme olarak değerlendirilebilir.

4.3.2.2.7. Hekim-hasta ilişkisinin dönüşümü: hastaların bilinçlenme(me)si ve tıbbın insansızlaşması

Hastaların, sağlık alanına ilişkin konularda bilgi almak için internet ve bilgi teknolojilerini artan oranda kullandığı ve ilgili teknolojilerin hastaları bilinçlendirdiği ileri sürülmektedir (Ajuwon, 2006; Beck vd., 2014; Bujnowska-Fedak ve Wegierek, 2020; Murero vd., 2001; Oliveira, 2014; Powell ve Clarke, 2002; Tatsumi vd., 2001; Zhou vd., 2020). Hastaların yapmış oldukları araştırmalar neticesinde henüz hekime görünmeden önce bir tanıya ulaşmaları ya da hekimden belirli bazı tetkiklerin yapılmasını istemesi şeklinde ifade edilen bilinçlenme durumunun ise hekimlerin işin yürütümündeki özerkliğini tehdit ettiği savunulmaktadır. Tıp bilgisinin gizemini yitirmesi, teknoloji tarafından ilgili bilgilere ulaşmanın kolay hale gelmesi ve böylelikle hastaların “bilinçlenmesiyle” hekime olan güvenin azaldığı belirtilerek hekim otoritesinin sarsıldığına işaret edilmektedir (Broom, 2005; Dent, 2006; McKinlay ve Arches, 1985).

Saha araştırması kapsamında, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin yaşadığı dönüşümün önemli bir boyutunun hastaların hekim pratiklerini sorgulama ve bazı durumlarda yönlendirme şeklindeki davranışlarından oluştuğu saptanmıştır. Literatürde bu gelişmeye her ne kadar “hastaların bilinçlenmesi” adı verilse de görüşme yapılan hekimler hastaların bilinçlenmediğini, aksine yanlış bilgiler ile donatıldığını ifade etmişlerdir.

“Kendi reçetesini hazırlamış, okumuş, çocuğu değerlendirmiş, reçetesini ya da istediği kan tetkiklerini hazırlamış benim önüme not atıyor, bu kanların istenmesini istiyorum diyor. Sen orada sanki onun emrinde bir askersin, onun emrinde bir kişisin. O şekilde davranıyorlar. Ya da sen diyorsun ki bu çocuğun bu tedavisinde antibiyotik gerekmiyor. Mesela diyor ki kesinlikle antibiyotiksiz iyileşmiyor benim çocuğum,

antibiyotik yazmak zorundasınız. Bunların hepsi sosyal medya, internette okudukları. (Hekim 8, Pratisyen Hekim).”

Yukarıdaki ifade, literatürde değişime uğradığı tartışılan hasta-hekim ilişkisini açıklar niteliktedir. Hekim 8, kendi tecrübesinden yola çıkarak, hastaların kendi tanı süreçlerini işlettiklerini, hatta hastalığı reçete ettiklerini ve gerekli tetkikleri belirlediklerini aktarmıştır. Sözü edilen örnekte hekim pratiklerine doğrudan bir müdahale girişimi söz konusudur. Bu müdahaleler, hekimlerin klinik vasıflarını doğrudan tehdit etmemektedir çünkü hekimlerin hastalardan gelen ilgili müdahalelere direnç göstermesi olasıdır. Ancak bu durum, geleneksel hekim profilinin dönüşüme uğradığını göstermesi açısından son derece önemlidir: hekim pratiklerinin müdahalelere açık hale geldiğini göstermektedir. Literatürde ilgili durum, hasta profilindeki dönüşüme işaret ederek hastaların kendi vücutlarına neyin yapılmasının uygun olacağına kendilerinin karar verebileceği düşüncesinin oluşması olarak değerlendirilmektedir (Light ve Levine, 1996: 188). Ancak hasta tarafından uzmanlık bilgisinin anlaşılabilmesi ve eleştirilebilmesi olarak ifade edilen bilinçlenme durumunun (Freidson, 1996: 108), uygulamada hekim pratiklerine müdahaleden öteye sağlık hizmeti kalitesini tehlikeye atan bir boyutu da söz konusudur. Çünkü yanlış bilgiler ile hareket eden hastanın uygun tanı ve tedavi yöntemine ulaşması noktasında sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Hekim pratiklerine hastalardan gelen müdahalelerin kaynağında hastaların bilinçlenmesi olgusunun yattığı savunulmaktadır. Ancak hekimlerin görüşü aksi yöndedir:

“Teknolojinin bu anlamda kötülüğü de aslında bize o oldu. Mesela internette saçma sapan bilgilerle donanıp sonrasında sen niye bu ilacı yazdın, mesela bu epilepsi ilacıymış diye gelebiliyor bana. Ama epilepsi ilacının mesela baş ağrısında kullanımı olduğunu bilmiyor. Yani teknolojinin bak bu anlamda zararı oldu açıkçası. (Hekim 30, Nöroloji).”

Sahada, hastaların bilinçlenmenin aksine yanlış bilgilerle donatıldığını ve bunun sonucunda hekim pratiklerini sorgular hale geldikleri belirtilmiştir. Benzer bir ifade başka bir hekim tarafından şu şekilde dile getirilmiştir:

“Hastaların kesinlikle bilinç kazandığını değil aksine yani daha çok böyle kafalarının yanlış bilgiler edinip yani genelde Google bir hastalık ya da bir semptom bir şey yazınca kansere bağlıyor en sonunda. Hani ondan dolayı ve hastalar da kesinlikle daha bilinçsiz. (Hekim 28, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hekimler, literatürde hastaların bilinçlenmesi olarak adlandırılan gelişmenin aslında mevcut durumu yansıtmadığını aktarmışlardır. Literatürün aksine hastaların bilinçlenmemesi ya da yanlış yönlendirilmesi şeklinde ifade edilebilecek bu gelişmelerin hekim pratikleri üzerindeki etkisini ise yine Hekim 28 şu şekilde açıklamıştır:

“Hastaların Google’ı aşırı kullanması, Google’da her hastalığın tanısını net olarak hani kafalarında oluşturup gelmesinden ötürü hastane olarak değil de daha çok hani bakkal, kasiyer gibi yaklaşıyorlar hani hekimlere. Atıyorum mesela benim çocuğum ishal oldu, ondan dolayı şu ilaçları istiyorum diyerek geliyorlar. (Hekim 28, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hasta-hekim ilişkisinde hekimin ve hastanın rolü dönüşüme uğramıştır. Bu dönüşüm, hekimler açısından tanı ve tedaviye ilişkin konularda özerkliklerinin sarsılması sonucunu ortaya çıkarmanın ötesinde hekimlerin mesleki otoritelerinin ve prestijlerinin sarsıldığını da göstermektedir. Görüşme yapılan hekimlerden birinin ifadesi bunun somut bir örneğini oluşturmaktadır:

“Geçen hafta bir tane kadın, altıncı çocuğunu doğurmuş ve çocuğun göbek bağıni şöyle kesmişler, bu dikiş ipliyle bağlamış kesmiş. Aynı zamanda kan uyuşmazlığı var çocukla aralarında. Önceki bebeklerinde kan uyuşmazlığı olmuş o yüzden ona doğum öncesi ve sonrası iğne yapılmış, şimdi yine göbek bağıni kendi kesmiş. Getirdi çocuğu önümüze, yeni doğan bebek daha 5 günlük ve göbeğinde böyle enfektif, kirli bir akıntı. Yani çocuk mikrop kapmış belli. Bize diyor ki bu çocuk, benim önceki çocuklarımda kan uyuşmazlığı vardı benimle aramda. O yüzden bu çocuğumda da var mı sadece kan grubu bakılmasını istiyorum, ona göre iğneyi ben yaptıracağım. Çocuk, orada yeni doğan bebekte öyle bir enfeksiyon olması demek bebeğin ölümüne yol açabilecek bir durum demek. Benim orada senin kan grubundan ziyade çocuğun enfeksiyon değerlerine bakmam lazım, ona göre yatırıp tedavi vermem lazım. Kadının tek derdi, kendi kafasında öyle bir şey oluşturmuş gelmiş, kan grubuna göre iğne yaptıracaktı. Yani kendi tedavi tanı reçeteleri ile geliyor hastalar artık. (Hekim 8, Pratisyen Hekim).”

Yukarıda bahsi geçen örnek, hekimin mesleki özerklik alanını tehdit etmenin yanı sıra insan sağlığı açısından da ciddi bir soruna işaret etmektedir. Öte yandan hastalar inisiyatiflerini sorgulamak suretiyle hekimlerin mesleki otoritelerini de zayıflatmaktadır.

Hastaların bilinçlenmesinin bir yanlgı olduğunu bir hekim, “*Bizim halkımız, bilgi sahibi olmadan fikir sahibi olup sürekli tavsiyelerde bulunur. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).*” şeklinde ifade ederek internet ve bilgi teknolojilerinin hastalar üzerindeki olumsuz etkisine vurgu yapmıştır. Bir başka hekim ise ilgili teknolojilerin hastalar üzerindeki etkilerine ilişkin olarak “*Bilgi kirliliği, yanlış bilgi. İnsanları şüpheli yapma, hani*

psikolojik olarak batırma. Psikolojileri de kötü etkileniyor, gelen hasta azıcık bir yeri uyuşsa ben MS miyim diyor. Yani onun gelene kadar kaygısını yaşıyor yani. (Hekim 30, Nöroloji)." ifadesini kullanmıştır.

Literatürde hastaların bilinçlenmesinden bahsedilse de araştırma kapsamında görüşülen hekimlerin ifadeleri son derece farklıdır. Hekimler, hastaların yanlış bilgiler edinerek bilinçlendiklerini zannettiklerini ifade etmişlerdir. Bu konuya ilişkin hekimlerin ifadesi şu şekildedir:

“Özellikle şimdi Whatsapp grupları ve sosyal medyadan, işte daha önce kendisine önerilen ya da başka bir doktor tarafından önerileni başka insana önermek veya işte fikir beyan etmek hiçbir bilgisi olmadığı halde. En çok da çocuklarda aşı konusunda bunu yaşıyoruz yani. Aşırı bilmiyor, etmiyor ama. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

“İnternette takip ediyor, geliyor fakat o internette takip ettiğinin üzerine üç tane daha söyleyince ya da internette şöyle yazıyor, 100 binde bir görülen bir şeyi siz bana soruyorsunuz deyince adam şaşırıyor mesela. Öyle miydi hocam. Zaten internette takip edilip de günde en az iki ya da üç internet hastası geliyor bana. Bilgilerini şöyle yoklayıp gönderiyorum yani. (Hekim 22, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Bir başka hekimin ifadesi, hastaların yanlış yönlendirilmelerine somut bir örnek teşkil etmektedir:

“Hastalar bilinçlenmediler. Yani Google hastalarını söylüyorsunuz. O pek bilinçlenmiş gibi olmuyor. O yüzden de daha çok tetkik istiyorlar. Mesela ben bu gün gelen son hastamdan örnek: boynunda eline gelen kitlesi varmış, orada ağrısı da varmış. Sonuçta bir lenf bezi şişmiş hastanın, muhtemelen bir viral enfeksiyonu var vesaire. Ben bunu araştırdım bilmem ne, film istiyorum, şu oluyormuş, bu oluyormuş. Bu taleplerle geliyorlar Google’dan araştırıp. Sonuçta bir viral enfeksiyonu var hastanın muhtemelen ama ben bu hastadan hemogramını isteyip muayenesini yaptım ama şeyini yapıp da doğru düzgün bir tanısını koyup da gerekli yere yönlendiremedim. Baktım orada evet bir lenf bezi var, hadi sen git bir KBB’ye dedim. (Hekim 23, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim 23’ün tecrübe ettiği olay, hastaların internet ve bilgi teknolojileri üzerinden yanlış bilgiler edindiklerine ve bu bilgiler ile hekimlerin özerklik alanlarına ve mesleki otoritelerine müdahalede bulunduklarına dair somut bir örnek oluşturmaktadır. Bu nedenle de hasta-hekim arasındaki ilişkinin yaşadığı dönüşümün bir boyutunun hastanın sağlık hizmeti üretim sürecindeki artan rolüne bağlı olarak gerçekleştiğini söylemek mümkündür.

Hasta-hekim arasındaki ilişkinin yaşadığı dönüşümün bir başka boyutunu tıbbın giderek insansızlaşması eğilimi oluşturmaktadır. Tıbbın insansızlaşması olarak adlandırılan eğilimle hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden giderek soyutlandığı, hasta ile hekim arasındaki mesafenin arttığı ve hastaların hekimler tarafından hareketsiz bedenler olarak görülmeye başlandığı ifade edilmektedir (Haslam ve Loughnan, 2014). Bu eğilimin emek süreci üzerinde bozucu etkileri bulunmaktadır. Çünkü hasta, hekimlerin emek sürecinde emeğin nesnesi konumundadır ve emeğin nesnesinin üretim sürecinden soyutlanması emeğin nesnesine yabancılaşması sorununu beraberinde getirmektedir (Coburn, 1994). Hekimlerin emek sürecinde, emeğin nesnesinin canlı bir organizma olan insan olması ise bu bozucu etkinin şiddetini arttırmaktadır. Çünkü hekimlik mesleğinde, hizmetin merkezinde insan olduğundan etik değerlerin yüceltilmesi gerekmektedir (Atıcı, 2007; Örs, 1993). İnsanın merkezden uzaklaşması, hekimlik mesleğinin etik değerlerini aşındırmaktadır.

Hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden soyutlanması ya da literatürdeki adıyla tıbbın insansızlaşması eğiliminin sahada farklı şekillerde gerçekleştiği saptanmıştır. Hiç kuşkusuz ki sözü edilen eğilim, hastanın tamamen dışlandığı bir yapıyı değil hasta ile hekim arasındaki iletişimin giderek azaldığı bir yapıyı ifade etmektedir. Yapılan saha araştırması neticesinde hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılmasının kaynaklık ettiği tıbbın insansızlaşması eğiliminin nedenlerinden birinin hasta yoğunluğu olduğu saptanmıştır. Örneğin hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılıp açılmadığı sorusuna cevaben bir hekimin verdiği cevap şu şekildedir:

“İster istemez açıldı. İki nedenden dolayı açıldı, bir kamu sektöründe bakın covid nedeniyle biz 15 dakikada bir hasta bakıyorduk şimdi benden 10 dakikada hatta 8 dakikada bir hasta bakmamı istiyorlar. Hastayı çağırdım, kapıdan içeri girdi, 8 dakikada. Ben geçmiş olsun, işte lütfen otur musunuz ve son iki hanesi kimlik numaranızın diyorum, duraksıyorlar. Çünkü benim çoğu hekim arkadaşım da ne geçmiş olsun sözcüğü var, cümlesi var ne de oturur musun var. Hasta ayakta, hekim oturuyor. Hayatta öyle kimseyle konuşamam zaten. Ama bu yok. Sistem bir kere bunu getiriyor. 8 dakikada baştan savmayı getiriyor. Halk da bundan rahatsız değil. Bu da enteresan. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılmasında, hasta başına düşen muayene süresinin kısıtlılığının etkisi bulunmaktadır. Bu durum, daha önce de belirtildiği üzere hekimlerin kısıtlı bir süre içerisinde klinik vasıflarını etkin olarak kullanamamasına bağlı olarak vasıfsızlaşma eğilimine neden olmakla birlikte hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan hekimlerin geleneksel klinik vasıfları arasında yer alan

iletişim vasıflarının da aşıldığını söylemek mümkündür. Hekimlerin hastalar ile iletişim kurması önünde zaman kıstı büyük bir engel oluşturmaktadır. Bununla birlikte hasta ile hekim arasında Hekim 18'in sözüne ettiği türden bir iletişim kurulamaması, hekimlik mesleğinin etik değerleri ile de çelişmektedir. Çünkü hekimlerin sağlık hizmeti üretim sürecinde yalnızca teknik gerekliliklere değil hastaların duygusal ihtiyaçlarına yönelik ihtiyaçlarına da cevap vermek durumundadır (Koslowski, 2015: 47).

Hekimlik mesleğinin etik değerleri gereğince hasta ile sağlıklı bir iletişim kurulması gerektiğini uzman bir hekim şu şekilde belirtmiştir:

“İnsanların ilk yüz yüze muhatap olabildiği, enerjisini atabildiği, ümitle gittiği bir kapı olduğu için burada hasta hekim iletişimi sıhhatli bir şekilde olmadığında, hasta ve yakınlarının hepsi direkt hekime patlıyor. Yani aynı zamanda, hani sadece bir imdat çılgılığı hastanın tedavisi. Aynı zamanda o kişinin psiko-sosyal yönüne de hitap etmemiz gerektiğini düşünüyorum. (Hekim 20, Aile Hekimliği).”

Tanı ve tedavi sürecinde hastanın psiko-sosyal yönüne de odaklanılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki hasta ile hekim arasında etkili bir iletişim kurulması durumunda sağlık hizmeti kalitesi artmaktadır (Bailey, 2011; Cummings, 2013). Benzer şekilde, hastaların hasta-hekim ilişkisinde iletişimi ve insaniyeti son derece önemsedikleri sonucuna ulaşan araştırmalar da yürütülmüştür (Wensing vd., 1998).

Bir başka hekim “*Benim zamanımda iki bin tane barkot kesiliyor ve hasta giriyor içeri. İki bin kere merhaba desen bile birisine “burn out” olursun. (Hekim 32, Acil Tıp).*” ifadesiyle hekimlerin hastalar ile iletişim kurma fırsatı bulamadığından bahsetmiştir. Benzer şekilde başka hekimler de hasta yoğunluğunun bozucu etkilerine şu şekilde işaret etmiştir:

“Bir kez hekime çok fazla hasta yükü yüklediğin zaman, yani günde 50-60 hasta bak dediğin zaman, uzman hekim 50-60 hasta bakamaz zaten. Bakmamalıdır da. Şimdi o kadar hastaya bakmaya başladığın zaman ister istemez, o girsin şu çıksın, o gelsin bu gitsine dönüşüyor olay. Yani, çok mekanikleşiyor sistem. O mekanikleşmede de ne oluyor hasta bir objeye dönüşüyor senin için o sırada. Çünkü halledilmesi gereken işe dönüşüyor. Ama karşında bir insan var bir tarafından da baktığın zaman... Burada sorun sistemin hekime mekanik bir şekilde her gelene baktığı ve çok hasta bakması üzerine performans üzerine kurması, sistem böyle şuanda. Bazısı istifa ediyor özele geçiyor, bazısı yurtdışına gidiyor, bazısı o sistemde bir şekilde robotlaşıyor ve o sistemde o işi yapmaya devam ediyor. (Hekim 13, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Hiç hastayı muayene etme de yok artık eskisi gibi ancak muayenehaneye gidersen, yani devlet hastanesinde muayene diye bir sistem yok. Öyle sırtını dinleyelim, ne şikayetin var, öksürük. Hemen sistem zaten otomatik atıyor akciğer filmi, kan testi, git

bunları yaptır gel sonuçlarına bakalım diyor. Zaten muayene diye zaten 100 kişi kapıda beklerken muayene diye yok üstünü çıkaracak da sırtını, böyle bir sistem yok. Doğal olarak hasta hekim ilişkisi de bitiyor artık ve tamamen tetkik üzerinden, teknoloji üzerinden yürüyen bir sistem devreye girmeye başlıyor yani. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hasta yoğunluğuna bağlı olarak teknolojinin de etkisiyle sağlık hizmeti üretim sürecinde mekanik bir sistemin ortaya çıktığından, hastanın bir objeye dönüştüğünden ve hasta-hekim ilişkisinin bu gelişmelerden olumsuz yönde etkilendiğinden bahsedilmektedir. Hastaların birer obje olarak görülmeye başlanması hasta-hekim ilişkisinin yaşamış olduğu olumsuz bir gelişme olarak kabul edilebilir. Öte yandan hekimlik mesleğinin zanaattan uzaklaştığı ve sağlık hizmeti üretim sürecinde de Fordizm benzeri bir mekanikleşmenin söz konusu olduğu sonucuna da ulaşmak mümkündür. Çünkü mekanikleşme aynı zamanda işlerin rutinleşmesi ve standardizasyona uğraması sonucunu beraberinde getirmektedir (Coburn, 1994; Uyanık ve Gücenmez, 2021: 31). Literatürde bahsi geçen sağlık fabrikası benzetmesinin sahada da karşılığının olduğu söylemek mümkündür.

“Biraz daha sistem hastadan uzaklaştırmaya iten bir şey yani reçete yazma, hastadan bir an önce kurtulma ve o süreci yani anamnez ile başlayan muayene ile biten süreci tamamen sekteye uğrattıyor yani. Biraz onunla alakalı bir şey. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Hekimler tarafından hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılması, sistemin ürettiği bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Örneğin Hekim 12, hasta yoğunluğunun çok olmasından dolayı bir an önce diğer hastaya geçebilmek adına hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini dahi kullanamadıklarını belirterek sistemin hekimi hastadan uzaklaştırdığını düşündüğünü dile getirmiştir.

Bir başka hekim ise hasta yoğunluğundan bağımsız olarak hasta ile olan hekim iletişimin ne kadar aksak işlediğini göstermesi açısından bir tecrübesini paylaşmıştır:

“İlçe hastanesinde bir doktor arkadaş apandisit şüphesiyle bize bir hastayı gönderdi. Kendilerinde ileri görüntüleme yöntemleri, tomografi olmadığından dolayı. Ben orada şahit oldum. Hasta bize geldi... Ne şikâyeti var dedi. Anamnezini alıyor, hikayesini falan sorguluyor hastanın. Midem ağrıyor dedi. Yani apandisit bölgesinden çok farklı bir yerde. Herhangi bir ameliyat oldunuz mu dedi, apandisit ameliyatı oldum ben 40 sene önce dedi. Hasta da bize apandisit ön tanısıyla gelmişti. (Hekim 17, Acil Tıp).”

Bahsi geçen örnek vakada hekimlerin, en temel tanı yöntemlerinden olan anamnezi dahi kullanmadıkları anlaşılmaktadır ve ilgili vaka, hekimlerin hastalarla ile ne kadar sınırlı bir

iletişim kurduğunu ve belki de hiç iletişim kurmadığını göstermektedir. Çünkü anlaşılmaktadır ki hekimler hastadan tıbbi geçmişini dahi almamış ve hasta diğer hastaneye sevk edilene kadar ön tanısı ile ilgili bilgilendirilmemiştir. Hasta ile hekim arasındaki mesafenin ne denli açıldığını göstermesi açısından Hekim 17'in ifadesi son derece çarpıcıdır. Çünkü hasta yoğunluğu bu vakada iletişimin önünde bir engel oluşturmamaktadır. Hasta yoğunluğundan bağımsız olarak hekimin hasta ile hiçbir şekilde iletişim kurmadığı anlaşılmaktadır. Literatürde bu türden sorunların ardında yatan sebeplerden biri olarak hekimlerin klinik kararların alınması noktasında kendi bilgi ve tecrübelerinden ziyade teknoloji üzerinden edindiği bilgilere daha fazla güvenme eğilimi gösterilmektedir (Hoff, 2011).

Hekim 17'e benzer şekilde başka bir hekim de hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden soyutlandığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Sağlık hizmetinde iki temel şey var: biri hastadır, biri hekimdir ve genelde bu ikisi arasındaki ilişki direkt ilişkiydi... Buraya büyük bir bariyer girdi hasta ile hekim arasına. Bunun içinde her şey var, yani o MR'lar bilmem neler de var... İki tane birbirine teması giderek uzaklaşmış ve zorlaşmış iki özne var, hekimle hasta var. Birbirinden böyle ayrı uçlara savrulan iki şey var: hasta ve hekim... Şimdi ne gelen var ne geçmiş olsun diyen var ne izah eden birisi var. Oradaki indirekt olarak telefondakine, öbürüne anlatıyor... Ne geçmiş olsun ne işte şu tetkik, şu teşhis koyduk hiçbir şey. Tamamen şey, böyle mekanik bir şey. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Sağlık hizmeti üretiminin mekanik bir hal alması ve iki temel aktörün; hasta ve hekimin birbirine olan mesafesinin artması literatürde tıbbın insansızlaşma eğilimi olarak adlandırılmaktadır. Sahadan edinilen bulgulara ışığında, tıbbın insansızlaşması eğiliminin yaşayan bir sorun olduğunu söylemek mümkündür.

Hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılmasının bir diğer nedeni olarak hekimler defansif tıp anlayışı göstermişlerdir. Hekimlerin hastalardan uzaklaşmasını hekime şiddet vakalarına bağlayan hekimlerin ifadeleri şu şekildedir:

“Defansif tıp. O yüzden zaten hasta görmeyen branşlar TUS'ta Türkiye rekoru kırıyor, hasta bakılan branşlar hiç prim yapmıyor. (Hekim 32, Acil Tıp).”

“Bu sistemde, hiçbir hekim sorumluluk almaz. Zaten son TUS puanlarına baktığın zaman hastaya dokunmayan bütün branşlar tavan yapmış. Birinciler, ikinciler, üçüncüler ilk 10, ilk 20, ilk 100 hiç hastaya dokunmayacak branşlara girmiş. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

“Bazı arkadaşlar var, hastaya çok dokunmamak için radyoloji branşını seçiyorlar, işte çok dokunmamak için biyokimya seçiyorlar, mikrobiyoloji seçiyorlar. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

Hasta ile hekim arasındaki mesafenin açılmasının nedenini defansif tıba bağlayan hekimler, pre-klinik olarak adlandırılan uzmanlık alanlarına yoğun talebin ardında ilgili uzmanlık alanlarının hasta görmemesinin yattığını belirtmişlerdir. Gerçekten de son yıllarda örneğin radyoloji uzmanlık alanına olan talepte ciddi bir artış yaşanmıştır (Bakan Kalaycıoğlu, 2020). Bu nedenle hekimlerin hastalardan kendi inisiyatifleriyle de uzaklaşma eğiliminde olduklarını söylemek mümkündür.

Tıbbın insansızlaşması eğilimine etki eden bir başka faktör olarak hasta ile hekim arasına giren otomasyon, bilgi, iletişim ve bilgisayar teknolojileri gibi modern teknolojiler gösterilmektedir (Evans, 1993). Araştırma kapsamında görüşülen hekimlerden bazıları, hekimlerin bazı durumlarda hastaları görmeden tanı ve tedavi süreçlerini işlettiğini ifade etmişlerdir. Hekimlerin bu türden ifadeleri, literatürde “e-hasta” adı verilen yeni bir hasta profilini anımsatmaktadır. Saha araştırması kapsamında hekimlerden bazıları e-hastanın varlığına işaret eden ifadelerde bulunmuşlardır.

“Hekim hastayı görmeden fikir beyan edemez ya da konsültasyon notu yazamaz. Bu aslında suçtur. Ama pratik olarak biz de buna bazen göz yummak zorunda kalıyoruz. Çünkü benim bir plastik cerrahım var mesela, bir ay boyunca bütün acil vakalarına o gelecek. Böyle bir durumda, ondan görüş almak istediğim durumda, uzaktan hastayı konsülte etmesine biz de göz yumabiliyoruz. Bu aslında sistemin bir şeyi, sistemden kaynaklı. Hastayı bir dosya, sanal bir şey, sanallaştırılmış hasta, hekimin uzaktan reçete yazdığı bir hasta haline getirebiliyor. (Hekim 1, Acil Tıp).”

Hekim kadrosundaki eksiklikten dolayı, bazı vakalarda, diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerin, hastaları görmeden konsültasyon yazmak zorunda kalabildiklerini ve bu durumun beraberinde hastayı sanallaştırdığını belirten Hekim 1’in ifadesi literatürdeki teorik bulgularla örtüşmektedir. Hastanın bir veri boyutuna indirgenmesi suretiyle tıbbın insansızlaşma eğilimi içerisine girdiğini söylemek mümkündür. Bilgisayar teknolojileri aracılığıyla hastaların hareket edebilen veriler ya da “e-hastalar” olarak görülmeye başlandığı ve tıbbın insansızlaşma eğilimi içerisine girdiği savunulmaktadır (Bailey, 2011; Goodman, 2010; Samson, 1999; Stoeckle, 1988; Vergheze, 2008; Vergheze ve Horwitz, 2009).

“Çoğu branş da zaten aktif nöbet tutmuyor. İcap şeklinde beyin cerrahisi olsun, göğüs hastalıkları olsun, nöroloji. Bunlar sayı yetersizliğinden dolayı icap ederse geliyorlar.

Sonra o yüzden bilgisayar üzerinden hastayı değerlendirip görüntüleme, anamnez de sen deyip o şekilde değerlendiriyorlar. (Hekim 29, Acil Tıp).”

“Önceki geçmiş hastalıkları, anamnezi, işte özgeçmiş hepsi zaten sistemde kayıtlı oluyor. Daha önceden kafa travması geçirmiş mi, beyinde bir kitle var mı ya da işte daha önce kanama geçmişi var mı, bunlar sistemde gözüküyor. Yine telefon yoluyla bizim aracılığımızla öğreniyor, görüntüyü değerlendirip daha sonra net bir cevap verebiliyor. Hastayı görmesine gerek kalmıyor. (Hekim 28, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).”

Çoğu uzmanlık alanında aktif nöbet tutulması ve uzman hekimlerin icap üzerine hastaneye gelmeleri nedeniyle hastaların tanı ve tedavisinin uzaktan yapıldığı vakalar söz konusu olabilmektedir. Uzaktan yönetilen bu tür vakalarda, sağlık kayıt sistemlerini kullanılmaktadır. Literatürde bahsi geçen “e-hasta” profilinin inşa sürecinde sağlık kayıt sistemlerin etkisi bulunmaktadır. İlgili sistemlerin, mekandan bağımsız bir şekilde hasta bilgilerine ulaşılabilmesine olanak tanınmasının, hastalara sanal bir form kazandırdığı ve hasta-hekim ilişkisini bozucu bir etki gösterdiği belirtilmektedir (Cochran 2013; Cummings, 2013).

Sistemin ürettiği bir sıkıntı olarak kabul edilen e-hastaların varlığı tıbbın insansızlaşması eğiliminin bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Tıbbın insansızlaşmasının ve e-hasta profilin varlığının sağlık hizmetinin kalitesi ve hekim pratikleri açısından olumsuz yanları söz konusudur. Bu olumsuzlukları bir uzman hekim şu şekilde belirtmiştir:

“Sizin hastanın yüzünü görmeniz, hastanın hastalığının teşhisi konusunda size çok ipuçları verir. Yani hastanın yüzünü görmeden teşhis koyulamaz. Kalp krizini 140 saat okuyun, 240 saat okuyun. Kalp krizi geçiren bir hastanın yüzünü gördüğünüz zaman, teşhisin nasıl konulacağını o zaman anlarıyorsunuz, algıyorsunuz. Hastayı görmek gerekli. Verilere bakarak bir karar, yüzde yüz karar veremezsiniz. Hastayı görmeniz, hastaya dokunmanız gerek. Bunu şu anki tıp fakültesi öğrencilerine sorun, anlamazlar. Çünkü eğitim bu yönde değil. (Hekim 18, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekim 18, hekimlik mesleğinin temel ilkelerinden olan “hastaya dokunma” ilkesinden hareketle hekimlerin geleneksel klinik vasıflarının ve geleneksel tanı yöntemlerinin önemine atıfta bulunmuş ancak mevcut tıp eğitiminin bu hususlara önem vermediğini belirterek yeni nesil hekimlerin sanal verilerle sağlık hizmeti üretimine yönlendirildiklerini ifade etmiştir.

Hasta ve hekim arasındaki mesafenin açılması sonucunda ilgili vasıfların aşınması tehdidi ortaya çıkabilmektedir. Literatürde, hekimlerin klinik vasıflarının önemli bir unsuru olan tanısal muhakeme vasıflarının gelişiminde hasta-hekim ilişkisi son derece önemli olduğuna

dair genel bir kabul bulunmaktadır (Bordage, 1995; Gallagher ve Payne, 2015). Ancak mevcut eğilim nedeniyle ilgili vasıflar aşındığı belirtilmektedir (Verghese, 2008).

Başka bir hekim ise “*Kan tahlili yaptırmadı, film çekirtmedi diye serzenişte bulunan hasta aslında soyutlanıyor. Beni niye muayene etmedi demiyor hasta, bana film istemedi diye bakıyor. Bu tip datalar radyoloji sonucu veya laboratuvar iyi yorumlar hale gelirse hasta soyutlanmış olur. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).*” ifadesiyle hastaların veriler aracılığıyla işleyen bir sağlık hizmeti sürecinden şikayetçi olmadığını belirtmiştir. Hekim kadar hastanın da kendi inisiyatifiyle hasta-hekim ilişkisinden uzaklaştığını söylemek mümkündür. Hastanın hekimle arasındaki mesafesinin açılması, daha önceki bölümlerde değinildiği üzere, hastanın modern tıbbi teknoloji ile kaliteli sağlık hizmeti arasında yanlış bir ilişki kurmasından da kaynaklanmaktadır (Heper, 2012; McKinlay ve Arches, 1985).

“Teknolojiyi hasta da biliyor artık. Şimdi siz ne kadar böyle hastaya özen gösterip dinleyeyim, muayene edeyim, nörolojik muayenesini yapayım deseniz bile onun derdi MR isteyecek mi istemeyecek mi benden. İstemezseniz zaten kani olmuyor yani anlatabildim mi? Bir de o hasta cephesi var. Sadece hekime ait bir şey değil yani, teknolojiyi hasta da istiyor. (Hekim 7, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Teknoloji, hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi derinden etkilemektedir (Örs, 2015). Hasta ile hekim arasında bir bariyer oluşturmak suretiyle bozucu etkilere neden olabilmektedir (Evans, 1993). Görüşme yapan hekimlerden bazıları bu bariyerin ilerleyen zamanlarda daha da büyüyeceğini şu şekilde belirtmiştir:

“Yapay zekanın yön vereceğini, programların ortaya çıkacağını düşünüyorum. Bu konuda en etkin branş tıp camiasında, muhtemelen ki patoloji ve radyoloji olacak, ilk olarak. Görüntüleri tanımlamadaki, şuan mesela işte şey güncel olarak ne var, tüm datayı tarayarak, fotoğrafları tarayarak saptama programları var. Doğal olarak aslında insan bilgisini şu anki teknolojik bilgiyi, bir bilgisayara, yapay zekaya verdiğimizde radyolojik görüntülerin hepsini çok rahat tarar, hızlı tarar ve neredeyse insan yorgunluğunun dışında daha az hata ile sonuç verebilir. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).”

“Kişilerden bağımsız o “artificial intelligence” falan girecek herhalde bundan sonra gündeme. Daha da kişilerden bağımsızlaşacak. Genetikte bu oluyor mesela. Sizin kanınızı alıyorlar, gen analizinizi yapıyorlar, olabilecek hastalık profillerini döküyorlar sizin önünüze. Yani daha hiç hastayı görmeden, temas etmeden falan filan. Düşünün. O noktaya gelecek. (Hekim 24, Beyin ve Sinir Cerrahisi).”

Hekimler, günümüzde hızlı bir gelişim gösteren yapay zeka teknolojileri ile hastanın sağlık hizmeti üretim sürecinden daha da soyutlanacağını ve tıbbın insansızlaşması eğiliminin

artacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Literatürde de yapay zeka teknolojilerinin tıbbın insansızlaşması eğilimini arttıracığı ve sağlık hizmeti kalitesindeki yararlarının yanı sıra hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyebileceği tartışılmaktadır (Dalton-Brown, 2020; Nagy ve Sisk, 2020).

Tıbbın insansızlaşması eğilimi, hasta-hekim ilişkisinin bir boyutunu oluşturmakla birlikte aynı zamanda hekimlerin klinik vasıfları üzerinde baskı kuran bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Her ne kadar hekimlerin klinik vasıfları üzerinde doğrudan bir etkisi yokmuş gibi görünse de tıbbın insansızlaşması, emeğin nesnesinden uzaklaşması anlamına gelmekte, hekimlerin emek süreci açısından hekimin hastadan uzaklaşmasını ifade etmektedir. Hekimlik mesleğinin aynı zamanda bir zanaat olduğu kabulünden hareketle zanaatkarın emeğini sarf ettiği nesnesinden uzaklaşması yabancılaşmayı beraberinde getirmektedir. Yabancılaşma ise vasıfsızlaşmaya neden olmaktadır. Çünkü sağlık hizmeti üretim sürecinde hekimlerin iletişim ve hasta başında değerlendirme vasıfları merkezi bir konumda yer almaktadır (McManus vd., 1993).

Emek ile emeğin nesnesi arasında doğrudan etkileşim aracılığıyla vasıf kazanımı ve gelişimi söz konusu olurken etkileşimin olmadığı durumlarda iletişim vasıfların aşınması sonucu ortaya çıkabilmektedir. Öte yandan hekimler, geleneksel klinik vasıflarını yoğun olarak hastalar ile yüz yüze iletişim halindeyken kullanmaktadırlar ve sıklıkla vurgulandığı üzere her vasıf gibi hekimlerin klinik vasıfları da pratiğe dayalı gelişen bir yapıda olduğu için günlük pratiklerde kullanılmadıkları sürece aşınma eğilimi içerisine girmektedirler. Sonuç olarak hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkisi bağlamında tıbbın insansızlaşması eğilimi, geleneksel tanı yöntemlerinin ve iletişim vasıfları da dahil olmak üzere geleneksel klinik vasıfların hekimler tarafından etkin bir şekilde kullanılamaması anlamını taşımakta ve vasıfsızlaşma eğilimine neden olabilmektedir.

SONUÇ

Emek süreci teorisi, üretim yapılanmasının sistemli bir analizini yapmaktadır. Üretim araçlarında meydana gelen dönüşümlerin bir bütün halinde emek sürecini dönüştürdüğü savını temel alan teori, ilkel topluluk aşamasından günümüz sanayi toplumlarına kadarki süreçte toplumların yaşamış olduğu tarihsel gelişim dinamiklerini açıklamaktadır.

Emek süreci teorisinde üretim yapılanması; emeğin kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin üretim araçları unsurlarından oluşmaktadır. İlgili unsurlar, en basitinden en karmaşığına kadar tüm üretim süreçlerinde kendine yer edinmiştir. Bu nedenle, emek süreci teorisi evrensel bir kategori niteliğindedir ve günümüzün profesyonel mesleklerinin üretim yapılanmalarını da açıklayabilmektedir.

Emek süreci teorisine yönelik tartışmaların odağına, teorinin profesyonel meslekleri açıklayabilme hususunda yetersiz kaldığı yönündeki iddialar taşınmaktadır. Oysa ki Braverman sonrası dönemde emek süreci literatürüne katkı sağlayan teorisyenlerin çalışmaları ile birlikte teorinin fabrika ile sınırlı kalan analiz alanı genişlemiştir. Bu nedenle, emek süreci teorisi ile bu çalışmanın odağında yer alan ve profesyonel bir meslek grubu olan hekimlik mesleğinin analizinin yapılabilmesi mümkündür. Çünkü sağlık hizmeti üretimi yapılanmasında emeğin kendisi olarak hekim, emeğin nesnesi olarak insan ve emeğin üretim araçları olarak tıbbi teknolojiler olmak üzere emek sürecinin tüm unsurları yer almaktadır. Sonuç itibarıyla emek süreci teorisinin üretim yapılanması analizi, günümüzde etkinliğini sürdürmekte ve profesyonel mesleklerin analizinde de geçerliliğini korumaktadır.

Hekimlik, profesyonel bir meslek grubu olarak sağlık hizmeti üretim sürecinin merkezinde yer almaktadır. Hekimlik mesleğinin tarihsel gelişim süreci içerisindeki profesyonellik inşasında, hekimlerin bilgiye dayalı vasıfları ve mesleki hakimiyetleri etkili olmuştur. Ancak özellikle 1960'lı yıllardan sonra hekimlik mesleğinde ilgili unsurların aşınmasıyla beraber profesyonelleşmeme eğilimi yaşanmaya başlanmıştır. Diğer profesyonel meslek grupları için de söz konusu olan profesyonelleşmeme eğilimi, hekimlik mesleği özelinde bilgiye dayalı vasıfların ve mesleki hakimiyetin aşınması şeklinde kendini göstermektedir. Literatürde böylelikle profesyonelleşmeme tartışmaları ile vasıfsızlaşma tartışmaları paralel bir düzleme taşınmaktadır.

Vasıf düzeyine ilişkin analizlerdeki en önemli zorluk, vasıf kavramının ne olduğu ve nasıl tanımlanması gerektiği üzerinde belli bir mutabakatın oluşmamasından kaynaklanmaktadır. Literatüre bakıldığında vasıf kavramına ilişkin tanımlamaların, vasfın bütüncül anlamını kapsayabilme potansiyeline sahip olmayan tek taraflı ve dar kapsamlı şekilde yapıldığı görülmektedir. İlgili tanımlamalarda eğitimde geçen süre, el becerisi, zihinsel emek veya tasarım gibi vasfa ait durum ifadelerinden yalnızca birine odaklanılmaktadır. Örneğin eğitim temel alınarak yapılan vasıf kavramsallaştırmalarında, eğitim sistemi aracılığıyla aktarılan bilgilerin niteliğinden ziyade eğitimde geçirilen sürenin belirleyici bir kriter olarak ele alındığı görülmektedir. Aynı şekilde üretime ait tasarım süreçlerinde yer almayı ya da zihinsel emek kullanımını temel alan diğer kavramsallaştırmalar da vasfa ait tek bir boyutu ele almakta; el becerisi ve işin uygulama süreçlerine ilişkin vasfın diğer unsurları geri plana itilebilmektedir. Bu nedenle ilgili tanımlamalar, anlamı ve kapsamı zaman içerisinde değişebilen vasıf kavramının bütüncül bir tanımını sunmamaktadır.

Bir işin yerine getirilebilmesi yetkinliği olarak sınırlı bir kapsamda tanımlanan vasıf kavramsallaştırılmasının aksine vasıf kavramının kapsayıcı ve bütüncül bir tanımının yapılması gerekmektedir. Literatürdeki ortak bulgulardan hareketle vasıf kavramını; işin temel karmaşıklık düzeyini çözebilecek bilgi düzeyi ve işin yürütümünde özerklik unsurları bağlamında kapsamlı bir şekilde tanımlamak mümkündür. Böylelikle anlamı ve kapsamı zaman içerisinde değişim gösteren vasıf kavramı iki temel unsuru ile geçerliliğini korumuş olacaktır. Çünkü “bilgi” ve “özerklik” gibi vasfa ait kapsayıcı iki unsur; teknolojiden, yönetim anlayışından ve üretim sistemlerinden bağımsızlık arz etmektedir.

Bilgi ve özerklik, vasfın değişmeyen iki unsurunu oluşturmaktadır. Vasıf, özü itibarıyla, emek süreci üzerindeki bütüncül bir kavrayışı ifade etmektedir. Hiç kuşkusuz ki bu kavrayış, bilgi düzeyi ve işin yürütümündeki kontrol gücü olmaksızın sağlanamamaktadır. Dolayısıyla ilgili unsurlar ile yapılan kavramsallaştırma ile zamana ve mekana göre değişim gösteren üretim yapılanmalarından, yetkinliklerden ve üretim araçlarından bağımsız bir vasıf tanımlaması yapılabilmektedir.

Bu türden bir vasıf kavramsallaştırmasıyla üretim araçlarının sürekli değiştiği bir üretim yapılanmasında, nasıl yapılır bilgisinin değil nedensellik ilişkisi kurabilen olgusal bilgi ön plana çıkmaktadır. İlgili nedenselliğin kurulabilmesin için emeğin, emek sürecinin bütününde kontrol gücüne olması gerekmekte ve vasfın diğer bir unsuru olan özerklik ön

plana çıkmaktadır. Böylelikle ilgili unsurlar, zamandan ve mekandan bağımsız olarak vasfın değişen anlam ve kapsamını karşılayabilme potansiyeli taşımaktadır.

Ancak günümüz işgücü piyasalarında, işlerin yerine getirebilmesi anlamı taşıyan yetkinlik temelli bir vasıf kavramsallaştırması kullanılmaktadır. Vafın yetkinlik temelli olarak tanımlanmasında yayılım ve gelişim hızı sürekli artan teknolojinin etkisi son derece büyüktür. Teknolojinin üretilmesinde yoğun olarak sermayenin yer alması ve üretim araçlarının gelişimi üzerinde mutlak bir hakimiyetinin bulunması, vafın da sermaye tarafından tanımlanması sonucunu beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, günümüz işgücü piyasalarında vafın, genellikle işe ait bir durum ifadesi olarak teknoloji ve yetkinlik temelli bir şekilde tanımlandığı görülmektedir. Oysa ki vasıf işe ait değil emeğe ait bir durum ifadesidir. Vafın işe ait bir durum ifadesi şeklinde tanımlanması beraberinde çelişkilere neden olmaktadır. Bu çelişki, işin yerine getirebilmesi için emekten belli bir vasıf düzeyi isteminde bulunulmasından kaynaklanmaktadır. Vafın işe ait bir durum ifadesi şeklinde kavramsallaştırılması, emeğin vasıflı olmasını gerektirdiğinden kendi içinde bir çelişkiye yol açmaktadır.

Vasıfsızlaşma eğilimi tartışmalarının odağında teknoloji yer almaktadır. Üretim araçlarını temsil eden teknoloji, emek sürecini bütünüyle dönüştürürken bir yandan da vasıf düzeyinde değişimleri meydana getirmektedir. Teknoloji, bir yandan işin temel karmaşıklık düzeyini azaltarak emeğin bilgi düzeyinin zaman içerisinde aşınmasına ya da değersizleşmesine neden olmakta bir yandan da üretim sürecindeki yoğunluğunu arttırmak suretiyle emeğin işin yürütümündeki özerklik alanını ve kontrol gücünü sınırlandırmaktadır. Teknolojinin neden olduğu bu türden olumsuz gelişmeler, teknolojinin bizzat kendisinden değil, tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklı olarak yaşanmaktadır. Emek süreci açısından sorunun kaynağını teknolojik gelişmeler değil, teknolojinin tasarım ve uygulama ilkeleri ile kullanım amaçları oluşturmaktadır.

Teknolojinin hekimlik mesleği ve tıbbi sağlık hizmetlerinin evrimi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bilimsel-bürokratik tıp anlayışının kurumsallaşmasında ve günümüzde dahi hakim anlayış olma özelliğini taşımasında teknolojinin rolü son derece büyüktür. Teknolojik gelişmeler ile sağlanan bilimsel keşiflerin artmasıyla insan vücudunun gizeminin ortadan kalkmaya başlaması ve hastalıkların bilimsel verilerle tanımlanması tıp anlayışına “bilimsel” bir nitelik katmıştır. Bilimsel keşifler sonucunda artan bilgi birikiminin sağlık

hizmetlerindeki uzmanlık alanlarını arttırması, uzmanlık alanlarındaki artışa bağlı olarak parçalı bir hal alan sağlık hizmeti üretim sürecinin koordinasyonunun bir zorunluluk haline gelmesi ve tıbbi teknolojilerin geliştirilmesinde artan sermaye kullanımının finansal riskleri beraberinde getirmesi sonucunda tıp anlayışı giderek “bürokratik” bir karakteristiğe bürünmüştür. Teknolojik gelişmeler tıp anlayışına; bir yandan hastalığa bakış açısını değiştirmek suretiyle bilimsel, bir yandan ise sağlık alanını piyasalaştırmak suretiyle bürokratik bir karakteristik katarak hakim tıp anlayışının “bilimsel-bürokratik tıp” olarak kurumsallaşmasına neden olmuştur. Emek sürecinin yaşadığı kapitalizm temelli dönüşüm dinamikleri hekimlik mesleğinde kendini göstermiş ve sanayi toplumu aşamasında ortaya çıkan bağımlı çalışma olgusu hekimlik mesleğine de sirayet etmiştir. Kendi hesabına çalışan siyah çantalı hekimler hastanelerde istihdam edilmeye başlanmıştır.

Teknolojik gelişmelere ve yeni keşiflere bağlı olarak giderek artan tıbbi bilgi, genel bir tıp uygulayıcısı konumundaki siyah çantalı hekimin uzmanlık alanlarına yönelmesine ve tıpta uzmanlaşma anlayışının yükselişe geçmesine neden olmuştur. Ancak sözü edilen uzmanlaşma, uzmanlaşmanın geleneksel formundan farklılık göstermektedir. Yönelim, hekimin temel tıp bilgisinden/genel tababetten uzaklaşmasına neden olan tıpta aşırı uzmanlaşma şeklinde yaşanmıştır. Giderek daha dar bir uzmanlık alanında ve tek bir hastalık özelinde uzmanlaşan hekimler, “hastalık yok, hasta var” bakış açısını terk ederek “hastalık var, hasta yok” anlayışını benimsemeye başlamışlar ve hastalığın tanı ve tedavisinde bütüncül bir yaklaşımdan uzaklaşmışlardır. İnsan bedeni bütüncüllüğünü kaybederek hasta sistemler, organlar, hücreler ve hastalıklar boyutuna indirgenmiştir. İlgili gelişmeler bütüncül tıp bilgisi ile hareket eden hekimlerin bilgi ve kavrayış düzeylerinin aşınma eğilimine girmesine ve giderek parçalı bir yapıya bürünen sağlık hizmeti üretim sürecindeki kontrol güçlerinin ve özerklik alanlarının daralmasına neden olmuştur.

Bu çalışmada, vashn iki temel unsurunu oluşturan bilgi ve özerklik temelinde hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen dönüşümlerin analizi amaçlanmıştır. Bu bağlamda, çalışma kapsamında 16 farklı uzmanlık alanından 30’u uzman ve 6’sı pratisyen hekim olmak üzere toplamda 36 hekim ile görüşülmüştür. Hekimlik mesleğinin evrensel bir eğilim içerisinde olduğundan bahseden literatür bulgularına benzer şekilde hekimlerle yapılan derinlemesine mülakatlardan elde edilen veriler, hekimlerin klinik vasıfları üzerinde çeşitli boyutlarda vasıfsızlaşma eğiliminin söz konusu olduğunu göstermektedir. Her uzmanlık alanında

etkisini farklı şekillerde gösteren vasıfsızlaşma eğiliminde, teknolojinin önemli bir rol oynadığı saptanmıştır.

Teknolojinin, hekimlerin klinik vasıfları üzerindeki etkilerinin farklı şekillerde gerçekleştiği görülmektedir. Bağımsız bir değişken olma özelliği taşıyan teknoloji, hekimlerin vasıf düzeyinde farklı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Hekimlerin artan oranda tıbbi teknoloji kullanımına yönelmesi tek bir nedene bağlı olarak gerçekleşmemekte, aksine farklı nedenlerle hekimler teknolojiye yönelmektedirler. Örneğin defansif bir tıp anlayışını benimseyen hekimler artan oranda teknoloji kullanımına başvururken aynı şekilde hasta yoğunluğu ve hasta başına düşen muayene süresinin kısıtlı olması nedeniyle de hekimler modern tanı yöntemlerine başvurabilmektedir. Hekimlerin başta modern tanı yöntemleri olmak üzere tıbbi teknolojileri yoğun bir şekilde kullanmaları farklı nedenlere bağlı olarak gerçekleştirmektedir. Bu nedenle de vasfın bilgi ve özerklik unsurları üzerindeki teknoloji kaynaklı aşınmaların, iç içe geçmiş durumda olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında yürütülen saha araştırmasında öncelikle hekimlerin; tanısız muhakeme, iletişim ve hasta başında değerlendirme vasıfları başta olmak üzere geleneksel klinik vasıflarının giderek azaldığı gözlemlenmiştir. Hekimlerin artan oranda modern/teknolojik tanı yöntemlerine yönelmesi ve bunun sonucunda anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel tanı yöntemlerinin geri plana itilmesi ve pratiğe dayalı öğrenme süreçlerinin azalması nedeniyle geleneksel klinik vasıfları aşınma eğilimine girmektedir.

Hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini kullanma sıklıklarının azalmasında farklı faktörlerin etkili olduğu saptanmıştır. Kaliteli sağlık hizmetini yüksek teknolojiye dayalı sağlık hizmeti ile özdeşleştiren hastaların hekimlerden teknoloji kullanmalarını talep etmesi, sağlığın piyasalaşmasının bir sonucu olarak gerek hastane yönetiminin gerekse hekimlerin teknolojiye dayalı yöntemleri tamamlayıcı birer yöntem yerine ikame edici birer yöntem olarak kullanmaya başlaması, malpraktis davaları ve şikayetler üzerine hekimlerin defansif hekimlik profilini benimsemeyerek somut kanıtlar üretebilen tıbbi teknolojiye yönelmeleri ve hasta yoğunluğu nedeniyle hasta başına düşen muayene süresinin son derece kısıtlı olması gibi faktörler, hekimlerin geleneksel tanı yöntemlerini kullanması önünde engel teşkil etmektedir. İlgili faktörlerin hekimlerin klinik vasıfları üzerinde bozucu etkisi bulunmaktadır. Çünkü vasıf, doğası gereği pratiğe dayalı bir gelişim göstermektedir ve kullanılmayan vasıfların zaman içerisinde aşınmaya uğraması kaçınılmaz bir sonuç olarak

ortaya çıkmaktadır. Öte yandan hekimler, zaman içerisinde aşınmaya uğrayan bilgi düzeyleri ve klinik vasıfları nedeniyle doğru tanı ve tedavi adımlarını uygulayabilmedeki eksikliklerinden kaynaklı olarak teknolojiye daha da bağımlı hale gelebilmekte ve tıbbi teknolojiler ikame edici bir form niteliği kazanarak hekimlerin mesleki pratiklerini yerine getirmelerinde bir zorunluluk halini alabilmektedir.

Hekimlerin hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde tıbbi teknolojileri kullanmaları sağlık hizmeti kalitesi açısından son derece önemlidir. Ancak hekim emeği açısından sorun alanını tıbbi bilgi ve vasıfların değersizleşmesi ve klinik vasıfların aşınması oluşturmaktadır. Çünkü teknolojinin emek sürecindeki artan yayılımı ile hekimlerin sorumluluk alanları daralmakta; kimi durumda teknoloji, hekimin bireysel çabası ve bilgisinden bağımsız olarak sağlık hizmeti üretim sürecinde tek başına büyük bir işlev üstlenebilmektedir. Bu durum, hekimlerin klinik vasıflarını değersizleştirme potansiyeline sahip bir gelişmedir ve tıbbi teknolojilerin sağlık hizmeti üretim sürecinde ikame edici değil tamamlayıcı birer üretim aracı olarak işlev görmesinin ardında yatan nedenlerden birini oluşturmaktadır.

Hekimlik, sağlık hizmeti üretim sürecinde üretim araçlarının yoğun bir şekilde kullanıldığı bir meslek grubudur. Teknoloji yoğun üretim süreci nedeniyle hekimlerin tıbbi teknolojileri kullanabilme yetkinlikleri ile klinik vasıfları aynı anlamı taşıyan iki kavram gibi değerlendirilmektedir. Ancak emek süreci teorisi kapsamında bu değerlendirme, bir yanılgı olarak kabul edilmektedir. Çünkü vasıf, hekimlerin tıbbi teknolojileri kullanabilme yetkinliğini değil; tıbbi teknolojinin sağlık hizmeti üretim sürecindeki işlevi ile tanı ve tedavide sürecinde üstlendiği rolün, nedensellik ilişkisi kurabilen olgusal bilgi ile hekimin zihninde kavranabilmesini ifade etmektedir. Vasıf bilgi temelli olma özelliği taşımaktadır ve nedensellik ilişkisi kurabilen olgusal bilgiden yoksun bir yetkinlik, vasıf kavramını tüm boyutlarıyla karşılamamaktadır. Bu tartışma, aslında yine vasfın ne olduğu ve neleri kapsadığı tartışmasının bir sonucu olarak yürütülmektedir. Hastalıkların tanı ve tedavisinde “gizemli” bir şekilde işleyen ve “mucizevi” sonuçlar doğuran teknoloji, canlı bir organizma olan insana ilişkin tıbbi bilgilere giderek artan oranda sahip olmaktadır. Vasfa ilişkin alternatif kavramsallaştırmalar ise ilgili teknolojileri kullanabilme yetkinliği ile vasıfı özdeşirmektedir. Bu değerlendirme, sonuç ve çıktı odaklı bir yaklaşımı temsil etmekte ve vasıf kavramını emek perspektifinden ele almamaktadır. Çünkü emeğin vasfı büyük oranda teknoloji kullanabilme yetkinliği ile değerlendirilirken teknolojinin giderek artan sorumluluk alanı karşısında hekimlerin tıbbi bilgi düzeyleri kademli olarak azalmaktadır.

Bir işin yerine getirebilmesi anlamını taşıyan yetkinlik temelli bir vasıf kavramsallaştırmasıyla hekimlerin klinik vasıflarının aşınmadığı, aksine vasıf kazandıkları sonucuna ulaşmak mümkündür. Ancak ilgili tanımlama, vasıf kavramının geniş kapsamını karşılayamamaktadır. Çünkü yetkinlik bazlı bir tanımlama ile yalnızca “know-how” ya da “yapabilme” bilgisi ifade edilmektedir. Oysa ki vasıf kavramı, emek sürecinin bütüncül bir şekilde kavranışa olanak tanıyan bir durum ifadesi olarak kullanılmalıdır.

Hekimlerin salt son teknolojiyi kullanabilme ve ilgili teknolojiler ile tanı ve tedavi süreçlerini işletebilme kapasiteleri ölçüsünde vasıflı olarak değerlendirilmeleri, teknolojinin sürekli geliştiği ve buna bağlı olarak üretim araçlarının çok hızlı bir şekilde dönüştüğü günümüz sağlık hizmeti üretim sürecinde vasfın da sürekli olarak değişmesi anlamını taşımaktadır. Bu değerlendirme, klinik vasıfların raf ömrü de son derece kısıtlamaktadır. Çünkü teknolojinin ve üretim araçlarının sürekli gelişiminin doğal bir sonucu olarak vasıf kavramının anlamının da sürekli bir şekilde değişmesi gerekmektedir. Ancak bilgi temelli vasıfların raf ömrü uzun olmakla birlikte vasıf kavramının anlamının değişmesi genellikle yeni keşifler sonucunda ulaşılan yeni tıbbi bilgiler ile sağlanabilir. Dolayısıyla hekimlerin, üretim araçlarındaki gelişmelere uyum sağlayabilmeleri vasıf olarak değil yetkinlik olarak değerlendirilmelidir.

Kapitalist emek sürecinin yönetim anlayışının uzmanlaşma mantığı, hekimlerin klinik vasıflarının aşınması eğiliminde de etkisini göstermektedir. Hekimlerin uzmanlaşma ile birlikte bütüncül tıp bilgisinden uzaklaştıkları görülmektedir. Hekimlerin bütüncül tıp bilgisi anlamına gelen genel tababetten uzaklaşmaları eğiliminin ardında tıpta uzmanlaşmanın özellikle son yıllarda artışa geçen “aşırı” formu yatmaktadır. Tıpta aşırı uzmanlaşma ile hekimlerin tek bir hastalık ve hatta kimi durumlarda tek bir ameliyat ve tedavi yönteminde uzmanlaştıkları görülmektedir.

Bir hekimin en başarılı olduğu hastalığın tedavisinde ya da ameliyatta uzmanlaşması sağlık hizmeti kalitesi açısından oldukça önemli kazanımlar getirmekte ancak tıpta aşırı uzmanlaşma pratikleri hekimlerin klinik vasıfları açısından bozucu etkileri de beraberinde getirmektedir. Bozucu etkiler, aynı zamanda birer pratisyen hekim olarak genel tıp uygulayıcısı konumundaki uzman hekimlerin genel tababetten uzaklaşmalarından kaynaklanmaktadır. Hekimler, genel tıp bilgisinden uzaklaşmaları nedeniyle uzmanlık alanları dışındaki diğer hastalıklara yabancılaşmaktadırlar. Aynı zamanda birer pratisyen

hekim olan uzman hekimlerin, en azından ayırıcı tanıyı yapabilmeleri ve hastayı ilgili uzmanlık alanına yönlendirebilmeleri gerektiği ancak pratikte bunun gerçekleşmediği hekimlerin çoğu tarafından dile getirilmektedir. Ancak çoğu durumda hekimler gerek ayırıcı tanının yapılmasında gerekse genel tıp bilgisi ile tanı koyabilecekleri basit hastalıkların tanı ve tedavisinde bilgi düzeylerindeki aşınmalar sonucunda sorun yaşamaktadır.

Tıpta aşırı uzmanlaşma vasfın bir yandan bilgi temelli unsurunu aşındırırken bir yandan da diğer bir unsur olan özerklik temelinde aşınmalara neden olmaktadır. Uzmanlık alanlarındaki artış ile her bir hekim yalnızca kendi uzmanlık alanına giren hastalıklara odaklanmakta, uzmanlık alanları arasındaki sevk oranları artmakta ve sağlık hizmeti üretim süreci parçalara ayrılmaktadır. Hekimler, hastaların birden fazla hekim arasında gidip geldiğini ve hekimler arasında bir takım çalışmasının kurumsallaştığını dile getirerek kolektif bir sağlık hizmeti sürecinin varlığına işaret etmektedirler. Sağlık hizmeti üretim sürecinde inşa edilen takım çalışması ve kolektif bir sağlık hizmeti üretim süreci, üretim sürecini parçalara ayrılmasının ötesinde hekimler arasında Fordizm'in işbölümü ve uzmanlaşma anlayışına benzer bir bağımlılık ilişkisini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalardan oluşan bir bütün haline gelmesi, deyim yerindeyse tanı ve tedavi süreçlerinde bir montaj hattının kurgulanması, hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrol gücünü sınırlamaktadır. Bu bağlamda vasfın diğer bir unsuru olan işin yürütümündeki özerklik ve kontrol gücü aşınma eğilimine girmektedir.

Üretim sürecinin parçalara ayrılmasının klinik vasıflar üzerindeki bozucu etkileri, hekimlerin özerklik alanlarının daralması ve kontrol gücünü kaybetmeleri nedeniyle emek sürecini bütüncül bir şekilde kavrayamamalarından kaynaklanmaktadır. Hiç kuşkusuz ki sağlık hizmeti kalitesi açısından farklı uzmanlık alanları arasında işbirliği kurulması ve takım çalışması inşa edilmesi olumlu çıktılar üretmektedir. Ancak vasfın işe değil emeğe ait bir kavram olması dolayısıyla emek perspektifinden bir vasıf analizi yapıldığında, sağlık hizmeti üretim sürecindeki parçalı yapının hekimlerin klinik vasıfları üzerinde bozucu etkilere neden olduğu görülmektedir. Öte yandan üretim sürecinin parçalara ayrılması, her uzman hekimin aynı zamanda birer pratisyen hekim olduğu gerçeğini silikleştirmekte ve yalnızca kendi uzmanlık alanındaki hastalıklara odaklanan uzman hekimlerin, en basit vakalarda dahi hastayı diğer uzmanlık alanlarına sevk etmesine neden olmaktadır. Bu durum ise hekimi genel tababete yabancılaştırma potansiyeli taşımaktadır.

Hekimlerin özerklik alanına bir başka müdahalenin hasta yönetimi tarafından yapıldığı görülmektedir. Hekimlerin işin yürütümündeki özerklikleri; çalışma koşullarını ve içeriğini belirleyebilme güçlerini kaybetme eğilimlerinin bir sonucu olarak aşınmaktadır. Yönetim hasta yoğunluğunu ve dolayısıyla muayene sürelerini belirleyebilme gücünden kaynaklı olarak hekim pratiklerine doğrudan etki edebilmektedir. Hekimlerin işlerini yönlendirebilme ve çalışma koşullarını belirleyebilme kapasiteleri giderek daralmaktadır. Yönetim tarafından belirlenen hasta yoğunluğu, hekimlerin tanı ve tedavi sürecinde kullanacakları yöntemlere kendi inisiyatifiyle karar vermeleri önünde engel oluşturmaktadır.

Türkiye özelinde, kamu hastanelerinde bir hastanın muayenesi için 10 dakika gibi oldukça sınırlı bir sürenin ayrılması, hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde kullanacakları yöntemleri mutlak bir özerklikle belirleyememesine neden olurken merkezi yönetim tarafından yapılan ilgili müdahaleler sonucunda hekimlerin klinik vasıflarında aşınma yaşanmaktadır. Yapılan son düzenleme ile muayene süresi 5 dakikaya indirilmiştir. Çalışmanın koşul ve içeriklerini belirleme gücünü azaltan bu gelişme ile hekimlerin klinik vasıfları üzerindeki baskının giderek artması beklenmektedir. Çünkü oldukça kısıtlı bir hasta başına düşen muayene süresi içerisinde hekimler istedikleri yöntemleri kullanamamakta, çalışma koşullarını ve içeriğini belirleyememektedir. Hasta yoğunluğu üzerinden hekim özerkliğine doğrudan bir müdahale söz konusu olmaktadır.

Muayene süreleri üzerinden işin yürütümündeki özerklik alanının kısıtlanması, hekimlerin bilgiye dayalı klinik vasıflarını yoğun olarak kullandıkları geleneksel yöntemlere başvurmaları önünde büyük bir engel teşkil etmektedir. Bu durum, hekimin çok kısa bir muayene süresi içerisinde anamnez ve fizik muayene yapmasını imkansızlaştırarak hekimlerin tıbbi teknolojileri ve diğer uzmanlık alanlarına sevk sistemini zorunlu bir şekilde kullanmalarına neden olabilmektedir. Hasta yoğunluğu ve hasta başına düşen muayene süresinin kısalığı, hekimlerin teknolojiye artan bağımlılığının sebeplerden birini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması, müşteri haline getirilen hastalar ve “müşteri” memnuniyetini sağlamaya yönelik popülist politikaların etkisiyle hekimler, kamu hastanelerinde uzmanlık alanlarına göre farklılık göstermekle birlikte, çoğu zaman günde 100’ün üzerinde hasta bakmaktadır. Gelen her hastaya bakabilmek ve hasta yoğunluğunu

eritebilmek amacıyla hekimlerin tıbbi teknolojilere artan oranda başvurması, bilgiye dayalı vasıflarının aşınması sonucunu beraberinde getirmektedir.

Hekimlerin özerklik alanına bir başka müdahale bizzat hasta tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve popülist politikaların bir çıktısı olarak müşteri gibi hareket etmeye başlayan hastaların varlığı, hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde müşteri memnuniyetini sağlamalarının bir zorunluluk haline gelmesine neden olmaktadır. Kendi zihinlerinde yüksek teknoloji kullanımı ile kaliteli sağlık hizmetini özdeşleştiren hastalar, hekimlerden laboratuvar testine ve görüntüleme teknolojisine başvurmalarını talep etmeye başlamıştır. Bu türden talepler, kamu hastanelerine de sirayet etmiş olmakla birlikte özellikle özel hastanelerde daha görünür durumdadır. Gereksiz bir şekilde istenen testler ve görüntülemeler kamu israfına ve radyasyon riskine neden olmanın yanı sıra hekimlerin kendi pratiklerini belirleyebilme kapasitelerini baskılamaktadır. Toplum nezdinde dahi test ya da görüntüleme istemeyen hekimlerin iyi birer tıp uygulayıcısı olmadığı yönünde yanlış bir kabul oluşmuş durumdadır. İlgili kabuller ve hastalardan gelen yoğun talepler hekimlerin modern tanı yöntemlerine başvurmalarına ve böylelikle zaman içerisinde teknolojiye bağımlılıklarının pekişmesinde etkili olmaktadır.

Piyasalaşan sağlık hizmetlerinde müşteri gibi hareket etmeye başlayan hastalar, uzun yıllar profesyonel birer kimlik taşıyan hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsılmasına da neden olmaktadır. Hekimlerin mesleki otoriteleri; en doğrusunu bilen ve güven duyulan hekim profilinden, pratikleri sorgulanabilen bir hekim profiline geçiş ile sarsılmaktadır. Piyasalaşma olgusunun yanı sıra hastaların “bilinçlenmesi” olarak adlandırılan gelişme de hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsılmasında etkili olmaktadır.

Özellikle iletişim, bilgisayar, bilgi ve internet teknolojilerinin gelişmesiyle tıp alanına ilişkin bilgilere ulaşmanın önündeki engellerin büyük oranda ortadan kalkması, tıbbi bilginin gizemini yitirmesi ve hekimlerin mesleki bilgi üzerindeki tekellerinin son bulması hastaların bilinçlenmesi süreci ile yakından ilişkilidir. Hastaların tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin kararlara katılma talebinde bulunmaları anlamını da taşıyan hastaların bilinçlenmesi olgusu ile hastaların hekim pratiklerinin belirlenmesi sürecine etki edebilme potansiyeline ulaştıklarından ve böylelikle hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsıldığından söz edilmektedir. Ancak hekimler tarafından literatürün aksine hastaların bilinçlenmedikleri, yanlış bilgiler ile donatıldıklarını ifade edilmektedir. Birer müşteri gibi hareket etmeye

başlayan hastaların; popülist politikalardan güç alarak hekim pratiklerini sorgulamaya başlamaları ve hatta hekimleri teknoloji kullanmaya veya kendi belirledikleri reçeteleri uygulamaya yönlendirme girişimleri vasfın özerklik unsuru bağlamında aşınmaya neden olmaktadır.

Ancak hekimlerin özerklikleri bağlamında bütüncül bir kaybın söz konusu olmadığını da belirtmek gerekmektedir. Çünkü hekimler tanı ve tedavi süreçlerini işleten, mesleki pratiklerin belirlenmesinde son kararı veren ve sağlık hizmeti üretim sürecini kontrol eden başat aktör olma özelliğini devam ettirmektedirler. Sözü edilen özerklik aşınması, hekimler tarafından tecrübe edilen bir sorun alanını oluşturmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin kontrol güçlerinin ve özerkliklerinin bütünüyle ortadan kalktığını söylemek mümkün değildir. Sağlık sisteminin mevcut yapısı ve teknolojinin dolaylı ve doğrudan etkileri nedeniyle hekimlerin işin yürütümündeki özerklikleri belirli boyutlarda azalma eğilimindedir ve bu bozucu etkiler klinik vasıfları üzerinde aşınmaya neden olmaktadır.

Hekimlerin profesyonel kimliklerini ve klinik vasıflarını baskı altına alan bir diğer etken malpraktis davalarıdır. Malpraktis davalarının artışı, hekim pratiklerinin sorgulanabilir hale gelmesi ve hekimlerin mesleki otoritelerinin ve profesyonel kimliklerinin meslek profesyoneli olmayan kişilerin müdahalesine açılması gelişmeleriyle yakından ilişkilidir. Hekimler malpraktis davalarından kaçınmak ve kendilerine koruma mekanizması oluşturmak amacıyla yoğun bir şekilde tıbbi teknoloji kullanmakta, diğer uzmanlık alanlarına sevk sistemini işletmekte ya da ilgili uzmanlık alanlarından konsültasyon almaktadır. Hekimlerin malpraktis davaları nedeniyle defansif bir hekimlik profilini benimsedikleri görülmektedir. Defansif hekimliğin bir sonucu olarak hekimler, ileride karşılaşılabilecekleri sorunlara kanıt oluşturma maksadıyla görüntüleme ve test sonuçlarını ve konsültasyonla raporlarını sağlık kayıt sistemlerine arşivlemektedirler. Malpraktis davaları, hekimlerin artan oranda teknoloji ve sevk sistemini kullanmalarına bağlı olarak klinik vasıfları üzerinde yaşanan aşınmanın bir diğer sebebini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetinin kalitesi ve hasta hakları bağlamında malpraktis uygulaması “iyi hekimlik” pratiklerinin sağlanması hususunda teşvik edici bir uygulama olsa da hekim kimi durumunda hasta karşısında savunmasız bırakılmaktadır. Malpraktis vakaları ile komplikasyonların çoğu zaman birbiriyle karıştırıldığı bilinmektedir. Profesyonel bilgi birikimi ile hareket eden hekimlerin mesleki pratiklerinin, meslekten olmayan kişilerin şikayeti üzerine davaya konu

edilmesi hekimlerin prestijlerini de sarsmaktadır. Hekimlik mesleği profesyonel olmayanların müdahalesine açık hale gelmekte ve hekime duyulan güven azalmaktadır.

Ancak hekimlerin yaşıyan bir sorun olan malpraktis uygulamalarına karşı somut bir mücadele içerisinde olmadığı görülmektedir. Mesleki pratikleri üzerinde oluşan baskı karşısında direnç göstermesi beklenen hekimlerin pasif bir pozisyon aldıkları, bir başka ifadeyle sistemdeki aksaklıkları çözmeye yönelik girişimlerde bulunmanın aksine sisteme uyum sağlama ve sistemin gereklerini yerine getirme şeklinde davranışlarda bulundukları görülmektedir. Pasif olarak adlandırılabilir tutum, hekim profilinde yaşanan defansif hekimlik pratiklerini açıklar niteliktedir.

Hekimler, mesleki otorite ve klinik vasıfları üzerinde baskı oluşturan malpraktis davalarına karşı kamu hastanelerinden ayrılarak ve görece daha iyi çalışma koşullarının olduğu ve mesleki pratiklerini daha özerk bir şekilde belirleyebildikleri özel hastanelere geçerek ya da kendi özel muayenelerini kurarak direnç göstermektedirler. Hiç kuşkusuz ki bu direnç biçimi, mevcut sorunun çözülmesinde aktif bir rol oynamamaktadır.

Hekimlerin mesleki otoritelerinin sarsılmasında malpraktis davalarının yanı sıra artan şiddet vakaları da etkili olmaktadır. Hekimler, şiddet vakalarındaki artışı toplum nezdinde hekimlere duyulan güven ve saygının ciddi bir erozyona uğraması ve piyasalaşan sağlık hizmetleri ile gerekçelendirmektedirler. Hekime şiddet vakalarındaki artış, hekimlerin mesleki otoritelerini kaybetme ve profesyonelleşmeme eğilimi içerisinde olduğunu göstermesi açısından son derece önemlidir. Hasta ile hekim arasındaki güven ve saygı temelli ilişkinin adım adım çözüldüğü görülmektedir.

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin yaşadığı dönüşümün bir diğer belirleyicisi teknolojidir. Sağlık kayıt sistemleri ile otomasyon ve görüntüleme teknolojilerinin artan kullanımına bağlı olarak hastalar ile hekimler arasındaki mesafenin giderek açıldığı görülmektedir. Hekimler ilgili teknolojilerin yanı sıra hasta yoğunluğunun da etkisiyle hastalar ile sağlıklı bir iletişim kuramamakta ve hasta, sağlık hizmeti üretim sürecinden soyutlanmaktadır. Çoğu durumda hekimler, hasta ile doğrudan iletişim kurmaya olanak tanıyan geleneksel tanı yöntemlerine başvuramamakta ya da kendi inisiyatifleri ile başvuramamaktadır. Teknoloji kullanımı üzerinden hastalığın tanı sürecinin işletildiği bir yapıda, hekimlerin mesleki pratikleri genellikle ilgili testlerin istenmesi ve ilgili görüntülemelerin yapılması şeklinde

gerçekleşmektedir. Bu durum, hekimlik mesleği açısından sağlık hizmeti üretim sürecini mekanik bir forma dönüştürmekte ve mesleğin zanaat yönünü aşındırmaktadır. Öte yandan tıbbın insansızlaşması eğilimi etkisini arttırmaktadır.

Emek süreci teorisi bağlamında emeğin, nesnesi ile doğrudan etkileşiminin sınırlandırılması yabancılaşmaya neden olmakta ve meslek zanaat olma özelliğinden uzaklaşmaktadır. Yabancılaşmanın hekimlik mesleği üzerindeki yansıması, birbirini var eden iki aktör olan hasta ve hekim arasındaki mesafenin gerek fiziksel gerekse güven duygusu üzerine kurulu duygusal bağ anlamında giderek açılması şeklindedir. Tıbbın insansızlaşması kavramının çıkış noktasını da hasta ve hekim arasındaki mesafenin giderek açılması oluşturmaktadır. Teknolojinin etkisi ve hasta bilgilerinin sanal birer veri haline getirilmesiyle “e-hasta” olarak adlandırılan yeni bir hasta profilinin ortaya çıkışı tıbbın insansızlaşması eğiliminin şiddetini arttırmaktadır. Ancak tıbbın insansızlaşması, hastanın tam anlamıyla uzaklaştığı bir sağlık hizmeti üretim sürecini değil, bir eğilimi ifade etmektedir.

Mevcut sorunların varlığı, bizzat teknolojinin kendisinden değil, tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklanmaktadır. Teknolojinin ikame edici değil tamamlayıcı bir işlev ile kullanılması gerekmektedir. Aksi durumlarda tıp etiği bağlamında da sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çünkü salt teknoloji odaklı bir sağlık hizmeti üretim sürecinde hekimlerin, hastaların psiko-sosyal yönlerine hitap edemedikleri ve hekimlik mesleğinin en önemli ilkesi olan “hastaya dokunma”, hasta ile iletişim kurma, pratiklerinin geri plana itildiği görülmektedir. Hekimler açısından ilgili gelişmeler mesleğin zanaat yönünden uzaklaşılması ve yabancılaşma sorununun yanı sıra başta hasta başında değerlendirme vasıfları ile iletişim vasıfları olmak üzere geleneksel klinik vasıfların aşınmasına da neden olmaktadır.

Hekimler, klinik vasıflarının aşınması sürecinde çoğu zaman edilgen bir konumda yer almaktadırlar. Bir başka ifadeyle hekimler genellikle sistemden kaynaklanan nedenler dolayısıyla vasıfsızlaşma eğilimi ile karşı karşıya gelmektedir. Örneğin basamaklı sistemin uygulanmaması nedeniyle oluşan hasta yoğunluğu ve malpraktis davaları gibi vasıfsızlaşma riski taşıyan faktörler sağlık sistemi kaynaklı sorunlardır. Hekimlerin edilgen bir pozisyon ile girdikleri bir diğer vasıfsızlaşma eğilimi ise eğitim sisteminden kaynaklanmaktadır. Tıp öğrencilerine, eğitim sisteminden kaynaklanan sorunlar nedeniyle ilgili klinik vasıfların aktarılmadığı ve aşınmanın henüz tıp eğitimi sürecinde başladığı ifade edilmektedir.

Vasfin temel unsurlarından biri olan temel karmaşıklık düzeyini çözen bilgi birikiminde yaşanan gerileme, yoğun olarak tıp fakültelerinde verilen eğitime bağlanmaktadır. Tıp fakültelerinde hekim adaylarına verilen eğitimin yeterli olmadığı belirtilirken aktarılan bilgilerin niteliğindeki dönüşüme de dikkat çekilmektedir. Bütünü oluşturan parçalar arasındaki nedensellik ilişkisini kuran ve emek süreci üzerinde bütüncül bir kavrayışa olanak tanıyan olgusal bilginin önemi ve tıp müfredatındaki ağırlığı giderek azalmaktadır. Bilginin niteliğinde yaşanan dönüşüm ertesinde olgusal bilginin yerini neyin ne ile alakalı olduğunu gösteren ve nasıl yaparım bilgisini ifade eden reçete bilgisi almaktadır. Reçete bilgisi, nedensellik ilişkisinin kurulmasına olanak tanımayan ancak işlerin yerine getirilmesinde yeterli olacak “know-how” bilgisini aktaran bir bilgi türü olarak tanımlanmaktadır.

Literatürde, ne ve nasıl sorularına cevap verebilen ancak neden sorusuna cevap veremeyen bir bilgi türü olan reçete bilgisi ile sağlık alanında tarif tıbbının inşa edildiği yoğun olarak tartışılmaktadır. Tarif tıbbı, en genel anlamıyla, hekimlerin belirli adımları takip ettiği, tanı ve tedavi süreçlerini işletebildikleri ancak pratikleri ardındaki mantığı çözemediği ve aslında emek sürecini kavrayamadıkları bir tıp anlayışını ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. Hekimlerin işin temel karmaşıklık düzeyini çözen bilgi düzeylerinde, nedensellik ilişkisi kuran olgusal bilginin ağırlığının kaybetmesine bağlı olarak aşınma yaşandığı görülmektedir. Sahada görüşme yapılan hekimler de neyi neden yaptığını bilmeyen ve ezberci bir mantıkla pratikte bulunan hekimlerin varlığına işaret etmişlerdir. Böylelikle sahada da tarif tıbbı eğilimin söz konusu olduğunu söylemek mümkündür. Hekimlerin, özellikle klinik protokollerin takip edilmesi suretiyle, pratiklerinin ardında yatan nedenselliği çözemedikleri ve kavrayışa ulaşamadıkları yönünde eleştiriler gündeme getirilmektedir. İlgili eleştiriler, hekimler tarafından odağına tıp eğitimi alınarak yapılmaktadır. Hekimlerin klinik vasıfları, eğitim sisteminden kaynaklanan nedenlerle aşınma eğilime içerisindedir.

Teknoloji odaklı eğitimlerin verildiği, insan anatomisini konu alan fizyopatoloji derslerinin ağırlığının azaldığı ve neden-sonuç ilişkisinden ziyade nasıl yaparım bilgisinin öğretiminin ağırlıklı olduğu müfredatlarda geleneksel klinik vasıfların aktarımı güçleşmektedir. Ezberci bir yaklaşımla kurgulanan müfredatların yanı sıra artan tıp fakülteleri ve kontenjanlar, yetkin öğretim üyesi eksikliği ve uygun altyapının olmayışı da tıp eğitiminin kalitesini zayıflatmaktadır. Tıp öğrencilerinin etkin bir staj imkanı bulamadığı, temel tıbbi pratikleri dahi yerine getiremeden mezun oldukları ve bunlar neticesinde pratik bilgi ve tecrübe

eksikliği ile hekimlik yapmaya başladıkları ifade edilmektedir. Bu nedenle hekimlerin klinik vasıfları, olgusal bilginin yanı sıra pratik bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak da aşınma eğilimi içerisine girmektedir.

Öte yandan hekimlerin genel tababetten kopmamaları amacıyla uzmanlık eğitimleri boyunca aldıkları rotasyonların, yalnızca kağıt üzerinde işleyen bir mekanizma olarak kaldığı ve diğer uzmanlık alanlarındaki bilginin edinilmesine yönelik bir işlevi olmadığı ifade edilmektedir. Rotasyon mekanizmasının sağlıklı bir şekilde işlememesinin nedeni, yine sistem kaynaklıdır. Ancak vasıfsızlaşma riskinin bertaraf edilmesi için bir koruma mekanizması olarak kurgulanan rotasyon sisteminin kasıtlı olarak işletilmemesine karşı hekimlerin herhangi bir direnç göstermediği ve pasif tutumlarını devam ettirdiği görülmektedir.

Klinik vasıfların aşınmasında klinik protokollerin etkili olduğu ifade edilmektedir. Klinik protokoller, teknolojinin getirdiği birer üretim aracı olarak kabul edilmektedir. Ancak sorun klinik protokollerden ziyade teknolojiye olduğu gibi bu protokollerin tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, klinik protokoller ile vasıfsızlaşma eğilimi arasında kurulacak olan ilişkiye dikkat edilmesi gerekmektedir. Çünkü klinik protokollerin sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında ve iyi hekimlik uygulamalarının yaygınlaştırılmasında önemli katkıları bulunmaktadır. Mevcut kanıtlar ışığında sağlık hizmeti üretiminde belirli bir standardın oluşturulması amacıyla oluşturulan protokoller, doğası gereğince değil uygulamadaki sorunlar nedeniyle klinik vasıflar üzerinde bozucu etkilere sebebiyet vermektedir.

Protokoller tanı ve tedavi sürecinde hekimlere yol haritası çizen birer rehber niteliğindedir. Ancak hekimlerin klinik vasıfları üzerinde; tıp eğitiminin protokoller üzerine kurgulanması, tıp eğitiminde ağırlıklı olarak protokollerdeki reçete bilgilerinin yer alması, hekimlerin çoğu zaman sorgulamadan protokollerini izlemesi ve tıbbi pratikleri ardındaki mantığı kavrama çabalarının olmayışı nedeniyle zaman içerisinde bozucu etkiler ortaya çıkmaktadır.

Literatürde, vasıfsızlaşma tartışması ile birlikte hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin olarak yürütülen en önemli tartışmalardan bir diğeri, hekimlerin giderek vasıflılaştıklarına dairdir. Vasıflılaştırma tartışması vasfın nasıl tanımlanması gerektiği tartışmasıyla paralellik göstermektedir. Sağlık hizmeti kalitesinin ve hekimlerin vasıf düzeyinin artmasında tıbbi teknolojilerin olumlu etkilerinin olduğu ve vasıfsızlaşmanın somut bir sorun olarak kabul

edilmemesi gerektiği iddiasında bulunan vasıflılaşıma teorisinde vasıf, iş temelli bir perspektif ile tanımlanmaktadır. Ancak vasıf işe değil emeğe ait bir kavramdır ve analizin emek perspektifinden yapılması gerekmektedir.

Hiç kuşkusuz ki tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler sayesinde sağlık hizmeti kalitesinde çok ciddi artışlar yaşanmaktadır. Teknolojinin sürekli gelişim göstermesiyle daha önce tanısı konulamayan ve tedavisi mümkün olmayan bir çok hastalığın tanı ve tedavisinde önemli adımlar atılmaktadır. Ancak emek süreci teorisi ve ilgili teorinin kavramsal inşası gereğince işin vasfının değil emeğin vasfının analizinin yapılması gerekmektedir. Hekim emeği açısından yapılan analiz, bir yandan mevcut vasıfların tümüyle ortadan kalkması gibi bir durumun söz konusu olmadığını ve hekimlerin yeni yetkinlikler kazanmasının da söz konusu olduğunu belirtirken bir yandan da özerklik ve bilgi temelli unsurlar bağlamında hekimlerin klinik vasıfları üzerinde aşınmanın yaşandığına işaret etmektedir. Sonuç itibariyle hekimlerin topyekun bir şekilde vasıfsızlaştığını söylemek mümkün değildir. Ancak hekimler bir tehdit oluşturan vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde ve sürekli gelişen teknolojinin tasarım ve uygulama ilkeleri nedeniyle eğilim şiddetini arttırmaktadır.

Günümüz işgücü piyasaları açısından önemli olan emeğin işlerin yerine getirilebilme potansiyeline sahip olmasıdır. Bu nedenle, emek süreci teorisi kapsamında tanımlanan vasıf, idealize edilmiş bir kavram olduğu iddiası ile eleştirilere tabi tutulmaktadır. Mevcut yapı içerisinde emek ve vasıf gibi kavramların geri plana itildiği görülmektedir. Ancak emek ve vasıf gibi kavramları kapsamına alan çalışma olgusu, yalnızca gelir elde etme amacıyla kullanılan bir araç değildir. Çalışma, aynı zamanda bireyin toplumsallaşmasının ve kendini gerçekleştirmesinin de bir aracıdır. Bu nedenle de vasıf kavramının idealize edildiğine yönelik iddialar, çalışmanın diğer işlevlerini göz ardı eden, salt çıktı odaklı bir üretim sisteminin varlığını savunan ve emek perspektifinden bir durum analizi yapmaktan uzak eleştiriler niteliğindedir.

Çalışma kapsamında yapılan analiz, hekimlerin klinik vasıfları üzerinde yaşanan aşınma eğiliminin mevcut koşulların ve işleyişin kaçınılmaz bir sonucu olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Bu nedenle sistemin gerçekliklerine de bakmak gerekmektedir. Çünkü mevcut bir sorunun varlığına işaret etmek kadar bu sorunların kasıtlı birer seçim sonucunda mı yoksa sistemin ürettiği dolaylı etkiler sonucunda mı ortaya çıktığı sorusunun sorulması da son derecede önemlidir.

Sağlık hizmeti üretim sürecinde yaşanan dönüşümlerin ardında belirli bir takım zorunluluklar bulunmaktadır. Yaşanan gelişmelerin vasıf düzeyi üzerinde neden olduğu dönüşümlerin saptanması kadar ilgili zorunlulukların nedenlerinin açıklanması da gerekmektedir. Tıp; yeni hastalıklar, yeni tanı ve tedavi yöntemleri, yeni tıbbi bilgiler ve yeni uzmanlık alanlarına bağlı olarak gelişim göstermektedir. Bu gelişim dinamiği içerisinde sağlık hizmeti üretim sürecinin sekteye uğramaması ve artan sağlık hizmeti ihtiyacının sınırlı kaynaklarla karşılanabilmesi adına sağlık alanında zorunlu bir takım seçimler yapmak durumunda kalınmaktadır. Bu seçimler, hasta yoğunluğu nedeniyle hastanelerde bir nevi ölçek ekonomisinin hayata geçirilmesi anlamını taşımaktadır. Bu nedenledir ki Fordist üretim modeli ve fabrika düzeni ile özdeşleşen ölçek ekonomisinden hareketle, hastaneler için sağlık fabrikası benzetmesi yapılmaktadır.

Tüm sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanabilmesi amacıyla gerek eğitim gerekse sağlık sistemi günün koşullarına uyumlulaştırılmaktadır. Örneğin yeni hastalıkların keşfi, sürekli artan tıbbi bilgi ve sürekli gelişen teknoloji detaylı bir tıp eğitimini zorlaştırmakta ve hekimin tüm bilgilere sahip olmasını imkansızlaştırmaktadır. Bu nedenle, eğitim müfredatlarının reçete bilgisi ağırlıklı olarak oluşturulması bir zorunluluk halini alabilmektedir. Bunun ötesinde tüm tıbbi bilgi üzerinde hakimiyet kurması imkansızlaşan hekimler, zorunlu olarak uzmanlık alanlarına ve hatta alt uzmanlık alanlarına yönelmektedir. Sürekli gelişen tıbbi teknolojilerin hekim pratiklerini standardize etmesi de aslında hasta yoğunluğunun ve artan tıbbi bilgi birikiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Ölçek ekonomilerinin işletilebilmesi ve hasta yoğunluğuna cevap verilebilmesi amacıyla sağlık hizmeti üretim süreci standardize edilmekte ve sürece mekanik bir form kazandırılmaktadır. Bu türden bir üretim yapılanmasını, sistemin ürettiği bir zorunluluk olarak değerlendirmek mümkündür.

Vasıfsızlaşma eğilimi sistemin gerçeklerinin ürettiği bir sonuç niteliğindedir. Standardizasyon ve mekanikleşme bir tercihten ziyade zorunluluktur. Ancak yine de vasıfsızlaşma somut bir eğilim olarak kendini göstermektedir. Çünkü standardize edilen ve mekanik hale getirilen bir pratiğin icrasında reçete bilgisi yeterli olmaktadır, bu nedenle eğitimler aracılığıyla yoğun olarak reçete bilgileri aktarılmaktadır. Ancak reçete bilgisi pratiklerin ardındaki nedenselliğin kavranmasına olanak tanımamaktadır. Hekimlerin klinik vasıfları üzerinde bozucu etkiler kaçınılmaz olarak kendini göstermektedir. Bu saptamalar yapılırken vasıfsızlaşma eğiliminin kaçınılmaz bir sonuç ve sistemin ürettiği dolaylı bir çıktı olduğunu belirtmek son derece önemlidir. Emek süreci teorisinin ileri sürdüğü üzere

vasıfsızlaşma eğilimi, kapitalizme içkin bir süreçtir ve kapitalizm mantığı ile işleyen işgücü piyasalarının kendi dinamiklerinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Teknolojideki hızlı gelişmeler ve bilimsel keşifler ertesinde artan tıbbi bilgi birikimi, tek bir hekimin tüm tıbbi bilgi üzerinde hakimiyet kurmasını imkansız hale getirmiştir. Tıpta uzmanlaşma eğiminin etkisini arttırmasının ardında bu imkansızlık ve artan tıbbi bilgi birikimi yatmaktadır. Spesifik alanlarda uzmanlaşma doğal bir eğilim olmakla birlikte hekimlerin kendi spesifik uzmanlık alanlarının daha da spesifik alt dallarında ve hatta tek bir hastalık ya da tek bir ameliyat üzerinde uzmanlaşma eğilimi içerisinde olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmeti kalitesi açısından bakıldığında bu durum, ilgili hekimin o alanda en iyi tedaviyi sunabilmesi anlamını taşımakta ancak hekim emeği açısından bir değerlendirme yapıldığında ilgili uzmanlaşma hekimin pratisyen hekimliğe ve genel tıp nosyonuna yabancılaşması anlamını taşımaktadır. Vasfın işe ait ya da çıktı temelli bir kavram olarak tanımlanması durumunda ilgili hekimin son derece vasıflı olduğu sonucuna ulaşmak mümkünken emek perspektifinden yapılan bir vasıf analizinde vasıf kaybına uğradığı sonucuna ulaşılmaktadır. Vasıflılaşma ve vasıfsızlaşma eğilimi vasıf kavramının nasıl tanımlandığına göre farklılık göstermektedir. Ancak vasıflılaşma savı ileri sürülürken mevcut çıktılar üzerinden bir değerlendirme yapılmakta ve vasıf kavramı işe atfedilmektedir.

Sağlık hizmeti kalitesinde ve iyileşme oranlarında yaşanan ciddi artışlardan hareketle hekimlerin vasıf düzeyinin arttığı iddiasında bulunulması, kapitalist üretim mantığının ve Taylorist yönetim anlayışının bir uzantısı niteliğindedir. Çünkü kapitalist emek sürecinin hakim üretim ve yönetim anlayışı çıktı odaklıdır. Hekimin vasıf düzeyinin somut çıktılar baz alınarak değerlendirilmesi ise sermaye perspektifli bir yaklaşımdır. Ancak vasıf, sermayenin tanımladığı şekliyle salt yetkinlik temelli bir kavram değil; emek sürecinin bütüncül bir şekilde kavranışına olanak tanıyan ve temel karmaşıklık düzeyini çözen bilgi düzeyi ve işin yürütümünde kontrol gücü sağlayan özerklik unsurlarından oluşan kapsayıcı bir kavramdır. Bu kavramsallaştırmadan hareketle, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler sonucunda hekimlerin klinik vasıflarında ilgili unsurlardaki gerilemeye bağlı olarak aşınma eğilimi yaşandığı görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abaluck, A., Agha, L. Chan, D., Singer, D., Zhu, D. (2020). *Mastering the Art of Cookbook Medicine: Machine Learning, Randomized Trials, and Misallocation*. National Bureau of Economic Research Working Paper No: w27467.
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ackroyd, S., Bolton, S. (1999). "It is not Taylorism: Mechanisms of Work Intensification in the Provision of Gynaecological Services in a NHS Hospital". *Work, Employment and Society*, 13(2), 369-387.
- Addison, J. D. W. (1914). *Arts and Crafts in the Middle Ages A Description of Mediaeval Workmanship in Several of the Departments of Applied Art, Together With Some Account of Special Artisans in the Early Renaissance*. Boston: The Page Company.
- Adler, P. S., Kwon, S., and Heckscher, C. (2008). "Professional Work: The Emergence of Collaborative Community". *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Adler, P. S., Kwon, S. (2008). "Community, Market, and Hierarchy in the Evolving Organization of Professional Work: The Case of Medicine". In D. Muzio, S. Ackroyd and J. Chanlat (Eds.), *Redirections in the Study of Expert Labour: Established Professions and New Expert Occupations*. New York. Palgrave Macmillan, pp. 139-160.
- Adler, S. A. (1990). "Marx, Machines, and Skill". *Social Science and Medicine*, 46(10), 1261-1270.
- Aglietta, M. (2015). *A Theory of Capitalist Regulation The US Experience*. New York: Verso.
- Ahmed, M. E. B. K. (2002). "What is Happening to Bedside Clinical Teaching?". *Medical Education*, 36, 1185-1188.
- Ajuwon, G. A. (2006). "Use of the Internet for Health Information by Physicians for Patient Care in a Teaching Hospital in Ibadan, Nigeria". *Biomedical Digital Libraries*, 3(12).
- Akdaş, A., Sur, H., Gemlik, H., Şişman, N. (2007). İdari Görevleri Bulunan Hekimlerin Sağlık Yönetimine Bakış Açıları, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 5, 40-45.
- Akpınar, T., Akpınar, Ş. (2015). "Emek Sürecinde Yeni Arayışlar". *Çalışma ve Toplum*, 4, 77-94.
- Albertini, J. M. (1995). *Ekonomik Sistemler: Uygulamada Kapitalizm ve Sosyalizm*. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Alkan, A., Erdem, İ. (2020). Hasta: İnsan mı? Yoksa Müşteri mi? Hasta Yok Müşteri Var Anlayışına Eleştirel Bir Yaklaşım., R. Erdem ve Dilruba Uğurluoğlu. (Editörler). *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar*. Ankara. Nobel, s. 51-70.

- Allen, M., Brar, S. S., and Farrel, S. (2010). "Medical Education Needs to Teach Health Technology Assessment". *Medical Teacher*, 32(1), 62-64.
- Allsop, J. (2002). "Regulation and the Medical Profession". In J. Allsop and M. Saks (Eds.), *Regulating the Health Professions*. London. Sage, pp. 79-93.
- Altenried, M. (2020). "The Platform as Factory: Crowdwork and the Hidden Labour Behind Artificial Intelligence". *Capital & Class*, 44(2), 145-158.
- Alvarado, A. (1986). "A Practical Score for The Early Diagnosis of Acute Appendicitis". *Annals of Emergency Medicine*, 15(5), 557-564.
- Amin, A. (2000). "Post-Fordism: Models, Fantasies and Phantoms of Transition". In A. Amin (Eds). *Post-Fordism: A Reader*. Malden. Blackwell Publishers, pp. 1-40.
- Anand, N. (2011). *New Technologies, Work, Skills and Identity: The Case of Maritime Industry*, Degree of Doctor of Philosophy, Cardiff University, School of Social Sciences, Cardiff.
- Andersson, J. (2014). *Representing Human-Automation Challenges a Model Based Approach for Human Factors Engineering in Industrial Practice*, Degree of Doctor, Chalmers University of Technology, Göteborg.
- Annandale, E. (1989). "Proletarianization or Restratisation of the Medical Profession the Case of Obstetrics". *International Journal of Health Services*, 19(4), 611-634.
- Ansal, H. (1999). *Esnek Üretimde İşçiler ve Sendikalar (Post-Fordizm'de Üretim Esnekleşirken İşçiye Neler Oluyor?)*. İstanbul: Birleşik Metal-İş Sendikası.
- Arendt, H. (2001). *İnsanlık Durumu*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Argın, Ş. (1992). "Kapitalist Toplumda İşin ve İşgücünün "Kaderi": Post-Fordizm". *Birikim Dergisi*, 41.
- Aronowitz, S. (1973). *False Promises: The Shaping of American Working Class Consciousness*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Arslanoğlu, K. (2012). Hekimliğin Temel Hastalıkları: Sorular ve Yanıtları., İ. Arslanoğlu. (Editör). *Tıp Bu Değil*. İstanbul, İthaki, s. 11-30.
- Artut, S. (2014). *Teknoloji İnsan Birlikteliği*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Ash, J. S., Sittig, D. F., Campbell, E. M., Guappone K. P., and Dykstra, R. H. (2007). Some Unintended Consequences of Clinical Decision Support Systems, *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 26-30.
- Asher, R. (1949). "The Seven Sins of Medicine". *The Lancet*, 254(6574), 358-360.
- Atabek, Ü., Yücesan-Özdemir, G., ve Yüce, E. (2006). "Siberuzayda Sendikalar: Yeni Olanaklar, Yeni Sorunlar". *İnternet ve Toplum: Bilgi Toplumuna Doğru*, XI.

- “Türkiye’de Internet” Konferansı. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi. Ankara, Aralık, 21-23.
- Atıcı, E. (2007). “Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı”. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(1), 45-50.
- Attawell, P., Rule, J. (1984). “Computing and Organizations: What We Know and What We Don’t Know”. *Communications of the ACM*, 127(12), 1184-1192.
- Avaner, E. (2019). “İleri Teknoloji Tıbbi Cihazlar ve Sınırlı Kaynakların Adil Paylaşımı; Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) Cihazları Örnekleri”. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 6(3), 100-108.
- Avcı, K. (2014). “Sağlık Kurumlarında İlaç Hatalarının Engellenmesinde Teknoloji Kullanımı”. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 183-188.
- Ayas, M. R. (1982). ““Çalışma” Kavramı Hakkında”. *İslam İlimleri Enstitüsü Dergisi*, 5, 79-87.
- Aydoğan, F. (2000). *Medya ve Serbest Zaman*. İstanbul: Om Yayınevi.
- Aydoğanoglu, E. (2011). *Fabrikada Emek Denetimi*. İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
- Ayhan, A. (2002). *Dünden Bugüne Türkiye’de Bilim-Teknoloji ve Geleceğin Teknolojileri*. İstanbul: Beta.
- Babbage, C. (2009). *On the Economy of Machinery and Manufactures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bailey, J. E. (2011). “Does Health Information Technology Dehumanize Health Care?”. *Virtual Mentor*, 13(3), 181-185.
- Bakan Kalaycıoğlu, D. (2020). 1987’den 2017’ye Hekimlerin Uzmanlık Alanı Tercih Değişimleri, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 19(59), 158-171.
- Baldwin, R. E., Cain, G. G. (2000). “Shifts in Relative U.S. Wages: The Role of Trade, Technology, and Factor Endowments”. *The Review of Economics and Statistics*, 82(4), 580-595.
- Balkız, Ö. I. (2013). “Yeni Üretim/Yönetim Modelleri ve Denetim TZÜ/TKY Modelinde Hegemonik Despotizmin Yükselişi”. *Çalışma ve Toplum*, 1, 187-208.
- Ballard, K., Elston, M. A. (2005). “Medicalisation: A Multi-dimensional Concept”. *Social Theory & Health*, 3, 228–241.
- Barbash, G. I., Glied, S. A. (2010). “New Technology and Health Care Costs — The Case of Robot-Assisted Surgery”. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 701-704.
- Barber, B. (1953). *Science ad The Social Order*. London: George Allen & Unwin.

- Bardes, C. L. (2012). "Defining "Patient-Centered Medicine"". *New England Journal of Medicine*, 366(9), 782-783.
- Barnett, G. O., Cimino, J. J., Hupp J. A., and Hoffer, E. P. (1987). "DXplain: An Evolving Diagnostic Decision-Support System". *The Journal of the American Medical Association*, 258(1), 67-74.
- Baron, J. N., Bielby, W. T. (1982). "Workers and Machines: Dimensions and Determinants of Technical Relations in the Workplace". *American Sociological Review*, 47(2), 175-188.
- Barondess, J. A. (2000). "Specialization and the Physician Workforce: Drivers and Determinants". *The Journal of the American Medical Association*, 284(10), 1299-1301.
- Basu, A., Jena, A. B., Goldman, D. P., Philipson T. J., and Dubois, R. (2014). "Heterogeneity in Action: the Role of Passive Personalization in Comparative Effectiveness Research". *Health Economics*. 23, 359-373.
- Başer, A., Başer Kolcu, M. İ., Kolcu, G., Gök Balcı, U. (2014). Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24(2), 99-102.
- Bates, D. W., Cullen D. J., and Laird, N. (1995). "Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events: Implications for Prevention". *The Journal of the American Medical Association*, 274(1), 29-34.
- Bates, D. W., Kuperman, G. J., Wang, S., Gandhi, T., Kittler, A., Volk, L., Spurr, C., Khorasani, R., Tanasijevic, M., and Middleton, B. (2003). "Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality". *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(6), 523-530.
- Bayat, A. H. (2016). *Tıp Tarihi*. İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği.
- Beck, F., Richard, J. B., Nguyen-Thank, V., Montagni I., Parizot, I., and Renahy, E. (2014). "Use of the Internet as a Health Information Resource Among French Young Adults: Results From a Nationally Representative Survey". *Journal of Medical Internet Research*, 16(5).
- Becker, H. S., Geer, B. (1958). "The Fate of Idealism in Medical School". *American Sociological Review*, 23(1), 50-56.
- Becker, H. S. (1978). "Arts and Crafts". *American Journal of Sociology*, 83(4), 862-889.
- Begun, J. W., Luke, R. D. (2001). "Reshaping Health Professions in the New Marketplace". *Advances in Health Care Management*, 2, 189-213.
- Belek, İ., Onuroğulları, H., Nalçacı E., Ardiç. F. (1998). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*. İstanbul: Sorun Yayınları.

- Belek, İ. (1993). Kapitalist Üretim Yapısı ve İnsan. *Toplum ve Hekim*, 8(56), 18-24.
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Bell, D. (1973). *The Coming of Post-Industrial Society: a Venture in Social Forecasting*. New York: Basic Books.
- Bell, D. (1978). *The Cultural Contradictions of Capitalism*. New York: Basic Books.
- Bell, D. (2001). İletişim Teknolojisi: Gidişat Daha İyiye mi Yoksa Daha Kötüye mi?, U. Dolgun (Editör). *Sosyo-Ekonomik Perspektif*. Bursa, Asa Kitabevi, s. 309-328.
- Bell, D. (2013). *İdeolojinin Sonu: Ellilerdeki Siyasi Fikirlerin Tükenişine Dair*. Ankara: Sentez.
- Bell, R. H. J. (2008). Graduate Education in General Surgery and Its Related Specialties and Subspecialties in the United States, *World Journal of Surgery*, 32, 2178–2184.
- Berg, M. (1997). Problems and Promises of the Protocol, *Social Science and Medicine*, 44(8), 1081-1088.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (1991). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books.
- Berman, E., Bound, J., and Grilliches, Z. (1994). Changes in the Demand for Skilled Labor within U.S. Manufacturing: Evidence from the Annual Survey of Manufacturers, *The Quarterly Journal of Economics*, 109(2), 367-397.
- Bhardwaj, S. (2013). Technology, and the Up-Skilling or Deskilling Conundrum, *WMU Journal of Maritime Affairs*, 12, 245–253.
- Bilgin, M. H. (2000). *Yeni Teknolojiler ve Üretim Sistemlerindeki Değişimin Emek ve İstihdam Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Kamu İşletmeleri İşverenleri Sendikası.
- Blau, P. M. (1977). *Inequality and Heterogeneity: A Primitive Theory of Social Structure*. New York: The Free Press.
- Blauner, R. (1964). *Alienation and Freedom: The Factory Worker and His Industry*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Blinman, T. (2017). *Competency Based Medical Education Is Wrong for Surgery*. OSF Preprints.
- Bloch, M. (1983). *Feodal Toplum*. Ankara: Savaş Yayınları.
- Bodewitz, H. J. H. W., Buurma, H., Vries, G. H. D. (2012). “Regulatory Science and the Social Management of Trust in Medicine”. In W. E. Bijker, T. P. Hughes and T. Pinch (Eds.), *The Social Construction of Technological Systems New Directions in the Sociology and History of Technology*. Cambridge, The MIT Press, 237-252.

- Bogdan, R. C., Biklen, S. K. (2007). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*. New York: Pearson Education.
- Bordage, G. (1995). Where are the History and Physical?, *Canadian Medical Association Journal*, 152(10), 1595-1598.
- Boreham, P., Parker, R., Thompson, P., Hall, R. (2008). *New Technology @ Work*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Borger, R., Seaborne, A. E. M. (1967). *The Psychology of Learning*. Baltimore: Penguin Books.
- Bradley, E. H., Holmboe, E. S., Mattera, J. A., Roumanis S. A., Radford, M. J., and Krumholz, H. M. (2001). A Qualitative Study of Increasing β -Blocker Use After Myocardial Infarction Why Do Some Hospitals Succeed?, *The Journal of the American Medical Association*, 285(20), 2604-2611.
- Braverman, H. (2008). *Emek ve Tekelci Sermaye Yirmi Birinci Yüzyılda Çalışmanın Değersizleşmesi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- Brenner, D. J., Hall, E. J. (2007). Computed Tomography — An Increasing Source of Radiation Exposure, *The New England Journal of Medicine*, 357(22), 2277-2284.
- Brighton Labour Process Group. (1977). The Capitalist Labour Process, *Capital & Class*, 1(1), 3-26.
- Broom, A. (2005). Medical Specialists' Accounts of the Impact of the Internet on the Doctor/Patient Relationship, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 9(3), 319-338.
- Brown, P., Lauder, H., Ashton, D. (2007). "Towards a High Skills Economy: Higher Education and the New Realities of Global Capitalism". In D. Epstein, R. Boden, R. Deem, F. Rizvi and S. Wright (Eds.). *World Year Book of Education 2008 - Geographies of Knowledge, Geometries of Power: Higher Education in the 21st Century*. London, Routledge, pp. 190-210.
- Brown, P. Lauder, H., Ashton, D. (2011). *The Global Auction: The Broken Promises of Education, Jobs and Incomes*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, N., Webster A. (2004). *New Medical Technologies and Society Reordering Life*. Malden: Polity Press.
- Brugger, F., Gehrke, C. (2018). Skilling and Deskillling: Technological Change in Classical Economic Theory and its Empirical Evidence, *Theory and Society*, 47, 663-689.
- Brynjolfsson, E. McAfee, A. (2014). *The Second Machine Age*. İstanbul: Türk Hava Yolları Yayınları.
- Budak, D. (2021). İlkçağlardan Günümüze Hekimliğin Gelişimi, *Journal of Medical Sciences*, 2(2), 6-10.

- Bujalkova, M., Straka, S. and Jureckova, A. (2001). Hippocrates' Humoral Pathology in Nowadays' Reflections, *Bratislava Medical Journal*, 102(10), 489-492.
- Bujnowska-Fedak, M. M., Wegierek, P. (2020). The Impact of Online Health Information on Patient Health Behaviours and Making Decisions Concerning Health, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3).
- Bulut, F., Civaner, M. M. (2016). Modern Tıp İnsancıl Özünü Yitiriyor: Artık “Hasta Yok, Hastalık Var!”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(2), 66-73.
- Burawoy, M. (2015). *Üretim Siyaseti: Kapitalizm ve Sosyalizmde Fabrika Rejimleri*. Ankara: Notabene Yayınları.
- Burkett, G., Knafl, K. (1974). Judgment and Decision-Making in a Medical Specialty, *Work and Occupations*, 1(1), 82-109.
- Bury, M., Taylor, R. (2008). Towards a Theory of Care Transition: From Medical Dominance to Managed Consumerism, *Social Theory & Health*, 6, 201-219.
- Buyruk, H. (2018). Gelişen Teknolojiler, Değişen İşgücü Nitelikleri ve Eğitim, *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(14), 599-632.
- Callinicos, A. (2001). *Postmodernizme Hayır: Marksist Bir Eleştiri*. Ankara: Ayraç Yayınevi.
- Callinicos, A. (2004). *Making History: Agency, Structure, and Change in Social Theory*. Leiden: Brill.
- Cardoso, R. (2019). “Craft versus Design: Moving Beyond a Tired Dichotomy”. In G. Adamson (Eds.). *The Craft Reader*. London, Bloomsbury Visual Arts, pp. 321-332.
- Carrese, J. A., Wright, S. M. (1998). Time to Teach about Ethical Issues Encountered in Managed Care, *Academic Medicine*, 73(11), 1128-1129.
- Casper, M. J., Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements, *Journal of Health and Social Behavior*, 51(5), 120-132.
- Cass, H. (2006). *The NHS Experience: The ‘Snakes and Ladders’ Guide for Patients and Professionals*. Londra: Routledge.
- Cassell, J. (1991). *Expected Miracles: Surgeons at Work*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cassell, E. J. (1997). *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Castel, R. (2017). *Ücretli Çalışmanın Tarihçesi: Sosyal Sorunun Dönüşümü*. İstanbul: İletişim Yayınları.

- Castellani, B., Hajferty, F. W. (2006). "The Complexities of Medical Professionalism: A Preliminary Investigation". In: D. Wear and J. M. Aultman (Eds.). *Professionalism in Medicine: Critical Perspectives*, New York, Springer, pp. 3-23.
- Castellani, B., Wear, D. (2000). Physician Views on Practicing Professionalism in the Corporate Age, *Qualitative Health Research*, 10(4), 490-506.
- Castiglioni, A. (1947). *A History of Medicine*. New York: Alfred A. Knoff.
- Chadwick, B. A., Bahr, H. M., Albrecht, S. L. (1984). *Social Science Research Methods*. New Jersey: Prentice Hall.
- Chapman, L. (2012). Evidence-Based Practice, Talking Therapies and the New Taylorism, *Psychotherapy and Politics International*, 10(1), 33-44.
- Chaudhary, P. N., Agrawal, K. G. (1978). Professional Obsolescence and the Role of Continuing Education, *Indian Journal of Industrial Relations*, 14(1), 19-35.
- Checkland, K. (2004). National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?, *Sociology of Health & Illness*, 26(7), 51-975.
- Cheitlin, M. D. (2011). Medical Technology-Still an Adjunct to Clinical Skills in Making a Diagnosis, *Archives of Internal Medicine*, 171(15), 1396-1397.
- Chen, K. W., Sonn, J. W. (2019). Contingent Proletarianization of Creative Labor: Deskilling in the Xianyou Classical Furniture Cluster, *Geoforum*, 99, 248-256.
- Child, J., Fulk, J. (1982). Maintenance of Occupational Control: The Case of Professions, *Work and Occupations*, 9(2), 155-192.
- Childe, V. G. (2001). *Kendini Yaratan İnsan: İnsanın Çağlar Boyunca Gelişimi*. İstanbul: Varlık Yayınları.
- Choi, S., Leiter, J., and Tomaskovic-Devey, D. (2008). Contingent Autonomy: Technology, Bureaucracy, and Relative Power in the Labor Process, *Work and Occupations*, 35(4), 422-455.
- CIPD. (2015). Over-qualification and Skills Mismatch in the Graduate Labour Market. Chartered Institute of Personnel and Development.
- Cihangiroğlu, N., Teke, A., ve Uzuntarla, Y. (2016). Hastanelerde Klinik Yönetişim İkliminin Değerlendirilmesi: Bir Eğitim Hastanesi Örneği, *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 1-5.
- Cilliers, L., Retief, F. P. (2002). The Evolution of the Hospital from Antiquity to the End of the Middle Ages, *Curationis*, 25(4), 60-66.
- Cirhinlioğlu, Z. (2019). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel.

- Civaner, M. (2005). Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor?, *Toplum ve Hekim*, 20(4), 279-284.
- Clark, A. J. (2003). *Natural-born Cyborgs: Minds, Technologies, and the Future of Human Intelligence*. New York: Oxford University Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., and Fishman J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
- Clawson, D. (1980). *Bureaucracy and the Labor Process: The Transformation of U.S. Industry 1860-1920*. New York: Monthly Review Press.
- Coburn, D. (1994). Professionalization and Proletarianization: Medicine, Nursing, and Chiropractic in Historical Perspective, *Labour / Le Travail*, 34, 139-162.
- Coburn, D. (2006). Medical Dominance then and now: Critical Reflections, *Health Sociology Review*, 15(5), 432-443.
- Cochran, J. H. (2010). Continuous Healing Relationships Through Connectivity As the Nation Edges to Widespread Implementation of EMRs, Physicians Are Concerned About Weakening the Important Doctor-Patient Relationship, *Journal of Healthcare Information Management*, 24(3), 19-20.
- Cockerham, W. C., Ritchey, F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. Westport: Greenwood Press.
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior, *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization, *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cook, D. J., Jaeschke, R., and Guyatt G. H. (1992). Critical Appraisal of Therapeutic Interventions in the Intensive Care Unit: Human Monoclonal Antibody Treatment in Sepsis, *Journal of Intensive Care Medicine*, 7(6), 275-282.
- Cook-Deegan, R. M. (1988). "The Physician and Technological Change". In N. M. P. King, L. R. Churchill and A. W. Cross (Eds.). *The Physician As Captain of the Ship: A Critical Reappraisal*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, pp. 125-158.
- Cooper, R., Stoflet, S. (2004). Diversity and Consistency: the Challenge of Maintaining Quality in a Multidisciplinary Workforce, *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(1), 39-47.

- Costantini, O., Papp, K. K., Como, J., Aucott, J., Carlson, M. D., and Aron D. C. (1999). Attitudes of Faculty, Housestaff, and Medical Students toward Clinical Practice Guidelines, *Academic Medicine*, 74(10), 1138-1143.
- Coşkun, A. (2014). Sağlık Hizmetleri Sektöründe Ahlaki Bir Sorun Olarak İnsandışılaştırma, *İş Ahlakı Dergisi*, 7(2), 9-51.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. California: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California: SAGE Publications.
- Crowley, M., Tope, D., Chamberlain, L. J., and Hodson, R. (2010). Neo-Taylorism at Work: Occupational Change in the Post-Fordist Era, *Social Problems*, 57(3), 421-447.
- Cruess, S. R., Johnston, S., and Cruess, R. L. (2002). Professionalism for Medicine: Opportunities and Obligations, *The Medical Journal of Australia*, 177, 208-211.
- Cummings, C. L. (2013). Communication in the Era of COWs: Technology and the Physician–Patient–Parent Relationship, *Pediatrics*, 131(3), 401-403.
- Cunningham, W. J. (1957). Automation, *American Scientist*, 45(1), 74-78.
- Çağlayan, S., Bayrakçı, O. (2016). Emek Süreçlerinde Denetim, *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39, 257-274.
- Çağlayaner, H. (2006). Hekim, Hastası, Meslektaşları: Sevk ve Konsültasyon, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(1), 31-38.
- Çevik, C. (2012). Alternatif Tıbbın Modern Tıp İçinde Yer Bulma Savaşı, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 22, 12-15.
- Dalton-Brown, S. (2020). The Ethics of Medical AI and the Physician-Patient Relationship, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 29, 115–121.
- Daly, J., Willis, E. (1989). Technological Innovation and the Labour Process in Health Care, *Social Science & Medicine*, 28(11), 1149-1157.
- Dans, P. E. (1994). Credibility, Cookbook Medicine, and Common Sense: Guidelines and the College, *Annals of Internal Medicine*, 120(11), 966-968.
- Danziger, J. N. (1985). Social Science and the Social Impacts of Computer Technology, *Social Science Quarterly*, 66(1), 3-21.
- Danzon, P. M. (1991). Liability for Medical Malpractice, *Journal of Economic Perspectives*, 5(3), 51-69.

- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzsolt, F., Burls, A., and Osborne, J. (2005). Sicily Statement on Evidence-based Practice, *BMC Medical Education*, 5(1).
- Dawes, M., Lens, M. (2007). Knowledge Transfer in Surgery: Skills, Process and Evaluation, *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 89(8), 749-753.
- Giorgi, A. D. (2016). *Re-Thinking the Political Economy of Punishment: Perspectives on Post-Fordism and Penal Politics*. New York: Routledge.
- Demirhan Erdemir, A. (2005). Etik, Tıp Etiği, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta-Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri, *Atatürk Kültür Merkezi Dergisi*, 15(44), 27-72.
- Dent, M. (2006). Patient Choice and Medicine in Health Care, *Public Management Review*, 8(3), 449-432.
- Dent, M. (2008). "Medicine, Nursing and Changing Professional Jurisdictions in the UK". In D. Muzio, S. Ackroyd and J. F. Chanlat (Eds.). *Redirections in the Study of Expert Labour: Established Professions and New Expert Occupations*. New York, Palgrave Macmillan, pp. 101-117.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2018). "Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research". In N. K. Denzin and Y. Lincoln (Eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research: Fifth Edition*. California, SAGE Publications, pp. 29-71.
- Derber, C. (1983). Managing Professionals: Ideological Proletarianization and Post-Industrial Labor, *Theory and Society*, 12(3), 309-341.
- Detsky, A. S., Gauthier, S. R., and Fuchs, V. R. (2012). Specialization in Medicine How Much Is Appropriate?, *The Journal of the American Medical Association*, 307(5), 463-464.
- Diakov, V., Kovalev, S. (2014). *İlkçağ Tarihi Cilt 1: Ortadoğu, Uzakdoğu, Eski Yunan*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Dikmen, A. A. (2015). *Makine, İş, Kapitalizm ve İnsan*. Ankara: NotaBene Yayınları.
- Diprete, T. A. (1988). The Upgrading and Downgrading of Occupations: Status Redefinition vs. Deskilling as Alternative Theories of Change, *Social Forces*, 66(3), 725-746.
- Dizdar, Y. (2012). Günümüz Tıbbına Samimi Bir Eleştiri., İ. Arslanoğlu. (Editör). *Tıp Bu Değil*. İstanbul, İthaki, s. 261-274.
- Domagalski, T. A. (2008). "Organization and Subjectivity in the US Medical Profession: Physician Responses to Structural Changes within Advanced Capitalism". In D. Muzio, S. Ackroyd and J. F. Chanlat (Eds.), *Redirections in the Study of Expert Labour: Established Professions and New Expert Occupations*. New York, Palgrave Macmillan, pp. 118-138.
- Dorland's Illustrated Medical Dictionary. (2012). Philadelphia: Elsevier Saunders.

- Dorsey, E. R., Ritzer, G. (2016). The McDonaldization of Medicine, *The Journal of the American Medical Association Neurology*, 73(1), 15-16.
- Dosoudil, J., Haward, N. (2007). Science and Technology Historical Timeline, *Bridge*, 06, 30-34.
- Dowd, D. (2013). *Kapitalizm ve Kapitalizmin İktisadı Eleştirel Bir Tarih*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Durand, J. P. (2015). *Marx'ın Sosyolojisi*. İstanbul: Birikim Kitapları.
- Durmaz, O. S. (2013). Hegemonik Üretim Rejiminden Hegemonik Despotizme: Türkiye’de Öğretmenlerin Dönüşümünü Burawoy’un Kavram Setiyle Okumak, V. *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu*, 265-280.
- Dyer-Witheford, N. (1999). *Cyber-Marx: Cycles and Circuits of Struggle in High Technology Capitalism*. Illinois: University of Illinois Press.
- Eddy, D. M. (1982). Clinical Policies and the Quality of Clinical Practice, *The New England Journal of Medicine*, 307(6), 343-347.
- Eddy, D. M. (1990). Practice Policies- What are They?, *Journal of the American Medical Association*, 263(6), 877-880.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., and Pisano, G. P. (2000). Learning New Technical and Interpersonal Routines in Operating Room Teams: the Case of Minimally Invasive Cardiac Surgery, *Research on Managing Groups and Teams*, 3, 29-51.
- Edwards, R. (1979). *Contested Terrain: The Transformation of the Workplace in the Twentieth Century*. New York: Basic Books.
- Edwards, R. (1984). “Forms of Control in the Labour Process: An Historical Analysis”. In F. Fischer and C. Sirriani (Eds.). *Critical Studies in Organization and Burocracy*. Philadelphia, Temple Univeristy Press, pp. 109-142.
- Edwards, P. K. (1990). “Understanding Conflict in the Labour Process: The Logic and Autonomy of Struggle”. In D. Knights and H. Willmott (Eds.). *Labour Process Theory*. Londra, The Macmillan Press, pp. 125-152.
- Elbek, O. (2007). Tıp ve Felsefe, *Toraks Dergisi*, 8(2), 130-133.
- Elias, N. (1982). “Scientific Establishments”. In N. Elias, H. Martins and R. Whitley (Eds.), *Scientific Establishments and Hierarchies*. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company, pp. 3-69.
- Elkins, J. R. (1985). Ethics: Professionalism, Craft, and Failure, *Kentucky Law Journal*, 73(4), 937-965.

- Engel, G. V. (1969). The Effect of Bureaucracy on the Professional Autonomy of the Physician, *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1), 30-41.
- Epner, P. L., Gans, J. E., and Graber, M. L. (2013). When Diagnostic Testing Leads to Harm: a New Outcomes-based Approach for Laboratory Medicine, *British Medical Journal Quality & Safety*, 22, ii6-ii10.
- Erdem, R., Kaya, E. (2020). Modern Tıbbı Yönelik Eleştirel Kavramlar., R. Erdem ve D. Uğurluoğlu. (Editörler). *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar*. Ankara. Nobel, s. 1-16.
- Erdem, H. H. (2012). Edgar Morin’de İnsanlık Durumu ve “Geleceğin Eğitimi” Düşüncesi, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 75-88.
- Erkök, Ş. (1978). *Teknoloji Seçimi ve İstihdam Sorunları*. Ankara: Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi, Yayın No: 118.
- Evans, H. (1993). Losing Touch: The Controversy over the Introduction of Blood Pressure Instruments into Medicine, *Technology and Culture*, 34(4), 784-807.
- Faulkner, A. (2009). *Medical Technology into Healthcare and Society A Sociology of Devices, Innovation and Governance*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Feddock, C. A. (2007). The Lost Art of Clinical Skills, *The American Journal of Medicine*, 120(4), 374-378.
- Feibleman, J. K. (1961). Pure Science, Applied Science, Technology, Engineering: An Attempt at Definitions, *Technology and Culture*, 2(4), 305-317.
- Feinstein, A. R., Horwitz, R. I. (1997). Problems in the “Evidence” of “Evidence-based Medicine”, *The American Journal of Medicine*, 103, 529-535.
- Field, M. J., and Lohr, K. N. (1994). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington: National Academy Press.
- Fielding, S. L. (1990). Physician Reactions to Malpractice Suits and Cost Containment in Massachusetts, *Work and Occupations*, 17(3), 302-319.
- Fineberg, H. V. (1985). Technology Assessment: Motivation, Capability, and Future Directions, *Medical Care*, 23(5), 663-671.
- Finestone, H. M., Conter, D. B. (1994). Technology Assessment: Motivation, Capability, and Future Directions, *Medical Care*, 23(5), 663-671.
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications
- Flynn, R. (2002). Clinical Governance and Governmentality, *Health, Risk and Society*, 4(2), 155-173.
- Form, W. (1987). On the Degradation of Skills, *Annual Review of Sociology*, 13, 29-47.

- Frankford, D. M., Konrad, T. R. (1998). Responsive Medical Professionalism: Integrating Education, Practice and Community in a Market-driven Era, *Academic Medicine*, 73, 138-145.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Freidson, E. (1970b). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (1985). The Reorganization of the Medical Profession, *Medical Care Research and Review*, 42(1), 11-35.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1996). Mesleksel Kontrolün Değişen Doğası., Z. Cırhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 99-127.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- Freyer, H. (2014). *Sanayi Çağı*. Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Friedman, C. P., Elstein, A. S., Wolf, F. M., Murphy, G. C., Franz, T. M., Heckerling, P. S., Fine, P. L., Miller, T. M., and Abraham, V. (1999). Enhancement of Clinicians' Diagnostic Reasoning by Computer-based Consultation: a Multisite Study of 2 Systems, *The Journal of the American Medical Association*, 282(19), 1851-1856.
- Friedman, A. L. (1977). Responsible Autonomy Versus Direct Control over the Labour Process, *Capital and Class*, 1(1), 43-57.
- Friedman, A. (1990). "Managerial Strategies, Activities, Techniques and Technology: Towards a Complex Theory of the Labour Process". In D. Knights and H. Willmott (Eds.). *Labour Process Theory*. Londra, The Macmillan Press, pp. 177-208.
- Gabe, J., Bury, M., and Elston, M. A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.
- Gaines, J., Domagalski T. A. (1996). An Alternative Employee Rights Paradigm: Labor Process Theory, *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 9(3), 177-192.
- Galbraith, J. K. (2011). *Kuşku Çağı*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Galdston, I. (1958). The Birth and Death of Specialties, *The Journal of the American Medical Association*, 167(17), 2056-2061.
- Galdston, I. (1959). The Natural History of Specialism in Medicine, *The Journal of the American Medical Association*, 170(3), 294-297.

- Gallagher, S., Payne, H. (2015). The Role of Embodiment and Intersubjectivity in Clinical Reasoning, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 68-78.
- Gallie, D., Felstead, A., and Green, F. (2004). Changing Patterns of Task Discretion in Britain, *Work, Economy and Society*, 18(2), 243-266.
- Gamst, F. C. (2015). Work, Sociology of, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 25, 687-693.
- Gandhi, T. K., Weingart, S. N., Borus, J., Seger, A. C., Peterson, J., Burdick, E., Seger, D. L., Shu, K., Federico, F., Leape, L. L., and Bates, D. W. (2003). Adverse Drug Events in Ambulatory Care, *The New England Journal of Medicine*, 348(16), 1556–1564.
- Garfield, S. R. (2006). The Delivery of Medical Care, *The Permanente Journal*, 10(2), 46-55.
- Gartman, D. (1978). Marx and the Labor Process: an Interpretation, *Insurgent Sociologist*, 8(2-3), 97-108.
- Gartman, D. (1983). Structuralist Marxism and the Labor Process: Where Have the Dialectics Gone?, *Theory and Society*, 12(5), 659-669.
- Gartman, D. (1998). Postmodernism; or, the Cultural Logic of Post-Fordism?, *The Sociological Quarterly*, 39(1), 119-137.
- Gelijns, A., Rosenberg, N. (1994). The Dynamics of Technological Change in Medicine, *Health Affairs*, 13(3), 28-46.
- General Medical Council. (2003). *Tomorrow's Doctors*. London: General Medical Council.
- Genuis, S. J., Genuis, S. K. (2004). Resisting Cookbook Medicine, *British Medical Journal*, 329, 178.
- Giddens, A. (1986). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Oxford: Polity Press.
- Giddens, A. (2012). *Sosyoloji*. İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Giddens, A. (2014). *Kapitalizm ve Modern Sosyal Teori: Marx, Durkheim ve Marx Weber'in Çalışmalarının Bir Analizi*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (2006). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Glenday, D. (1995). What Has Work Done to the Working Class? A Comparison of Workers and Production Technologies, *The British Journal of Sociology*, 46(3), 475-498.
- Goodman, R. L. (2010). Commentary: Health Care Technology and Medical Education: Putting Physical Diagnosis in Its Proper Palce, *Academic Medicine*, 85(6), 945-946.

- Gordon, J. S. (1980). "The Paradigm of Holistic Medicine". In A. C. Hastings, J. Fadiman and J. S. Gordon (Eds), *Health for the Whole Person: The Complete Guide to Holistic Medicine*. Colorado, Westview Press, pp. 3-27.
- Gorz, A. (1972). Technical Intelligence and the Capitalist Division of Labor, *Telos*, 12, 27-41.
- Gorz, A. (2007). *İktisadi Aklın Eleştirisi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gorz, A. (2011). *Maddesiz Bilgi, Değer ve Sermaye*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gorz, A. (2014). *Yaşadığımız Sefalet: Kurtuluş Çareleri*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Göze, A. (2000). *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*. İstanbul: Beta Basım.
- Grint, K. (1998). *Çalışma Sosyolojisi*. Bursa: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Guyatt, G. H., Haynes, R. B., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J., Green, L., Naylor, C. D., Wilson, M. C., and Richardson W. S. (2000). Users' Guide to the Medical Literature, *The Journal of the American Medical Association*, 284(10), 1290-1296.
- Günay, D. (2017). Teknoloji Nedir? Felsefi Bir Yaklaşım, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 7(1), 163-166.
- Günsel, A., Yamen, M. (2020). "Digital Taylorism as an Answer to the Requirements of the New Era". In B. Akkaya (Eds.), *Agile Business Leadership Methods for Industry 4.0*. Wagon Lane, Emerald Publishing, pp. 103-119.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Hall, C. P. (1979). Medical Malpractice Problem, *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 443(1), 82-93.
- Hall, R. (1968). Professionalization and Bureaucratization, *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Halm, E. A., Gelijns, A. C. (1991). "An Introduction to the Changing Economics of Technological Innovation in Medicine". In A. C. Gelijns and E. A. Halm (Eds.), *Medical Innovation at the Crossroads Volume II: The Changing Economics of Medical Technology*. Washington, National Academy Press, pp. 1-20.
- Halpern, S. A. (1992). Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries, *American Journal of Sociology*, 97(4), 994-1021.
- Hampton, J. R., Harrison, M. J. G., Mitchell, J. R., Prichard, J. S., and Seymour, C. (1975). Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigation to Diagnosis and Management of Medical Outpatients, *British Medical Journal*, 2(5969), 486-489.
- Hancı, İ. H. (2005). Yılan Hikayesi, *Sted*, 14(8), VI-IX.

- Hardoff, D., Schonmann, S. (2001). Training Physicians in Communication Skills with Adolescents Using Teenage Actors as Simulated Patients, *Medical Education*, 35(3), 206-210.
- Harrison, S., Hunter, D. J., Marnoch, G., and Pollitt C. (1993). *Just Managing: Power and Culture in the National Health Service*. London: The Macmillan Press.
- Harrison, S (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process, *Journal of Social Policy*, 31(3), 465-485.
- Hartmann, H. I., Kraut, R. E., and Tilly, L. A. (1986). *Computer Chips and Paper Clips: Technology and Women's Employment*. Washington: National Academy Press.
- Harvey, D. (1993). Esneklik: Tehdit mi Yoksa Fırsat mı?, *Toplum ve Bilim*, 56(61), 83-92.
- Harvey, D. (2015a). *Neoliberalizmin Kısa Tarihi*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Harvey, D. (2015b). *On Yedi Çelişki ve Kapitalizmin Sonu*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Harvey, D. (2017). *Marx, Sermaye ve İktisadi Akılın Cinneti*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Haskel, J., Slaughter, M. J. (2001). Trade, Technology and U.K. Wage In-equality, *The Economic Journal*, 111(468), 163-187.
- Haslam, N., Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrhumanization, *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423.
- Haslam, N. (2014). "What Is Dehumanization?". In P. G. Bain, J. Vaes and J. P. Levens (Eds.), *Humanness and Dehumanization*. New York, Routledge, pp. 34-48.
- Haug, M. R., Sussman, M. B. (1969). Professional Autonomy and the Revolt of the Client, *Social Problems*, 17(2), 153-161.
- Haug, M. R. (1975). The Deprofessionalization of Everyone?, *Sociological Focus*, 8(3), 197-213.
- Haug, M. R. (1996). Profesyonelleşmeme: Gelecek İçin Alternatif Bir Hipotez., Z. Cırhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 129-150.
- Heffernan, N. (2000). *Capital, Class and Technology in Contemporary American Culture: Projecting Post-Fordism*. Londra: Pluto Press.
- Heidegger, M. (2015). *Teknik ve Dönüş & Özdeşlik ve Ayrım*. Ankara: Pharmakon.
- Helwig, D. (1989). Memorial's Dramatic Dean: Can Drama Help Medical Students Learn?, *Canadian Medical Association Journal*, 140, 1364-1365.

- Heper, G. (2012). Kalp Damar Hastalıkları Gerçeği., İ. Arslanoğlu. (Editör). Tıp Bu Değil. İstanbul, İthaki, s. 99-124.
- Herodotos. (1973). *Herodot Tarihi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Hew, K. F., Cheung, W. S. (2014). *Using Blended Learning: Evidence-Based Practices*. New York: Springer.
- Hickner, J. M., Fernald, D. G., Harris, D. M., Poon, E. G., Elder N. C., and Mold J. W. (2005). Issues and Initiatives in the Testing Process in Primary Care Physician Offices, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(2), 81-89.
- Himmelstein, D. A., Woolhandler, S. (1988). The Corporate Compromise: A Marxist View of Health Maintenance Organizationsand Prospective Payment, *Annals of Internal Medicine*, 109(6), 494-501.
- Hobsbawm, E. J. (2013). *Sanayi ve İmparatorluk*. Ankara: Dost Kitabevi.
- Hoff, T. (2011). Deskillling and Adaptation Among Primary Care Physicians Using Two Work Innovations, *Health Care Management Review*, 36(4), 338-348.
- Holford, W. D. (2019). The Future of Human Creative Knowledge Work within the Digital Economy, *Futures*, 105, 143-154.
- Hopkins, A., Solomon, J., and Abelson, J. (1996). Shifting Boundaries in Professional Care, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 364-371.
- Hoxie, R. F. (1920). *Scientific Managament and Labor*. New York: D. Appleton and Company.
- Huberman, L. (2007). Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Illich, I. (1986). The Roots of Medicine, *The Lancet*, 328(8519), 1325-1327.
- Illich, I. (2010). *İşsizlik Hakkı*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Illich, I. (2017). *Sağlığın Gasplı*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Inlander, C. B. (1998). Consumer Health, *Social Policy*, 28(3), 40-42.
- İnan, K. (2012). *Teknolojik İş(lev)sizlik: Kitle Üretiminden Yaratıcı Tasarıma*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Jessop, B. (2000). "Post-Fordism and the State". In A. Amin (Eds.), *Post-Fordism: a Reader*. Malden, Blackwell Publishers, pp. 251-279.
- Johnson, T. J. (1972). *Professions and Power*. London: The Macmillan Press.
- Johnstone, P. L. (2005). Technology-related Factors Contributing to Labour Intensification of Surgical Production, *Prometheus*, 23(1), 27-46.

- Jordan, G. L. (1991). The Future of General Surgery, *The American Journal of Surgery*, 161, 94-202.
- Joseph, B., Joseph, M. (2016). The Health of the Healthcare Workers, *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 20(2), 71-72.
- Kapp, M. B. (1990). 'Cookbook' Medicine A Legal Perspective, *Archives of Internal Medicine*, 50(3), 496-500.
- Kasapoğlu, A. (Editör). (2008). Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık, Ankara: Phoenix Yayınevi, s. 13-37.
- Kassirer, J. P., Gorry, G. A. (1978). Clinical Problem Solving: A Behavioral Analysis, *Annals of Internal Medicine*, 89(2), 245-255.
- Kassirer, J. P. (2010). Teaching Clinical Reasoning: Case-Based and Coached, *Academic Medicine*, 85(7), 1118-1124.
- Kaya, E. (2016). Kapitalist Emek Sürecinin Öğeleri Ekseninde Kültürel Endüstriler ve Yaratıcı Emek, *İletişim Araştırmaları*, 14(1), 43-74.
- Kayıran Dikmen, M., Dikmen, A. A. (2004). Her Derde Deva İksir: Toplam Kalite Yönetimi, *Toplum ve Hekim*, 19(3), 190-196.
- Kayıran Dikmen, M. (2004). Teknolojik Değişim, Küreselleşme ve Emegin Vasfı Üzerine, *Toplum ve Hekim*, 19(3), 169-175.
- Keefe, J. H. (1991). Numerically Controlled Machine Tools and Worker Skills, *ILR Review*, 44(3), 503-519.
- Kelman, S. (1971). Toward the Political Economy of Care, *Inquiry*, 8(3), 30-38.
- Kessler, D., McClellan, M. (1996). Do Doctors Practice Defensive Medicine?, *The Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.
- Kincheloe, J. L. (1995). Chapter 4: Post-Fordism, Postmodernism, Post-industrialism, and Post-toasties, *Counterpoints*, 7, 75-102.
- Kipping, M., Kirkpatrick, I. (2008). "From Taylorism as Product to Taylorism as Process: Knowledge-Intensive Firms in a Historical Perspective". In D. Muzio, S. Ackroyd and J. Chanlat (Eds.), *Redirections in the Study of Expert Labour: Established Professions and New Expert Occupations*. New York. Palgrave Macmillan, pp. 163-182.
- Kirch, W., Schafii, C. (1996). Misdiagnosis at a University Hospital in Four Medical Eras: Report on 400 Cases, *Medicine*, 75(1), 29-40.
- Knaapen, L. (2014). Evidence-Based Medicine or Cookbook Medicine? Addressing Concerns over the Standardization of Care, *Sociology Compass*, 8(6), 823-836.

- Koslowski, P. (2015). Etik ve Hekimlik Sanatı., H. Tepe. (Editör). *Etik ve Meslek Etikleri: Tıp, Çevre, İş, Basın, Hukuk ve Siyaset*. Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu, s. 47-65.
- Krippner, S. (1991). The Holistic Paradigm, *World Futures: The Journal of New Paradigm Research*, 30, 133-140.
- Kumar, V., Kumar, U., and Persaud, A. (1999). Building Technological Capability Through Importing Technology: The Case of Indonesian Manufacturing Industry, *Journal of Technology Transfer*, 24, 81-96.
- Kumar, R. K. (2011). Technology and Healthcare Costs, *Annals of Pediatric Cardiology*, 4(1), 84-86.
- Kumar, K. (2013). *Sanayi Sonrası Toplumdan Post-Modern Topluma Çağdaş Dünyanın Yeni Kuramları*. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları
- Küçük Durur, E. (2017). Medyada Şiddetin Bir Başka Yüzü: ‘Doktora Saldırı’ Haberleri, *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 45-60.
- Lafargue, P. (1996). *Tembellik Hakkı*. İstanbul: Telos Yayıncılık.
- Lam, A. (2000). Tacit Knowledge, Organizational Learning and Societal Institutions an Integrated Framework, *Organization Studies*, 21, 487-513.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine, *Social Science & Medicine*, 62, 2633-2645.
- Lammers, J., Stapel, D. A. (2011). Power Increases Dehumanization, *Group Processes Intergroup Relations*, 14(1), 113-126.
- Landes, D. S. (1969). *The Unbound Prometheus: Technological Change and Industrial Development in Western Europe from 1750 to the Present*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Larson, M. S. (1980). Proletarianization and Educated Labor, *Theory and Society*, 9(1), 131-175.
- Lauder, H. (2011). Education, Economic Globalisation and National Qualifications Frameworks, *Journal of Education and Work*, 24(3-4), 213-221.
- Lazonick, W. (1990). “Labour Process”. In J. Eatwell, M. Milgate and P. Newman (Eds.), *Marxian Economics*, London, The Macmillan Reference Books, pp. 225-232.
- Leech, N. L., Onwuegbuzie, A. J. (2007). “An Array of Qualitative Data Analysis Tools: A Call for Data Analysis Triangulation”. *School Psychology Quarterly*, 22(4), 557–584.
- Lewinsohn, R. (1998). Medical Theories, Science, and the Practice of Medicine, *Social Science and Medicine*, 46(10), 1261-1270.

- Light, D., Levine, S. (1996). Tıp Mesleğinin Değişen Yanı: Kuramsal Bir İnceleme., Z. Cırhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 169-196.
- Light, D. W. (2009). "Professional Dominance in Medicine". In G. Ritzer (Eds.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Malden, Blackwell Publishing, pp. 3656-3660.
- Liker, J. K., Haddad, C. J., and Karlin, J. (1999). Perspectives on Technology and Work Organization, *Annual Review of Sociology*, 25, 575-596.
- Linebaugh, P. (2014). *Makine Kırıcılık, Romantizm ve 1811-12 Yıllarındaki Birkaç Ortak Olan: Ned Ludd ve Queen Mab*. İstanbul: Otonom Yayıncılık.
- Linn, A. (2012). Clinical Reasoning: a Guide to Improving Teaching and Practice, *Australian Family Physician*, 41(1/2), 18-20.
- Lipietz, A. (1987). *Mirages and Miracles: The Crises of Global Fordism*. Londra: Verso.
- Lipietz, A. (1993). Uluslararası İşbölümünde Yeni Eğilimler: Birikim Rejimleri ve Düzenleme Tarzları, *Toplum ve Bilim*, 56(61), 58-92.
- Lipstreu, O. (1960). Organizational Implications of Automation, *The Journal of the Academy of Management*, 3(2), 119-124.
- Little, C. R. (1990). "The Labour Process Debate: A Theoretical Review 1974-1988". In D. Knights and H. Willmott (Eds.). *Labour Process Theory*. Londra, The Macmillan Press, pp. 46-94.
- Lordoğlu, K., Özkaplan, N. (2014). *Çalışma İktisadı*. İstanbul: DR Yayınları.
- Löwy, M. (2018). *Demir Kafes: Max Weber ve Weberci Marksizm*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Lu, C. Y., Routhead, E. (2011). Determinants of Patient-Reported Medication Errors: A Comparison among Seven Countries, *The International Journal of Clinical Practice*, 65(7), 733-740.
- Lu, J. (2016). Will Medical Technology Deskill Doctors?, *International Education Studies*, 9(7), 130-134.
- Lundberg, G. D. (1990). Countdown to Millennium - Balancing the Professionalism and Business of Medicine Medicine's Rocking Horse, *The Journal of the American Medical Association*, 263(1), 86-87.
- Lundberg, G. D. (1991). Promoting Professionalism Through Self-Appraisal in This Critical Decade, *Journal of the American Medical Association*, 265(21), 2859.
- Lupton, D (1997). Doctors on the Medical Profession, *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 480-497.

- Lyon, D. (1994). *The Electronic Eye: The Rise of Surveillance Society*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- MacKenzie, D. (1996). *Knowing Machines: Essays on Technical Change*. Cambridge: The MIT Press.
- Madeuf, B. (1984). International Technology Transfers and International Technology Payments: Definitions, Measurement and Firms' Behaviour, *Research Policy*, 13(3), 125-140.
- Man, F. (2011). Modernitenin “Çalışma İdeolojisi” ve Sosyal Haklar, *Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu III Bildiriler*. İstanbul: Petrol-İş, 159-174.
- Mangione, S., Nieman, L. Z., Gracely, E., and Kaye, D. (1993). The Teaching and Practice of Cardiac Auscultation during Internal Medicine and Cardiology Training, *Annals of Internal Medicine*, 119, 47-54.
- Mansoor, I. (2002). The Medical Uses of Internet and How to Stay Current with Internet, *Journal of Family & Community Medicine*, 9(1), 63-64.
- Marglin, S. A. (1974). What Do Bosses Do?: The Origins and Functions of Hierarchy in Capitalist Production, *Review of Radical Political Economics*, 6, 60-112.
- Margolis, C. Z. (1983). Uses of Clinical Algorithms, *Journal of the American Medical Association*, 249(5), 627-632.
- Marshall, T. H. (1939). The Recent History of Professionalism in Relation to Social Structure and Social Policy, *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 5(3), 325-340.
- Martini, C. (2021). What “Evidence” in Evidence-Based Medicine?, *Topoi*, 40, 299-305.
- Marx, K., Engels, F. (2013). *Alman İdeolojisi*. Ankara: Alter Yayıncılık.
- Marx, K., Engels, F. (2014). *Komünist Manifesto*. İstanbul: Can Sanat Yayınları.
- Marx, K. (1966). *Felsefenin Sefaleti*. Ankara: Sol Yayınları.
- Marx, K. (2013). *1844 El Yazmaları*. İstanbul: Birikim Yayınları.
- Marx, K. (2020). *Kapital I. Cilt*. İstanbul: Yordam Kitap.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design: an Interactive Approach*. London: SAGE Publications.
- McArthur, J. H., Moore, F. D. (1997). The Two Cultures and the Health Care Revolution, *Journal of the American Medical Association*, 277(12), 985-989.
- McKinlay, J. B., Arches, J. (1985). Towards the Proletarianization of Physicians, *International Journal of Health Services*, 15(2), 161-195.

- McKinlay, J. B., Marceau, L. D. (2002). The End of the Golden Age of Doctoring, *International Journal of Health Services*, 32(2), 379-416.
- McKinlay, J. B., Stoeckle, J. D. (1988). Corporatization and the Social Transformation of Doctoring, *International Journal of Health Services*, 18(2), 191-205.
- McKinlay, J. B. (1977). The Business of Good Doctoring or Doctoring as Good Business: Reflections on Freidson's View of the Medical Game, *International Journal of Health Services*, 7(3), 459-483.
- McLaughlin, J., Webster, A. (1998). Rationalising Knowledge: IT Systems, Professional Identities and Power, *The Sociological Review*, 46(4), 781-802.
- McLoughlin, I. (1999). *Creative Technological Change: The Shaping of Technology and Organizations*. London: Routledge.
- McManus, I. C., Vincent, C. A., Thom, S., and Kidd, J. (1993). Teaching Communication Skills to Clinical Students, *British Medical Journal*, 306, 1322-1327.
- McManus, C. (1994). Department of Theatrical Medicine?, *Lancet*, 344, 767.
- Meda, D. (2012). *Emek: Kaybolma Yolunda Bir Değer mi?*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Melanson, S. F. F., Lindeman, N. I., and Jarolim, P. (2008). How Laboratory Automation Can Help Laboratories, Clinicians and Patients, *Labmedicine*, 39(3), 137-143.
- Menke, W. G. (1970). Divided Labor: The Doctor as Specialist, *Annals of Internal Medicine*, 72, 943-950.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Metin, B., Özaydın, M. M. (2014). *Çalışma ve Refah*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Meyer, G. S., Potter, A., and Gary, N. (1997). A National Survey to Define a New Core Curriculum to Prepare Physicians for Managed Care Practice, *Academic Medicine*, 72(8), 669-676.
- Miller, R. H., Sim, I. (2004). Physicians' Use of Electronic Medical Records: Barriers and Solutions, *Health Affairs*, 23(2), 116-126.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Morley, C. P., Roseamelia, C., Smith, J. A., and Villarreal, A. L. (2013). Decline of Medical Student Idealism in the first and second Year of Medical School: a Survey of Pre-clinical Medical Students at one Institution, *Medical Education Online*, 18.
- Mumford, L. (1947). *Technics and Civilization*. London: George Routledge & Sons.

- Murero, M., D'Ancona, G., and Karamanoukian, H. (2001). Use of the Internet by Patients Before and After Cardiac Surgery: An Interdisciplinary Telephone Survey, *Journal of Medical Internet Research*, 3(3).
- Murphie, A., Potts, J. (2003). *Culture and Technology*. New York: Palgrave Macmillan.
- Murray, R. (1995). Fordizm ve Post-Fordizm., S. Hall ve M. Jackques (Editörler). *Yeni Zamanlar: 1990'larda Politikanın Değişen Çehresi*. İstanbul, Ayrıntı Yayınları, s. 46-62.
- Mykhalovskiy, E., Weir, L. (2004). The Problem of Evidence-based Medicine: Directions for Social Science, *Social Science & Medicine*, 59, 1059-1069.
- Nagy, M., Sisk, B. (2020). How Will Artificial Intelligence Affect Patient-Clinician Relationships?, *AMA Journal of Ethics*, 22(5), 395-400.
- Nalbantoğlu, H. Ü. (2001). Teknoloji, Sıkıntı ve Öteki Şeyler, *Defter*, 42, 53-79.
- Narin, Ö. (2008). Kapitalizm ve Bilimin Üretimi, Bilimsel Emek Sürecindeki Dönüşüm, *İktisat Dergisi*, 494-495, 25-39.
- Narin, Ö. (2010). Adam Smith ve Marks'ta Emek Bölümü ve Teknoloji., H. Kapucu, M. Aydın, İ. Şiriner, F. Morady ve Ü. Çetin (Editörler). *Politik İktisat ve Adam Smith*. İstanbul, Yön Yayıncılık, s. 233-256.
- Narin, Ö. (2012). Mühendisliğin Teknolojik Olmayan Bir Tarihi Üzerine Düşünceler... Teknoloji, Üretim Sürecinde Bölünme ve Emek, *Elektrik Mühendisliği*, 445. 40-45.
- Narin, Ö. (2015). Sermayenin Denetimi mi? İşçinin Yönetimi mi?, *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Mart, 14-26.
- National Research Council. (2000). *Networking Health: Prescriptions for the Internet*. Washington: National Academy Press.
- Navarro, V. (1988). Professional Dominance or Proletarianization?: Neither, *The Milbank Quarterly*, 66(2), 57-75.
- Neuman, W. L. (2014a). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar I*. Ankara: Yayınodası.
- Neuman, W. L. (2014b). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar II*. Ankara: Yayınodası.
- Neumann, P. J. (2009). Lessons for Health Technology Assessment: It is not only about the Evidence, *Value in Health*, 12(2), 45-48.
- Neumann, P. J., Weinstein, M. C. (1991). "The Diffusion of New Technology: Costs and Benefits to Health Care". In A. C. Gelijns and E. A. Halm (Eds.), *Medical Innovation at the Crossroads Volume II: The Changing Economics of Medical Technology*, Washington, National Academy Press, pp. 21-34.

- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., ve Özcan, M. (2009). Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(3).
- Noble, D. F. (1978). Social Choice in Machine Design: The Case of Automatically Controlled Machine Tools, and a Challenge for Labor, *Politics & Society*, 8(3-4), 313-347.
- Nurol, B. (2014). Yatay Örgütlenmelerden Bileşik Denetimi: Çağdaş Örgütlerde İşgücü Denetimi, *Çalışma ve Toplum*, 4, 97-124.
- Oğuz, N. Y. (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 3(2-3), 59-65.
- Oğuz, Y. (1998). Psikiyatride Tıp Etiği Eğitimi, *Kriz Dergisi*, 6(1), 5-11.
- Oliveira, J. F. D. (2014). The Effect of the Internet on the Patient-doctor Relationship in a hospital in the City of São Paulo, *Journal of Information Systems and Technology Management*, 11(2), 327-344.
- Oliver, S. (2011). “Dehumanization: Perceiving the Body as (In)Human”. In P. Kaufmann, H. Kuch, C. Neuhauser and E. Webster (Eds.), *Humiliation, Degradation, Dehumanization: Human Dignity Violated*. Dordrecht, Springer, pp. 85-97.
- Omay, U. (2009). *Emeğin Kültür ve Manipülasyon Teorisi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Omay, U. (2017). *Post Homo Servus*. İstanbul: Beta.
- Opatow, S. (1990). Moral Exclusion and Injustice: An Introduction, *Journal of Social Issues*, 46(1), 1-20.
- Oppenheimer, M. (1996). Profesyonelin Proleterleşmesi., Z. Cırhinlioğlu. (Editör). Meslekler ve Sosyoloji. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 151-168.
- Orlikowski, W. J. (1992). The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations, *Organization Science*, 3(3), 398-427.
- Öcek, Z., Vatansever, K. (2012). Uzmanlık Hizmeti Ağırlıklı Sağlık Sistemlerinin Toplum Sağlığı ve Sağlık Emek-Gücü Üzerindeki Etkilerine Yönelik Bir Değerlendirme, *Dişhekim Dergisi*, 45, 52-57.
- Önal, Ö., Tamam, İ., ve Eroğlu, N. H. (2020). Bir Tıp Fakültesi 4-5-6. Sınıf Öğrencilerinin Hasta-Hekim İlişkisinde Hasta Merkezliliğe Yönelik Tutumları ve İlişkili Faktörler, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 200-208.
- Öncü, S., Erel, Ö. (2021). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hekimlik Değer Algıları, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 20(61), 98-105.

- Öngen, T. (1994). *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi: Günümüzde İşçi Sınıfı*. İstanbul: Alan Yayıncılık.
- Öngen, T. (2009). Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) Çözümlemelerinde Bir Uğrak Olarak Meslek ve Hekimlik, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 83-90.
- Örs, Y. (1993). Neden Deontoloji Değil de Tıbbi Etik?, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 1(1), 5-8.
- Örs, Y. (2015). Biyotıp Etiği ve Felsefenin Sınırları., H. Tepe. (Editör). *Etik ve Meslek Etikleri: Tıp, Çevre, İş, Basın, Hukuk ve Siyaset*, Ankara. Türkiye Felsefe Kurumu, s. 67-79.
- Özdemir, M. (2010). "Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma". *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Özensel, E., Koçak, A. (2004). *Hekimler ve Hekimlik: Hekimlerin Mesleki Görüş ve Tutumları-İş Doyumları ve Tükenmişlik Düzeyleri*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Özoğlu, B. (2002). Sosyalist Emek Sürecini Nerede Aramalı?, *Praksis*, 8, 169-188.
- Özoğlu, B. (2003). Devlet Fabrikaya Girince: Kapitalist Devlet ve Emek Süreçleri, *Mülkiye*, 27(239), 41-57.
- Özügurlu, M. (2008). *Anadolu'da Küresel Fabrikanın Doğuşu: Yeni İşçilik Örüntülerinin Sosyolojisi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- Pagel, W. (1955). Humoral Pathology: A Lingering Anachronism in the History of Tuberculosis, *Bulletin of the History of Medicine*, 29(4), 299-308.
- Pakiş, I. (2014). Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik, *Adli Bilimler Dergisi*, 13(3), 51-59.
- Paley, L., Zornitzki, T., Cohen, J., Friedman, J., Kozak, N., and Schattner, A. (2011). Utility of Clinical Examination in the Diagnosis of Emergency Department Patients Admitted to the Department of Medicine of an Academic Hospital, *Archives of Internal Medicine*, 171(15), 1394-1396.
- Patel, A. (2011). Editorial: From Super-Specialist to Generalist? The Way Forward, *Journal of Mid-life Health*, 2(1), 1-2.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice / Fourth Edition*. New York: SAGE Publications.
- Perrow, C. (1986). *Complex Organizations: A Critical Essay*, New York: Newbery Award Records.
- Peterson, M. C., Holbrook, J. H., Hales, D. V., Smith, N. L., and Staker, L. V. (1992). Contributions of the History, Physical Examination, and Laboratory Investigation in Making Medical Diagnoses, *Western Journal of Medicine*, 156(2), 163-165.

- Phillips, D. (1996). Medical Professional Dominance and Client Dissatisfaction, *Social Science & Medicine*, 42(10), 1419-1425.
- Pierce, R. G., Bozic, K. J., Hall, B. L., and Breivis, J. (2007). Health Care Technology Assessment: Implications for Modern Medical Practice Part I. Understanding Technology Adoption and Analyses, *The American Journal of Orthopedics*, 6(1), 11-14.
- Polanyi, M. (2005). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Londra: Routledge.
- Polanyi, M. (2009). *The Tacit Dimension*. Chicago: University of Chicago Press.
- Poloma, M. M. (2017). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Pope, C. (2002). Contingency in Everyday Surgical Work, *Sociology of Health & Illness*, 24(4), 369-384.
- Porter, R. (2018). *Kan Revan İçinde: Tıbbın Kısa Tarihi*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Poster, M. (1990). *The Mode of Information: Poststructuralism and Social Context*. Cambridge: Polity Press.
- Postman, N. (2013). *Teknopoli: Kültürün Teknolojiye Teslim Oluşu*. Ankara: Sentez Yayıncılık.
- Powell, J., Clarke, A. (2002). The WWW of the World Wide Web: Who, What, and Why?, *Journal of Medical Internet Research*, 4(1).
- Powell, W. W. (1987). Review: Explaining Technological Change, *American Journal of Sociology*, 93(1), 185-197.
- Prechel, H., Gupman, A. (1995). Changing Economic Conditions and Their Effects on Professional Autonomy: An Analysis of Family Practitioners and Oncologists, *Sociological Forum*, 10(2), 245-271.
- Prentice, R. (2005). The Anatomy of a Surgical Simulation: The Mutual Articulation of Bodies in and through the Machine, *Social Studies of Science*, 35(6), 837-866.
- Prentice, R. (2007). Drilling Surgeons: The Social Lessons of Embodied Surgical Learning, *Science, Technology & Human Values*, 32(5), 534-553.
- Price, R. (1983a). The Labour Process and Labour History, *Social History*, 8(1), 57-75.
- Price, R. (1983b). Science and Labour Process, *Labour/Le Travail*, 11, 191-195.
- Quick, O. (2017). "The Rise and Fall of Professional Dominance". In O. Quick (Eds.), *Regulating Patient Safety*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 9-28.

- Ramani, S., Orlander, J. D., Strunin, L., and Barber, T. W. (2003). Whither Bedside Teaching? A Focus-group Study of Clinical Teachers, *Academic Medicine*, 78(4), 384-390.
- Rastegar, D. A. (2004). Helath Care Becomes an Industry, *Annals of Family Medicine*, 2(1), 79- 83.
- Redberg, R. F. (2011). The Value of History Taking in Diagnosis, *Archives of Internal Medicine*, 171(15), 1396.
- Relman, A. S. (1998). Education to Defend Professional Values in the New Corporate Age, *Academic Medicine*, 73(12), 1229-1233.
- Rennels, G. D., Shortliffe, E. H. (1987). Advanced Computing for Medicine, *Scientific American*, 257(4), 154-161.
- Rifkin, J. (1995). *The End of Work*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Ritzer, G., Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians, *Social Forces*, 67(1), 1-22.
- Ritzer, G. (2014). *Toplumun McDonaldlaştırılması: Çağdaş Toplum Yaşamının Değişen Karakteri Üzerine Bir İnceleme*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Romano, M. J., Stafford, R. S. (2011). Electronic Health Records and Clinical Decision Support Systems: Impact on National Ambulatory Care Quality, *The Archives of Internal Medicine*, 171(10), 897-903.
- Rostow, W. W. (1970). Sanayi Devrimi Nasıl Başladı, *İktisat Mecmuası*, 30(1-4), 255-278.
- Rubin, H. J., Rubin, I. S. (1995). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. California: SAGE Publications.
- Rueschemeyer, D. (1996). Doktorlar ve Hukukçular: Mesleksel Teorisi Üzerine Bir Yorum., Z. Cırhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 81-97.
- Russell, B. (2013). *Aylaklığa Övgü*. İstanbul: Cem Yayınevi.
- Ruston, A. (2006). Interpreting and Managing Risk in a Machine Bureaucracy: Professional Decision-making in NHS Direct, *Health, Risk & Society*, 8(3), 257-271.
- Sabel, C. F. (1982). *Work and Politics: The Division of Labor in Industry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., and Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't, *British Medical Journal*, 312, 71-72.

- Saçaklıoğlu, F. (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimini ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? “Gizli Müfredat”, *Toplum ve Hekim*, 20(4), 242-246.
- Sadler, P. (1970). Sociological Aspects of Skill, *British Journal of Industrial Relations*, 8(1), 22-31.
- Salter, W. E. G. (1966). *Productivity and Technical Change*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Samson, C. (1999). “Biomedicine and the Body”. In C. Samson (Eds.), *Health Studies: a Critical and Cross-Cultural Reader*. Oxford, Blackwell, pp. 1-21.
- Savran, S. (2014). Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması., S. Savran, K. Tanyılmaz ve E. A. Tonak. (Editörler). *Dünyada ve Türkiye’de Sınıflar ve Mücadeleleri*. İstanbul. Yordam Kitap, s. 123-165.
- Sayek, F. (1995). Sağlık Alanında Uygun Teknoloji Kullanımı ve Teknoloji Değerlendirmesi, *Toplum ve Hekim*, 10(66), 75-78.
- Scarpaci, J. L. (1990). Physician Proletarianization and Medical Care Restructuring in Argentina and Uruguay, *Economic Geography*, 66(4), 362-377.
- Schatzman, L., Strauss, A. L. (1973). *Field Research: Strategies for a Natural Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Schwab, K. (2016). *Dördüncü Sanayi Devrimi*. İstanbul: Optimist.
- Schwalbe, M. L., Staples, C. L. (1986). Class Position, Work Experience, and Health, *International Journal of Health Services*, 16(4), 583-602.
- Sennett, R. (2011). *Yeni Kapitalizmin Kültürü*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sennett, R. (2014). *Karakter Aşınması: Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sennett, R. (2019). *Zanaatkar*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sewell, G., Wilkinson, B. (1992). ‘Someone to Watch Over Me’: Surveillance, Discipline and the Just-In-Time Labour Process, *Sociology*, 26(2), 271-289.
- Shaffer, V. A., Shaffer, L. S. (2006). The Use of Recipe Knowledge in Medicine, *International of Technology Knowledge and Society*, 2(7).
- Shaffer, L. S. (1981). The Growth and Limits of Recipe Knowledge, *The Journal of Mind and Behavior*, 2(1), 71-83.
- Shields, J. (1995). Deskillling Revisited: Continuity and Change In Craft Work and Apprenticeship In Late Nineteenth Century New South Wales, *Labour History*, 68, 1-29.

- Shortliffe, E. H. (1987). Computer Programs to Support Clinical Decision Making, *The Journal of the American Medical Association*, 258(1), 61-66.
- Silber, T. J. (1986). Approaching the Adolescent Patient: Pitfalls and Solutions, *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 315-405.
- Simpson, R. L. (1985). Social Control of Occupations and Work, *Annual Review of Sociology*, 11, 515-536.
- Smith, D. L., Snow, R. E. (1976). The Division of Labor: Conceptual and Methodological Issues, *Social Forces*, 55(2), 520-528.
- Smith, A. E. (1991). New Technology and the Non-Manual Labour Process in Britain, *Relations Industrielles*, 46(2), 306-328.
- Smith, A. (2012). *Ulusların Zenginliği – I*. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Smith, D. L. (2014). Dehumanization, Essentialism, and Moral Psychology, *Philosophy Compass*, 9(11), 814-824.
- Smith-Bindman, R., Miglioretti, D. L., and Larson, E. B. (2008). Rising Use of Diagnostic Medical Imaging In A Large Integrated Health System, *Health Affairs*, 27(6), 1491-1502.
- Somer, P., Vatanoğlu-Lutz, E. (2017). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi, *Anadolu Kliniği*, 22(1), 58-65.
- Soyer, A. (1998). Hekimlerin Toplumsal ve Sınıfsal Konumu Tartışmalarına Zoraki Bir Girizgâh Denemesi, *Toplum ve Hekim*, 13(4), 262-277.
- Soyer, A. (2005). *Hekimlerin Sınıfsal Kökenleri: Hekimlerin Toplumsal-Sınıfsal-İdeolojik Kökeni ve Dünyada Hekim Örgütlenmesi Örnekleri*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Soyer, A. (2009). Profesyonelden Proletere, Hekimler; Değişen Ne?, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 130-150.
- Spaeth, J. L. (1985). Job Power and Earnings, *American Sociological Review*, 50(5), 603-617.
- Sparrow, B., Liu, J., and Wegner, D. M. (2011). Google Effects on Memory: Cognitive Consequences of Having Information at Our Fingertips, *Science*, 333, 776-778.
- Spenner, K. I. (1979). Temporal Changes in Work Content, *American Sociological Review*, 44(6), 968-975.
- Spenner, K. I. (1980). Occupational Characteristics and Classification Systems New Uses of the Dictionary of Occupational Titles in Social Research, *Sociological Methods & Research*, 9(2), 239-264.

- Spenner, K. I. (1983). Deciphering Prometheus: Temporal Change in the Skill Level of Work, *American Sociological Review*, 48(6), 824-837.
- Spitzer, M. (2014). Information Technology in Education: Risks and Side Effects, *Trends in Neuroscience and Education*, 3(3), 81-85.
- Spyridonidis, D., Calnan, M. (2011). Are New Forms of Professionalism Emerging in Medicine? The Case of the Implementation of NICE Guidelines, *Health Sociology Review*, 20(4), 394-409.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Steiger, T. L. (1993). Construction Skill and Skill Construction, *Work, Employment & Society*, 7(4), 535-560.
- Stewart, C. J., Cash, W. B. (2018). *Interviewing: Principles and Practices, Fifteenth Edition*. New York: McGraw-Hill Education.
- Stoeckle, J. D., Twaddle, A. C. (1974). Non-Physician Health Workers: Some Problems and Projects, *Social Science & Medicine*, 8, 71-76.
- Stoeckle, J. D. (1988). Reflections on Modern Doctoring, *The Milbank Quarterly*, 66(2), 76-91.
- Storper, M. (2000). "The Transition to Flexible Specialisation in the US Film Industry: External Economies, the Division of Labour and the Crossing of Industrial Divides". In A. Amin (Eds). *Post-Fordism: A Reader*. Malden. Blackwell Publishers, pp. 195-226.
- Strangleman, T., Warren, T. (2015). *Çalışma ve Toplum: Sosyolojik Yaklaşımlar, Temalar ve Yöntemler*. Ankara: Nobel.
- Straus, S. E., McAlister, F. A. (2000). Evidence-based Medicine: a Commentary on Common Criticisms, *Canadian Medical Association Journal*, 163(7), 837-841.
- Sun, M. (1983). Fishing for a Forum on Health Policy, *Science*, 219(7), 37-38.
- Sweezy, P. M. (2007). *Kapitalist Gelişme Teorisi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- Swick, H. M. (1998). Academic Medicine Must Deal with the Clash of Business and Professional Values, *Academic Medicine*, 73(7), 751-755.
- Şahinoğlu Pelin, S. (2000). Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu, *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 117-125.
- Şahinoğlu, S. (2021). Tarihsel Süreçte İşyeri Hekimliği ve Tıp Etiği., S. Kadioğlu ve G. Halidi. (Editörler). *İlter Uzel Armağanı: Tıp Tarihinden Enstantaneler*. Adana: Karahan Kitabevi, s. 133-144.

- Şahinoğlu-Pelin, S., Arda, B. (1998). Etik Açısından Yaşlılık ve Hekim-Hasta İlişkileri, *Geriatrici*, 1(1), 39-42.
- Şahinoğlu-Pelin, S., Çalışır, H. C. (1998). Tıpta Konsültasyon Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'ndeki 81 Hekimin Konsültasyonla İlgili Görüşleri Özelinde, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 6(1), 14-19.
- Şahman, İ., Tengilimoğlu, D., Işık, O. (2008). Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 1-23.
- Şenel, A. (1982). *İlkel Topluluktan Uygar Topluma Geçiş Aşamasında Ekonomik Toplumsal Düşünsel Yapıların Etkileşimi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Basın ve Yayın Yüksek Okulu Basımevi.
- Şeyhoğlu, E. (2009). Tıp ve Mitoloji, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 18(1), 12-19.
- Şimşek, O. (2002). Sanayi Sonrası Süreçte Türk Çalışma Hayatındaki Değişme Dinamikleri, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4), 139-173.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- Talbot-Smith, A., Pollock, A. M. (2006). *The New NHS: A Guide*. New York: Routledge.
- Tallis, R. C. (2006). Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World, *Clinical Medicine*, 6(1), 7-12.
- Tatsumi, H., Mitani, H., Haruki, Y., and Ogushi, Y. (2001). Internet Medical Usage in Japan: Current Situation and Issues, *Journal of Medical Internet Research*, 3(1).
- Tawney, R. H. (1920). *The Acquisitive Society*. New York: Harcourt, Brace And Company.
- Taylor, P., Bain, P. (2000). Entrapped by the “Electronic Panopticon”? Worker Resistance in the Call Centre, *New Technology, Work and Employment*, 15(1), 2-18.
- Taylor, P., Bain, P. (2003). ‘Subterranean Worksick Blues’: Humour as Subversion in Two Call Centres, *Organization Studies*, 24(9), 1487-1509.
- Taylor, F. W. (2014). *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*. Ankara: Adres Yayınları.
- Taymaz, E. (1993). Kriz ve Teknoloji, *Toplum ve Bilim*, 56(61), 5-41.
- Terzi, C. (2009). Tıpta Uzmanlaşma ve Aşırı Uzmanlaşma: Genel Cerrahi Alanına Özel olarak Odaklanarak, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 151-158.
- Tez, Z. (2017). *Tıbbın Gizemli Tarihi: Semboller, Büyüler ve Ritüeller Işığında ‘Şifa’*. İstanbul: Hayyikitap.

- Tezgel, O. (2013). Manüfaktürün Ortaya Çıkışı ve Fabrika Üretimine Geçişte Manüfaktürün Rolü: Emek Süreci Bağlamında Bir Değerlendirme, *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 4(1), 98-114.
- Thirumoorthy, T. (2017). The Ethics of Medical Education - The Ethical and Professional Issues in Teaching, and Learning Medicine, *Annals Academy of Medicine*, 46(9), 331-332.
- Thompson, P. (1983). *The Nature of Work: an Introduction to Debates on the Labour Process*. London: The Macmillan Press.
- Thompson, P. (1990). "Crawling from the Wreckage: The Labour Process and the Politics of Production". In D. Knights and H. Willmott (Eds.). *Labour Process Theory*. Londra, The Macmillan Press, pp. 95-124.
- Timmermans, S., Mauck, A. (2005). The Promises and Pitfalls of Evidence-Based Medicine, *Health Affairs*, 24(1), 18-28.
- Timmons, S. (2003). A Failed Panopticon: Surveillance of Nursing Practice via New Technology, *New Technology, Work and Employment*, 18(2).
- Tomaney, J. (2000). "A New Paradigm of Work Organization and Technology?". In A. Amin (Eds). *Post-Fordism: A Reader*. Malden. Blackwell Publishers, pp. 157-194.
- Tomlinson, M. (2017). "Introduction: Graduate Employability in Context: Charting a Complex, Contested and Multi-Faceted Policy and Research Field". In M. Tomlinson and L. Holmes (Eds.), *Graduate Employability in Context Theory, Research and Debate*. London, Palgrave Macmillan, pp. 1-40.
- Toraman, A., Çarıkçı, İ. H. (2019). Defansif Tıbbın Nedenlerinin Hekim Gözüyle Değerlendirilmesi, *Vizyoner Dergisi*, 10(23), 40-51.
- Totterdill, P. (1990). Technology, The Labour Process and Markets: Industrial Policy and The Organisation of Work, *Local Economy*, 5(2), 119-128.
- Törenli, N. (2005). e-Devlet'in Ekonomi-Politiğine Giriş. Kullanıcı Dostu Ortamlarda "Sanallaşan" Kamu Hizmetleri, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi*, 60(1), 191-224.
- Turhan, Ö., Ahmed, F. Aslan, D., Erişgen, G., Çakır, B., Şengelen, M., Yıldız, A. N. (2014). *Önlenebilir Bir Sorun Hekime Yönelik Şiddet: Araştırmalardan Yararlanılan Değerlendirmeler ve Çözüm Önerileri*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Usubütün, A., Gedikoğlu, G. (2007). Türkiye'de Patolojinin Gelişimi, *Türk Patoloji Dergisi*, 23(2), 68-73.
- Uyanık, Y., Gücenmez, T. (2021). Sağlık Politikalarını Covid-19 Pandemisi Üzerinden Anlamak İçin Kilit Bir Kavram: Biyo-Politika, *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 17-36.

- Üçkuyu, Y. (2009). Hekimlerin Sınıfsal Konumu: Hekim Emeğine Nasıl Bakmalı?, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 120-129.
- Üçkuyu, Y. (2012). Hekimlerin Sınıfsal Konumu Hekim Emeğine Nasıl Bakmalı?., A. Soyer. (Editör). *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları*. İstanbul, Sorun Yayınları, s. 154-176.
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: NotaBene Yayınları.
- Üşür, İ. (2001). Teknoloji Felsefesi Üzerine ya da Tarihin Tanrısı Teknoloji Midir?, *Mülkiye Dergisi*, 25(230), 7-26.
- Vallas, S. P. (1990). The Concept of Skill: A Critical Review, *Work and Occupations*, 17(4), 379-398.
- Vallor, S. (2015). Moral Deskillling and Upskilling in a New Machine Age: Reflections on the Ambiguous Future of Character, *Philosophy & Technology*, 28, 107-124.
- Vazquez, J. L., Purificacion, G. M. (2017). “From Taylorism to Neo-Taylorism: a 100 Year Journey in Human Resource Management”. In K. Klara and V. Marton (Eds.), *Menedzsment innovációk az üzleti és a Nonbusiness Szférákban*. Szeged, Szegedi Tudományegyetem, pp. 496-513.
- Verghese, A., Horwitz, R. I. (2009). In Praise of the Physical Examination, *British Medical Journal*, 339, 1385-1386.
- Verghese, A. (2008). Culture Shock—Patient as Icon, Icon as Patient, *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2748-2751.
- Wahab, S. A. (2012). Defining the Concepts of Technology and Technology Transfer: A Literature International Analysis, *International Business Research*, 5(1), 61-71.
- Wahner-Roedler, D. L., Chaliki, S. S., Bauer, B. A., Bundrick, J. B., Bergstrom, L. R., Lee, M. C., Cha, S. S., and Elkin, P. L. (2007). Who Makes the Diagnosis? The Role of Clinical Skills and Diagnostic Test Results, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 321–325.
- Wallace, M., Kalleberg, A. L. (1982). Industrial Transformation and the Decline of Craft: The Decomposition of Skill in the Printing Industry, 1931-1978, *American Sociological Review*, 47(3), 307-324.
- Wallerstein, I. (2012). *Tarihsel Kapitalizm ve Kapitalist Uygarlık*. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Weber, M. (2014). *Bürokrasi ve Otorite*. Ankara: Adres Yayınları.
- Weisz, G. (2003). The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century, *Bulletin of the History of Medicine*, 77, 536-575.
- Weisz, G. (2006). *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*. New York: Oxford University Press.

- Welford, A. T. (1951). *Skill and Age: an Experimental Approach*. Londra: Oxford University Press.
- Wensing, M., Jung, H. P., Mainz, J., Olesen, F., and Grol, R. (1998). A Systematic Review of the Literature on Patient Priorities for General Practice Care. Part 1: Description of the Research Domain, *Social Science & Medicine*, 47(10), 1573-1588.
- White, L. A. (1949). *The Science of Factory: A Study of Man and Civilization*. New York: Grove Press.
- White, C. J. (2018). Cookbook Medicine is the Recipe for Successfully Managing Patients with PAD, *Journal of the American College of Cardiology*, 72(9), 1012-1014.
- World Health Organization. (2013). *Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines 2013*. Geneva: World Health Organization.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone?, *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Williams, G., Lau, A. (2004). Reform of Undergraduate Medical Teaching in the United Kingdom: a Triumph of Evangelism Over Common Sense, *British Medical Journal*, 329, 92-94.
- Williams, S. J. (1997). Modern Medicine and the "Uncertain Body": from Corporeality to Hyperreality?, *Social Science & Medicine*, 45(7), 1041-1049.
- Willmott, H. (1990). "Subjectivity and the Dialectics of Praxis: Opening up the Core of Labour Process Analysis". In D. Knights and H. Willmott (Eds.). *Labour Process Theory*. Londra, The Macmillan Press, pp. 336-378.
- Wilson, F. (1993). "Computer Numerical Control and Constraint". In. D. Knights and H. Willmott (Eds.), *New Technology and the Labour Process*, London: The Macmillan Press, pp. 66-90.
- Winchester, N., Greenaway, D., and Reed, G. V. (2006). Skill Classification and the Effects of Trade on Wage Inequality, *Review of World Economics*, 142(2), 287-306.
- Wolfbein, S. L. (1962). Automation and Skill, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 340(1), 53-59.
- Wolinsky, F. D. (1988). The Professional Dominance Perspective, Revisited, *The Milbank Quarterly*, 66(2), 33-47.
- Wood, S. (1987). The Deskillng Debate, New Technology and Work Organization, *Acta Sociologica*, 30(3), 3-24.
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., and Grimshaw, J. (1999). Potential Benefits, Limitations, and Harms of Clinical Guidelines, *British Medical Journal*, 318, 527-530.

- Woolf, S. H. (1990). Practice Guidelines: A New Reality in Medicine I. Recent Developments, *Archives of Internal Medicine*, 150, 1811-1818.
- Woolf, S. H. (1992). Practice Guidelines, a New Reality in Medicine II. Methods of Developing Guidelines, *Archives of Internal Medicine*, 152, 946-952.
- Woolf, S. H. (1993). Practice Guidelines: A New Reality in Medicine III. Impact on Patient Care, *Archives of Internal Medicine*, 153, 2646-2655.
- Yaffe, M. J. (1989). The Medi-drama as an Instrument to Teach Doctor-Patient Relationships, *Medical Teacher*, 11(3/4).
- Yazıcı, E. (2010). *İlkçağdan Günümüze Dönüşen İş Kültürü*. Ankara: A Kitap.
- Yentürk, N. (1993). Post-Fordist Gelişmeler ve Dünya İktisadî İşbölümünün Geleceği, *Toplum ve Bilimi*, 56(61), 42-57.
- Yeşiltaş, A. (2019). Tıp Uzmanlık Tarihi ve Tıpta Uzmanlaşmadan Aşırı Uzmanlaşmaya, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 27(1), 65-72.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, M. S. (2019). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 135-156.
- Yılmaz, N., Erdem, R. (2016). Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16), 35-47.
- Yılmaz, G. (2009). Hekim Emeği, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 98-108.
- Yılmaz, U. (2012). Tıp Neydi, Ne Oldu?., İ. Arslanoğlu. (Editör). *Tıp Bu Değil*. İstanbul, İthaki, s. 232-253.
- Yılmaz, U. (2013). Çağımızın Vebası Modern Tıp., İ. Arslanoğlu. (Editör). *Tıp Bu Değil 2*. İstanbul, İthaki, s. 280-288.
- Yiğit, A., Uğurluoğlu, D. (2020). Türkiye’de Hekime Yönelik Fiziksel ve Sözel Şiddet Düzeyinin Meta Analiz Yöntemiyle Belirlenmesi, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(7), 99-111.
- Yorulmaz, R., Şenol, O., ve Gökkaya, D. (2020). Kapitalist Bir Düzendeki Tıbbın Şirketleşmesi., R. Erdem ve Dilruba Uğurluoğlu. (Editörler). *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar*. Ankara. Nobel, s. 71-96.
- Yücesan-Özdemir, G., Özdemir, A. M. (2008). *Sermayenin Adaleti: Türkiye’de Emek ve Sosyal Politika*. Ankara: Dipnot Yayınları.

- Yücesan-Özdemir, G. (2000). Başkaldırı, Onay ya da Boyun Eğme?: Hegemonik Fabrika Rejiminde Mavi Yakalı İşçilerin Hikayesi, *Toplum ve Bilim*, 86, 241-258.
- Yücesan-Özdemir, G. (2009). *Emek ve Teknoloji: Türkiye’de Sendikalar ve Yeni İletişim Teknolojileri*. Ankara: Tan Kitabevi Yayınları.
- Yücesan-Özdemir, G. (2010). Despotik Emek Rejimi Olarak Taşeron Çalışma, *Çalışma ve Toplum*, 4. 35-48.
- Yücesan-Özdemir, G. (2014). “Hırsız Zamanlar, İstilacı Mekanlar”: 21. Yüzyılda Yeni İletişim Teknolojileri, İş ve İstihdam, *VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu*, 157-167.
- Zencir, M. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri. A. Soyer. (Editör). *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları*. İstanbul, Sorun Yayınları, s. 118-142.
- Zhou, H., Zhang, J., and Su, J. (2020). Internet Access, Usage and Trust among Medical Professionals in China: A Web-based Survey, *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 38-45.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control, *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.
- Zuboff, S. (1988). *In the Age of the Smart Machine: The Future of Work and Power*. New York: Basic Books.
- Zubritski. Mitropolski. Kerov. (1981). *İlkel, Köleci ve Feodal Toplum*. Ankara: Onur Yayınları.
- Zussman, R. (1985). *Mechanics of the Middle Class: Work and Politics Among American Engineers*. California: University of California Press.



EKLER

EK 1: GÖRÜŞMECİ LİSTESİ

Kod	Uzmanlık Alanı	Cinsiyet	Yaş	Kıdem	Kurum
Hekim 1	Acil Tıp	Erkek	40	13	Devlet
Hekim 2	Ortopedi ve Travmatoloji	Erkek	57	33	Devlet
Hekim 3	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Kadın	41	15	Özel
Hekim 4	Ortopedi ve Travmatoloji	Erkek	46	23	Özel
Hekim 5	Pratisyen Hekim	Erkek	44	14	Devlet
Hekim 6	Pratisyen Hekim	Erkek	44	14	Devlet
Hekim 7	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın	57	33	Eğitim Araştırma
Hekim 8	Pratisyen Hekim	Kadın	26	2	Devlet
Hekim 9	Acil Tıp	Erkek	30	6	Devlet
Hekim 10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	Kadın	39	15	Eğitim Araştırma
Hekim 11	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Kadın	42	22	Özel
Hekim 12	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	44	20	Özel Muayene
Hekim 13	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	38	11	Özel Muayene
Hekim 14	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	30	8	Eğitim Araştırma
Hekim 15	Pratisyen Hekim	Kadın	56	32	Devlet
Hekim 16	Göz Hastalıkları	Erkek	32	6	Devlet
Hekim 17	Acil Tıp	Erkek	33	9	Devlet
Hekim 18	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın	57	34	Eğitim Araştırma
Hekim 19	Radyoloji	Erkek	32	9	Devlet
Hekim 20	Aile Hekimliği	Kadın	33	10	Devlet
Hekim 21	Üroloji	Kadın	38	10	Eğitim Araştırma
Hekim 22	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	43	17	Özel
Hekim 23	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın	42	19	Devlet
Hekim 24	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın	63	37	Özel
Hekim 25	Göz Hastalıkları	Erkek	31	7	Devlet
Hekim 26	Acil Tıp	Erkek	37	12	Devlet
Hekim 27	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Erkek	36	12	Devlet
Hekim 28	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Erkek	32	8	Devlet
Hekim 29	Acil Tıp	Erkek	36	10	Devlet
Hekim 30	Nöroloji	Kadın	39	14	Özel
Hekim 31	Pratisyen Hekim	Kadın	57	33	Devlet
Hekim 32	Acil Tıp	Erkek	34	10	Devlet
Hekim 33	Genel Cerrahi	Erkek	69	41	Özel
Hekim 34	Genel Cerrahi	Erkek	41	16	Özel
Hekim 35	Nükleer Tıp	Erkek	48	22	Devlet
Hekim 36	Pratisyen Hekim	Kadın	30	3	Devlet

EK 2: REHBER SORU FORMU

Genel Bilgiler:

- Cinsiyet:
- Yaş:
- Eğitim Düzeyi:
- Uzmanlık Alanı:
- Kıdem:

Sorular:

1. Kaç yıldır bu meslektesiniz? Mesleğe başladığınız ilk günden bugüne işinizde ne tür değişiklikler oldu?
2. Hekimlik mesleğini dün ve bugünü ile karşılaştırdığınızda sizce arada bir farklılık var mı? Bu farkın nedeni hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. Tıpta uzmanlaşma anlayışını nasıl yorumluyorsunuz? Uzmanlaşma anlayışının gerekçeleri sizce nedir?
4. Sizce tıp eğitimi müfredatı bütüncül tıp anlayışını aktarıyor mu?
5. Uzmanlaşmayı bütüncül tıp anlayışı açısından bir tehdit olarak görüyor musunuz?
6. Tanı ve tedavi süreçleri sizce bütünlük arz ediyor mu?
7. Sizce hekimlerin sahip olması gereken klinik vasıfları nelerdir?
8. Hastalık tanısı koyma sürecini anlatır mısınız? Hangi yöntemlerden yararlanıyorsunuz?
9. Klinik vasıfların eğitime sizce yeteri kadar ağırlık veriliyor mu?
10. Hasta-hekim ilişkisi hastalığın tanı ve tedavisi açısından sizce nasıl olmalı? Hastanın sağlık hizmeti üretimi sürecindeki konumu hakkında ne düşünüyorsunuz?
11. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler tıbbi pratiklerinizi nasıl etkiliyor?
12. Tanı ve tedavi süreçlerin ne oranda tıbbi teknolojiyi kullanıyorsunuz? Bu teknolojilerin mevcut olmadığı durumlarda tanı ve tedavi uygulamaları aksıyor mu?
13. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmenin hekimlerin tıbbi bilgi düzeyi üzerindeki etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz? Sizce teknik bilgi mi teorik bilgi mi daha önemli?
14. Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin hekim-hasta ilişkisi üzerindeki etkileri sizce neler?
15. Sağlık hizmeti üretiminde günlük pratiklerin yerine getirebilmesi için standartlaştırılmış tanı ve tedavi uygulamaları olduğunu düşünüyor musunuz? Bunları rutin işler olarak mı görüyorsunuz?
16. Tanı ve tedavi aşamasında klinik protokollerden yararlanıyor musunuz?
17. Yaptığınız işe ait tüm süreçlerde müdahale gücünüz var mı? Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrıldığını düşünüyor musunuz?
18. Hekim-dışı personel sağlık hizmeti sürecinde ne derece görev alıyor?
19. Sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrıldığını düşünüyor musunuz?

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı : Sercan Dereli
 Telefon :
 e-posta :

Eğitim

Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü	2015
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi-Ç.E.E.İ.	2012

İş Deneyimi

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2018-Halen	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	Arş. Görevlisi
2014-2018	Gazi Üniversitesi	Arş. Görevlisi

Yabancı Dili

İngilizce

Yayınlar

- Dereli, S. (2015). Endüstri Devrimi ve Endüstri İlişleri. E. Yazıcı. (Editör). *Klasikten Küresele Endüstri İlişkileri*. Ankara: Orion Kitabevi.
- Dereli, S. (2015). Sapkınlık, Suç ve Toplumsal Kontrol. (Kitap Tercümesi). V. Bilgin, E. Yazıcı, H. Arslan. (Editörler). *Sosyoloji İnsan ve Toplum*. Ankara: Binyıl Yayınevi.
- Demirci, S., Dereli, S. (2016). Basic Income in Theoretical Perspective. *New Year's Academic Conference on Social Sciences and Humanities in Prague 2016*. Czech Republic. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)
- Dereli, S. (2019). Sendikacılıkta Yeni Bir Perde: Toplumsal Hareket Sendikacılığı, *İş ve Hayat Dergisi*, 5(10), 9-33.
- Dereli, S. (2019). Üretim Süreçleri Boyunca Dünden Bugüne Çalışmanın Dönüşümü, *Kamu'da Sosyal Politika*, 12(39), 54-67.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

