

Teknoloji ve Vasıf İlişkisi Bağlamında Hekimlerin Emek Süreci: Bir Saha Araştırması¹

Sercan DERELİ²

Yücel UYANIK³

Geliş Tarihi (Received) 30.01.2023– Kabul Tarihi (Accepted): 15.03.2023

Öz

Emek süreci teorisi kapsamında üretim yapılanması; emeğin kendisi, nesnesi ve araçları olmak üzere üç temel unsur üzerinden analiz edilmektedir. Teknoloji ve üretim aracı ilişkisi teorinin odak noktalarından birini oluşturmakta ve teknoloji emek sürecinin bütüncül dönüşümüne neden olan faktör olarak kabul edilmektedir. Emek sürecinin kapitalist formunda, teknolojinin ya da makineleşmenin etkisiyle emeğin vasıf düzeyinin kademeli olarak azaldığı savunulmaktadır. Bu çalışmada, profesyonel meslek uygulayıcısı olarak hekimlerin emek sürecinde teknolojik gelişmelerin neden olduğu dönüşümlerin analiz edilmesi ve tıbbi teknolojilerde sağlanan gelişmelerin hekimlerin günlük pratikleri ile vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin saptanması amaçlanmıştır. Araştırmanın ana sorunsalı, hekimlerin klinik vasıflarının teknoloji kaynaklı etkilerden dolayı aşınıp aşınmadığının tespit edilmesidir. Bu bağlamda, yoğun bir literatür taraması gerçekleştirilmiş ve nitel araştırma yöntemi benimsenerek 36 hekim ile derinlemesine mülakat yapılmıştır. Görüşme yapılan hekimlerden elde edilen nitel verilerin betimsel analiz yaklaşımı ile değerlendirilmesi sonucunda, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ile hekimlerin emek sürecinde köklü bir dönüşümün yaşandığı ve vasfı tanımlayan bilgi ve özerklik unsurları bağlamında hekimlerin klinik vasıflarının aşınma eğilimi içerisinde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Vasıfsızlaşma, Hekimlerin Emek Süreci, Olgusal Bilgi, Özerklik

Labor Process of Physicians in the Context of Technology and Skill Relationship

Abstract

Production structuring within the scope of labor process theory; It is analyzed through three basic elements: labor itself, its object and its tools. The relationship between technology and means of production constitutes one of the focal points of the theory and technology is accepted as the factor that causes the holistic transformation of the labor process. In the capitalist form of the labor process, it is argued that the skill level of labor gradually decreases with the effect of technology or mechanization. In this study, it is tried to analyze the transformations caused by technological developments in the labor process of physicians, who are professional practitioners, and it is aimed to determine the effects of the developments especially in medical technologies, on the daily practices of physicians and their level of skills. The study is based on the question of whether the clinical skills of physicians are eroded by the effects of technology. In this context, first of all, an intensive literature review and then a qualitative research method are adopted and in-depth interviews are conducted with 36 physicians. As a result of the analysis of the qualitative data obtained from the interviewed physicians with the descriptive analysis approach, it is determined that there is a radical transformation in the labor process of the physicians with the developments in medical technologies and that the clinical skills of the physicians are in a tendency to erode in the context of the knowledge and autonomy elements that define the skill.

Keywords: Deskillng, Labor Process of Physicians, Factual Knowledge, Autonomy

¹ Arş. Gör. Dr. Sercan DERELİ'nin doktora tezinden türetilmiştir.

² Arş. Gör. Dr., Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, sercan.dereli@hbv.edu.tr

³ Prof. Dr., Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, y.uyanik@hbv.edu.tr

Giriş

Emek süreci teorisi, insanlık tarihinin evrensel bir kategorisi olan üretim olgusunu analiz etmektedir. Emek sürecinin temel unsurları emeğin kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin araçları olarak kavramsallaştırılmaktadır. Emek sürecinde yaşanan dönüşüm tarihsel bir perspektiften ele alınmakta ve kapitalist emek süreci üzerinde yoğunlaşan bir analiz yapılmaktadır.

Teoride, üretim araçlarına ayrı bir önem atfedilmektedir. Üretim araçlarının gelişimi bir bütün olarak emek sürecini dönüştürebilme potansiyeline sahiptir. Teknolojinin gelişimi aynı zamanda üretim araçlarının gelişimini ifade etmektedir. Dolayısıyla Sanayi Devrimi'nin, emek sürecindeki en köklü dönüşümlere neden olduğu düşünülmektedir.

Kapitalizm öncesi dönemde emek süreci, emeğin bütüncül bir üretim bilgisi ve işin yürütümünde özerklik ile faaliyette bulunduğu zanaata dayalı bir yapıda örgütlenmiştir. Ancak Sanayi Devrimi'yle birlikte emek sürecinde kapitalizm temelli bir dönüşüm yaşanmıştır. Emek süreci, sermaye birikiminin sağlanması amacıyla modern yönetim anlayışları ile yeniden tasarlanmıştır. Taylorist ilkelerin uygulandığı Fordist üretim modelinde işbölümü ve uzmanlaşma anlayışı güç kazanmış, zanaat üretiminin giderek geri plana itilmesiyle işçilerin vasıf düzeylerinin kademeli olarak aşındığı bir eğilim tecrübeye edilmeye başlanmıştır.

Emek süreci teorisyenleri, vasıfsızlaşma eğiliminin kapitalizme özgü bir karakteristik olduğunu ifade ederek ilgili eğilimin yalnızca Fordizm'e has bir durum olmadığına dikkat çekmektedirler. Bu bağlamda vasıfsızlaşma eğiliminin, yalnızca Fordist üretim modelinde değil bilginin ön plana çıktığı iddiasında bulunan post-Fordist üretim modelinde ve profesyonel mesleklerde dahi söz konusu olduğu savunulmaktadır.

Bu çalışmada, hekimlik mesleğinde ve hekimlerin emek sürecinde yaşanan teknoloji temelli dönüşümlerin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin saptanması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında öncelikle literatür taraması yapılmış; literatürde yer alan birçok araştırmanın gerek teorik gerekse ampirik bulgularına ulaşılmıştır. Literatür taramasının ardından ilgili bulguların sahada karşılığının olup olmadığının tespiti amacıyla araştırma kapsamında toplamda 36 hekim ile derinlemesine mülakat yapılarak nitel bir araştırma yürütülmüştür.

1. Kavramsal ve Teorik Perspektiften Emek Süreci

Emek süreci teorisi, üretim yapılanmasını açıklamak amacıyla geliştirilen bir teoridir. Teorisyenler, kapitalist emek süreci kavramsallaştırması yaparak teknoloji ekseninde şekillenen günümüzün üretim yapılanmasına ve tecrübe edilen vasıfsızlaşma eğilimine odaklanmaktadır. Araştırmanın sorunsalının aydınlatılabilmesi adına emek sürecine ilişkin kavramsal ve teorik çerçeveye değinmek gerekmektedir.

1.1. Emek Süreci

Kullanım değeri olan malların üretimi sırasında insan ile doğa arasında “emek süreci” adı verilen karşılıklı bir etkileşim gerçekleşmektedir. Emek süreci, toplum aşamalarından bağımsızlık göstermektedir (Thompson, 1983: 38-39). Bu nedenle emek süreci, insanlık tarihinin ortak bir kategorisini oluşturmaktadır (Savran, 2014: 126).

Doğayı dönüştürme ve kullanım değeri üretme amacıyla yapılandırılan emek süreci, emek gücü ve üretim araçlarının özel teknik bileşiminden oluşmaktadır (Callinicos, 2004: 54; Gartman, 1978: 97). Emeğin kendisi, emeğin nesnesi ve emeğin üretim araçları emek sürecinin temel unsurlarıdır. Emeğin kendisi; emek gücünün kullanımını, çalışmanın kendisini ifade etmektedir. Çalışma esnasında insan; yürütme, düzenleme ve denetleme görevlerinden sorumludur. Emeğin nesnesi ise emek gücünün üzerinde yoğunlaştığı her şeydir. Örneğin üzerinde tarımsal faaliyette bulunulan toprak emeğin nesnesi olabileceği gibi üretim tekniklerinin gelişmesiyle üretilen “yeni” hammaddeler de emeğin nesnesi olabilmektedir. Son olarak emeğin araçları, insanın emeğinin nesnesi üzerinde çalışırken kullandığı üretim araçlarıdır. Emek sürecinde, üretim araçlarının mekanik, fiziksel ve kimyasal özelliklerinden yararlanılarak faaliyette bulunmaktadır (Marx, 2020: 181-184).

Emeğin kendisi olarak çalışma, toplumların gelişim sürecinde önce avlanma ve tarımsal faaliyet sonrasında ise ticaret, sanayi ve hizmet üretimi temelinde yerine getirilmiştir. Emeğin nesnesi de bu bağlamda gelişim göstermiş, hazır besin kaynaklarından toprağa ve ticarete konu olan ürünlerden sınai ürün ve hizmetlere kadar genişleyen bir yelpazede ürün çeşitliliği emeğin nesnesi konumuna gelmiştir (Bloch, 1983; Callinicos, 2004: 44; Göze, 2000: 65; Meda, 2012). Emeğin, kendisi ile nesnesi arasındaki etkileşimde kullandığı araçlarda da gelişmeler yaşanmıştır. Taş ve sopa gibi ilkel üretim araçlarından buhar gücü ile çalışan makinelere kadar

birçok yeni üretim aracı geliştirilerek emek sürecinde kullanılmaya başlanmıştır (Galbraith, 2011: 14-15; Zubritski vd., 1981: 14-15).

Üretim araçları, emek sürecini bütünüyle etkileyebilme potansiyeline sahip olması açısından son derece önemlidir. Üretimin en ilkel formunda dahi hammaddeler üretim araçları aracılığıyla kullanım değerlerine dönüştürülmüştür (Gaines ve Domagalski, 1996). İnsanlığın tarihsel gelişimindeki dönüm noktaları incelendiğinde nelerin değil, nasıl ve hangi üretim araçlarıyla üretildiğine bağlı olarak farklılaşmaların yaşandığı görülmektedir (Marx, 2020: 183-184). Bu bağlamda üretim araçlarında yaşanan gelişmeler gerek emeğin kendisine gerekse emeğin nesnesine etki ederek emek sürecini baştan aşağı dönüştürmektedir.

İnsanlık tarihindeki en büyük kırılma noktalarından biri olan Sanayi Devrimi ile makineler birer üretim aracı olarak üretimde kullanılmaya başlanmış, fabrika düzeni ortaya çıkmış ve emeğin kendisini ifade eden çalışma olgusu yoğun olarak sınıai çalışma formuna bürünmüştür. Tarımsal ürünler yerine sınıai ürünler emeğin nesnesi konumuna gelmiştir (Dowd, 2013: 39; Hobsbawm, 2013: 36; Löwy, 2018: 20; Marglin, 1974). Yaşanan bu köklü dönüşümlerin temelinde üretim araçlarının gelişimi yer almaktadır ve emek süreci literatüründe teknolojiye yoğun bir vurgu yapıldığı görülmektedir.

1.2. Teknoloji

Antik Yunancada “zanaata dayalı vasıf” anlamı taşıyan “tekhne” ile sistem veya çalışma anlamında kullanılan “logos” kelimelerinin birlikteliğinden türetilen teknoloji, insani ihtiyaçların karşılanması amacıyla doğal süreçlerin ve nesnelere kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Artut, 2014: 24; Harvey, 2015: 101). Teknoloji; alet, ekipman ve teknik gibi fiziksel ve kalite kontrol, üretim ve vasıflı emek gibi bilgi bileşenlerinden oluşan bir kavramdır (Kumar vd., 1999: 82). Teknoloji kavramındaki teknik, belirlenen amaçlara ulaşmada kullanılan bir araçtır (Heidegger, 2015: 12). Yani araç olarak teknik, meydana getirme bilgisini ifade etmektedir (Günay, 2017: 163). Teknikteki gelişim teknolojinin gerek fiziksel gerekse bilgi bileşenine etki ederek emek sürecine şekil vermektedir.

Bilim ve Teknolojinin gelişimi, insanın doğaya üstün olabileceği düşüncesinin hâkim olmaya başladığı Rönesans hareketi ile başlamıştır (Albertini, 1995: 10). Sanayileşme süreciyle birlikte ise teknoloji, üretimde kullanılan tekniğin ve üretim araçlarının bir bileşimi haline

almıştır (Blauner, 1964: 6). Dolayısıyla sanayileşme, emeğin yanında teknolojinin de üretim faktörü olarak kullanıma sokulmasını ifade etmektedir (Erkök, 1978: 3).

Emek süreci literatüründe, teknolojinin sermayenin karlılık ve toplumsal ilişkilerdeki güç düzeyini sürekli olarak artırdığından dolayı yanlı bir doğaya sahip olduğu ve sermayenin teknolojiyi kendi iktisadi, politik ve siyasi çıkarları doğrultusunda kullandığı iddia edilmektedir (Noble, 1978; Yücesan-Özdemir, 2009: 49). Başka bir deyişle, teknolojik gelişmelerin kar düzeylerinin artırılması amacıyla sermaye tarafından desteklendiği ve emek sürecinde bir araç olarak kullanıldığı türünden iddialar, teknolojinin yanlı doğasına ilişkin tartışmalara kaynaklık etmektedir (Spencer, 1979; Strangleman ve Warren, 2015: 17). Sermayenin teknolojik gelişmeye kaynaklık eden bilim alanını örgütlediği ve bilimin sermayeye dönüştürüldüğü ileri sürülmektedir (Braverman, 2008: 171). Üretim sürecine hizmet etmek amacıyla bilimsel üretim gerçekleştirildiği kabul edilmektedir (Narin, 2008: 4).

Sonuç olarak Sanayi Devrimi ile teknoloji sermayenin güdümünde gelişim göstermeye başlamıştır. Sermayenin teşvikiyle teknoloji ve üretim araçlarında yaşanan gelişmeler, emek sürecini bütünüyle dönüştürmüş ve sanayi toplumlarında “kapitalist emek süreci” olarak adlandırılan yeni bir üretim yapılanmasını ortaya çıkarmıştır.

1.3. Kapitalist Emek Süreci

Kapitalist emek süreci kavramsallaştırması, emek sürecinin sanayi toplumlarında sermayenin daha fazla biriktirilmesi amacıyla inşa edilen yeni formunu ifade etmektedir (Wallerstein, 2012: 15-16). Kapitalist emek sürecinin temel görünümünü fabrika düzeni oluşturmaktadır. Fabrika düzeninde teknoloji, daha fazla sermaye birikimi için bir kontrol aracı olarak kullanılmaktadır (Clawson, 1980).

Fabrika düzeni; üretim sürecindeki işlerin birbirinden ayrıldığı, işbölümünün yaygın hale geldiği ve işçilerin makineye bağımlı bir şekilde faaliyet gösterdiği bir yapılanmadır (Aydoğanoglu, 2011: 34-36). Sermaye, sahibi olduğu fabrikalarda yeni teknikleri ve yönetim paradigmasını üretim yönetiminde devreye sokarak emek sürecine “kapitalist” bir form kazandırmıştır (Landes, 1969: 237).

Kapitalist emek sürecinde sermayenin işçiler üzerindeki kontrol gücü artış gösterirken işçilerin üretim sürecine hakimiyeti azalmaktadır (Form, 1987). Güç dengesinde meydana gelen bozulma, kapitalizmin temel mantığı olan daha fazla sermaye birikimi için daha yüksek üretim düzeyine ulaşma hedefine bağlı olarak gerçekleşmiştir (Sweezy, 2007: 65). Bu temel mantık, emeğin üretici gücünü arttıran işbölümü anlayışını beraberinde getirmiştir. İşbölümü, işler arasındaki geçişte zamandan tasarruf edilmesini, basit hale getirilen işlerde harcanan emek miktarının azaltılmasını ve sonuç itibarıyla üretim kapasitesinin katlanmasını mümkün kılmıştır (Smith, 2012: 8-12).

İşbölümü ve uzmanlaşma sonucunda makinenin bir parçası haline gelen işçi, üretim sürecinde basit işlerden sorumlu tutulmuş ve iş üzerindeki özerkliğini kaybetmiştir (Marx ve Engels, 2014: 57). Bu durum, emeğin yabancılaşması sorununu beraberinde getirmiştir (Schwalbe ve Staples, 1986).

Kullanım değeri olan malların üretildiği bir süreci ifade eden emek süreci, sermayenin birikmesi amacıyla kapitalizm temelli dönüşüm yaşamıştır. Yeniden yapılanan emek sürecinde üretimin kontrolü işçiden alınarak yönetime verilmiştir. Taylorist yönetim anlayışının işbölümü mantığı ile kurgulanan üretim sürecinde işçilerin zanaatları parçalanmış, işçiler üretimin bütününe ilişkin bilgiden uzaklaşarak son derece dar bir alanda üretim bilgisine sahip biçimde faaliyet göstermeye başlamışlardır (Braverman, 2008: 78, 174).

1.4. Vasıfsızlaşma Tezi

Vasıf kavramı; iş gereklilikleri ve eğitim-tecrübe aracılığıyla kazanılan bir işlevsellik başta olmak üzere farklı şekillerde tanımlamaktadır (Borger ve Seaborne, 1967; Vallas, 1990). Vasfin ne olduğuna dair tartışmalara kavramın sübjektif bir doğaya sahip olması kaynaklık etmektedir. Günümüzde vasfin yoğunlukla sermaye tarafından tanımlandığı ve sermaye birikimine katkı sağlayan bilgi ve becerilerin vasıf kapsamında değerlendirildiği kabul edilmektedir (Omay, 2017: 214-216; Yücesan-Özdemir, 2014: 163).

Vasıf kavramına ilişkin farklı tanımlamalar yapılmakla birlikte bu tanımlamalarda ortak iki temel unsurun literatürde ön plana çıktığı görülmektedir. Bu nedenle, vasfin net bir tanımından ziyade temel unsurlarına işaret etmek daha doğrudur. İlgili unsurlar; işlerin temel karmaşıklık derecesiyle ilintili bilgi ve özerklik düzeyidir (Form, 1987; Keefe, 1991; Spenner,

1979). Emeğin işin temel karmaşıklık düzeyini çözebilecek bilgi birikimine sahip olması vasfın ilk unsurunu oluşturmaktadır. Bilgi birikimi, emeğin işi yönlendirebilme gücünü belirlemektedir (Hopkins vd., 1996). Vafsin diğer bir unsuru olan özerklik, emeğin kendi çalışmasını belirleyebilmesini ifade etmektedir (Haug ve Sussman, 1969). Emeğin faaliyetlerinde ve üretim sürecine ilişkin kararların alınmasında kontrol gücü özerklik olarak tanımlanmaktadır (Prechel ve Gupman, 1995). Üretim sürecinde yer alan emeğin çalışmasını düzenleyebilme ve üretim sürecinin bütününe kontrol edebilme yetkinliğine sahip olup olmaması vasıf düzeyini belirlemektedir (Haug, 1975; Phillips, 1996). Emek süreci sonunda, sürecin başında işçinin zihninde yer alan bir sonuç ortaya çıkmaktadır (Marx, 2020: 182). Emek sürecinin bütüncül bir şekilde işçinin zihninde kavranabilmesi için gerekli olan bilgi birikimi ve özerklik, vafsin temel unsurları olarak değerlendirilmektedir.

İşin otomasyona uğraması ve yeniden düzenlenmesiyle vafsin temel unsurlarında aşınmaların meydana geldiği ve kapitalist emek sürecinde vasıfsızlaşma eğilimine neden olduğu tartışılmaktadır (Gamst, 2015: 691). Vasıfsızlaşma tezi, emek süreci teorisini yeniden gündeme getiren Braverman (2008) tarafından ileri sürülmüştür. Braverman, üretim araçlarında yaşanan dönüşümü ve kapitalist emek sürecinde kurumsallaşan yeni yönetim anlayışını merkez alarak vasıfsızlaşma eğiliminin sistematik bir analizini yapmıştır (Boreham vd., 2008: 18). Analizde teknoloji ve modern bir yönetim anlayışı olarak Taylorizm ön plana çıkmaktadır. Modern yönetim anlayışının ortaya çıkışı, sermayenin emek üzerindeki denetim ihtiyacının artmasına bağlanmaktadır. Emek sürecinde işçinin kontrolü yönetimin kontrolü ile ikame edilmektedir (Littler, 1990: 49).

Teknolojinin yardımıyla temel karmaşıklık düzeyi düşen işlerde yer alan işçilerin kavramsal düşünme gücü zayıflamaktadır (Sennett, 2019: 54-55). Üretkenlik seviyesinin artırılması amacıyla kullanılan teknoloji bir yandan da işçinin çalışma temposuna ve karar alma süreçlerine etki etmekte ve işin yürütümündeki işçi özerkliğini aşındırmaktadır (Keefe, 1991). Braverman (2008: 173), bu durumu, üretim araçlarının kontrolünün işçiden alınarak yönetime aktarılması olarak tasvir etmektedir.

Yönetim ve teknoloji, işbölümünü genişleterek işleri daha küçük parçalara bölmekte ve işgücü maliyetlerini azaltarak emek süreci üzerinde sermaye lehine kontrol gücü sağlamaktadır (Thompson, 1983: 14). Sözü edilen üretim yapılanması, iş örgütlenmesinin rasyonalizasyonu ile seri üretimin mümkün kılındığı Fordist üretim modelinde kendini en net şekilde

göstermektedir (Blauner, 1964: 7). Kurgulanan üretim modelinde, Taylorist yönetim anlayışı neticesinde işlerin basit parçalara ayrılması, üretim sürecinde işçilerin ikamesini kolaylaştırmakta ve sermayenin emeğe olan bağımlılığını azaltmaktadır (Rastegar, 2004).

Taylorizm, üretkenlik artışının sağlanması amacıyla üretim sürecinde yer alan görevlerin yönetim tarafından bölümlere ayrılmasını ve işçi hareketlerinin belirlenmesini ifade etmektedir (Taylor, 2014: 39-40). Üretim sürecinin rasyonalizasyonu ile sağlanan işbölümü ve uzmanlaşma bürokratik bir iş organizasyonuna neden olmaktadır (Dikmen, 2015: 106). Taylorizm ile işlerin tasarım ve uygulama süreçleri birbirinden ayrılarak işçilerin vasıf düzeyinde aşınmalar ve zihinsel emek bağlamında tahribatlar yaşanmaktadır (Braverman, 2008: 135; Sennett, 2019: 72). İşbölümüne bağlı olarak artış gösteren uzmanlaşma, daha az eğitim gerektirdiğinden ve işlerin daha hızlı bir şekilde yerine getirilmesini sağladığından tercih edilmektedir (Gorz, 1972: 31-33).

Braverman (2008: 95-103), işçilerin emek sürecinin bütününde faaliyet gösterememesi, özerkliğinin azalması ve son derece sınırlı bir bilgi ile faaliyette bulunması nedeniyle vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde olduğunu ileri sürmektedir. Basit görevlerde uzmanlaşan işçiler, üstlendikleri faaliyetleri yerine getirebilmek için asgari bir vasıf düzeyine ihtiyaç duymaktadır (Arendt, 2011: 144). Öte yandan yönetimin artan kontrolü ile işçiler işin yürütümündeki özerkliklerini kaybetme eğilimine girmektedir (Keefe, 1991). Sürecin sonunda yabancılaşma olumsuz bir sonuç olarak belirlemektedir (Giddens, 2014: 59). İşçilerin makineleşmesi vasıf kaybına neden olmaktadır (Marx, 2013: 77). Vasfın iki temel unsuru olan bilgi ve özerkliğin aşınmasıyla vasıfsızlaşma eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Kapitalist emek sürecinin bir karakteristiği olarak kabul edilen vasıfsızlaşma eğiliminin, post-Fordist üretim modelinde de tecrübe edildiği ileri sürülmektedir. Enformasyon teknolojileri ile betimlenen post-Fordizm’de, işçilerin kavrayış düzeylerinin kademeli olarak azaldığı ve işin tasarım süreçlerinin yine yönetim tarafından belirlendiği iddia edilmektedir (Vallas, 1990). Bu nedenle post-Fordizm’e, Taylorizm temelli Fordist üretim modelinin modern teknolojiler ile yeniden şekillendirilmiş formu olarak bakılmaktadır. Post-Fordizmde, emek sürecinin kontrolünden yine yönetim sorumludur (Aglietta, 2015). Yeni üretim modelinin eskisinden farkı, teknolojinin ulaştığı seviyeden kaynaklanmaktadır. Ancak üretim yönetimi açısından her iki modelde de benzer sonuçlar ortaya çıktığı savunulmaktadır..

Yeni nesil teknolojiler işçiler üzerinde kısıtlayıcı etkilerde bulunmaktadır (Sennett, 2011: 12). Öyle ki yeni dönem yönetim anlayışı dijital Taylorizm olarak da adlandırılmaktadır (Lauder, 2011). İşçilerin özerklik alanını daraltan bilgisayar teknolojileri aracılığıyla vasıfsızlaşma tehdidinin devam ettiği savunulmaktadır (Gamst, 2015: 691). Braverman'ın vasıfsızlaşma tezinin, Fordist üretim modelinde olduğu gibi post-Fordist üretim modelinde ve profesyonel mesleklerde de etkisini hissettirdiği literatürde sıklıkla tartışılmaktadır. Bu çalışma kapsamında değerlendirilen hekimlik mesleğinde de benzer bir vasıfsızlaşma eğiliminin tecrübe edildiği ileri sürülmektedir.

2. Profesyonel Bir Meslek Grubu Olarak Hekimlik

Özerkliğe ya da öz-yönlendirmeye sahip meslekler profesyonel meslekler olarak tanımlanmaktadır (Wolinsky, 1988: 34). Bu bağlamda hekimlik mesleği de profesyonel bir meslek olarak kabul edilmektedir (Abbott, 1988). Emek süreci teorisi, yalnızca mal üretimini değil hizmet üretimini de analiz edebilme kabiliyetine sahip olduğundan, sağlık hizmeti üretiminden sorumlu olan ile hekimlerin mesleki pratiklerini bu teori bağlamında analiz etmek mümkündür.

2.1. Hekimlerin Emek Süreci

Hekimlerin emek sürecinde emeğin kendisini hekimler, emeğin nesnesini insan ve emeğin üretim araçlarını tıbbi teknolojiler oluşturmaktadır (Belek, 2016: 46-50). Emeğin kendisi ya da hekim çalışması tıbbi bilgi ile gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Hekimler, sahip oldukları tıbbi bilgi ve klinik vasıflar aracılığıyla tanısals muhakeme süreçlerini işletmektedirler (Abbott, 1988: 54). Tıp eğitimleri süresince almış oldukları eğitimler klinik vasıflarının gelişmesini sağlamaktadır (Lu, 2016). Hastalığın tanı sürecindeki “fizik muayene” ve “anamnez” gibi yöntemler ilgili klinik vasıflar ekseninde şekillenen geleneksel tanı yöntemlerini oluşturmaktadır (Feddock, 2007).

Hekim emeğinin nesnesini canlı bir organizma olan insan oluşturmaktadır. Hekimler, tanı ve tedavi süreçlerinde hastalarla ile doğrudan etkileşim kurmaktadır. Bu süreç boyunca hekimler, hasta başında değerlendirme vasıflarını kullanmaktadırlar (Bordage, 1995). Hekimlerin üretim araçlarını ise tıbbi teknolojiler oluşturmaktadır. Oldukça uzun bir süre hastalığın tanısında fizik muayene ve anamnez gibi geleneksel yöntemler kullanılırken 20.

yüzyıl ile birlikte temel laboratuvar testleri ve radyografi ile tomografi gibi görüntüleme teknolojilerinin kullanımında ciddi artışlar yaşanmıştır (Smith-Bindman vd., 2008).

Hekimlerin emek sürecinde, kapitalist emek sürecinin genelinde gözlemlenen teknoloji temelli benzer dönüşümler yaşanmıştır. Hekimlerin emek sürecinde yaşanan dönüşümü genel hatlarıyla şu şekilde özetlemek mümkündür: bilimsel-bürokratik tıp anlayışının yükselişe geçmesi, tıpta uzmanlaşma, klinik yönetim anlayışının gelişmesi, klinik protokoller ve sağlık hizmeti üretiminde modern tıbbi teknolojilerin artan kullanımı. İlgili gelişmeler hekimlerin emek sürecinde dönüşüme neden olmanın ötesinde sağlık hizmeti üretiminde Fordist-Taylorist bir yapılanmayı beraberinde getirmesi açısından son derece önemlidir.

Bilimsel-bürokratik tıp anlayışı, kaynağını teknik bilgidan alan ve yönetime denetim gücü sağlayan bürokratik yönetim anlayışının; sağlık hizmeti üretiminde artan rasyonellik ve merkezileşme ihtiyacının karşılanması, ölçek ekonomilerinin desteklenmesi ve üretkenliğin artırılması amacıyla tıp alanına uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır (McKinlay ve Arches, 1985). Tıbbın bürokratikleşmesi sonucunda hastaneler yönetici-hekimler tarafından idare edilmeye başlanmış ve hastane yönetimi anlamı taşıyan *klinik yönetim* ortaya çıkmıştır (McKinlay ve Stoeckle, 1988).

Tıpta uzmanlaşma anlayışı 19. yüzyıl boyunca şiddetini artırmıştır (Şahinoğlu Pelin, 2000). Teknolojik gelişmeler ile artan tıbbi bilgi birikimi, hekimlerin ve hastalıkların alt gruplarda ayrışmasına ve belirli bir hastalığın tanı ve tedavi yöntemlerinde özel eğitim almış olan hekim profiline ortaya çıkmasına neden olmuştur (Detsky vd., 2012: 463). *Klinik protokoller* ise artan tıbbi bilgi birikiminin ve bilimsel-bürokratik tıp anlayışının bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve hekimlerin hastalıkların tanı ve tedavisine ilişkin kararları alırken kullandıkları yönerge niteliğindeki açıklamalar bütünü olarak kullanılmaya başlanmıştır (Field ve Lohr, 1994: 8). Klinik protokollerin oluşturduğu karar destek sistemleri, sağlık hizmeti üretim sürecindeki hekim faaliyetlerinin standart hale getirilmesinde rol oynamıştır (Shaffer ve Shaffer, 2006). Hekim faaliyetlerinin standardizasyonunda etkili olan bir diğer faktör modern tıbbi teknolojilerdir. Tıbbi teknolojiler, teknoloji kavramının geniş anlamı itibarıyla, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan araçlar ve prosedürlerden oluşmaktadır (Cook-Deegan, 1988: 128-134). Bu haliyle klinik protokoller de tıbbi teknolojilerin bir parçası konumundadır. Öte yandan karar destek, öneri ve elektronik sağlık kayıt sistemleri gibi iletişim sistemleri de modern tıbbi teknolojiler kapsamındadır (Hoff, 2011).

Bilimsel-bürokratik tıp anlayışı başta olmak üzere hekimlerin emek sürecinde meydana gelen kapitalizm merkezli dönüşümlerin, Fordizm mantığı ile şekillenen kapitalist emek sürecinin birçok özelliğini taşıdığı görülmektedir (Harrison, 2002). Dolayısıyla klinik yönetim, tıpta uzmanlaşma, modern tıbbi teknolojiler ve klinik protokollerin de etkisiyle hekimler açısından vasıfsızlaşma eğiliminin görünür hale geldiği savunulmaktadır (McKinlay, 1977).

2.2. Tıbbi Teknolojilerdeki Gelişmelerin Hekimlerin Vasıf Düzeyine Etkisi

Literatürde, teknolojik gelişmelerin hekimlerin vasıf düzeyinde aşınmalara neden olduğunu saptayan birçok ampirik araştırma yer almaktadır. Hekimlerin vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde olduğuna dair bulguların genel itibarıyla şunlar üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir: hekimlerin; tanı ve tedavi süreçlerinde teknolojiye olan bağımlılıklarının arttığı, fizik muayene ve anamneze ilişkin geleneksel klinik vasıflarının azaldığı, tıpta uzmanlaşma nedeniyle genel tababetten uzaklaştıkları, temel karmaşıklık düzeyini çözümlemede kullandıkları olgusal bilgi düzeylerinin aşındığı, işlerine ilişkin bilgi tekellerini kaybettikleri, standardizasyona uğrayan sağlık hizmeti üretim sürecinde talimatları izleyen bir profile indirgenmeleri nedeniyle tarif tıbbi adı verilen yeni bir tıp anlayışını benimsedikleri, emeğin nesnesi konumunda olan insan ile aralarındaki mesafenin açıldığı ve hekim-dışı personele olan bağımlılıklarının arttığı.

Hekimlerin vasıfsızlaşma eğilimi içerisinde olduğuna yönelik tartışmaların temelinde hekimlerin teknolojiye artan bağımlılıklarının olduğu iddiası yer almaktadır. Bununla birlikte bozucu diğer etkilerin tıbbi teknolojilerde kaydedilen gelişmelerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Teknoloji temelli günümüz tıbbında, hastalıkların tanı ve tedavisinde geleneksel yöntemlerin yerini tıbbi teknolojiler almış durumdadır (McKinlay ve Arches, 1985). Hekimler, geleneksel yöntemleri kullanmadan doğrudan görüntüleme teknolojilerine başvurabilmektedir. Bu durum, bir yandan teknolojiye bağımlılık anlamına gelmekte bir yandan ise hekimlerin geleneksel klinik vasıflarının aşındığı anlamını taşımaktadır. Sağlık hizmeti üretiminin mevcut görünümü itibarıyla hekimlerin klinik vasıflarının aşınma eğilimi içerisinde olduğu kabul edilmektedir (Lu, 2016). Bozucu etkilerin teknolojinin bizzat kendisinden değil, tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklandığı söylemek son derece önemlidir (Bailey, 2011). Sistemsel nedenlerle teknolojiye artan bağımlılığa rağmen geleneksel yöntemlerin günümüzde dahi doğru tanıya ulaşmada en etkili yöntem olduğunu saptayan araştırmalar mevcuttur (Wahner-Roedler vd., 2007).

Tıpta uzmanlaşma anlayışı, hastaların fiziksel, duygusal, zihinsel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak değerlendirilmesi anlamını taşıyan bütüncül tıp anlayışına tezat bir durumu ifade etmektedir (Gordon, 1980: 3). Uzmanlıkların toplamının bütüncül bir tıp uygulamasını kapsamadığı ve uzmanlaşma nedeniyle hekimlerin artık hastalarla değil hastalıklarla ilgilendiği düşünülmektedir (Galdston, 1958). Tek bir kronik hastalıkta uzmanlaşan hekimlerin, Fordist üretim bandında yer alan işçi profilinden farksız olduğu kabul edilmektedir (McKinlay, 1977). Hastanın bütüncüllüğünü kaybettiği ve hastaların tüm sorunlarına bütüncül bir şekilde yaklaşabilen hekim profilinin ortadan kalkarak hekimlerin genel tababetten uzaklaştığı savunulmaktadır (Arslanoğlu, 2012: 19).

Tartışmaların bir diğer odak noktası, emek sürecinin bütüncül bir şekilde kavranışa imkan tanıyan olgusal bilgiden yoksun bir hekim profilinin yetiştirildiğine yöneliktir. Hekimlerin daha çok teknik bilgi temelinde eğitildikleri, ancak ihtiyaç duydukları eğitimin insana dair kavrayışı sağlayacak olan olgusal bilgi olduğu vurgulanmaktadır (Williams ve Lau, 2004). Olgusal bilgi önemini kaybederken teknik bilginin ön plana çıkması “reçete bilgisi” adı verilen yeni bir bilgi türünü gündeme getirmiştir. Reçete bilgisi, belirli bir görevin yerine getirilmesinde kişinin kullanacağı ezbere dayalı talimatları ifade etmektedir (Shaffer ve Shaffer, 2006). Tıp alanındaki karşılığı ise klinik protokollerin artması ve tanı ve tedavi sürecinde hekimler tarafından bu protokollerin kullanılmasıdır. Tıp alanında eğilim haline alan bu gelişme ile beraber “tarif tıbbi” adı verilen yeni bir tıp anlayışının inşa edildiği ileri sürülmektedir (Timmermans ve Mauck: 2005). Önceden belirlenen kuralların ve klinik protokollerin yönlendirmesiyle hekimler açısından tarif tıbbinin ciddi bir tehdit oluşturduğu tartışılmaktadır (Genius ve Genius, 2004). Bu türden protokoller ile hekimlerin gerek özerklik alanlarının gerekse klinik vasıflarının aşınma içerisinde olduğu savunulmaktadır (Lambert, 2006). Hekimlerin, bir sanat olarak kabul edilen hekimlik mesleğinden uzaklaşarak reçete bilgisini izleyen birer çalışan pozisyonuna indirildiği kabul edilmektedir (Knaapen, 2014).

Profesyonel mesleklerin “profesyonellik” iddiaları, kendi faaliyetlerini yönlendirebilmelerine ve derinlemesine bir bilimsel bilgi tekeline ellerinde bulundurmalarına bağlı olarak ileri sürülmektedir (Haug ve Sussman, 1969; Wolinsky, 1988). Ancak Haug (1996) tarafından geliştirilen profesyonelleşmeme tezi ile birlikte profesyonellerin ellerinde bulundurdukları bilgi tekelinin sarsılmaya başladığı savunulmaktadır. Profesyonel bir meslek icrasında bulunan hekimlerin özerklik ve mesleki hâkimiyet kaybı yaşayarak profesyonelleşmeme süreci içerisinde yer aldıkları iddia edilmektedir (Abbott, 1988: 17).

Hekimlerin özerklik ve mesleki hâkimiyet kayıplarına uğramasının ardında teknolojinin gelişimi yer almaktadır. Tıbbi bilginin bilgisayar teknolojileri aracılığıyla gizemini kaybetmesi sonucunda hekimlerin otoritesinin sarsıldığı ve profesyonelleşmeme sürecine girdiği düşünülmektedir (McKinlay ve Arches, 1985).

Tıbbın insansızlaşması olarak adlandırılan ve aslında hekimin hastaya olan yabancılaşmasını ifade eden süreç ile hasta ile hekim arasındaki mesafenin açıldığı savunulmaktadır (Haslam ve Loughnan, 2014). Hasta verilerinin bilgisayar ekranı üzerinden takip edilmesiyle “e-hasta” olarak adlandırılan yeni bir hasta profilinin ortaya çıktığı ve tıbbın insansızlaşması sürecinin etkisini daha da artırdığı dile getirilmektedir (Verghese, 2008). Makineleşen tıbbi uygulamalar nedeniyle hekimlerin iletişim vasıflarının aşındığı kabul edilmektedir (Bailey, 2011).

İşin yürütümünde hekim özerkliğinin aşınması, sağlık hizmeti üretiminin kapitalizm temelli dönüşümünün bir diğer sonucu olarak görülmektedir. Hekimlerin kendi pratiklerini belirleyebilme, çalışmalarının işleyiş ve koşullarını tayin edebilme ve hangi teknolojilerin kullanılabileceğini seçme noktasında özerklik kaybı yaşadığı iddia edilmektedir (Hopkins vd., 1996). Bu durum, hekim pratiklerinin yönetime artan bağımlılıklarının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Hastalıkların tanı ve tedavisinde uzmanlık bilgisinin ve modern teknolojinin kullanımının artması ile beraber hekimlerin yönetime bağımlı hale geldiği savunulmaktadır (Öngen, 2009). Öte yandan sağlık hizmeti üretiminde artan hekim-dışı personel kullanımı hekimlerin özerklik alanlarını aşındıran bir başka gelişme olarak kabul edilmektedir. Hekimler meslek icraları sırasında teknoloji uzmanları, bakımdan sorumlu personel ve tıbbi sekreterler gibi birçok tamamlayıcı meslek grubu ile bir takım çalışması yürütmektedir (Cook-Deegan, 1988: 141-142). Üretim süreci açısından değerlendirildiğinde bu durum, hekimlerin emek süreci üzerindeki kontrol gücünü ve özerkliğini kaybetmesi şeklinde yorumlanmaktadır.

Hekimlerin vasıf düzeyine ilişkin olarak sözü edilen tüm bu olumsuz gelişmeler vasıfsızlaşma perspektifinden ele alınmaktadır. Hekimlerin emek sürecinde gözlemlenen dönüşümlerin Fordizm ile benzerliğinden hareketle hastaneler de birer sağlık fabrikası olarak değerlendirilmektedir (Soyer, 1998). Fordizm temelli kapitalist emek sürecinde olduğu gibi hekimlerin emek sürecinde aşırı uzmanlaşmanın yaşandığı, sağlık hizmeti üretim sürecinde parçalanma yaşanarak işbölümünün kurumsallaştığı, hekimlerin meslek icralarındaki kontrol

güçlerinin ve özerkliklerinin aşındığı ve bunların yönetime devredildiği; en nihayetinde ise vasıf kavramsallaştırılmasında atıfta bulunulan bilgi ve özerklik unsurları bağlamında vasıfsızlaşma tehdidi ile karşı karşıya kaldıkları savunulmaktadır (Stoeckle, 1988).

3. Hekimlerin Emek Sürecine İlişkin Saha Araştırması

Araştırmada, teknolojik gelişmelerin hekimlerin emek sürecinde ve vasıf düzeylerinde meydana getirdiği dönüşümler saptanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın sorunsalını teknolojik gelişmelerin hekimlerin klinik vasıflarını aşındırıp aşındırmadığının ortaya konulması oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 36 hekimle derinlemesine mülakat tekniği aracılığıyla görüşmeler yapılmış ve nitel veriler toplanmıştır. Araştırma sonucundaki bulguların, literatürde öne sürülen diğer ampirik ve teorik araştırmaların bulgu ve savlarıyla büyük oranda benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, hekimlerin vasıf düzeyinde meydana gelen değişimleri saptamak amacıyla kaleme alındığından ve belirli bir olgu ya da olayın ortaya çıkma koşullarını ve kaynaklarını tespit etmeye çalıştığından “açıklayıcı bir araştırma” tarzı benimsemiştir (Gürbüz ve Şahin, 2016: 104). Araştırmada, olay ve olgulara ilişkin derinlikli bilgilerin elde edilebilmesi amacıyla “neden” sorusuna cevap verebilen nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır (Merriam, 1998: 9). Nedensellik ilişkisinin çözümlenebilmesi için ise saha araştırmasına başvurulmuştur (Neuman, 2014: 548). Görüşme yapılan hekimlerle sınırlanmamış bütüncül bir etkileşim ve hekimlerin deneyimlerinden doğrudan faydalanabilme imkânı sunmasından dolayı veri toplama tekniği olarak mülakat tekniği tercih edilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 45-46).

Örneklemin belirlenmesinde, araştırmada belirlenen hedeflerle ilgili bilgilere ulaşmayı mümkün kılan amaca dönük örnekleme tekniğine başvurulmuştur. Teknolojiyi yoğun olarak kullanan uzman hekimlerle öncelikli olarak mülakatlar yapılmıştır. Sonrasında ise çok sayıda uzmanlık alanı olması ve büyük bir çeşitlilikten ortak bir yapı ortaya çıkartılması amacıyla maksimum çeşitlilik örnekleme tekniği ve elde edilen verilerle ilgili daha fazla bilgiye ulaşabilmek adına kartopu örnekleme tekniği kullanılmıştır (Patton, 2015: 428-451).

Araştırmada sözü edilen örnekleme yöntemleri kullanılarak toplamda 36 hekimle mülakat yapılmıştır. Hekimlerin 30'u uzman, 6'sı ise pratisyen unvanına sahiptir. Görüşme yapılan uzman hekimler "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 görev yapmaktadır. Hekimlerin emek sürecindeki teknoloji-vasıf ilişkisinin sorgulandığı bu araştırmada, hekimlerin görev yapmış oldukları hastanenin niteliğinin belirleyici olup olmadığının tespiti amacıyla devlet hastanesinde çalışan 21, özel hastanede çalışan 8, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 5 ve özel muayenede çalışan 2 hekimle görüşülmüştür. Teknolojinin etkisiyle emek sürecinde ve vasıf düzeylerinde meydana gelen değişimlerin yıllar içerisindeki seyirinin saptanabilmesi amacıyla örneklemedeki hekimlerin kıdemleri dikkate alınmış; kıdemi fazla olan ve mesleğe yeni başlayan hekimlerle mülakatlar yapılmaya çalışılmıştır. Görüşme yapılan hekimlerin yaş ortalaması 41,6 ve kıdem ortalaması ise 16,4'tür.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler metinlerden oluştuğundan nitel verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel bir analiz değil, doğrudan alıntılar yolu ile nedensellik ilişkisinin kurulmasını mümkün kılan betimsel analiz yaklaşımı benimsenmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 256).

3.2. Tıbbi Teknolojinin Hekimlerin Vasıf Düzeyi Üzerindeki Etkilerine İlişkin Saha Bulguları

Derinlemesine mülakatlardan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, teknolojinin hekimlerin vasıf düzeyi üzerindeki etkilerinin iç içe geçmiş olduğu ve birbirinden farklı etkilerin meydana geldiği saptanmıştır. İlgili etkilerin tasnif edilmesinde belli bir sistematik oluşturulmaya çalışılmış ve iç içe geçmiş olan bu farklı etkiler literatür bulguları ile paralellik gösterecek şekilde ele alınmaya çalışılmıştır. Hekimlerin vasıf düzeyindeki gözlemlenen dönüşümler "geleneksel hekim pratiklerinden uzaklaşılması" ve "geleneksel hekim profilinden uzaklaşılması" şeklinde emek süreci unsurları gözetilerek tasnif edilmiştir.

3.2.1. Geleneksel Hekim Pratiklerinden Uzaklaşılması

Hekimlerin sağlık hizmeti üretimindeki geleneksel pratikleri oldukça uzun bir süre boyunca fizik muayene ve anamnez ekseninde şekillenmiştir. Ancak günümüzde hekim pratiklerinin çok ciddi bir bölümü tıbbi teknoloji aracılığıyla yerine getirilmektedir (Bordage, 1995). Araştırma kapsamındaki hekimlerin büyük bir çoğunluğu, literatürde yer alan teorik ve ampirik araştırmaların bulguları ile benzer ifadelerde bulunarak hekimlerin geleneksel yöntemlerden adım adım uzaklaştığını ve tıbbi teknoloji kullanımında ciddi artışlar yaşandığını ifade etmişlerdir.

“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).”

Acil tıpta yer alan uzman bir hekimin yukarıdaki ifadesi, tanı ve tedavi süreçlerinde geleneksel yöntemlerin geri plana itildiğine ve tıbbi teknolojiye artan bir bağımlılığa işaret etmektedir. Farklı hekimler de benze ifadeler bulunmuşlardır. Yapılan önceki araştırmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır (Smith-Bindman vd., 2008). Ancak hekimlerin artan tıbbi teknoloji kullanımının ardında yatan sebeplerin birbirinden farklı olduğu gözlemlenmiştir.

“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).”

Hekimler, hasta yoğunluğu nedeniyle tıbbi teknolojileri kullanmak zorunda bırakıldıklarını ifade etmiştir. Hekimler, teknolojiyi tamamlayıcı değil ikame edici bir şekilde kullanmaktadır (Feddock, 2007). Öte yandan, sağlık hizmeti üretiminde teknolojiye artan bağımlılık, hekim ile hasta arasındaki mesafenin açılmasına sebebiyet vermektedir (Stoeckle, 1988). Saha araştırmasında bu eğilimi hekimler; “*Gitgide hekimlerin hastadan uzaklaştığını, anamnez, fizik muayenenin gereksiz hale geldiğini, daha çok laboratuvar ağırlıklı olduğunu duyuyorum yani. (Hekim 12, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları).*” ve “*Bence çoğu bölümde tetkik kısmından tanıya gidiliyor (Hekim 25, Göz Hastalıkları).*” ifadeleriyle açıklamıştır.

Geleneksel yöntemlerin geri plana itilmesi ile teknolojiye artan bağımlılık birbirini besleyen iki süreçtir. Ancak bu durumun farklı sebepleri söz konusudur. Hasta yoğunluğuna bağlı olarak gerçekleştiği gibi defansif tıp anlayışının bir sonucu olarak da hekimlerin teknolojiye artan bir bağımlılıklarının olduğu saptanmıştır. Görüşme yapılan hekimler, malpraktis davalarına karşı kendilerine bir savunma mekanizması oluşturmak amacıyla tıbbi teknolojilere yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Örneğin hekimlerden biri; *“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).”*; bir diğeri ise *“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 servislerde bu geçerli. (Hekim 29, Acil Tıp).”* ifadesiyle hekimlerin defansif bir tıp anlayışını benimsediğini belirtmiştir. Defansif tıbbi pratiklerde bulunan hekimler, malpraktis davalarına karşı kendilerine birer savunma oluşturmayı hedefleseler de bu anlayışın yıkıcı etkileri de bulunmaktadır (Başer vd., 2014). Malpraktis davaları hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınma eğilimine girmesine neden olmaktadır. Şiddet vakalarındaki artış da bu eğilimi şiddetlendirmektedir. Malpraktis davaları ile şiddet vakalarındaki artışlar neticesinde defansif bir pozisyon alan hekimler, kendilerini koruma altına almak adına teknolojiyi daha yoğun bir şekilde kullanmaya yönelmektedir. Ancak artan teknolojiyi kullanımı hekimlerin klinik vasıfları aşındırmaktadır.

Saha araştırması kapsamında elde edilen bulgular hekimlerin anamnez ve fizik muayene gibi geleneksel yöntemleri kullanma oranlarının düştüğünü, tanı ve tedavi süreçlerinde tıbbi teknolojilere daha fazla yöneldiklerini ve defansif pratiklerde bulduklarını göstermektedir. Sözü edilen gelişmeler bir bütün olarak hekimlerin geleneksel pratiklerden uzaklaştıklarını göstermesi açısından önemlidir. Ancak önemli bir diğer konu hekimlerin bu süreci bireysel tercihlerinden ziyade sistemden kaynaklanan nedenlerden dolayı tecrübe ettiklerine ilişkindir. Hekimler, hasta yoğunluğu ve malpraktis davaları gibi sistemden kaynaklanan nedenlerden dolayı teknolojiyi kullanmaya itildiklerini belirtmişlerdir.

Mevcut eğilimler hekimlerin kontrolü dışında gerçekleşmekle birlikte bu eğilimlerin bir sonucu olarak hekimlerin vasıf düzeyinde aşınmalar meydana geldiği görülmektedir. Pratiğe dayalı gelişim gösteren vasıflar, hekimlerin günlük pratiklerinde kullanılmamasına bağlı olarak zaman içerisinde aşınma eğilimine girmektedir (Mangione, 1993). Ampirik araştırmaların,

geleneksel yöntemlerin kullanım sıklığının azalması sonucunda geleneksel klinik vasıfların aşındığı bulgusu bu araştırmayla da desteklenmiştir.

Saha araştırmasında hekimler geleneksel yöntemlerin ve klinik vasıfların önemi üzerinde yoğun olarak durmuşlardır. Örneğin uzman bir hekim “*Yüzde 90 anamnezdir, yüzde 5 tahlildir, yüzde 5 de fizik muayenedir. Hatta fizik muayene muhakkak şarttır, tahlil kısmını yapmayabilirsiniz bile yani. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).*” ifadesiyle geleneksel klinik vasıfların önemini vurgulamıştır. Ancak hekimlerin tanısal muhakeme ve iletişim süreçlerini daha az işletmeleri nedeniyle vasıf düzeylerinde bozucu etkiler meydana gelmektedir (Feddock, 2007). Hekimlerin klinik vasıfları teknolojiden kaynaklı olarak aşınmaktadır (Hoff, 2011). Günümüzde, tanı ve tedavi süreçlerinde tıbbi teknolojiler ağırlığını artırmış olsa da geleneksel yöntemler etkinliğini kaybetmiş değildir. Ancak uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle hekimlerin geleneksel vasıflarının, direkt olarak tıbbi teknolojiye yönelme şeklindeki pratikleri sonucunda aşınma eğilimi içerisinde olduğu gözlemlenmektedir.

3.2.2. Geleneksel Hekim Profilinden Uzaklaşılması

Geleneksel hekim profili kavramsallaştırmasıyla “hastalık yok hasta var” bakış açısını benimseyen, hastaya bütüncül bir şekilde yaklaşan ve mesleki otorite ile işin yürütümünde özerkliğe sahip olan hekim profili kastedilmektedir (Abbott, 1988; Civaner, 2005; McKinlay ve Arches, 1985). Ancak sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılmasıyla hastaya değil hastalığa odaklanan, bu nedenle işin yürütümündeki özerklikleri aşınan ve sağlık alanının piyasalaşmasının bir sonucu olarak mesleki otoriteleri sarsılan bir hekim profili ortaya çıkmış durumdadır (Broom, 2005; Bulut ve Civaner, 2016; Rastegar, 2004).

Yapılan saha araştırmasında hekimlerin genel tababetten uzaklaştıkları, mesleklerinin zanaat yönünün aşındığı, almış oldukları eğitiminin niteliksel kalitesinin azaldığı, tanısal muhakeme süreçlerini kullanmak yerine talimatlara uyarak sağlık hizmeti üretir hale geldikleri, işin yürütümündeki özerkliklerinin azaldığı, profesyonel kimliklerinin aşındığı ve tıbbın insansızlaşması olarak adlandırılan süreç ile beraber emeklerinin nesnesine yabancılaştıkları bulguları ile literatürü destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır.

Tıpta uzmanlaşma artan tıbbi bilgi birikiminin kaçınılmaz bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Cassell, 1997). Aynı görüş hekimler tarafından da paylaşılmaktadır. Örneğin;

“İnsan bedeni çok geniş ve gerçekten uzmanlaşma şart yani. (Hekim 36, Pratisyen Hekim).” şeklindeki ifadelerle tıpta uzmanlaşmanın bir gereklilik olduğu hekimler tarafından dile getirilmiştir.

Hekimler, tıpta uzmanlaşmanın sağlık hizmeti kalitesi ve tıbbi uygulamaların başarı oranlarının artışıdaki olumlu yönünü kabul etmekle birlikte uzmanlaşma anlayışının yıkıcı etkilerine de işaret etmiştir. Bu yıkıcı etkilerin başında genel tababetten uzaklaşma riski yer almaktadır. *“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).”* ve *“B12 eksikliğini tanıyamayan bir hekim hatalıdır. Yani o kadar da uzmanlaşmamak lazım. (Hekim 27, Anesteziyoloji ve Reanimasyon).”* şeklindeki ifadeler uzmanlaşmanın yıkıcı etkilerine örnek teşkil etmektedir.

Hekimlerin sağlık hizmeti üretim sürecinde yalnızca tek bir hastalığa odaklanmaları bütünü kavramaları önünde engel oluşturmakta ve genel tıp bilgisini zayıflatmaktadır (Asher, 1949; Light ve Levine, 1996). Emeğin nesnesi konumundaki hasta bütüncüllüğünü kaybetmektedir (Arslanoğlu, 2012). Hekimlerin ifadelerinde de benzer bir durum tespit edilmiştir. Yalnızca kendi uzmanlık alanında tıbbi pratiklerde bulunan hekimlerin zaman içerisinde genel tababetten uzaklaştıkları belirtilmiştir.

Emek sürecini bütüncül bir şekilde kavrayabilen ve üretimin tasarım ve uygulama olmak üzere her bir aşamasında yer alan emek, zanaatkar olarak adlandırılmaktadır. Bu bağlamda hekimler de birer zanaatkâr olarak kabul edilmektedir (McKinlay ve Stoeckle, 1988). Ancak teknolojik gelişmelerin etkisiyle teknik birer uygulayıcı haline gelen ve profesyonel kimlikleri sarsılan hekimlerin mesleklerinin zanaat yönü aşınmaktadır (Hopkins vd., 1996; Üçkuyu, 2012: 170). Bu sava ilişkin olarak araştırma kapsamındaki hekimler benzer görüşler belirtmişlerdir.

“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 bakıyorsanız, o da işte bunu getiriyor. (Hekim 5, Pratisyen Hekim).”

Yukarıdaki hekim ifadesi, hekimlik mesleğinin zanaat yönünün aşındığına ilişkindir. Literatürde hekimlik mesleğinin teknik bir yeterliliğe dönüştüğü ve mesleğin zanaat yönünü oluşturan “çeşitli bilgilerin ilişkilendirildiği tanısal muhakeme süreçlerinin işletilmesi karakteristiğinin” giderek aşındığı ileri sürülmektedir (Evans, 1993; Kapp, 1990). Bu türden iddialara; kapitalist emek sürecinin genelinde görülen ve emeğin teknolojiye bağımlı kılınması sonucunda ortaya çıkan bilgi düzeyinin azalması ve teknolojiden bağımsız üretim faaliyetinde bulanacak bilgi ve vasıf düzeyine sahip olunamaması kaynaklık etmektedir (Andersson, 2014; Sennett, 2014). Görüşme yapılan hekimler de benzer görüşleri paylaşmışlardır.

Vasıfsızlaşma eğiliminin boyutlarından bir diğerini tıp eğitiminin kalitesinde yaşanan düşüş oluşturmaktadır. Hekimler, günümüzdeki tıp eğitimiyle zanaatkar hekimlerin yetiştirilmediğini dile getirmişlerdir. Bu konuya ilişkin olarak hekimler “*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).*” ve *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).*” şeklinde ifadelerde bulunmuştur. Tıp eğitiminde hasta başında değerlendirme uygulamalarına yönelik öğretim azalmakta ve eğitimin odağına bilgiden ziyade giderek artan oranda teknoloji taşınmaktadır (Feddock, 2007).

“*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).*” şeklindeki hekim ifadesi literatürdeki reçete bilgisi kavramsallaştırmasıyla paralellik göstermektedir. Hekimlerin neden-sonuç ilişki kurulabilmesine olanak tanıyan olgusal bilgi düzeylerinin azaldığı ve ezber üzerine kurgulanmış bir tarif tıbbının inşa edildiği uzun yıllardır tartışılmaktadır (Shaffer, 1981). Tarif tıbbı kavramsallaştırmasına dair saha araştırmasından elde edilen somut bulgular hekimler tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“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).”

Emek sürecinin bütüncül bir şekilde kavranamamasının ardında yatan sebeplerden bir diğeri sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalara ayrılmasıdır. Tek bir hekim tarafından kontrol edilen sağlık hizmeti üretiminin giderek kolektif bir hale gelmesi sonucunda hekimlerin işin yürütümündeki özerklik alanı ve kontrol gücü giderek azalmaktadır (Öngen, 2009).

“Midenizden bir şikayetiniz var. Gidiyorsunuz dahiliyeye, dahiliye diyor ki gastroenterolojiye git, yani yan dalım 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).”

Yukarıdaki hekim ifadeleri bir yandan tıpta uzmanlaşmaya bağlı olarak hekimlerin genel tababetten uzaklaştıklarını bir yandan ise sağlık hizmeti üretim sürecinde kolektif bir yapının ortaya çıktığını kanıtlar niteliktedir. Hekimlerin sağlık hizmetindeki rol ve sorumlulukları diğer hekimler ile paylaşılmaktadır (Çağlayaner, 2006). Hekimler arasında kurgulanan takım çalışması nedeniyle hekimlerin sağlık hizmeti üretim sürecinin bütünü üzerinde kontrol sağlama olasılığı giderek zorlaşmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin emek süreci ile Fordizm’in işbölümü ve uzmanlaşmaya dayalı iş organizasyonu arasında bir benzerlik oluşturulmakta ve hastanın bütün sorunları ile ilgilenen hekim profiline ortadan kalktığı tartışılmaktadır (Harrison 2002; Rastegar, 2004).

Geleneksel hekim profilinde gözlemlenen bir diğer dönüşüm ise hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınmasıdır. Sağlık alanının piyasalaşmasıyla beraber hekimlerin sahip oldukları profesyonel kimliklerinin aşındığı ileri sürülmektedir (Freidson, 1986, Himmelstein ve Woolhandler, 1985; Starr, 1982). Görüşme yapılan hekimler, piyasalaşma süreci ile ilintili olarak aşağıdaki ifadelere yer vermişlerdir:

“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).”

Günümüzde hastalar, birer müşteri konumuna getirilmiş durumdadır (Yılmaz, 2012: 242). Hekimlerin ifadelerindeki ortak nokta, piyasalaşmanın etkisiyle hekim pratiklerinin sorguya açık hale geldiğine yöneliktir. Bunun teorik karşılığı ise hekimlerin profesyonel kimliklerin aşınmasıdır. Yapılan bir araştırmada piyasalaşma sürecinin bir başka sonucu olarak şiddet vakalarında artış yaşandığı saptanmıştır (Yıldız, 2019). Görüşme yapılan hekimler de şiddet vakalarındaki artışa işaret etmişlerdir. Hekime şiddet, hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınması sürecine doğrudan etki etmektedir.

“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).”

Şiddet vakalarındaki artışlar hiç kuşkusuz ki hekimlerin önceki yıllarda elde ettiği profesyonel kimlik ve prestijlerinin sarsılmasına neden olmaktadır. Hekimlerin profesyonel kimliklerinin aşınması, mesleki otoritelerinin sarsılmasına ve emek süreci üzerindeki kontrol ve özerkliklerinin azalmasına neden olduğundan vasıfsızlaşma bağlamında değerlendirilmektedir.

Hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi derinden etkileyen teknoloji iletişim vasıfları üzerinde bozucu etkilere sebep olabilmektedir (Evans, 1993; Örs, 2015). Hekimin hastadan uzaklaşması, yabancılaşmaya neden olmaktadır. Bu türden bir yabancılaşma, hekimlerin iletişim ve hasta başında değerlendirme vasıfları olmak üzere geleneksel vasıfları üzerinde bozucu bir etki göstererek vasıfsızlaşmaya neden olmaktadır (McManus vd., 1993).

“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).”

Yukarıdaki hekim ifadeleri hasta ile hekim arasındaki mesafenin giderek açıldığına işaret etmektedir. Hekimler mesafenin açılmasını bir yandan hasta yoğunluğu gibi kendileri dışında gerçekleşen sistemsel sıkıntılara bir yandan da emek sürecinde yaşanan dönüşümlere bağlamışlardır. Bilgisayar, iletişim, bilgi ve otomasyon teknolojilerinin yaygın bir şekilde sağlık hizmeti üretiminde kullanılması hasta ile hekim arasındaki mesafeyi açmakta ve tıbbın insansızlaşması eğilimine neden olmaktadır (Evans, 1993). Ancak tüm bunlardan bağımsız olarak hekimlerin bizzat kendi tercihleri ile hastadan uzaklaştıkları da belirtilmiştir. Örneğin hekimlerden biri; “*Bazı arkadaşlar var, hastaya çok dokunmamak için radyoloji branşını seçiyorlar, işte çok dokunmamak için biyokimya seçiyorlar, mikrobiyoloji seçiyorlar. (Hekim 4, Ortopedi ve Travmatoloji).*” ifadesiyle hekimlerin bir tercihte bulunarak hastalardan uzaklaştıklarını belirtmiştir. Yapılan araştırmalara bakıldığında hasta görmeyen radyoloji gibi uzmanlık alanlarına yoğun bir talebin olduğu görülmektedir (Bakan Kalaycıoğlu, 2020). Hekimlerin hastadan uzaklaşma eğilimi ya da tercihi, hekim profilinde meydana gelen bir diğer dönüşümü ve yabancılaşma nedeniyle vasıfsızlaşmayı ifade etmektedir.

3.2.3. Sonuç

Sağlık hizmeti üretimin merkezinde yer alan hekimler, işin yürütümünde derinlemesine bilgiye ve özerkliğe sahip olan profesyonel birer meslek uygulayıcısıdır. Ancak tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerle hekimlerin emek sürecinde önemli dönüşümler yaşanmış ve teknolojinin sağlık hizmeti üretiminde kapladığı alan giderek artarak hekimlerin klinik vasıfları gerek bilgi gerekse özerklik bağlamında aşınma eğilimi içerisine girmiştir.

Bilimsel keşifler ve teknolojik ilerlemeler sağlık alanında önemli gelişmeleri beraberinde getirmiş ve bilimsel tıbbi bilginin artmasını sağlamıştır. Sanayi toplumlarının ortaya çıkışıyla sağlık alanında da piyasalaşma ve sermaye birikimi mantığı hâkim olmaya başlamış ve kapitalist emek sürecinin genelinde gözlemlenen bürokratikleşme, işbölümü, uzmanlaşma ve standartlaşma uygulamaları hekimlerin emek sürecinde de kendine yer edinmiştir.

Artan tıbbi bilgi birikimine tek bir hekimin sahip olabilmesinin imkansız hale geldiği düşüncesiyle artış gösteren tıpta uzmanlaşma eğilimi, hekimlerin genel tababetten uzaklaşmasına ve “hastalık yok hasta var” anlayışı yerine “hasta yok hastalık var” anlayışını benimsemelerine neden olmuştur. Uzmanlaşma, hekimlerin emek sürecini bütüncül bir şekilde

kavrayışları önünde engel oluşturmuştur. Günümüzde her bir hekim yalnızca kendi uzmanlık alanına yönelmekte, hekimler arasında bir takım çalışması inşa edilerek üretim süreci parçalara ayrılmakta ve işin yürütümü üzerindeki hekim kontrolü aşınmaktadır. Bu gelişmeler, hekimlerin klinik vasıflarının aşınmasına neden olmaktadır. Klinik protokoller ve olgusal bilginin yerini alan reçete bilgisi, hekimlerin profesyonel kimliklerini var eden derinlemesine bilgi unsurunu baskılamaktadır. Hekimlerin kavrayış düzeyinde baskı oluşturan bu durum, beraberinde teknolojiye bağımlı bir hekim profili inşa etmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler değerlendirildiğinde, genel hatlarıyla, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler sonrasında hekimlerin geleneksel pratiklerinden uzaklaştığı saptanmıştır. Hekimlerin klinik vasıflarını yoğun olarak kullandıkları geleneksel yöntemler yerine teknoloji temelli modern yöntemleri kullandıkları, sağlık hizmeti üretim sürecinde teknolojiye olan bağımlılıklarının arttığı ve malpraktis davaları nedeniyle defansif pratikler sergiledikleri gözlemlenmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılan diğer bir bulgu, hekimlerin geleneksel hekim profilinden uzaklaştıklarına ilişkindir. Hekimlerin, tıpta uzmanlaşma anlayışının bir sonucu olarak hasta yerine hastalığa odaklandığı, üretim sürecinin parçalara ayrılarak işin yürütümündeki kontrol gücü ve özerkliklerinin azaldığı, mesleklerinin zanaat yönünün aşındığı, aldıkları eğitimin kalitesinde bir düşüş yaşandığı, tanısız muhakeme süreçleri işletmekten uzaklaşarak klinik protokollerdeki talimatlara uymak suretiyle faaliyet gösterdikleri, profesyonel kimliklerinin piyasalaşma ve şiddet vakaları gibi etkenlere bağlı olarak sarsıldığı ve adım adım hastalardan uzaklaştığı saptanmıştır.

Hekimlerin vasıfsızlaşma eğiliminin temelinde yatan nedenlerin başında teknoloji gelmektedir. Ancak hekimleri artan oranda teknoloji kullanımına iten farklı etkenler söz konusudur. Araştırmada hekimlerin hasta yoğunluğu, malpraktis davaları ve hasta otonomisi gibi nedenlere bağlı olarak bazı durumlarda teknolojiye kendi inisiyatifleri dışında yöneldikleri saptanmıştır. Hekimler, hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde teknolojiye; hasta yükünün eritilebilmesi amacıyla başvurabildiği gibi bizzat hastanın kendisi tarafından talep edilmesi durumunda ya da malpraktisten kaçınmak için sisteme kanıt bırakmak adına da yönelebilmektedir. Sözü edilen bu etkenler, vasıfsızlaşma eğiliminin hekimlerin kendi pratiklerinden bağımsız olarak sistem kaynaklı nedenlerden de yaşandığını göstermesi açısından önemlidir.

Hekimlerin emek sürecinde yaşanan teknoloji temelli gelişmeler hekimlerin gerek geleneksel pratiklerinden gerekse geleneksel profillerinden uzaklaşmalarına neden olmuştur. Her iki gelişme de hekimlerin bilgi ve özerklik düzeyi bağlamında aşınmaya neden olduğundan vasıfsızlaşma kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak vasıfsızlaşma eğilimi teknolojinin bizzat kendisinden değil tasarım ve uygulama ilkelerinden kaynaklanmaktadır. Teknolojinin kapitalist emek sürecinde daha yüksek verimlilik ve daha az maliyet amacıyla kullanımı, emek açısından vasıfsızlaşma tehdidini beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmeti üretiminde ve hekimlerin emek sürecinde de durum benzerdir. Birer profesyonel olan hekimler teknolojinin yanlış kullanımı nedeniyle vasıfsızlaşma eğilimi içerisine girmişlerdir.

Kaynakça

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Aglietta, M. (2015). *A Theory of Capitalist Regulation The US Experience*. New York: Verso.
- Albertini, J. M. (1995). *Ekonomik Sistemler: Uygulamada Kapitalizm ve Sosyalizm*. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- 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.
- Arendt, H. (2011). *İnsanlık Durumu*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- 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.
- Asher, R. (1949). "The Seven Sins of Medicine". *The Lancet*, 254(6574), 358-360.
- Aydoğanoglu, E. (2011). *Fabrikada Emek Denetimi*. İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
- 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.
- 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.
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

- Blauner, R. (1964). *Alienation and Freedom: The Factory Worker and His Industry*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bloch, M. (1983). *Feodal Toplum*. Ankara: Savaş Yayınları.
- 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.
- Braverman, H. (2008). *Emek ve Tekelci Sermaye Yirmi Birinci Yüzyılda Çalışmanın Değersizleşmesi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- 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.
- Bulut, F., Civaner, M. M. (2016). Modern Tıp İnsancıl Özünü Yitiriyor: Artık "Hasta Yok, Hastalık Var!", *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(2), 66-73.
- Callinicos, A. (2004). *Making History: Agency, Structure, and Change in Social Theory*. Leiden: Brill.
- Cassell, E. J. (1997). *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Civaner, M. (2005). Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor?, *Toplum ve Hekim*, 20(4), 279-284.
- Clawson, D. (1980). *Bureaucracy and the Labor Process: The Transformation of U.S. Industry 1860-1920*. New York: Monthly Review Press.
- 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.
- Çağlayaner, H. (2006). Hekim, Hastası, Meslektaşları: Sevk ve Konsültasyon, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(1), 31-38.
- 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.
- Dikmen, A. A. (2015). *Makine, İş, Kapitalizm ve İnsan*. Ankara: NotaBene Yayınları.
- Dowd, D. (2013). *Kapitalizm ve Kapitalizmin İktisadı Eleştirel Bir Tarih*. İstanbul: Yordam Kitap.
- 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.

- Feddock, C. A. (2007). The Lost Art of Clinical Skills, *The American Journal of Medicine*, 120(4), 374-378.
- Field, M. J., and Lohr, K. N. (1994). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington: National Academy Press.
- Form, W. (1987). On the Degradation of Skills, *Annual Review of Sociology*, 13, 29-47.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- 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.
- Gamst, F. C. (2015). Work, *Sociology of, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 25, 687-693.
- Gartman, D. (1978). Marx and the Labor Process: an Interpretation, *Insurgent Sociologist*, 8(2-3), 97-108.
- Genuis, S. J., Genuis, S. K. (2004). Resisting Cookbook Medicine, *British Medical Journal*, 329, 178.
- Giddens, A. (2014). *Kapitalizm ve Modern Sosyal Teori: Marx, Durkheim ve Marx Weber'in Çalışmalarının Bir Analizi*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- 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.
- Göze, A. (2000). *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*. İstanbul: Beta Basım.
- Günay, D. (2017). Teknoloji Nedir? Felsefi Bir Yaklaşım, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 7(1), 163-166.
- Gürbüz, S., Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz*. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Harrison, S (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process, *Journal of Social Policy*, 31(3), 465-485.
- Harvey, D. (2015). *On Yedi Çelişki ve Kapitalizmin Sonu*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Haslam, N., Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization, *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423.
- 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). Profesyoneleşmeme: Gelecek İçin Alternatif Bir Hipotez., Z. Cirhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 129-150.
- Heidegger, M. (2015). *Teknik ve Dönüş & Özdeşlik ve Ayrım*. Ankara: Pharmakon.
- Himmelstein, D. A., Woolhandler, S. (1988). The Corporate Compromise: A Marxist View of Health Maintenance Organizations and 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.
- Hopkins, A., Solomon, J., and Abelson, J. (1996). Shifting Boundaries in Professional Care, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 364-371.
- Kapp, M. B. (1990). 'Cookbook' Medicine A Legal Perspective, *Archives of Internal Medicine*, 50(3), 496-500.
- Keefe, J. H. (1991). Numerically Controlled Machine Tools and Worker Skills, *ILR Review*, 44(3), 503-519.
- Knaapen, L. (2014). Evidence-Based Medicine or Cookbook Medicine? Addressing Concerns over the Standardization of Care, *Sociology Compass*, 8(6), 823-836.
- 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.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: Notions of Evidence in Medicine, *Social Science & Medicine*, 62, 2633-2645.
- Landes, D. S. (1969). *The Unbound Prometheus: Technological Change and Industrial Development in Western Europe from 1750 to the Present*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lauder, H. (2011). Education, Economic Globalisation and National Qualifications Frameworks, *Journal of Education and Work*, 24(3-4), 213-221.
- Light, D., Levine, S. (1996). Tıp Mesleğinin Değişen Yanı: Kuramsal Bir İnceleme., Z. Cirhinlioğlu. (Editör). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara. Gündoğan Yayınları, s. 169-196.
- Littler, 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.
- Löwy, M. (2018). *Demir Kafes: Max Weber ve Weberci Marksizm*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Lu, J. (2016). Will Medical Technology Deskill Doctors?, *International Education Studies*, 9(7), 130-134.

- 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.
- 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.
- Marx, K., Engels, F. (2014). *Komünist Manifesto*. İstanbul: Can Sanat Yayınları.
- Marx, K. (2013). *1844 El Yazmaları*. İstanbul: Birikim Yayınları.
- Marx, K. (2020). *Kapital I. Cilt*. İstanbul: Yordam Kitap.
- McKinlay, J. B., Arches, J. (1985). Towards the Proletarianization of Physicians, *International Journal of Health Services*, 15(2), 161-195.
- 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.
- McManus, I. C., Vincent, C. A., Thom, S., and Kidd, J. (1993). Teaching Communication Skills to Clinical Students, *British Medical Journal*, 306, 1322-1327.
- Meda, D. (2012). *Emek: Kaybolma Yolunda Bir Değer mi?*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Narin, Ö. (2008). Kapitalizm ve Bilimin Üretimi, *Bilimsel Emek Sürecindeki Dönüşüm*, *İktisat Dergisi*, 494-495, 25-39.
- Neuman, W. L. (2014). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar II*. Ankara: Yayınodası.
- 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.
- Omay, U. (2017). *Post Homo Servus*. İstanbul: Beta.
- Öngen, T. (2009). Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) Çözümlemelerinde Bir Uğrak Olarak Meslek ve Hekimlik, *Toplum ve Hekim*, 24(2), 83-90.
- 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.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice / Fourth Edition*. New York: SAGE Publications.
- Phillips, D. (1996). Medical Professional Dominance and Client Dissatisfaction, *Social Science & Medicine*, 42(10), 1419-1425.

- 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.
- Rastegar, D. A. (2004). Health Care Becomes an Industry, *Annals of Family Medicine*, 2(1), 79- 83.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Soyer, A. (1998). Hekimlerin Toplumsal ve Sınıfsal Konumu Tartışmalarına Zoraki Bir Giriş, *Toplum ve Hekim*, 13(4), 262-277.
- Spencer, K. I. (1979). Temporal Changes in Work Content, *American Sociological Review*, 44(6), 968-975.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Stoeckle, J. D. (1988). Reflections on Modern Doctoring, *The Milbank Quarterly*, 66(2), 76-91.
- Strangleman, T., Warren, T. (2015). *Çalışma ve Toplum: Sosyolojik Yaklaşımlar, Temalar ve Yöntemler*. Ankara: Nobel.
- Sweezy, P. M. (2007). *Kapitalist Gelişme Teorisi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.
- Şahinoğlu Pelin, S. (2000). Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu, *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 117-125.
- Taylor, F. W. (2014). *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*. Ankara: Adres Yayınları.
- Thompson, P. (1983). *The Nature of Work: an Introduction to Debates on the Labour Process*. London: The Macmillan Press.
- Timmermans, S., Mauck, A. (2005). The Promises and Pitfalls of Evidence-Based Medicine, *Health Affairs*, 24(1), 18-28.

- Üçkuyu, Y. (2012). Hekimlerin Sınıfsal Konumu Hekim Emegine Nasıl Bakmalı?, A. Soyer. (Editör). Sağlıkın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları. İstanbul, Sorun Yayınları, s. 154-176.
- Vallas, S. P. (1990). The Concept of Skill: A Critical Review, *Work and Occupations*, 17(4), 379-398.
- Verghese, A. (2008). Culture Shock—Patient as Icon, Icon as Patient, *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2748-2751.
- 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.
- Wallerstein, I. (2012). Tarihsel Kapitalizm ve Kapitalist Uygarlık. İstanbul: Metis Yayıncılık.
- 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.
- Wolinsky, F. D. (1988). The Professional Dominance Perspective, Revisited, *The Milbank Quarterly*, 66(2), 33-47.
- 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, U. (2012). Tıp Neydi, Ne Oldu?, İ. Arslanoğlu. (Editör). Tıp Bu Değil. İstanbul, İthaki, s. 232-253.
- Yücesan-Özdemir, G. (2009). Emek ve Teknoloji: Türkiye’de Sendikalar ve Yeni İletişim Teknolojileri. Ankara: Tan Kitabevi Yayınları.
- Yücesan-Özdemir, G. (2014). “Hırsız Zamanlar, İstilacı Mekanlar”: 21. Yüzyılda Yeni İletişim Teknolojileri, İş ve İstihdam, VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu, 157-167.
- Zubritski. Mitropolski. Kerov. (1981). İlkel, Köleci ve Feodal Toplum. Ankara: Onur Yayınları.

Extended Summary

Labor process theory is a common category in human history. The theory explains production with its basic elements. The basic elements of the labor process; labor itself is the object of labor and the means of production of labor. The most important of these elements is the means of production. Developments in the means of production cause transformations in the labor process as a whole. For this reason, technology that allows the development of means of production emerges as an extremely important concept.

Labor process theory has the ability to explain not only the production of goods but also the process of producing services. In this context, it is possible to adapt the labor process theory to the health service production process and physicians. In the labor process of physicians, labor itself is a physician's work based on medical knowledge; The object of labor is man, a living organism, and the means of production of labor are medical technologies. Technological developments provided with the Industrial Revolution caused advances in medical knowledge and medical technologies, transforming the labor process of physicians from top to bottom.

The transformation experienced in the labor process of physicians is largely similar to the capitalism-based transformation seen throughout the labor process. Along with the industrialization process, new management approaches have been adopted in the capitalist labor process. The most important of these is the scientific management approach called Taylorism, which builds the Fordist production model. With the influence of Taylorism, bureaucratization, division of labor, specialization and standardization practices have been on the rise in the capitalist labor process. Braverman, who is one of the labor process theorists after the relevant practices became dominant, brought the tendency of deskilling observed in the capitalist labor process to the agenda of the literature. Skill is a concept consisting of in-depth knowledge that solves the basic complexity of the job and autonomy in the execution of the job. The concept of deskilling refers to the erosion of these basic elements.

In the Fordism-based analysis made by Braverman, it is argued that as a result of the separation of design and implementation processes, workers come to work in an extremely narrow area, with an extremely narrow level of knowledge and skill. On the other hand, he states that due to the division of labor, workers are not active in the entire labor process and therefore their autonomy is reduced. As a result of these developments, he argues that erosion occurs in the knowledge and autonomy elements of the skill and a tendency of deskilling. In the literature, it is argued that Braverman's thesis of unqualified applies not only to blue collar workers but also to professional practitioners. There is a tendency of deskilling not only in the Fordist production model but also in the Post-Fordist period.

In this study, it was tried to determine the technology-based transformations experienced in the labor process of physicians and the changes observed in the clinical skills levels of physicians. In this context, the theoretical background of the research is based on the labor process theory and Braverman's thesis on deskilling.

Within the scope of the research, first of all, an in-depth literature review was made. Theoretical and empirical findings obtained as a result of the literature review indicate that the clinical skills of physicians are eroded. The general findings of the literature are as follows: physicians have an increasing dependence on technology, they use traditional diagnostic methods and clinical skills less due to technology, and therefore their clinical skills are eroded, they focus on the disease rather than the patient due to medical specialization, and they move away from holistic medical knowledge, they have recipe knowledge rather than factual knowledge and hence the understanding of cookbook medicine is on the rise, due to the specialization in medicine, the production process of physicians has been fragmented and their autonomy in the conduct of the work has been eroded, the distance between physicians and patients has increased, and medicine has a tendency to dehumanize due to this kind of alienation. physicians have an increasing dependence on non-physician staff and management and finally the professional identities of physicians are shaken and they tend to become unprofessional.

All these mentioned literature findings point to the tendency of deskilling of physicians. The aforementioned developments, especially the bureaucratic understanding of medicine and specialization in medicine, erode both the clinical skills and professional identities of physicians. Specialist physicians from 16 different specialties and general practitioners were interviewed. The qualitative data obtained from the interviews were analyzed with the descriptive analysis approach. The field research findings are classified in a way that shows parallelism with the empirical and theoretical findings of other studies in the literature.

The results obtained from the in-depth interviews support the literature findings. It has been determined that physicians have a tendency of deskilling. The findings were discussed in two upper categories: physicians moving away from traditional physician practices and moving away from traditional physician profile.

The findings regarding the physicians moving away from traditional physician practices are as follows: physicians have an increasing dependence on technology, therefore they use traditional diagnostic methods and traditional clinical skills less, and their clinical qualifications are eroded due to less use of anamnesis and physical examination methods. On the other hand, it has been determined that physicians adopt a defensive medicine understanding due to malpractice cases, engage in defensive medical practices, and as a result, use technology

increasingly in order to leave evidence to the system. When these developments are considered as a whole, it means that physicians have moved away from traditional physician practices and their traditional clinical skills have been eroded.

The findings regarding the physicians moving away from traditional physician profile are as follows: physicians are moving away from a holistic medicine understanding due to excessive specialization in medicine, they lose their ability to be craftsmen, the quality of their medical education decreases, due to the emergence of physicians who use clinical protocols and have prescription knowledge instead of physicians who perform diagnostic judgments and have factual knowledge, the control power of physicians in the execution of the work is eroded, their professional identities are questioned, and the distance between physician and patient is widened after the transformation of the physician-patient relationship.

Findings from the field research show that physicians are in tendency of deskilling. It is extremely important to say that the unqualified physicians are caused by the system rather than by themselves. Physicians are pushed to excessive use of technology due to patient density, marketization of health and Fordism-based understanding built in the labor process of physicians. However, there is an important point here again: the deskilling of physicians due to technology does not arise from the technology itself, but from the design and application principles of technology. In the capitalist labor process, technology is under the control of capital and technology is used for high efficiency and low cost. Advances in medical technologies lead to groundbreaking advances in the diagnosis and treatment of diseases, but have a deskilling effect for physicians.

Physicians tended to deskilling by experiencing losses in the context of knowledge and autonomy, which are the basic elements of qualification, as a result of specialization in medicine, bureaucratic structures in the field of health, the changing quality of knowledge, the rise of the understanding of cookbook medicine and the fragmentation of the production process.