
HASTANE ÇALIŞANLARI: SINIF ÇELİŞKİLERİ GELİŞİYOR

Çeviri: Dr. Aytül YÜCEL

Ehrenreich, Barbara and Ehrenreich, John H.: Hospital Workers: Class Conflicts in the Making. International Journal of Health Services, vol. 5, No. 1, 1975, 43-50

Bir çok özellikleri açısından hastane sanayisi, diğer Amerikan sanayisinden farklıdır. Örneğin, hastane sanayisinin üretimi bir meta değildir. Oysa toplumumuzun görüşüne göre hizmet biyolojik olarak önemlidir. Sanayi esas olarak kâr üzerine kurulmaz. Hastane işgücü birçok yönden bir tüm olarak endüstriyel işgücünden farklıdır. Görelili olarak yüksek iş gücü, geniş ve giderek büyüyen, genellikle yasal olarak belirlenmiş iş kategorilerine ayrılmıştır. Hastane iş gücü içinde yönetsel ve üretici iş arasındaki farklılık diğer endüstri kollarındakinden daha az belirgindir. Bunlar ve buna benzer farklılıklar hastahane işgücünün sınıf analizini güçleştirmiştir. Biz bu makalede hastahane işgücü içindeki sınıf çelişkilerinin kökenini saptamaya çalıştık. Analizlerimiz geniş ölçüde, son 5 yıl süresince hastane işçileriyle yapılan resmi görüşme ve gayriresmi tartışmalara dayanmaktadır.

Hastahaneler ABD'de hızla gelişen ve değişen endüstrilerden birini oluşturmaktadır; birkaç on yıl önce bunlar bir sanayi olarak tanımlanacak durumda değildi. Hastane işçileri açısından en büyük değişiklikler nicelikte (kısa dönem çalışanları her hastane başına ortalama 1950'de 132 iken, 1972'de 352'ye çıkmıştır) ve araç gerecin karmaşıklığı ile miktarındaki artışta olmuştur. (Her hastane başına maaş 1950'de ortalama 854.000 dolardan 1972'de 5.750.000 dolara çıkmıştır). Aynı süre içinde nonfederal hastanedeki toplum kısa dönem çalışanları üç kat artmıştır. (1950'de 662.000 iken 1972'de 2.056.000 olmuştur. Bu sayılar bile, kentsel merkezlerde oluşan değişikliğin niteliksel değerlerinin altındadır. Çünkü bu sayılar görelili olarak küçük ve teknolojik olarak geri birçok kırsal hastaneyi de kapsamaktadır. Sağlık hizmeti örgütlenmesindeki ilerlemeler önce ve daha yoğun olarak büyük kentlerde oluşur. Binlerce yatak kapsayan, binlerce çalışanı olan ve kontrolü yüzlerce milyonla işleyen büyük tıp merkezleri, eski çevre hastanelerinin yerine geçmiştir. Başka bir deyimle, bu merkezler çevre hastanelerini yutmuştur.

Kentsel hastahane endüstrisinin giderek daha büyüyen birimlerde yoğunlaşması, hastahanelerin işlevlerinde temel değişikliklerle birlikte olmaktadır. Çoğu Amerikan hastaneleri yasal olarak kâr amaçlı değildir.

Ancak hükümet kaynaklı ve özel desteklerle çoğu, kâr amaçlı kuruluşlarla rekabet edecek biçimde sermaye birikimi yapmayı amaçlamaktadırlar. Haklı olarak tüketici gruplar birçok büyük kentsel tıp merkezinin halk sağlığıyla görevli olduğunu düşünmemektedir. Bu merkezlerin öncelikleri araştırma, akademik prestij, kuruluşu büyütme plânları ve yüksek yönetim ücretleri olmakta; hasta bakımı ancak bir yan ürün olarak ortaya çıkmaktadır.

İkinci dünya savaşı öncesinde ve günümüzdeki hastane hamlesinden önce, hastane işgücü; doktorlardan, eğitilmiş hemşirelerden ve çok sayıda nonkalifiye işlerden oluşuyordu. Bu iş gücünün hiçbir bölümü sanayi işçileri ile aynı paralellikte değildi. Doktorlar ve hemşireler genellikle öğrenci ya da serbest çalışanlardı. Ve hastane ile sürekli bağlantıları yoktu. Diğerleri sakat, cahil, yaşlı ve ekonomik olarak sınırdaki kişilerdi. Bunlara ancak kişisel geçimlerini sağlayabilecek kadar para ödeniyordu. Hastane çalışanları arasında yılda % 70-80'e varan değişim hızı ile hastanede sabit işgücüne sahip hiçbir Amerikan işçi grubu yoktu.

Son 20 yıl içinde hastane sanayisindeki büyük gelişme; gittikçe sabitleşen yüksek derecede ayrışma uğramış (işbölümüne uğramış) ve diğer birçok yönleriyle sanayi işgücü ile benzerlik gösteren bir hastane işgücü yapısına yol açtı. Yarı kalifiye ve nonkalifiye hastane işçileri artık geçici olarak veya hayır olsun diye çalıştırılmıyorlar. Bunlar artık uzun dönem hastane işçileridir ve bir günlük çalışmalarını karşılığında bir günlük ücretlerini beklerler. Alacaklarından emin olmak için de sendikalara yöneliyorlar. Kalifiye hastane işçileri örneğin, teknisyenlerin ve hemşirelerin hemen hemen tümü de artık tam süre ücretli çalışanlardır. Onlar da ya sendikalara katılıyorlar ya da kendi mesleki örgütlerini sendika gibi hareket etmeye zorluyorlar.

Kalifiye ve nonkalifiye hastane işçileri; bir sanayi kuruluşundakine giderek daha da benzeyen çalışma şartları ile karşı karşıyadır. Çok ayrıntılı bir iş bölümü vardır. Bir New York hastanesi 42 hizmetli kategorisi (hemşire yardımcısı, taşıyıcı, aşçı); 35 tip büro elemanı (sekreter, tıbbi kütüphane memurları); ve 38 teknik ve meslekî personel çeşidi (diplomalı hemşire, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, fizikoterapistler) olduğunu belirtmektedir. Hatta bu bölümlerin altında da klinik laboratuvar teknisyeni başlığı altında toplanan hematoloji, sitoloji, ürünler analiz üzerine uzmanlaşmış teknisyenleri içeren alt gruplar vardır. Birçok endüstri iş kolunda olduğu gibi has-

tanedeki işçiler de giderek daha az olarak üretim sürecine katılıyorlar, bu durum sanayide işe yabancılaşma sendromudur.

Fakat hastane işçilerinin bu görünüşteki sanayileşmesine karşı hastane işçisi, ürünü sağlık hizmeti olan bir sağlık işçisi değildir. Hastane çalışması da sanayi çalışmasından farklıdır. Hastane işçilerinin karşı karşıya olduğu çelişkiler imalât sanayi kolları ve hatta hizmet veren sanayi kollarıyla bile sınırlı benzerlik gösterirler. İlk ve en açık olanı, hastane çalışmalarının ana ürününün değeri kendiliğinden açık olan, rastlantıya bağlı olmayan bir hizmet olduğu gerçeğidir. Bağımsız çalışma ve uzmanlaşma bile bu gerçeği ortadan kaldıramaz. İşler ne kadar bölünmüş ve basit olursa olsun, çalışma şartları ne kadar kötü olursa olsun, her beceri düzeyindeki hastane işçisi hizmete bir derece bağlılık gösterir, ve daha iyisini yapmaya çalışır, ki bu da bir sanayi personel yöneticisinin rüyalarının ötesinde bir şeydir. Bir teknisyen bize şöyle demişti: «Ben şahsen hastahanedeki çalışmayı seviyorum. Çünkü halk için çalışıyorsunuz... Ben hiçbir gerçek amacım olmadan günde 8 saat çalışamazdım.» Bir hemşire yardımcısı da şöyle dedi: «Bir iş yalnızca eve para getirmek değildir. Ben ne zaman kendine yardım edemeyen bir insana yardım edersem benim için en büyük armağan bu olur.» Büroda çalışan bir bayan gereksiz işlere için dayandığını şöyle açıklıyordu: «Ama gene de hasta insanlar var. Elimizden gelen en iyi şeyi yapmalıyız». (Gerçekten de yönetimler, grevleri ve sendikalaşmayı önlemek için çalışanların hizmet anlayışını çok başarılı şekilde sömürmektedir.)

Fakat hastane işçilerinin hizmet ahlâkı bir kurum olarak hastaneye karşılıksız bir bağlılığı garanti edemez. Modern hastane ne ölçüde bir hayır kurumu olmaktan çıkar, yönetim yapısı ve öncelikleri açısından bir endüstri kuruluşundan farkını azaltırsa, hizmet ahlâkı da potansiyel olarak yıkıcı olacaktır. Bir hemşire, «hastalara karşı en ufak bir sorumluluk duyuyorsanız daha fazla dayanamazsınız», diyor. Bir diğeri ise, «burayı bir dev bürokrasi olarak görmek zorundasınız. Ben bunun en altındayım. Belki hastalar da öyle. Ve bireysel olarak yapabilecek pek fazla birşey yok», demişti. Neê York Bellevue Hastanesinde yerel sendika görevlisi bir hemşire yardımcısı şöyle özetlemişti. «Bazılarımız kendisini hasta bakımından çok yöneticilerin rahatını sağlamakla görevli gibi hissediyorlar... Yanısıra yönetim hasta bakımını istediğini söylüyor. Fakat bunu engelliyor».

Hastane çalışmalarındaki ikinci ana özellik, çalışmanın örgütlenmesinde yatar. Teknolojik ve tarihsel nedenlerle hastane çalışması, değişik statüdeki çalışanlar arasındaki yüksek derecede bir işlevsel bağımlılığa dayanır. Çalışanların statüsündeki farklılıklar hem hastane içi, hem de hastane dışında toplumsal olarak geçerlidir. Örneğin,

bir cerrahi operasyon cerrahı hizmetliye kadar uzanan çeşitli düzeylerde üyelerden oluşan bir ekibin ortak çalışmasını gerektirir. Cerrah kolej sonrası 8 veya daha fazla yıl eğitim görmüştür, yılda 100.000 dolardan daha fazla kazanabilir ve hastane ana idare kurulu, tıbbi kurul, hatta yönetim kurulunda bile görev alabilir. Hizmetlinin ise hiç yüksek eğitimi yoktur. Yılda 7.000 dolardan daha az kazanır ve en basit bir öneriyi götürme yetkisi bile yoktur. Fakat operasyon sırasında her ikisi de önemli unsurlardır. Burada hizmetli de çok basit ölüme götürecek bir yanlış yapabilir. Bu nedenle çalışanın üretim süreci içindeki önemi ile kurumun ona verdiği önemsizlik arasında sürekli bir çelişki vardır. Başka bir deyişle hekimlerin hastane içindeki gerçek işlevsel önemi ve abartılmış statüleri arasında büyük çelişki vardır. (Burada eğitimdeki hekimler, internler, uzmanlık yapan hekimlerden söz etmiyoruz. Onların durumu çok daha farklıdır.) Hastanedeki iş bölümü arttıkça ve hekim kendi tarihsel görevlerini hemşirelik ve teknik personele kaydırdıkça giderek hastane işçilerinin kendisine bağımlılığı kadar, o da onlara bağımlı olacaktır. Neê York kenti belediye hastanesinde çalışan bir hemşire, «hekimsiz bir hastane düşünün, herşey yine eskisi gibi yürüyecektir. Oysa hemşiresiz bir hastane düşünün, herşey karışacaktır. Tüm hastalar ihmalden ölecektir» diyordu. Aynı biçimde, teknisyenler de, onlarsız, hekimin tek bir vaka ya bile tanı koyamayacağı görüşünde idiler.

Endüstride hekimin konumunun başka örneği yoktur. Bir yandan hastane içinde «şirket»in en üst yürütücüsüdür. Diğer yandan hemşire, hizmetli, teknisyenlerle iç-içe ve sürekli olarak onların desteğine gereksinime duyan, yüksek beceri gerektiren üretim yapan basit bir işçidir. Onlar hekimin yaptığı yanlışlıkların ilk ve tek tanığıdır. (Önemsiz ameliyat sonu hataları, yanlış dozda verilen ilaç reçeteleri, yanlış tanımlar v.s. yanısıra onun ahlâki ölçülerinin en acımasız yargıçlarıdır. Yoksul ve zenci hasta!lara ayırım yapıyor mu? Yayınlayabileceği hastalara tedavi edebileceği hastalardan daha fazla özen gösteriyor mu? Hekim hastane yönetiminin bölünmez bir parçası olmaya başladıktan sonra onun çok küçük de olsa bireysel kusurları bile kurumun otoriter yapısına bir güvensizliği doğurur.

Hekim yönetici ile yardımcıları arasındaki fark yalnızca hastane içindeki bir rütbe farkı değildir. Aynı zamanda mutlak bir toplumsal statü farkıdır. Gerçekten de hastanede kesin ve askersel bir sistemle rütbe tanımlanması çok gerekli değildir. Herkes bilir ki bir büyük kent hastanesinde hekim, hemşire, teknisyenler beyazlardan olacaktır. Zenciler ise hizmetli, kapıcı v.s. olacaktır. Hekimlerin % 98'i beyaz, % 93'ü erkektir. Aralıklı olarak üst, üst-orta sınıftan gelmektedir. Hemşire ve teknisyenler ise genellikle alt-orta sınıftan gelen beyazlar-

dır. Diplomalı hemşirelerin % 98'i, uygulayıcı hemşirelerin % 96'sı, teknisyenlerin % 70'i kadındır. Hizmetliler, ahçılar, temizlikçiler alt sınıfın kadın ve erkekleridir. Kuzeydeki büyük kentlerde ise genellikle zenciler veya Porto Riko'lulardır. (New York belediye hastahanesinde % 80-90 zencidir.)

Bu sınıf ırk ve cins tabakalanması taraflı olarak işe alınma uygulamalarından çok, hastanedeki herkesin işe girdiği düzeyde kalması gerçeğine dayanır. Diğer endüstrilerle karşılaştırırsak bazı işçi grupları arasında işlevsel değişebilirlik olmasına karşın, genelde hastane sanayisi iş değişiminden hemen tamamiyle yoksundur. Örneğin, uygulayıcı hemşireler genellikle diplomalı hemşirelerle aynı beceriye sahiptir. Ve sıklıkla teorik ve yasal olarak diplomalı hemşirelere verilmiş sorumluluklar onlara da verilmektedir (kuşkusuz hiçbir ek ödenek yapılmadan) fakat uygulayıcı hemşirenin bir ünvan, bir statü ve diplomalı hemşirenin ücretini alabilmesinin tek yolu en azından iki yıl tam süre okul görmesidir. Bu yüzden uygulayıcı hemşire kendi altındaki yardımcı hemşire ve kendi üstündeki diplomalı hemşire gibi olduğu yerde kalma eğilimindedir.

Sonuç, çelişkiyi ilerletmek için plânlanmış gibi görünen meslekî hiyerarşidir. Seçkin zümre -teknik ve idari (hekimler, yöneticiler v.s.)- ile işgücünün büyük bir kesimi arasında kurumsal olarak ve mutlak toplumsal statü olarak kapatılmaz bir boşluk vardır. Üretim sürecinin günlük çalışma içerisinde bir araya getirdiği bu iki grup arasındaki hiyerarşinin yapısal eşitsizliği kaçınılmazdır. Sonuç olarak iki grup arasında iş amaçlarının yönü açısından giderek büyüyen sürekli bir çelişki vardır: İnsanlara hizmete karşılık hastane yöneticilerinin kurumsal öncelikleri.

Hem maddi olarak, hem de kurum içindeki saygı ve statü yönünden anlamlı bir işe sahip olabilmek ve bu işi yapma hakkının kendilerine tanınması, bunlar; hastane işçilerinin gerçek ve bilinçli gereksinimleridir. Bu gereksinimlerin ortak bir görüş olarak ortaya çıkmasını engelleyen nedir? Bizim tanımlamış olduğumuz çelişkilere karşın hastane hiyerarşisiyi ayakta tutan nedir? Burada hastane işçilerinin değişik kesimlerini etkileyen iki temel tutucu güç vardır. Yarı kalifiye ve nonkalifiye işçiler için, onları yaptıkları işin içeriğinden bir çeşit pasif olarak yabancılaştırmaya yol açacak güçler vardır. Kalifiye işçiler için profesyonellik ideolojisi vardır. İkinci; hizmet ahlâkını yatsır, hastane içindeki sınıf ayırımını kabullenir. İkincisi sınıf ayırımını yadsır ve hizmet ahlâkını kurumsal bağlılığa dayalı bir meslekî ahlâka dönüştürür. Kuşkusuz aşağı düzeydeki işçilerin çoğu kentlerde başka yarı kalifiye iş bulamadıklarından hastane işine girerler. Fakat büyük çoğunluk hastane işi için özel anlam ve değer vererek işe baş-

larlar. («En iyi hastanelerde» bile) kendini işine adanmış işçilerin ayağını kaydıracak çabalar vardır (yetersiz personel alımı, yetersiz araç-gereçler, engelleyici kırtasiyecilik, önceliklerin hasta bakımı dışındaki işlemlere verilmesi gibi). Alt düzeydeki işçiler yetiştirilme ve mesleğe yönelme sırasında bunları çok ciddiye almama konusunda uyarılırlar. Uygulayıcı hemşire için hazırlanan bir ders kitabında «herşeyin en mükemmelini başarmaya çalışmayın çünkü beğenildiği ölçüde başarısızlığı davet eder ve sıklıkla uygulanabilir olmaz,» şeklinde bir uyarı vardır. Değişik kesimlerden gelen öneriler ve yenilikler özendirilmez ve genellikle «güçlük çıkarma» olarak değerlendirilir. Bir uygulayıcı hemşire, «personel hiçbir soru soramaz. Çünkü danışman tarafından asilik olarak kaydedilir,» bir hizmetli ise «hasta bakımındaki bir problem için danışmana gitseniz; o, hiçbir şey yapmaz. Siz de hizmet vermekten vaz geçersiniz,» diyordu. Kısacası, sürekli olarak şu nakaratı dinledik: «Bir süre sonra sen de tamamen boş verirsin, sanayileşmiş işçi için hastane işinin de yalnızca bir iş olduğuna sen de alışsın.»

Hastane sendikalaşmasındaki son dalga alt düzeydeki hastane işçilerinin psikolojik endüstrileşmelerini güçlendirmiştir. Diğer endüstrilerdeki sendikalar gibi hastane işçilerinin sendikaları da ürünün niteliğine ya da işin örgütlenmesine itiraz etmiyorlardı. Onların hizmetin niteliği ile olan ilgileri, geniş ölçüde gösterişe dayanıyordu. Meslekî hiyerarşiyi düzeltme çabaları da minimaldi. New York bölgesinin başkanı (New York, New Jersey, Connecticut'taki 62.000 hastane işçisini temsil eder) Lein Davis; sendika dergisinde, hastane kontrolü ve yapısını değiştirme için yapılan çabalara sendikayı da katma girişimlerine yanıt olarak şunları yazmıştır: «Bizim tek ve ilk sorumluluğumuz ücretler, yan ödeme, iş güvenliği, şikâyet mekanizmasının düzeltilmesi, onurlu bir iş gibi konularda bir dereceye kadar güç kazanmaktır. Sendikayı hastanelerin iç örgütlenmesine ve önceliklerine karıştırmak bu sendikayı parçalayacak derecede bölücü olacaktır.» Gerçekten de sendikaların işçilere mesajı şudur: «Sizin sahip olduğunuz anlamsız işlerinize birşey yapamayız. Ancak ücretinizin artmasını sağlayabiliriz.» Aslında hastaneler işçilerin ücret artışlarını tüketicilerden çıkarır. Ya daha fazla ücret alır ya da hizmetin niteliğini düşürür. Hastane hiyerarşisi ve hizmet dışı öncelikleri ile uğraşmadan yalnızca ekonomik isteklerde yoğunlaşarak sendikalar, işçilerin gereksinimleri ile tüketici gereksinimlerini çelişkiye düşürür. Sonuç yabancılışıdır.

Profesyonellik hastane endüstrisinde özel önemi olan bir faktördür. Ve çok dikkatli bir inceleme gerektirir. Tüm yönetim dışı hastane işçilerinin % 40'ı kendilerini profesyonel olarak gören iş kategori-

lerindedirler. Hastane işgücünün görelî olarak yüksek beceri gerektirdiği kuşku götürmez. Ancak tuhaf olan, hastane içindeki teknik eğitim almış her grubun kendisini profesyonei sanmasıdır. Örneğin, bir ilaç şirketi için çalışan bir teknisyen kendisini profesyonel görmeyecektir. Oysa aynı kişi bir hastanede çalışırsa kendini öyle sayacaktır. Bu yalnızca kendini yüceltme sorunu değildir. Röntgen teknisyenleri, anestezi teknisyenleri, fizik tedavîciler ve diğere iş kategorilerinin çoğunluğu kendi ahlâkı kuralları, yayınları, sözleşmeleri olan meslekî kuruluşlarıyla öğrenirler.

Açıktır ki, bu yoğunlaşmış profesyonelliğe anlam verebilmek için önce «meslek» kavramıyla ne anlaşıldığının açığa kavuşturulması gerekir. Sözcük uzunca, uzmanlaşmış, yüksek beceri standartları, kişisel işlerin üstüne çıkan ahlâk ve başka değerli özellikler akla getirir. Hekimler ve avukatlar akla gelir. Bu imajların önemi onların doğru olduğundan değil fakat toplumumuzun profesyonel işçiler için uygun gördüğü özel statüyü yansıtmasındandır. Onlar genellikle daha fazla kazanırlar ve hemen her zaman diğere işçilerden daha fazla saygı değere olarak görülürler. Fakat «meslekî» denebilecek işleri profesyonel biçimde yapmak bir işçiyi profesyonel yapmak için yeterli değildir. Örneğin, uygulayıcı hemşire ve diplomalı hemşire aynı teknik-ahlâki standartlar düzeyinde tamamıyla aynı görevi yapabilirler; ancak, yalnızca diplomalı hemşire gerçek profesyoneldir. Yasal olarak meslekî sayılan bir grubun diplomalı üyesidir.

Profesyonel sözcüğünün iki dizi anlamı vardır: Biri yaygın olarak düşünülen, diğere yasal gerçeğe dayalı olandır. İkinci anlamda bir meslek, belirli işlevleri bir dereceye kadar bağımsız yürütme tekelî verilmiş örgütlü bir iş grubudur. Örneğin, ilaç reçetesi vermek, cerrahi girişimler, insanları işlevlere uygun veya değil diye sınıflandırma gibi konular tıp mesleğinin tekelindedir. Üyelerini yönlendirmek konusunda ve yeni üyelerin kabulü konusunda standartlar geliştirmek için hemen hemen tam bağımsızlığı vardır.

Bir zamanlar biz bir mesleğin yasal bir olgu olduğunu söylemiştik, ayrıca toplumsal ve siyasal bir olgu olduğunu söylemiştik. Bir grup kitleden güven oyu alarak meslek olmaz, mahkemelerin ve yasa organının tanınması ile olur. Sosyoloğ Eliot Friedson'un sözcükleri ile: «Bir meslek konusunu, bu işte özel bir değere olduğu konusunda inandırılmış, toplumun seçkin bir bölümünün koruması ve yardımlarıyla kazanır ve sürdürür. Böylece mesleğin konumu, bu seçkinlerin siyasal ve ekonomik etkileriyle belirlenir. Bu etki rekabet eden meslekleri, işin bazı alanlarının dışına çıkarır; diğereğini seçilen işe olanaklar sağlayarak engeller; bazılarını da mesleğe yardımcı olarak belirler.»

Amerikan tıp mesleği, bununla ilgili en açık örneklerden birisini oluşturmaktadır. XIX. yüzyılın ortalarında Amerikan tıp mesleği diye birşey yoktu; yalnızca rekabet eden meslekler kargaşası vardı. Bir grup hekimin modern tıp mesleği olarak ortaya çıkışı teknik üstünlükten çok (o zamanlar pek teknik üstünlükleri yoktur), üst sınıfların bilinçli girişimleriyle gerçekleşti (özellikle, Carnegie ve Rockefeller kuruluşları). Bugün kuşkusuz tıp mesleği üst sınıfların açık girişimi olmaksızın kendi istemlerini ve haklarını savunma konusunda siyasal güce sahiptir.

Diğer sağlık mesleklerine gelince, bunların statüsü tıp mesleğinden daha aşağıdadır. Gerçektende sağlık mesleklerinde kesin bir hiyerarşi vardır. Tepede tıp mesleği vardır, tam olarak bağımsız ve yetkileri doğrudan doğruya üst sınıftan kaynaklanmış tek meslektir. Tüm diğer sağlık meslekleri değişik derecelerde tıp mesleği tarafından yönetilir. Bu mesleklerin ideolojileri düşük statülerini yansıtır ve meslekte çalışan kişide «yerini bilme duygusu» yaratır.

Hemşirelik mesleğini ele alalım, diplomalı hemşireler hastane hiyerarşisinde ara konumdadırlar. Hekimlere yardım ederler, uygulayıcı hemşireler, hemşire yardımcılarının ve hastanelere göre değişen bazı diğer yanı becerili işçilerin yönetiminden sorumludurlar. İdeolojik olarak, hemşirelik mesleğiyle yönetim ve bağımlılık ilişkilerini birleştirir. Bir bakıma bu karışık statü hemşirelere doğal gelmektedir. Diplomalı hemşireler genellikle alt ve orta tabakadan gelen kadınlardır. Kadın olarak erkek hekimlerin altında olduklarına koşullandırılmışlardır. Hemşirelik eğitiminin masrafını karşılayabilmiş olduklarından yeterince yüksek ekonomik sınıftan olduklarından yardımcıları ve uygulayıcı hemşirelere göre kendilerini yüksek hissederler.

Bu model 19. yüzyılın sonunda hemşirelik mesleğinin başlangıcına dayanır. Bildiğimiz gibi hemşirelik, büyük ölçüde Florence Nightingale'in entellektüel liderliği altında küçük bir grup üst sınır reformisti tarafından yaratılmıştır. Nightingale hemşiresi yeteneklerinden çok kişiliği ile tanınılırdı. Ve Nightingale hemşiresi yeteneklerinden manının üst sınıf hanımefendisine göre biçimlendirilirdi. Doktora eşe yaraşır mutlak bir baş eğme, hastalara kendini düşünmeden bir anne şevkati, alt düzeydeki hastane çalışanlarına hizmetçilere alışık bir aile yöneticisinin sert fakat nazik disiplini getirdi. Hemşire, doktorun yetenekleri ve yetkilerine sahip olmak istemezdi. Doktorun profesyonelliği bilimsel düşünce alanından, hemşireninki ise doğuştan gelen kadınca duygusallıktan kaynaklanmaktadır.

Hastanenin ilgilendiği kadariyle hemşirenin tarihsel mesleki görünümünü her zaman olduğu gibi, bugün de hizmete uygun niteliktedir. Hemşirelik hala kadına özgü bir meslektir ve hemşireler hala bir ha-

nimefendi olmaya (Ör: Bir üst sınıf kadın özgü durum ve davranışlarını taklit etmek gibi) ve bundan dolayı yönetecekleri işçilerin üstünde bir sınıf olduklarını hissetmeye yönelik olarak eğitilirler. Ancak bugün, serbest bilimlerde alınan derece, sınıfsal gösterge olarak kişiliğin yerini almaktadır. Eğer hemşirelerin meslek kuruluşlarının dediği gibi olursa, profesyonel hemşirelik dört yıllık yüksek öğrenim düzeyindeki hemşirelik programlarına sınırlı kalacaktır. Şu anda hekimler için korkulacak bir şey yoktur, çünkü hemşirelik eğitimi bilimsel olarak eski hastane eğitiminden daha zengin değildir. Gerçekte bu eğitim, onların alttakilerden daha üst bir sınıf olmalarını sağlayan yüzeysel bir eğitimden ibarettir. Diğer tıp dışı hastane hizmetlilerinin meslekleri, tıp ve hemşireliğe göre, daha dardır ve salt beceriye yöneliktir. Bunlar, tıbbi teknoloji, fizik tedavi ve diğerleri gibi, geçen 30 yıl içinde tıp mesleğinin dışarı attığı sınırlı bir dizi işlevi kapsar. Örgütsel olarak, bu görece yeni «yardımcı» sağlık meslekleri, hemşirelik mesleğinin kuşkulu bağımsızlığından bile yoksundur. Örneğin, «yardımcı» sağlık hizmeti eğitimi veren okulların geçerliliği, Amerika Tabipler Birliği'nin tıp eğitimiyle ilgili konseyi tarafından kontrol edilir. Bu mesleklerde verilen sertifikalar, hem yardımcı meslek kuruluşu tarafından, hem de ilgili oldukları tıp dalı uzman kuruluşları tarafından denetlenir (örneğin, röntgen teknisyenlerinin Amerikan Radyologlar Derneği'nce denetlenmesi gibi).

«Yardımcı» sağlık mesleklerinin yaratılması, büyük eşitsizlikler gösteren gruplar arasındaki uzmanlaşmayı temsil eder. Tıp mesleği, yeni meslekleri kardeş meslekler olarak onaylar. Uygulamada hekimler ve hastaneler, yeni meslek gruplarındaki sertifikalı üyelerin işe alınmasını öncelik tanınmasını ya da en azından, pratikten yetişmiş, sertifikası olmayanlara göre bunlara daha fazla ücret ödenmesini onaylamışlardır. Diğer yandan, yeni sağlık meslekleri üyeleri yerlerini koruyabilmek için, okullarının ve sertifikalarının geçerliliği konusunda tıp mesleğinin söz sahibi olmasını kabullenmişlerdir.

Yardımcı sağlık personelinin ideolojisini bir tıbbi teknoloğun aşağıdaki görüşleri çok güzel açıklamaktadır:

«Bir tıbbi teknolog olarak gururluyum, alçak gönüllüyüm. Tıp mesleğindeki hekim, hemşire ve tıbbi teknolog üçlüsünden biri olmaktan gururluyum. Bağımsızım, ama tıp mesleğindeki arkadaşlarımla iş birliği yapma duygularıyla doluyum. Başkalarının haklarını elde etmek istemem.»

Hemşireler ve yeni yardımcı sağlık mesleklerin üyeleri, kendilerini işçi olarak görmeyen, işlerine yalnızca görev olarak bakmayan işçilerdir. Hemşirelik öğrenci ders kitabının sözleriyle, profesyonel bir hemşirenin ayırtedici özelliği: «... Kişisel doyumunun kaynağının

maddi armağanlardan çok, verdiği hizmetin bilincinde olmasıdır... Hemşireliği yalnızca bir iş olarak değil, yaşam boyu insanlığa hizmet olarak görünür. Yalnızca hemşirelik hizmeti veren kişi değildir. Bir **hemşiredir**, profesyonel hemşiredir.»

Bu yaklaşımın hastaneye olan yararları çok açıktır: İşçiler bölünmüş işlerle hızla işe yabancılaşırlar; gerçek profesyoneller hünerlerini uygulamaktan sevinç duyarlar. İşçiler kendilerini kurumları içindeki diğer işçilerle özdeşleştirirler ve ortak yakınmalar çevresinde birleşebilirler. Profesyoneller kendilerini ancak o mesleğin diğer üeleriyle özdeşleştirirler ve uzak gelecekteki bir ilerleme için, uzak bir meslek kuruluşundan yardım beklerler. En son olarak, işçilerin disipline ve yakın denetime gereksinimi vardır; oysa gerçek profesyonelin mesleğinin ahlakına ve standartlarına her durumda bağlı kalacağına güvenilir.

Modern sanayi hastanesindeki çalışma koşulları, kesin olarak belirlenmiş sınıf ve kast çelişkileri gösterir. Hastane üretim süreci içinde üst ve üst-orta sınıfların üyelerini birleştirir. Bu sınıfların kurumsal işlevleri gittikçe daha çok yönetsel olmaktadır. Hastane, yönetici seçkinlerle geri kalan işgücünü çelişkilerde karşı karşıya getirir. Bu çelişkilerin bir bölümü ise hastane işinin yapısında ve amacında köktenci değişiklikler yapılmadan çözümlenemez. Ücretler ve çalışma koşulları açısından klasik sanayi çelişkisi vardır. İşçilerin anlamlı, hizmete yönelik iş gereksinimleri vardır; bu da bir iş kuruluşu olan hastanenin yönetsel önceliklerini tehdit eder. İşçilerin becerilerini geliştirmek ve gerçek bir ekip üyesi olabilmek gereksinimi vardır. Bu gereksinimler, hekimlerin bilimsel temelleri üstündeki tekellerini tehdit etmektedir.

Fakat gördüğümüz gibi, hem de bu gereksinimleri engelleyecek, hem de bunların çevresinde kolektif eylemi önleyebilecek güçler görev başındadır. Alt düzey işçileri yönetimler ve sendikaları tarafından, ekonomik istemler karşılığında, niteliksel istemlerini bir yana bırakmaya özendirilmektedir. Becerili işçiler profesyonellik ideolojisiyle aldatılmakta, soyut bir statü duygusu karşılığında niceliksel ve niteliksel doyumlardan vazgeçmektedirler.

Sonuç, yönetim dışı hastane işgücünün, karşıt sınıf özellikleri olan iki gruba ayrışmasıdır: bir yanda nonkalifiye ve yarı kalifiye, proletorleşme sürecindeki işçiler grubu, diğer yanda eşit büyüklükte kalifiye işçiler. İkinci grubun profesyonellik aracılığıyla temsilen de olsa, hekim statüsünde katkıda bulunmalarına izin verilmektedir.