

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE DUYGUSAL
BAĞLILIK VE İŞ GÜVENLİĞİ ALGISI

MERYEM ÖRTLEK

MAYIS - 2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE DUYGUSAL
BAĞLILIK VE İŞ GÜVENLİĞİ ALGISI**

MERYEM ÖRTLEK

TEZ DANIŞMANI:
Doç. Dr. AYGÜL YANIK

MAYIS - 2017

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Meryem ÖRTLEK'in *Sağlık Yöneticilerinde Duygusal Bağlılık ve İş Güvenliği Algısı* başlıklı tezi 18/05/2017 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr. Cengiz CEYLAN
Sosyal Bilimler Enstitü Müdürü V.

Bu tezin yüksek lisans derecesi elde etmek için gerekli olan koşulları sağladığını onaylıyorum.

Prof.Dr. Orhan YALÇIN
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı Başkanı

Bu tezi okuyarak içerik ve nitelik açısından incelediğimizi ve Yüksek Lisans derecesi almak için yeterli olduğunu onaylıyoruz.

Doç.Dr. Aygül YANIK
Tez Danışmanı

Jüri üyeleri:

Prof.Dr. Orhan YALÇIN	Kırklareli Üniversitesi
Doç.Dr. Aygül YANIK	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr. Cemal ÇEVİK	Kırklareli Üniversitesi

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde bizzat elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada özgün olmayan tüm kaynaklara eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Meryem ÖRTLEK

18/05/2017

ÖZ

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE DUYGUSAL BAĞLILIK VE İŞ GÜVENLİĞİ ALGISI

Örtlek, Meryem

Yüksek Lisans, Sağlık Kurumları İşletmeciliği

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Aygül Yanık

Mayıs 2017

Bu çalışmanın amacı, sağlık yöneticilerinin duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı düzeylerini belirlemek ve bunların demografik değişkenlere göre değerlendirmesini yapmak ve duygusal bağlılık ile iş güvenliği algısı arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmada evrenin tamamı hedeflenmiştir. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Eksiksiz olarak yanıt verilen 163 anket değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin analizi; SPSS 22.0 for Windows paket programında %95 güvenle yapılmıştır. Katılımcıların %11'i üst, %21,5'i orta, %67,5'i alt yöneticilerden oluşmaktadır. Yöneticilerin duygusal bağlılığı yüksek ve genel iş güvenliği algısı orta düzeyde belirlendi. Ayrıca yöneticilerin duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı ile cinsiyet, kurum, unvan, hastane kıdemi, çalışma şekli ve birim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Yöneticilerin duygusal bağlılığı ile iş güvenliği algısı faktör ve ölçek genel puanları arasında pozitif yönde ve güçlü bir ilişki vardır. Sonuç olarak demografik özelliklere göre yöneticilerin duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Bağlılık, İş güvenliği, Sağlık Yöneticileri.

ABSTRACT

EMOTIONAL ATTACHMENT PERCEPTION IN HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE

Örtlek, Meryem

Master of Science, Management of health institutions

Supervisor: Associate Professor Aygül Yanık

May, 2017

The aim of this study was to determine the levels of emotional commitment and sense of safety and health managers to evaluate them according to demographic variables and to reveal the relationship between affective commitment and job security perception. Cross-sectional descriptive and aimed at the entire population in this study. Data were collected through a questionnaire. The response has been complete 163 questionnaires evaluated. Analysis of the data; SPSS 22.0 for Windows package program has been safely in 95%. The top 11% of respondents, 21.5% moderate, sub-manager is composed of 67.5%. General managers perception of safety at work and emotional commitment to medium-high. In addition, the perception of emotional commitment of managers and job security of title, gender, institutions, hospitals with seniority, mode of operation and found a statistically significant difference between the units. The perception of emotional commitment with safety factor by administrators and general scale scores are positively and a strong relationship between. As a result, according to demographic characteristics perception of emotional commitment of managers and job security.

Keywords: Emotional commitment, Job security, Health Managers.

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında bilimsel katkılarını, yardımlarını, ilgisini ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aygöl YANIK' a, teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, bu tezin oluşma sürecinde sabır ve anlayış göstererek maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan eşim Akın Örtlek, babam Mehmet Kürtül, annem Sevim Kürtül ve babaannem Bedriye Kürtül başta olmak üzere SEVGİLİ AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Meryem ÖRTLEK

Mayıs, 2017

Kırklareli

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
KISALTMALAR	xi
TABLolar.....	xii
ŞEKİLLER	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL VE DUYGUSAL BAĞLILIK.....	5
1.1. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK KAVRAMININ TANIMI	5
1.2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞIN ÖNEMİ	8
1.3. ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA İLİŞKİN SINIFLANDIRMALAR VE YAKLAŞIMLAR	9
1.3.1. Tutumsal Bağlılık Yaklaşımları	9
1.3.1.1. Etzioni yaklaşımı	10
1.3.1.2. O'Reilly ve Chatman'ın sınıflandırması	12
1.3.1.3. Wiener'in sınıflandırması.....	13
1.3.1.4. Mowday, Steers ve Porter'in sınıflandırması	13
1.3.1.5. Kanter'in yaklaşımı.....	15
1.3.1.6. Penley ve Gould yaklaşımı.....	16
1.3.1.7. Meyer ve Allen yaklaşımı	17
1.3.2. Davranışsal Bağlılık Yaklaşımı.....	20
1.3.2.1. Becker'in yan bahis yaklaşımı.....	20
1.3.2.2. Salancik yaklaşımı	22
1.3.3. Çoklu Bağlılık Yaklaşımı	23
1.4. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYLERİ VE SONUÇLARI.....	23
1.4.1. Düşük Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları	24
1.4.2. İlmli Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları.....	26
1.4.3. Yüksek Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları	27

1.5. DUYGUSAL BAĞLILIK.....	29
-----------------------------	----

İKİNCİ BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ	31
2.1. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN TANIMI.....	31
2.2. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN AMACI.....	33
2.3. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ	33
2.3.1. İş Güvenliğinin İşveren Açısından Önemi.....	34
2.3.2. İş Güvenliğinin Çalışan Açısından Önemi	34
2.4. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN TÜRKİYE’DE GELİŞİMİ.....	36
2.4.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi.....	37
2.4.2. Birinci Büyük Millet Meclisi Dönemi.....	38
2.4.3. Cumhuriyet Dönemi	38
2.5. HASTANELERDE SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINCA YAPILAN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ DÜZENLEMELERİ	40
2.6. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN RİSKLER	44
2.6.1. Fiziksel Riskler.....	44
2.6.2. Biyolojik Riskler	48
2.6.3. Kimyasal Riskler	50
2.6.4. Ergonomik Riskler.....	51
2.6.5. Psikososyal Riskler.....	56

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE DUYGUSAL BAĞLILIK VE İŞ GÜVENLİĞİ ALGISI	61
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	62
3.1.1. Araştırmanın Amacı	62
3.1.2. Araştırmanın Önemi	62
3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	63
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	63

3.3.1. Hipotezler.....	63
3.3.2. Evren ve Örneklem.....	65
3.3.3. Veri Toplama Araçları.....	66
3.3.3.1. Kişisel form.....	66
3.3.3.2. İş güvenliği ölçeği.....	66
3.3.3.3. Duygusal bağlılık ölçeği.....	67
3.4. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	67
3.5. BULGULAR.....	68
3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	68
3.5.2. Duygusal Bağlılık ve İş Güvenliği Algısı Ölçekleri Güvenirliği ve Açıklanan Varyans.....	70
3.5.2.1. Duygusal bağlılık ölçeği güvenirliği ve açıklanan varyans.....	70
3.5.2.2. İş güvenliği algısı (İGA) ölçeği güvenirliği ve açıklanan varyans.....	71
3.5.3. DB ve İGA Ölçekleri Sorular, Faktörler, Faktör Yükleri, Güvenirliği ve Ortalamaları.....	72
3.5.4. DB ve İG Ölçekleri Sorularına Yönetici Katılım Oranları ve Ortalamaları.....	77
3.5.4.1. DB ölçeği sorularına yönetici katılım oranları ve puan ortalamaları.....	77
3.5.4.2. İG ölçeği sorularına yönetici katılım oranları ve puan ortalamaları.....	78
3.5.5. DB ve İG Faktörleri ve Sosyo-Demografik Özellikler.....	84
3.5.5.1. DB, İGA faktörleri ve cinsiyet.....	84
3.5.5.2. DB, İG faktörleri ve yaş.....	86
3.5.5.3. DB, İG faktörleri ve kurum.....	87
3.5.5.4. DB, İG faktörleri ve unvan.....	89
3.5.5.5. DB, İG faktörleri ve medeni durum.....	92
3.5.5.6. DB, İG faktörleri ve eğitim.....	93
3.5.5.7. DB, İG faktörleri ve mesleki kıdem.....	95
3.5.5.8. DB, İG faktörleri ve hastane kıdemi.....	95
3.5.5.9. DB, İG faktörleri ve çalışma şekli.....	98
3.5.5.10. DB, İG faktörleri ve çalışılan birim.....	100

3.5.6. DB ve İGA Ölçekleri Arasındaki İlişki	102
3.5.7. DB'nin İG'ne Etkisi	103
SONUÇ	105
KAYNAKÇA	111
EKLER	131
EK 1: KİŞİSEL ANKET FORMU	131
EK 2: DUYGUSAL BAĞLILIK ÖLÇEĞİ.....	133
EK 3: İŞ GÜVENLİĞİ ÖLÇEĞİ.....	134



KISALTMALAR

- ÇSGB** : Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- DB** : Duygusal Bağlılık
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DSP** : Diğer Sağlık Personeli
- İG** : İş Güvenliği
- İGA** : İş Güvenliği Algısı
- İH** : İşyeri Hekimi
- İS** : İş Sağlığı
- İSG** : İş Sağlığı ve Güvenliği
- İSU** : İş Güvenliği Uzmanı
- KHK** : Kanun Hükmünde Kararname
- MR** : Manyetik Rezonans
- SKS** : Sağlıkta Kalite Standartları
- TBMM** : Türkiye Büyük Millet Meclisi
- TÜRK-İŞ**: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu
- YOTA** : Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

TABLolar

Tablo 2.1: Türkiye’de Yaşanan İş Kazası, Meslek Hastalığı ve İşe Bağlı Ölüm Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı	36
Tablo 2.2: İş Sağlığı Güvenliği Yükümlülük Tablosu	43
Tablo 3.1: Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri	69
Tablo 3.2: Yöneticilerin Cinsiyetlerine Göre Yaş Ortalama Dağılımı .	70
Tablo 3.3: Açıklanan Toplam Varyans Tablosu	72
Tablo 3.4: DB ve İG Ölçekleri Sorular, Faktörler, Faktör Yükleri, C.Alfa Katsayıları ve Puan Ortalama Dağılımı	74
Tablo 3.5: Duygusal Bağlılık Ölçeği Güvenirlilik Analizi Sonuçları	75
Tablo 3.6: İş Güvenliği Ölçeği Güvenirlilik Analizi Sonuçları	75
Tablo 3.7: Duygusal Bağlılık Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı .	78
Tablo 3.8: İş Güvenliği Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı	82
Tablo 3.9: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Cinsiyet Ortalama Dağılımı	86
Tablo 3.10: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Yaş Ortalama Dağılımı	87
Tablo 3.11: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Kurum Ortalama Dağılımı	89
Tablo 3.12: Yöneticilerin Çalıştıkları Kurum Fark Tablosu	89
Tablo 3.13: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Unvan Ortalama Dağılımı	92
Tablo 3.14: Yöneticilerin Unvan Fark Tablosu	92
Tablo 3.15: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Medeni Durum Ortalama Dağılımı	93
Tablo 3.16: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Eğitim Ortalama Dağılımı	94
Tablo 3.17: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Mesleki Kıdem Ortalama Dağılımı	95

Tablo 3.18: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Hastane Kıdemi Ortalama Dağılımı	97
Tablo 3.19: Yöneticilerin Hastane Kıdemleri Fark Tablosu	98
Tablo 3.20: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Çalışma Şekli Ortalama Dağılımı	100
Tablo 3.21: Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Birim Ortalama Dağılımı	102
Tablo 3.22: Yöneticilerin Çalışılan Birim Fark Tablosu	102
Tablo 3.23: DB İle İGA Faktörleri ve Ölçek Genel Puanları Arasındaki Korelasyon	103
Tablo 3.24: DB'ın İGA'a Etkisi İçin Yapılan Regresyon Analizi	104

ŞEKİLLER

Şekil 1.1: Örgütsel Bağlılıkta Tutumsal Bakış Açısı 14

Şekil 1.2: Örgütsel Bağlılıkta Davranışsal Bakış Açısı 15



GİRİŞ

Günümüzde küresel değişimler sadece iş dünyasını ve kâr amacı güden örgütleri etkilememiş kamu/resmi kurum ve kuruluşları da büyük bir değişime itmiştir (Barutçu, 2015: 1). Rekabetin çok yoğun yaşandığı günümüzde örgütlerin amaçlarını gerçekleştirme konusunda tüm maddi ve beşeri kaynaklara sahip olması yeterli olmamaktadır. Kaliteli ürün ve hizmet üretilmesi, kaynakların etkili ve verimli kullanılması için işini isteyerek ve seyerek yapan kurumuna bağlı çalışanlara ihtiyaç duyulmaktadır (Kılıçaslan, 2010: 1; Tanrıverdi, 2012: 191). Bu nedenle örgütler planladıkları hedef ve amaçlara ulaşmak, verimliliğini korumak ve geliştirmek için insan kaynağını etkin bir şekilde değerlendirmek zorundadır (Gündüz, 2016: 1).

Rekabet koşullarında yöneticiler, kendini geliştirmiş çalışanı sadece maddi yatırımlarla örgütte tutulamaz. Çoğu kez nitelikli çalışanın işletmeden ayrıldığı ve daha az ücretle başka işletmeye geçtiği görülmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri işletme politikalarının ve onun yöneticilerinin, çalışanları örgüte bağlama başarısızlığıdır (Boylu, Pelit ve Güçer, 2007: 56). Çalışanın daha az ücret karşılığında başka bir işletmede çalışmaya başlaması örgütüne bağlı olmadığını gösterir. Deneyimli personelin işletmeden ayrılması her zaman işletmenin zararına olacaktır.

Çalışanlar, yöneticiler için sadece ekonomik bir varlık olarak görülmemelidir. Çalışanların ekonomik beklentilerinin dışında farklı beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak için bir örgütte çalıştıklarını aynı zamanda sosyal yönünün olduğu yöneticiler tarafından göz önünde bulundurulmalıdırlar (Akıncı, 2002: 2). Örgütler için, mal ve/veya hizmet üretmek kadar, çalışanlarının yaptıkları işten ve çalıştıkları örgütten memnun olmalarını sağlamak önemlidir. Çalışanların, örgütlerine karşı olumlu bir tutum geliştirmeleri için ortam olanakları sağlanmalıdır. Bu nedenle yöneticilere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü çalışanların örgüt için paradan daha fazlası olduğu açıktır.

Ülkemizde 1970'li yıllardan itibaren ele alınan ve önemli bir çalışma alanı haline gelen örgütsel bağlılık (ÖB); çalışanın, örgütün değer ve amaçlarını kabullenmesi, içselleştirmesi, örgütsel amaçlar için özveriyle çalışması, örgütüne karşı sadakat duygusu ile bağlı olup örgütle bütünleşmesi, özdeşleşmesi, güç birliği yapması, örgüt üyeliğini kendi isteği ile devam ettirmesi olarak tanımlanır (Gülova ve Demirsoy, 2012: 50). Tanımdan anlaşılacağı gibi çalışanın örgütün değer ve amaçlarını kendi değer ve amaçları gibi görüp gerçekleştirmeye çalışması, örgütle özdeşleşmesi ve örgütte kalmayı sürdürme isteğidir. Başka bir ifadeyle çalışan örgütün menfaatlerini gerçekleştirirken aynı zamanda kendi menfaatlerini de gerçekleştirmiş olur. ÖB hem çalışanın hem de örgütün menfaatlerinin kesişim noktası olduğu söylenebilir. Örneğin ailesinin geçimini sağlamak ve toplumda sosyal statü kazanmak isteyen çalışan bir taraftan kendi ihtiyaçlarını karşılarken diğer taraftan da örgüte ekonomik yarar sağlamış olacaktır.

Sanayi Devrimi'nden sonra hızla gelişen bilim ve teknik sonucu üretim araçları büyük değişimlere uğrayarak, çeşitlenmiş ve karmaşıklaşmıştır. Sanayi devriminin yarattığı çalışma koşullarında, teknik yetersizliklerden ve çalışanın dikkatini azaltan uzun süre çalışma sürelerinden iş kazaları olağanüstü bir şekilde artmıştır. İş güvenliği (İG) kavramı önemli bir sorun olarak ilk kez bu dönemde tarih sahnesine çıkmış olup, günümüzde de önemini ve etkisini sürdürmektedir (Atay, 2006: 1). Hastaneler, farklı nitelik ve nicelikte uzman insan kaynağı, karmaşık iş süreçleri ve yoğun teknoloji kullanımı ile yüksek riskli mekanlar olarak göze çarpmaktadır (Cebeci, 2013: 63). Sağlık çalışanları yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak iğne batması, kan ve vücut sıvısı ile bulaş, bel ve sırt sorunları, alerjiler, şiddet ve stres gibi çok çeşitli meslek risklerine maruz kalmaktadır. Bu durum hem hasta hem de çalışan güvenliğini tehdit etmesi nedeniyle sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliği konusunu gündeme getirmektedir (Meydanlıoğlu, 2013: 192). İş sağlığı (İS), sağlıklı yaşanan çevre içerisinde yapılması gereken sağlık kurallarını kapsarken; İG, çalışanın çalıştığı ortamda yaşamını devam ettirebilmesi için oluşan ve oluşabilecek tehlikelerin ortadan kaldırılabilmesi için yapılması gereken sistematik

çalışmaların bütünüdür (Şık ve Şahingöz, 2015: 3). İG, çalışana güvenli çalışma ortamı oluşturarak çalışanın iş kazasına uğramasını engellemeye çalışmaktır. Çalışma ortamının güvenli hale getirilmesi önemli olmakla birlikte, çalışanın sağlık taramalarının yapılması ve riskler konusunda eğitim verilmesi sağlığın korunması ve geliştirilmesi için en temel yaklaşımlardır.

Çalışan, çalıştığı örgüt tarafından kendi sağlığı ve güvenliği için gerekli önlemlerin alınıp iyileştirme yapıldığını görmesi, çalışanın örgüt tarafından önemsendiğini düşünmesine yol açacaktır. Bu durum çalışanın örgütüne yönelik tutum ve bağlılığı etkileyecektir. (Gündüz, 2016: 3). Radyoloji gibi radyasyon içeren, yoğun bakım, ameliyathane gibi hastaların kan ve vücut sıvıları ile temasın çok olduğu yerlerde, çalışanların hem koruyucu ekipmanlarla hem de risklerin belirlenerek fiziksel ortamın düzenlenmesi çalışanın kendisine değer verildiğini düşünmesini sağlayarak örgütüne olan güven ve sadakat duygusunu arttıracaktır.

Araştırmada sağlık yöneticilerinin duygusal bağlılık (DB) ve iş güvenliği algılarını belirlemek ve bunların demografik değişkenlere göre değerlendirmesini yapmak ve duygusal bağlılık ile iş güvenliği ilişkisinin incelenerek ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda DB ve İG algılarına yönelik yönetsel kararlara katkı sağlanması hedeflenmiştir.

Araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde ÖB'nin tanımı ve önemi, ÖB'a ilişkin sınıflandırmalar ve yaklaşımlara, ÖB düzeyleri ve sonuçlarına değinilmiştir. Son olarak da duygusal bağlılıktan söz edilmiştir. Çok fazla çalışmanın yapıldığı duygusal bağlılık, literatürde önemli bir yere sahiptir.

İkinci bölümde İG'ne yer verilmiştir. Literatürde hastanelerde yapılan İG çalışmalarına çok fazla rastlanmamıştır. İş sağlığı ve güvenliği (İSG)'nin tanımı yapılarak amacı ve öneminden bahsedilmiştir. İş sağlığı ve güvenliğinin Türkiye'de gelişimi, hastanelerde Sağlık Bakanlığı tarafınca yapılan İSG düzenlemeleri ve sağlık çalışanlarında İSG etkileyen risk ve tehlikeler alt başlıklarla detaylandırılarak açıklanmaya çalışılmış ve bu bölüm sonlandırılmıştır.

Üçüncü bölümde ise Tekirdağ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çorlu Devlet Hastanesi,

Çerkezköy Devlet Hastanesi, Saray Devlet Hastanesi, Muratlı Devlet Hastanesi, Tekirdağ Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Çorlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Çerkezköy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde görev yapan yöneticilerin, duygusal bağlılık ve iş güvenliği arasındaki ilişkiye yönelik yapılan araştırmanın önemi, amacı, yöntemi ve verilerin analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular tartışılarak sonuç ve önerilerde bulunulmuştur. Son olarak da elde edilen verilerden hareketle, hastanelere duygusal bağlılık ve iş güvenliği ilgili öneriler sunulmuştur.

Duygusal bağlılık ve iş güvenliği arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılmış ancak sınırlı sayıda. Buna karşın duygusal bağlılık ve iş güvenliğiyle ilgili sağlık yöneticileri üzerinde yapılmış herhangi bir araştırma rastlanmamıştır.

1. BÖLÜM

ÖRGÜTSEL VE DUYGUSAL BAĞLILIK

Bu bölümde, ÖB ve DB' a ait bilgiler bulunmaktadır. ÖB'm çeşitli tanımları ve önemi, ÖB sınıflandırmaları ve yaklaşımları, ÖB düzeyleri ve sonuçları ve DB hakkında bilgilere yer verilmektedir.

1.1. Örgütsel Bağlılık Kavramının Tanımı

Bağlılık, önemsenen bir ilişkiyi, uzun süre koruma ve sürdürme istekliliğidir. (Cihangiroğlu, 2010: 82; Çetin, Çınaroğlu ve Şahin, 2014: 1) Bağlılık, kelime olarak, "birine karşı sevgi, saygı ile yakınlık duyma ve gösterme, sadakat" olarak tanımlanmaktadır. Balay'a göre bağlılık, bireyin örgütün amaç ve değerlerini içselleştirmesi ile örgütte kalma ve onun için çaba gösterme arzusudur (Balay, 2000: 16). Bağlılık için uzun süre gereklidir ve isteklilik içerir. Bireyler değer verdikleri ilişkiyi her zaman devam ettirmek ister. Birey ve örgütü iki iyi arkadaşla benzetilebilir. İki arkadaş arasındaki sevgi, saygı ve güven arttıkça arkadaşlıklarını sürdürme isteği ve cabaları da o oranda artacaktır.

ÖB kavramı hakkında literatürde çok sayıda tanım bulunmaktadır. ÖB kavramının örgütsel davranış, örgütsel psikoloji ve sosyal psikoloji gibi farklı disiplinlerden gelen araştırmacıların kendi konusu içinde tanımlaması, kavramın literatürde farklı boyutlarıyla incelenmesine neden olmaktadır. Bu kavramın farklı disiplinler tarafından, incelendiği disiplinin kendi boyutları içinde ele alınması sonucunda genel bir tanımlamanın yapılması zorlaşmıştır. Bağlılık kavramı farklı şekillerde kullanıldığından dolayı, bu konuda farklı tanımlar ortaya çıkmıştır (Sonay, 2013: 12). Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir: Mayer ve Allen ÖB'ı; çalışanların örgütle olan psikolojik yaklaşımının ve çalışan ile örgüt arasındaki ilişkiyi yansıtan, örgüt üyeliğini devam ettirme kararına yol açan psikolojik durum olarak tanımlamıştır (Güneş, Bayraktaroğlu ve Kutanis: 2009: 485). ÖB, örgüte sevgi duyma ya da onunla amaç ve değerleri ile bütünleşme olarak tanımlanmaktadır (Cihangiroğlu, 2010: 82). Çalışanın kendisini örgütün bir parçası olarak hissetme derecesidir.

ÖB, kurumun çıkarlarını bireyin kendi çıkarlarından önde tutma hali ile tanımlanabilir (Baysal ve Paksoy, 1999: 8). ÖB, çalışanların iş ahlakı, iletişim, güven, saygı, katılım, paylaşım, iş devamlılığı, politika ve stratejiler, takım çalışması, örgütsel vatandaşlık davranışı gibi kurumsal süreçleri benimsemeleridir (Çetin, Çınaroğlu ve Şahin, 2014: 2). Tanıma göre ÖB'in çalışanların işe geç gelme, erken çıkma, iş devamsızlık ve iş birliği yapmama gibi iş ahlakına aykırı davranışları azalttığı söylenebilir. ÖB'ta çalışanın kurumun amaç ve değerlerini benimsediği, kurumun çıkarları doğrultusunda hareket ettiği ve kendi çıkarlarını ikinci plana atarak örgütü için fedakarlık yaptığı söylenebilir. Bu durum işletmeler için vazgeçilmez bir çalışanı ortaya çıkarmaktadır.

ÖB, bir çalışanın örgütüyle bütünleşme ve örgütün değerlerini benimseme derecesini ve örgütün bir üyesi olarak kalma istekliliğini ifade etmektedir (Blau ve Boal 1987: 290). Başka bir ifadeyle ÖB, bireyin örgüt üyeliğini devam ettirme arzusu ile örgütün amaç ve hedeflerini kabul etmesi, bu amaç ve hedefleri uygulamak için çaba sarf edip örgüt üyeliğini devam ettirme isteğidir. (Swales, 2002: 159). Bireyin ortak gayesinin örgütte kalma çabası olduğu görülmektedir. Bireyler para ve statü kazanma, arkadaşlık ilişkileri, kendini bir örgüte ait hissetme gereksinimi nedeniyle çeşitli sebeplerle örgütte kalmak isteyebilir.

Örgütün değer ve hedefleriyle bireyin değer ve hedeflerinin uyum göstermesi durumunda ortaya çıkan psikolojik durumdur (Gümüştekin, 2010: 5). Diğer bir ifadeyle ÖB, çalışanın örgütle olan uyumunu açıklar. ÖB, örgütün amaçları ile çalışanın amaçları arasındaki uyum ile doğru orantılı olarak artar veya azalır. Örgüt ve çalışanın amaçları arasındaki uyum artıkça ÖB'in arttığı söylenebilir.

Literatürdeki tanımların pek çoğu ÖB kavramını tek boyutlu olarak nitelemiştir. Bazı tanımlar örgütsel bağlılığın duygusal yönüne ve psikolojik sözleşme olması özelliğine dikkat çekerken bazıları ise örgütsel bağlılığın örgüt ve birey arasındaki çıkar ilişkisine vurgu yapmışlardır. Ancak ÖB tek boyutuyla ele alınacak bir olgu olmayıp homojen bir yapıya sahip çok boyutlu bir kavramdır (Bakan, 2011: 3). Başarı elde etmenin en önemli anahtarlarından biri olduğu savunulan ÖB, özellikle örgütsel davranışla

ilgili araştırmalarda ve yönetim literatüründe önemli bir rol oynamaktadır (Sivaramakrishnan ve öte., 2008: 55). Bireyin başka bir örgütten aldığı daha yüksek bir ücret, statü, profesyonel özgürlük veya daha iyi meslektaş ilişkisi gibi olumlu teklifleri bile ret ederek örgütten ayrılmak istememesidir (Balay, 2000: 16). Bu bireyler örgüte sadakatle bağlı olup ne olursa olsun bağlı buldukları örgütte kalarak örgüt için çalışmak ister. Bu bireylerle çalışma hayatında karşılaşmak mümkündür. Daha fazla ücret ve statü birçok çalışan için cazip gelse de örgütüne duygusal bağlılıkla bağlı olan çalışanlar için geçerli olmadığı söylenebilir. Devlet hastanesinde özel hastanelere göre hasta sayısının daha fazla ve maaşların daha az olduğu düşünülüğünde devlet hastanesinde çalışan hekime özel hastaneden daha fazla ücret ve daha iyi çalışma koşullarında teklif geldiğinde hekimin örgütsel bağlılığı nedeniyle teklifi reddetmesi bu konuya örnek olarak verilebilir. Böylelikle çalışan yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarına sadakatini göstermektedir.

Günümüzde örgütler çalışanların performansını arttırmalarını, işe motive olmalarını ve inisiyatif almalarını beklemektedir. Bir örgütün başarısı yalnızca çalışanlarının yeteneklerini nasıl en üst düzeyde geliştirdiğine değil, aynı zamanda çalışanlarını örgüte bağlanmaları yönünde nasıl teşvik ettiğine de bağlıdır. Başarılı bir iş yeri yaratmak için bir örgütün hem ekonomik hem de sosyal performansa dikkatini yöneltmesi ve bireyin şikâyetleri yerine bireyin bağlılığına yatırım yapması gerekmektedir (Özutku, 2008: 79-80). Çalışanların bilgi ve becerilerini arttırmak için çalışanları sadece kurs, seminer gibi eğitim organizasyonlarına göndermek yeterli olmamaktadır. Bununla birlikte çalışanın motivasyonunu artırıcı eğlence ve ödül sistemini de aktif hale getirerek ÖB'ı artırıcı faaliyetlerde bulunulmalıdır. Çünkü örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanlar kurumlarına sıkı bir şekilde tutunarak, kurumunu daha etkili hale getirmek için daha çok çalışmaktadır. ÖB'ı artırma sürecinin karmaşık ve zor olduğu söylenebilir.

ÖB tanımları incelendiğinde örgütsel bağlılık, örgüt kültürünün güçlenmesini ve çalışanların sorun çözen bireyler haline gelmesini sağlamaktadır. ÖB tanımlarından yola çıkarak örgütsel bağlılığın özellikleri; örgüte ve amaçlarına bağlı kalmayı, örgütün çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutmayı, örgütü için daha fazla caba sarf etmeyi, çalışanlar arasında

iletişimi arttırmayı, örgüt amaçlarını uygulamayı ve örgüte bağlı kalmayı içermektedir.

1.2. Örgütsel Bağlılığın Önemi

İster kamu ister özel sektör çalışanı olsun çalışanlar, iş verimliliğinin ve etkinliğinin, ürün ve hizmet kalitesinin artmasında büyük bir öneme sahiptir (Durna ve Eren, 2005: 210). Yetişmiş ve uyumlu bir çalışanın işten ayrılması örgüte yüksek maliyetler yüklemektedir. Bundan başka, toplam istihdam içinde eğitilmiş ve uzman işgücü ihtiyacının artması ve bu nitelikli işgücü arzındaki yetersizlikler de konuyu daha önemli hale getirmektedir (Durna ve Eren, 2005: 211). Örgütsel performans ve süreklilik açısından nitelikli iş gücünü örgüte bağlamak, örgütsel amaç ve hedefler doğrultusunda bireylerin özveri ile çalışmalarını sağlamak ve bir amaç birliği kurmak yöneticiler için hayati bir öneme sahiptir (Avcı ve Küçükusta, 2009: 36-38). Yöneticiler çalışanları kuruma bağlarken, ücret yükseltme, terfi, özendiriciler sunma gibi bir takım ekonomik ve maddi ödüllerle birlikte psikolojik, sosyal ve kültürel yeni tatmin yolları geliştirmelidir. Örgüt içerisinde gezi, sinema, tiyatro gibi eğlence faaliyetleri düzenli olarak yapılabilir. Bu örgütün enerjisini yüksek tutarak örgüt içi iletişimi arttıracaktır. Ayrıca yöneticiler çalışanlarına değerli oldukları mesajı vermeli, bölüm içi kararlara katılmalarını sağlamalı ve çalışanlarla sağlıklı bir iletişim kurmalıdır. Böylece çalışanlar kendilerini kuruma ait hissederek değerli ve vazgeçilmez olduğunu düşünürler.

Birey ve örgüt bir bütünün parçası olup tek başlarına bir anlam ifade etmez. Bağlılığın güçlendirilmesi için birey ve örgüt arasındaki denge sağlanmalıdır. Örgüt amaçlarına bireyler sayesinde ulaşırken bireyde bir takım amaçlarını örgütte gerçekleştirmektedir. Her ikisi de amaçlarına ulaşılabilmede birbirlerine ihtiyaç duymaktadır. Eğer bütünlük bozulursa her ikisi de anlamını yitirecektir (Samadov, 2006: 66). Birey ve örgüt arasındaki bütünlük hem çalışanda hem de örgütte istikrarı sağlayacaktır. Bireylerin örgütsel bağlılıkları ne kadar yüksekse örgütünde o kadar güçlü olduğu söylenebilir. Örneğin; bir özel hastanede hekimin hasta sayısının artmasıyla hekim daha fazla para kazanırken hastanede kar elde etmekte

kalmayıp piyasada ismini duyuracaktır. Bu sistemin bozulması halinde her iki tarafında zarar göreceği açıktır.

Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanlar örgütsel amaçları gerçekleştirmede ve görevlerini yerine getirmede ekstra çaba gösterirler (Sevinç ve Şahin, 2012: 279). Örgütsel bağlılığın yüksek düzeyde olması çalışan devrinden kaynaklanan maliyetleri azalacak ve çalışanların işte göstermiş oldukları performans düzeyini yükselecektir (Özutku, 2008: 94). Örgütsel bağlılık, çalışanlarda işten ayrılma, devamsızlık, işten kaytarma, işe geç gelme gibi olumsuz sonuçları azalttığı ve kurum performansını pozitif yönde etkilediği söylenebilir. Ayrıca kurum performansının artmasıyla mal ve hizmet kalitesi artıracak kurum daha fazla kar ve prestij elde edecektir. Örgütsel bağlılık kurum için başarının anahtarı olduğu söylenebilir. Çünkü örgütsel bağlılık çalışanları sorun çözen insanlar haline dönüştürür.

Yüksek örgütsel bağlılığı sahip çalışanlar, örgütün başarısı için fikirlerini özgürce belirtmekten kaçınmazlar (Nelson, 1999: 16). Çünkü fikirlerinin örgütü için önemli olduğunu düşünürler. Böylece örgütü de sahiplenebilmekte ve biz duygusuyla hareket edebilmektedirler (İşcan ve Naktiyok, 2004: 146). Örgütsel bağlılığı düşük olan çalışanlar ise, işe karşı soğuma, devamsızlık yapma, işten kaçma ve işten ayrılma gibi bireysel ve örgütsel olumsuz sonuçlara neden olabilecek davranışlar sergileyebilmektedir (Tunçbiz, 2015: 25). Yukarıda açıklandığı üzere bir örgütte çalışanların örgütsel bağlılığın yüksek ya da düşük olması üzerinde önemle durulması gereken hususlardandır. Özellikle örgütsel bağlılığın düşük olması durumunda; nedenleri belirlenerek yönetim tarafından bağlılığın yükseltilmesine yönelik ivedi önlemler alınmalıdır.

1.3. Örgütsel Bağlılığa İlişkin Sınıflandırmalar ve Yaklaşımlar

1.3.1. Tutumsal Bağlılık Yaklaşımları

Tutum kelime anlamı olarak kişiyi belirli bir davranışa yönlendiren eğilimdir. Tutum doğrudan gözlenemeyen bir özellikte olup, bireyin bir olaya karşı tutumunu belirlemede bireyin davranışlarına göre karar verilebilir.

Tutumsal yaklaşıma göre bağlılık, bireyin çalışma ortamını değerlendirmesi sonucu oluşan ve bireyi örgüte bağlayan duygusal bir tepkidir (Çöl ve Gül, 2005: 292). Diğer bir tanımda, bireyin belirli bir örgüt ve örgütün hedefleri ile özdeşleşmesi ve bu hedeflere ulaşmayı kolaylaştırmak için örgütte çalışmaya devam etme isteğini belirtmekle birlikte, sosyal bir sistem olan duyuşsal bağlılık olarak açıklanmaktadır (Duygulu ve Abaan, 2007: 62). Tutumsal bağlılık yaklaşımları aşağıdaki gibidir (Sığırı, 2007: 263):

- 1) Etzioni'nin sınıflandırması,
- 2) O'Reilly ve Chatman'ın sınıflandırması,
- 3) Wiener'in sınıflandırması,
- 4) Mowday, Steers ve Porter'in Sınıflandırması
- 5) Kanter' in yaklaşımı,
- 6) Penley ve Gould Yaklaşımı,
- 7) Allen ve Meyer Yaklaşımı şeklindedir.

1.3.1.1. Etzioni yaklaşımı

Etzioni 1961 yılında örgütsel bağlılığın sınıflandırılması ile ilgili ilk çalışmaları yapmıştır (Etzioni, 1964: 46). Etzioni çalışanların örgüte yakınlaşmak istemelerinden dolayı, örgütün çalışanlar üzerindeki güç veya otoritesinin arttığını ileri sürmektedir (Balay, 2000: 19). Örgütün otoritesinin ve gücünün, çalışanların örgütte kalmak istemeleri, örgütü sevmeleri ve saygı duymalarından kaynaklandığı söylenebilir. Etzioni örgütsel bağlılığı ahlaki, hesapçı ve yabancılaştırıcı bağlılık olarak üçe ayırmaktadır.

Ahlaki Bağlılık: Örgütün amaç ve hedeflerini, özümseyerek örgüt ile özdeşleşme olarak tarif edilir. Örgütün aldığı tüm karar ve uygulamaları tereddütsüz uygulayan bireyin bağlılığı ahlaki bağlılıktır (Balay, 2000: 22). Ahlaki bağlılıkta çalışan, örgütün amacına ve yaptığı işe değer vermektedir. Çalışan işine her şeyden önce değer verdiği için yapmaktadır (Schein, 1978: 65-67). Bireyler toplum için yararlı faaliyetleri takip ettiklerinde örgütlerine olan bağlılıkları artmaktadır (Doğan ve Kılıç, 2007: 42). Hastanelerden örnek verilecek olunursa; gebe okulu, diyabet okulu, sigara bırakma gibi

faydalı sosyal sorumluluk projeleri gerçekleştirdiğini gören çalışan örgüte olumlu bir şekilde yöneleceği düşünülmektedir. Hastanelerde sosyal sorumluluk projelerinin yürütülmesi, bu projelere çalışanların dahil edilmesi ve fikirlerinin alınması ile çalışanların daha fazla sorumluluk almalarını da sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlılıkta çalışanların olumlu ve yoğun bir şekilde örgüte bağlandıkları da söylenebilir.

Hesapçı Bağlılık: Örgüt ile üyeler arasındaki alış-veriş ilişkisine dayanan bağlılıktır. Kişi bir günde yaptığı işin karşısında aldığı ücret ölçüsünde bir bağlılık göstermektedir (Gül, 2003: 42). Kişi kendisine sunulan imkanlar kadar iş yapar. Menfaate dayalı bir ilişkidir. Örgütsel tutumunun nötr durumda olduğu ne olumlu ne de olumsuz tutum sergilediği durumdur (Etzioni, 1961: 10). Bu bağlılıkta bireyler örgütsel bağlılık düzeylerine kendileri yön verebilir durumdadırlar (Balay, 2000: 20). Bu yüzden ahlaki bağlılığa göre duydukları bağlılık duygusu daha düşüktür (Alıca, 2008: 24). Daha fazla ücret, daha iyi iş koşulları oluştuğunda bireyin örgütten ayrılma olasılığının yüksek olduğu söylenebilir. Fazla iş yapmak istemedikleri ve örgüte yaptığı işten fazla katkı yaptıklarında ise ödüllendirilmek istedikleri görülmektedir. Örneğin hastanenin özel manyetik rezonans (MR) şirketi ile yaptığı anlaşmada; çekilen MR'ların %50'si MR şirketi radyoloji uzmanları tarafından %50'si ise hastanenin radyoloji uzmanları tarafından 3 gün içerisinde raporlanacaktır. Maddesine istinaden hastanedeki radyoloji uzmanları tarafından raporlamanın yapılamayıp MR şirketinden talep edildiğinde şirketin ekstra ücret talep etmesi hesapçı bağlılığa örnektir.

Yabancılaştırıcı Bağlılık: Bireylerin davranışlarının kısıtlandığı durumlarda ortaya çıkan ve örgüte karşı negatif bir yönelimi ifade eden bağlılık türüdür (Doğan ve Kılıç, 2007: 42). Birey örgütten ayrılmanın kendisine maddi ve manevi zarar vereceğini düşündüğünde örgütte kalmak istemediği halde örgütte kalmaya devam etmesi durumunda ortaya çıkan bağlılıktır (Güçlü, 2006: 16). Yabancılaştırıcı bağlılığa sahip olan bireyler yaptığı işlere karşılık aldıkları ödüller orantısız olsa bile bu işte çalışmaya, örgütte kalmaya devam ederler (Azaklı, 2011: 51). Örgütsel bağlılığın en zayıf halini gösteren bağlılık türüdür (Alıca, 2008: 24). Çalışan, fiziksel

olarak örgütte olup psikolojik olarak örgüte bağlılık duymamaktadır. Buna rağmen örgütte kalmaya devam etmektedir. İşlerini sevmeyerek ve istemeyerek yapan çalışanlarda daha çok görüldüğü söylenebilir. Örgütle ilgili olumsuz bir bağlılık olduğu görülmektedir.

1.3.1.2. O'Reilly ve Chatman'ın sınıflandırması

Bireyin, örgütün amaç ve değerlerini kabul edip kendine uyarlayarak özdeşleşmesidir. Birey ve örgüt psikolojik bağı özdeşleşme ile kurmaktadır (O'Reilly ve Chatman, 1986: 493). Bağlılığın boyutlarını uyum boyutu, özdeşleşme boyutu ve içselleştirme boyutu olarak üç boyutta ayırmışlardır.

Uyum Bağlılığı: Uyum bağlılığında temel amaç, belirli dış ödülleri kazanmaktır. Bireylerin örgütteki tutum ve davranışlarının amacı belli ödülleri kazanma ve cezaları bertaraf etme temeline dayanır (Gül, 2003: 43). Bu bağlılıkta ödüller ön planda olup bireyler çıkarları için örgütle ilgilendikleri söylenebilir. Hastanelerde hekimlere uygulanan performansa dayalı ödeme sistemi ile bu bağlılık türü açıklanabilir. Hekimler baktığı hasta sayısı ve yaptıkları işlem kadar ücretleri artmaktadır. Böylelikle hekimlerin aldıkları maaş arttığı için hizmet verdikleri hasta ve yaptıkları işlem sayısı artmıştır. Aynı zamanda sistemin getirdiği cezalardan da kaçınmaktadırlar.

Özdeşleşme Bağlılığı: Bireyin değer ve amaçlarının, örgütün değer ve amaçlarıyla özdeşleşmesi sonucunda ortaya çıkan bağlılıktır (Gül, 2003: 43). Diğer örgüt üyeleriyle yakın ilişkiler kurar. Böylece birey bağlı bulunduğu örgütle gurur duymaktadır. Bu bireylerin örgütün amaç ve değerlerini gerçekleştirmek için örgüt yararına fazladan zaman ve çaba harcadıkları, örgütlerinden çokça bahsettikleri söylenebilir.

İçselleştirme Bağlılığı: Örgütteki diğer çalışanların istediği tutum ve davranışları, bireyin kendi değerleri ile uyumlu hale getirdiğinde ortaya çıkan bağlılıktır (Gülova ve Demirsoy, 2012: 58). İçselleştirme bağlılığında bireylerin bağlılığı, uyum ve özdeşleşme bağlılığına göre daha yüksek düzeydedir (Köse, 2014: 33). Bu nedenle örgütlerin en çok istediği bağlılık boyutudur (Güçlü, 2006: 22). İçselleştirme bağlılığı, bireysel ve örgütsel uyuma bağlıdır. Çalışanın kendisini bütünün içerisinde görmesi ve kendisini

örgütle bütünleştirmesi içselleştirme bağlılığının en önemli göstergesidir. İçselleştirme bağlılığına sahip bireylerin örgütün zarar görmesi ile mutsuz oldukları, başarısıyla da mutlu oldukları söylenebilir.

1.3.1.3. Wiener'in sınıflandırması

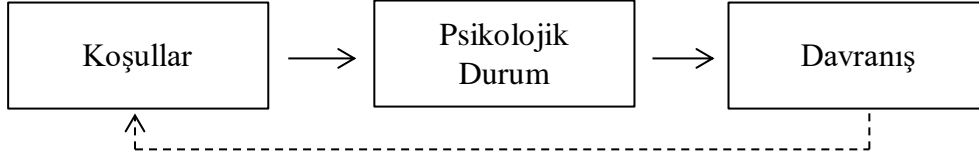
Wiener, kuramsal modelin kurucusudur. Wiener örgütsel bağlılığı, bireylerin, örgütün amaç ve çıkarlarını karşılayacak şekilde davranabilmek için kabul edilen baskılar bütünüdür. Araçsal bağlılık (araçsal güdülenme) ve normatif bağlılık (moral bağlılık) olarak ikiye ayırmıştır (Wiener 1982: 421). Araçsal bağlılık, bireylerin kendi çıkarlarını örgütün çıkarlarından ön planda tuttuğu hesapçı ve yararçı bir bağlılıktır. Araçsal bağlılıkta çalışanların hareketleri daha çok kişisel bir özellik taşır (Güney, 2007: 248). Normatif bağlılık ise bireylerin örgütün amaçlarını gerçekleştirmenin doğru ve etik olduğuna inanmaları olarak tanımlanmıştır (Aslan, 2008: 165). Buna göre, örgütle ilgili davranışlar hakkındaki normatif inançlar örgütsel bağlılığa, araçsal inançlar ise araçsal motivasyona yol açmaktadır (Tunçbiz, 2015: 37). Araçsal bağlılıkta örgüt ve çalışanlar çıkarları doğrultusunda hareket eder. Çalışanlar ne kadar ödül varsa o kadar çalışma eğilimindedir. Örgüt ise ödül vermesi karşısında çalışanda daha iyi hizmet beklememektedir. Örneğin; Bazı işletmeler çalışanı teşvik edip verimi arttırmak ve amacına daha kolay ulaşabilmek için çalışana sattığı ürün veya hizmet etiği kişi kadar ek ücret vermektedir. Dolayısıyla birey örgütte kalacak ve daha fazla katkı sağlayacaktır.

1.3.1.4. Mowday, Steers ve Porter'in sınıflandırması

Mowday, Steers ve Porter örgütsel bağlılığı, bireylerin örgütsel üyeliğini devam ettirmek için yoğun istek duyma, örgütsel amaçları başarmak için yüksek çaba sarf etme ve örgütün değer ve hedeflerine inanma ve kabul etme durumudur. Örgütsel bağlılık tutumsal ve davranışsal bağlılık olarak ikiye ayrılmaktadır (Mowday, Steers ve Porter, 1979: 311).

Tutumsal Bağlılık: bireyin örgütsel amaçlarla bütünleşmesini, bu doğrultuda hareket edip örgüt üyeliğini sürdürmeyi istemesi durumunda ortaya çıkmaktadır (Gül, 2003: 41). Tutumsal bağlılıkta birey örgüte dönük ve olumlu eğilimleri vardır. Birey, örgütte sadık kalarak örgütün amaçlarını

gerçekleştirmek için çalışır. Şekil 1.1.'de örgütsel bağlılıkta tutumsal bakış açısı gösterilmektedir.



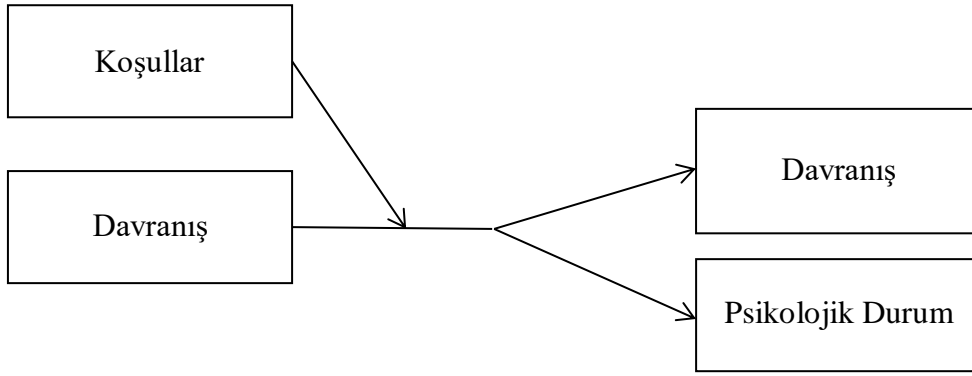
Şekil 1.1. Örgütsel Bağlılıkta Tutumsal Bakış Açısı

Kaynak: Meyer ve Allen, 1991: 63.

Şekil 1.1.'de gösterilen koşullar bireyin psikolojik durumunu etkileyerek yaptığı davranışın sürekli hale gelmesine yol açmaktadır (Doğan ve Kılıç, 2007:42). Sonuçta birey davranışlarını sürekli hale getirerek örgüte bağlılık duymaktadır.

Tutumsal bağlılık, örgüt ile bireyin ilişkilerinden meydana gelir (Meyer ve Allen, 1991: 62). Tutumsal bağlılığın oluşması için birey, örgütün değer ve amaçlarını benimseyip kabul etmeli, örgüt için maximum derecede çaba gösterip üye olarak kalmak için de aşırı istekli olmalıdır (Kaya, 2007: 29; Bayram, 2005: 129).

Davranışsal Bağlılık: Bireyin daha önceki davranışları sebebiyle örgütte kalmalarını ifade etmektedir (Yazıcıoğlu ve Topaloğlu, 2009: 6). Birey örgüt içinde kendine davranış belirler ve bu davranışı devam ettirir. Daha sonra bu davranışları tekrar etmekte ve bir süre sonra da davranışların alışkanlık haline dönüşmesinden dolayı, bu davranışlara bağlılık göstermektedir. Bağlandığı davranışları uygun ve haklı çıkaran tutumlar geliştirir (Gül, 2003: 47). Geliştirilen tutum sayesinde, davranışlarının tekrar etme olasılığının yüksek olduğu ve bireyin örgüte bağlılığının kendi davranışlarından geliştiği söylenebilir. Bölüm değiştirmek isteyen bir sağlık personelin yerinin değiştirilmemesi nedeniyle o bölümde çalışmayı kabullenip çalışmaya devam etmesi örneği verilebilir.



Şekil 1.2. Örgütsel Bağlılıkta Davranışsal Bakış Açısı

Kaynak: Meyer ve Allen, 1991: 63.

Şekil 1.2.'de bireyin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle bazı davranışları sürekli hale gelmektedir. Sürekli hale gelen bu davranışlar bireyin psikolojik durumunu etkileyerek örgüte bağımlı hale getirir (Doğan ve Kılıç, 2007: 42). Birey çalışma koşulları doğrultusunda davranış geliştirmekte bir süre sonra bu davranışı benimseyerek örgüte bağlılık duyduğu söylenebilir. Bireylerin geçmişte örgüt içinde yaptığı davranışları bağlılığı etkilemektedir.

1.3.1.5. Kanter'in yaklaşımı

Örgütsel bağlılık, bireylerin enerji ve sadâkatlerini sosyal sisteme verme ve kendi ihtiyaçlarını karşılayacak sosyal ilişkilerle bireysel kişiliklerini belirlemeleridir (Kanter, 1968: 499). Kanter farklı bağlılık türlerinin ortaya çıkmasının nedenini örgütlerin üyelere dayattıkları davranış taleplerinden kaynaklandığını ifade etmektedir. Kanter'in sınıflandırdığı bağlılık türleri aşağıda açıklanmaktadır.

Devamlılık Bağlılığı: Bireyin üyeliğini sürdürerek örgütte kalması ve örgütün sürekliliğine kendini adanmasıdır (Gül, 2003: 42). Bireyin örgütten ayrılması için örgütte kalmanın maliyeti, örgütten ayrılmanın maliyetinden daha yüksek olmalıdır. Devam bağlılığının oluşmasında bireyin örgüte yaptığı fedakarlıklar ve yatırımlar etkilemektedir (Samadov, 2006: 78). Birey, başka örgütlerden iyi teklifler olsa bile örgütü adına çok fedakârlık yaptığı için örgütten ayrılmak istemeyecektir. Örgütte kalmaktan memnun olmasa bile örgüte yatırım yaptığı için kalmaya devam edecektir. Birey için önemli olan örgütte kalmak mı avantajlı yoksa örgütten ayrılmak mı daha

avantajlı onun pazarlığını kendi içinde yapmaktadır. Birey örgütte kalmanın avantajlarını ve örgütten ayrılmanın dezavantajlarını düşündüğü söylenebilir.

Kenetlenme Bağlılığı: Bireyin örgüte ve örgüt içindeki sosyal ilişkilere bağlanmasıdır (Barutcu, 2015: 33). Bu bağlılıkta örgüt içi birlik ve dayanışma fazla olduğundan kıskançlık ve çatışmalar çok az olacaktır. Böylece örgüt dış tehditlere karşı güçlü bir duruş sergileyecektir (Kanter, 1968:500). Sağlık yöneticileri kenetlenme bağlılığını oluşturabilmeleri için örgüt üyelerinde biz bilincini oluşturarak örgüt üyelerinin kendilerini bütünün parçası gibi görmelerini sağlamalıdır. Bunun için; görevleri eşit dağıtmak, adaletli ve saygılı davranmak, düzenli toplantılar yapmak, eğitim, eğlence gibi motivasyon artırıcı faaliyetlerde bulunmak, yeni gelen bireyleri diğer çalışanlarla tanıştırmak gibi yöntemleri uygulayabilir.

Kontrol Bağlılığı: Bireylerin, örgütün değer ve kurallarına bağlı olmasıdır. Bu bağlılıkta birey örgütün emir ve kurallarına oldukça fazla bağlıdır (Toraman, 2009: 57). Örgütler düzeni sağlamak için kurallar belirlemektedir. Yöneticiler çalışanlarda kontrol bağlılığının oluşmasını sağladığında çalışanların emir ve kurallara uyma konusunda problem yaşamayacağı söylenebilir.

1.3.1.6. Penley ve Gould yaklaşımı

Penley ve Gould, Etzioni (1961)'nin modelinin örgütsel bağlılığı açıklamada uygun bir model olduğunu ancak bu modelin karmaşık ve eksikliklerin olduğunu savunmaktadır. Bu eksiklikleri tamamlamak için örgütsel bağlılığı ahlaki bağlılık, çıkarıcı bağlılık ve yabancılaştırıcı bağlılık olarak üçe ayırmaktadır (Barutcu, 2015: 35).

Ahlaki Bağlılık: Bireyin örgütsel amaçları içselleştirmesi ile ortaya çıkan bağlılık türüdür. Birey, örgütü için her şeyi yapacak davranış ve düşüncededir. Bu nedenle örgütün başarı ve başarısızlığından kendini sorumlu hisseder (Demirgil, 2008: 50). Ahlaki bağlılığa sahip bireylerin örgütün başarısıyla mutlu oldukları, başarısızlığı ile de mutsuz oldukları söylenebilir. Örgütüne ahlaki bağlılık duygusu ile bağlı olan bireylerle çalışma hayatında karşılaşmak mümkündür. Bu bireylerin elinde dosyalarla

evine iş götürdükleri, mesaiye kaldıkları ve hafta sonları da çalışmaya geldikleri görülmektedir. Ayrıca çalışma ortamından ayrı yerlerde de sürekli işten bahseden bireyler olduğu söylenebilir.

Çıkarıcı Bağlılık: Bu bağlılıkta birey çıkarları doğrultusunda hareket ederek yaptığı işin karşılığını beklemektedir. Örgütüne çıkarıcı bağlılık duygusu ile bağlı olan bireyler üstlerine kendini sevdirmeye stratejileri, verilen görevleri en iyi bir şekilde yerine getirme, yaptığı başarılı işlerin üstlerinin farkına varmalarını sağlayacak davranışlar sergilemesi gibi yollara başvururlar (Penley ve Gould, 1988: 4). Özetle birey kendini mümkün olduğunca en iyi şekilde üstlerine göstermeye çalışmaktadır. İşleri en iyi şekilde yaptığını ve yapacaklarını üstlerine anlatması bu bireylerden beklenebilir. Sürekli üstleri ile iletişim halinde olan üstlerine her türlü bilgiyi veren bireylerin bu bağlılığa örnek olarak verilebilir.

Yabancılaştırıcı Bağlılık: Bireyin örgütün iç çevresi üzerinde kontrolünün olmadığı veya alternatif iş imkanlarının bulunmadığı durumlarda ortaya çıkan bağlılık türüdür (Gül, 2003: 44). Bireylerin örgütsel koşullar üzerinde etkisinin olmadığını düşünmesi, örgütsel bağlılığı olumsuz etkileyecektir. Yabancılaştırıcı bağlılıkta bireyler ödül veya cezaların işin nitelik ve niceliği ile ilgili değil rastgele verildiğine inanmaktadırlar (Penley ve Gould, 1988: 49). Bu bağlılık türü bireyin örgüte katkısını önemli oranda azalttığı söylenebilir. Çünkü birey örgütle ilgili iç ve dış kontrolünün olmadığını ve ödül veya cezaları adaletsiz verildiğini düşünmesi örgütüne olan güvenini azaltacaktır. Bu bireylerin alternatifleri olmaması nedeniyle zorunluluktan örgütte kaldıkları söylenebilir.

1.3.1.7. Meyer ve Allen yaklaşımı

Meyer ve Allen göre örgütsel bağlılık, bireyi örgüte bağlayan, birey ile örgüt arasındaki ilişkiyi tanımlayan, bireyin örgüt üyeliğini sürdürmeyi amaçladığı psikolojik durumdur (Meyer ve Allen, 1991: 67).

Meyer ve Allen modeli, ilk olarak 1984 yılında örgütsel bağlılığın tek boyutlu bir kavram olmadığından hareket edilerek iki boyutlu bir ölçek olarak hazırlanmıştır. Bu ölçek *Duygusal* ve *Devamlılık* bağlılığını

içermektedir. Daha sonradan modele eklenen *Normatif bağlılık* yaklaşımı ile 3 boyutlu hale gelmiştir (Meyer ve Allen, 2004: 63).

Duygusal Bağlılık: Bireylerin örgütlerini sevmesinden dolayı içten ve isteyerek bağlı olmasıdır (Akdemir ve Duman, 2016: 343). Bireyler örgütte kalmayı istedikleri için çalışmayı sürdürürler (Çakar ve Ceylan, 2005: 52; Kurtulmuş, Kinay ve Gündaş, 2012: 367). Bu bireyler örgütle özdeşleşmişlerdir. Örgütün başarısı için daha fazla çalıştıkları ve fedakarlık yaptıkları söylenebilir. Bu bireylerin örgütte zorunluktan değil çalışmayı istekleri için kaldıkları söylenebilir. Emekliliği gelmiş bir çalışanın örgütüne duygusal bağlılığından dolayı emeklilik dilekçesini vermeyip süreci uzatması bu konuya örnek olarak verilebilir.

Allen ve Meyer (1990: 17), duygusal bağlılığa etki eden faktörleri şu şekilde sıralamıştır:

- 1) İşin güçlüğü: Çalışanlara işin zorluğu ve nasıl yapılacağı açıkça anlatılmalı ve çalışanlar desteklenmelidir.
- 2) Rolün açıklığı: Çalışanlara işle ilgili istenilenler açıkça belirtilmelidir.
- 3) Amacın açıklığı: İstenilen amaç ve hedeflerin açık ve anlaşılır bir şekilde her çalışana anlatılması gerekmektedir. Böylece ne istenildiği herkes tarafından öğrenilmiş olacaktır.
- 4) Yönetimin öneriye açıklığı: Yöneticiler astlarının fikirlerini dinlemeli ve geri bildirimde bulunmalıdır.
- 5) Arkadaş bağlılığı: Sık sık moral ve motivasyonu artırıcı eğitim ve eğlenceler düzenlenmelidir. Çalışanlar arasında iletişim artırılmalıdır.
- 6) Eşitlik ve adalet: Çalışanlar arasında liyakat ve eşitliğin sağlanması çalışanların örgüte olan güvenini arttıracaktır.
- 7) Kişisel önem: Çalışan, maddi ve manevi olarak yaptığı işin önemi konusunda teşvik edilmelidir.
- 8) Katılım: Çalışanlara kararlara katılım konusunda söz hakkı verilmeli ve değerli oldukları hissetmeleri sağlanmalıdır. Böylece çalışanlar örgüte daha fazla katkı yapacaklardır.

- 9) Geri bildirim: Yapılan değerlendirmelerde çalışanların iyi yönleri takdir edilmeli ve düzeltmesi gereken yönlerinde de yol gösterilmelidir.

Devam Bağlılığı: Bireyin örgütte çaba, zaman ve emek harcamasıyla kazandığı statü ve paranın başka bir örgüte geçtiğinde kaybedeceği endişesi ile oluşan bağlılıktır (Yalçın ve İplik; 2005: 398). alışan iş değiştirdiğinde işe uyum sağlayamayacağını düşünüyorsa, arkadaş çevresinden ve bulunduğu ortamdan kopmak istemiyorsa, çalıştığı örgütüne karşı devam bağlılığı oluşmaktadır. (Buğra, 2014: 44). Devam bağlılığında duygusal düşünme çok az olduğu söylenbilir. Birey maddi ve psikolojik olarak zarara uğramak istememektedir.

Devam bağlılığında birey örgütüyle özdeşleşmiş değildir. (Tutar, 2007: 106). Birey kendi çıkarları için örgütte kalmaya devam etmektedir. Bireylerde devam bağlılığının oluşmasında bireyin yetenek ve aldığı eğitimlerin başka örgütte kullanamayacağı endişesi, bulunduğu yere alişması nedeniyle ayrılmak istememesi, örgüte zaman ve caba harcayarak bireysel yatırım yapması, emeklilik pirimini kaybedeceği düşüncesi, örgütten ayrılmaması durumunda aynı veya daha iyi iş seçeneklerinin olmaması düşüncesi ve toplum gibi birtakım bireysel ve örgütsel faktörler bulunmaktadır (Allen ve Meyer, 1990: 18). Örneğin; hemşirelikte uzmanlaşma olmadığı için hastanenin eğitim birimde çalışan bir hemşirenin başka bir kuruma gittiğinde tekrar eğitim birimine verilmeyebilir. alışan bunu göze almayarak bulunduğu hastanede uzun yıllar kalmak isteyebilir. Bu da devam bağlılığını ortaya çıkarmış olacaktır. Aynı zamanda yer değişikliği ile evi taşıma, arkadaş ortamından ayrı kalma, yeteneklerini yeni örgütte sergileyememe, örgütüne zaman ve çok çaba harcaması da örgütünde devam etmesini etkileyen faktörlerdir.

Normatif Bağlılık: Örgütte kalmayı ve örgütün amaçlarını gerçekleştirmeyi ahlaki bir yükümlülük olarak görmesi ve örgütten ayrıldığında ortaya çıkacak kayıpların hesaplanmasından etkilenmemesi olarak açıklanmaktadır (Wasti, 2000: 202). Normatif bağlılık erdemlilik ve ahlaki duygulara dayanmaktadır (Gl, 2003: 46). Çalışanlar aldığı eğitimlerden veya örgüt içerisindeki kurmuş oldukları iyi ilişkilerden,

arkadaşlık ilişkilerinden ve örgüte minnet duymalarından dolayı örgütte kalmayı sürdürmektedir (Öğüt ve Kaplan, 2011: 193). Normatif bağlılıkta bireyin örgütte kalma güdüsünün yükümlülüğe dayandığı söylenebilir. Sertifika kursuna gönderilen bir hemşirenin kurstan geldikten sonra eğer isterse başka bir kuruma tayin isteyebilir. Çalışan gitmeyi istediği halde tayin istemeyip kurumda kalırsa ahlaki bağlılığın varlığından söz edilebilir. Bu çalışanlar örgütün kendilerine sunduğu imkanlar nedeniyle örgütlerinin kendilerinin sadakatlerini hak ettiklerini düşünmektedir. Örgütte kalarak yaptıklarının doğru ve etik kurallara uygun olduğunu düşündükleri söylenebilir.

1.3.2. Davranışsal Bağlılık Yaklaşımı

Davranışsal bağlılık yaklaşımı, bireyin davranışları ile bağlılığının dışı vurumu veya bireyden normalde beklenen davranışları aşan bir çaba gösterme isteği olarak tanımlanmaktadır (Duygulu ve Abaan, 2007: 62). Bu yaklaşım, ağırlıklı bazı sosyal psikologların çalışmalarına dayanmakta ve kişinin geçmişteki davranışlarının onu örgüte bağladığı süreç üzerinde durmaktadır (Varoğlu, 1993: 12). Diğer bir ifade ile bu yaklaşım, bireylerin geçmiş deneyimleri ve örgütteki sorunları ve bu sorunlara nasıl yaklaştıkları ile ilgili kavramdır (Bayram, 2005: 129). Bireyin olay ve durumlar karşısında geçmiş deneyimlerinden faydalanıp faydalanmadığını ortaya koymak olduğu söylenebilir. Birey çalıştığı örgütten ayrılmamak için örgütten beklentilerini azaltabilir ve örgütten ayrılmasını önleyici bahaneler bulabilir. Örneğin; maaşına zam isteyen bir çalışanın, zam verilmediği takdirde örgütten ayrılacağını söylemesi ve zam verilmediğinde ise örgütünün mali durumunun iyi olmadığını düşünüp örgütten ayrılmamasıdır. Bireyin bu durumu geri plana attığı ve kendince örgütten ayrılmamak için bahaneler ürettiği söylenebilir. Davranışsal yaklaşıma ilişkin çalışmalar Becker'in Taraf Tutma (Yan Bahis) ve Salancik'in yaklaşımından oluşmaktadır.

1.3.2.1. Becker'in yan bahis yaklaşımı

Becker, yan bahis kavramını ilk kullanan kişidir. Becker (1960) side-bet (yan bahis) yaklaşımını zorunlu (hesapçı) bir bağlılık türü olarak ele almıştır. Bu bağlılığa göre bireyler örgütleriyle karşılıklı olarak bahse

girdikleri bir süreç yaşamaktadırlar. Bireyler değer verdikleri şeyleri ortaya koyarak yani örgütleriyle bahse girerek örgütlerine yatırım yaparlar (Saldamlı, 2009: 21). Bireyin örgütte bahse girdikleri birey için ne kadar değerli ve önemli ise bağlılığı da o oranda yüksek olacaktır (İnce ve Gül, 2005: 50). Bireylerin örgütlerine olan yatırımları arttıkça örgütten ayrılmalarının da zorlaştığı söylenebilir. Bireyler değer verdikleri şeyleri ortaya koyarak örgütleriyle bahse girerler. Örneğin; terfi etmek isteyen bir çalışan düşünelim. Bu kişi çalıştığı örgütte becerisini, enerjisini ve zamanını örgütü için harcamış ve bu amaç için çalışmış olsun. Bu kişi emeklerinin karşılığını doğal olarak örgütünden almak isteyecektir. Başka bir örgüte gittiğinde yeniden başlamak zorunda kalacağından bütün yaptıklarının boşa gideceği korkusu ile örgütte kalarak örgütü ile bahse girmiş olacaktır. Bu bağlılıkta çıkarların örgütsel bağlılığı yüksek oranda etkilediği söylenebilir.

Bireyler davranışları ile tutarlı olma konusunda kendisi için önemli olan ve davranışlarıyla doğrudan ilgisi olmayan şeyler üzerine bir tür bahse girebilirler. Örneğin; 100 bin TL ev almak istiyorsunuz ve bir arkadaşınızla eve 100 bin TL'den fazla vermeyeceğinize 10 bin TL bahse girdiniz. Ev sahibi evi 110 binden aşağıya satmayacağını söyledi. Eğer siz 110 bin TL vererek evi alırsanız 10 bin TL arkadaşınızla girdiğiniz bahis nedeniyle kaybetmiş olacaksınız. Buda sizin eve daha fazla bir fiyat verip vermeme kararınız evi satın alma davranışınızla doğrudan ilgisi olmayan bir çıkarınızı, yani arkadaşınızla girmiş olduğunuz bahsi etkilemektedir.

Becker'e göre bireylerin bağlılık göstermesinde etkili olan dört etken bulunmaktadır (İlsev, 1997: 31-34). Bunlar aşağıda açıklanmaktadır.

Bürokratik Beklentiler: Bazı bürokratik uygulamaların bireyleri katlanmak zorunda kalacakları bazı maliyetlerle karşı karşıya getirmesi durumunda bireyler örgütlerinden ayrılmak istememektedir. (Barutcu, 2015: 42). Örneğin; Kıdem tazminat, mevcut maaş düzeyi sistemi, çalışanı teşvik eden ikramiye sistemi, organizasyonun çalışanları için sağladığı sosyal yardımlar, emeklilik birikimlerine işveren katkısı gibi düzenlemeler bireyin örgütten ayrılmasını zorlaştıracaktır (Aksoy ve Yılmaz, 2016: 75).

Sosyal Etkileşimler: Birey başkalarıyla ilişki kurarken kendisi ile ilgili bir takım değerlerin yerleşmesini sağlamıştır. Bu değerleri kaybetmemek

için ona uygun davranışlar sergilemek mecburiyetindedir. Böylece yan bahis davranışını sergiler (İnce ve Gül 2005, 51-52). Kişi çevresinde kendini hoşgörülü sevecen biri olarak göstermişse, bu durumun bozulmaması için hoşgörülü ve sevecen durumunu sürdürmelidir. Birey aynı zamanda kendi davranışlarını kısıtlamış olacaktır.

Sosyal Pozisyona Uyum: Bu durumda, yan bahis bireyin içinde bulunduğu sosyal duruma alışmış ve uyum sağlamıştır (Saldamlı 2009, 23). Bu durum bireyin örgütteki konumunu güçlendirmek, bilgi ve becerisini arttırmak için harcadığı zamanı ve cabayı kaybetmemek için mevcut sistemi koruma çabasıyla açıklanabilir.

Toplumsal Beklentiler: Birey toplumun baskısı nedeniyle davranışlarını kısıtlayan bazı yan bahislere girebilir. Toplumda sürekli iş değiştiren bireye güvenilir gözüyle bakılmadığını düşünelim. Birey daha iyi iş teklifleri alsa da güvenilir olduğunu kanıtlamak için yeni girdiği işten ayrılmayıp bir süre bekleyecektir. Böylece birey güvenilirliği üzerine bahse girmiş olmaktadır. Diğer bir örnekte ise yüzüne piercing yaptırmak isteyen birey örgütün baskısı nedeniyle yan bahislere girebilir. Toplumsal baskı bireylerin kendisi gibi davranmamasına neden olabilir.

1.3.2.2. Salancik yaklaşımı

Salancik göre örgütsel bağlılık, bireyin davranışlarına bağlanması ve bunlarla tutarlı davranışlar sergilemesi olarak tanımlanmıştır (Oliver, 1990: 20). Salancik'in yaklaşımı tutumlar ile davranışlar arasındaki uyuma dayanmaktadır. Bireyin tutumları ile davranışları uyumsuz olduğu zaman birey, gerilim ve strese girecektir. Birey tutum ve davranış arasındaki gerilimi azaltmak için tutum ve davranışının uyumlu hale getirerek yaptığının doğru ve mantıklı olduğunu kendine inandırmaya çalışacaktır (Samadov, 2006: 88). Örneğin sayısal verilerle uğraşmaktan hoşlanmayan memurun hastanenin istatistik bölümünde çalıştırılmasıyla memurun davranış ve tutumu arasında uyumsuzluk oluşmaya başlar fakat memurun mevcut bölümünden başka bir bölüme gitme imkânı yoksa bu tutumunu değiştirmeye uyum davranışı göstermeye başlayacaktır.

Salancik davranışların bağıllığı etkilediğini ve davranışlara bağlanma derecesinin her davranış için ayrı olduğundan bahsetmektedir. Davranışın başkaları önünde gerçekleşmesi, gönüllü yapılması, açık ve kesin olması davranışa olan bağıllığı etkilemektedir (Odabaş, 2014: 15; Gül, 2003: 49). Örneğin; özel hastane ile belirli bir süre sözleşme yapan bir hekim başladığında belirli sebeplerden dolayı hastanede çalışmak istemezse sözleşme gereği seçiminden vazgeçemeyecek çalışmak zorunda kalacaktır. Dolayısıyla seçimi hastaneye bağıllığını arttıracaktır.

1.3.3. Çoklu Bağıllık Yaklaşımı

Reichers, tutumsal bağıllıktan etkilenerak çoklu bağıllık yaklaşımını ortaya atmıştır (Reichers, 1985: 466). Buna göre örgütler farklılık içerisindeki bir bütünün parçalarından değil bunun aksine her örgüt ayrı ayrı misyon ve değerlere sahip birleşimlerden oluşmaktadır (Saldamlı 2009: 25). Çoklu bağıllık yaklaşımına göre örgütsel bağıllık örgüte ait bireylerin meslekleri, iş arkadaşları, yöneticileri, müşterileri, tedarikçileri, sendikaları ve toplumları gibi örgüt içi ve örgüt dışı unsurlara farklı bağıllık düzeylerinin toplamıdır (Balay, 2000: 38). Bu yaklaşımda bir bireyin duyduğu bağıllık düzeyleri kişiden kişiye de farklılık göstermektedir. Bireyler bir gruba daha çok bağıllık duyarken başka bir gruba daha az bağıllık duyabilmekte ya da hiç bağıllık duymamaktadırlar.

1.4. Örgütsel Bağıllık Düzeyleri ve Sonuçları

Örgütler başarıya ulaşmak istiyorsa çalışanların bağıllığını önemsemelidir (Gül, 2003: 37). Örgütler amaçları doğrultusunda çalışanları motive etmeli, çalışanların bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirerek maksimum düzeyde verim alıp örgüte bağıllıklarını artırmalıdır (Gürkan, 2006: 49). Çalışanlardan daha fazla performans elde etmek isteyen bir örgüt, imajına ve kar elde etmeye ne kadar çok önem veriyorsa; çalışanın da o derece güvenliğini ve memnuniyetini düşünmelidir.

Randall örgütsel bağıllık düzeylerini düşük, ılımlı ve yüksek örgütsel bağıllık olmak üzere üçe ayırmış, örgütsel bağıllığın olumlu ve olumsuz sonuçlarını örgüt ve birey açısından ayrı ayrı incelenmiştir (Randall, 1987: 462). Aşağıda sırası ile örgütsel bağıllık düzeyleri ve örgütsel bağıllık

düzeylerinin birey ve örgüt açısından olumlu ve olumsuz sonuçları açıklanmıştır.

1.4.1. Düşük Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları

Birey, örgütsel hedefler için sarf ettiği çabayı harcarken, örgütün misyonunu tam olarak özümsememesi, değer ve hedeflerine tam olarak inanmaması durumunda bu bağlılık sonucu düşük bir bağlılık olarak kendini göstermektedir (Karakaş, 2014: 44). Bireyle örgüt arasındaki duygusal bağ zayıftır. Yaptığı iş dışında farklı görevler almak istemezler. En ufak olumsuzlukta ve daha iyi iş fırsatı bulduğunda örgütten ayrılacağı söylenebilir.

Düşük örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumlu sonuçları incelendiğinde;

- a) Düşük düzeyde bağlılığa sahip bireylerin örgüt içi dedikodu yapmasıyla örgüt için yararlı olabilecek sonuçlar olmaktadır. Bu informal olan iletişim şekli ile örgüt, olumsuz sonuçları olabilecek olaylara karşı tedbirli olmasına yardım etmektedir (Randall 1987: 461). Bu konuya davalık ve kanuna aykırı davranışların önlenmesi gibi durumlar örnek verilebilir. Yöneticiler dedikodular sayesinde olumsuz durumlar gerçekleşmeden önlemler alabilir.
- b) Düşük örgütsel bağlılıkta bireyin yaratıcılığı ve gelişmeye açıklığı ortaya çıkabilir. Ayrıca birey, alternatif iş olanaklarını araştıracağından bu durum, insan kaynaklarının daha etkin kullanımını sağlayabilir (Mercan: 2006: 24).
- c) Örgütü olumsuz etkileyen performansı düşük bireyin işten ayrılmasıyla örgütün moralinin yükselmesi gibi olumlu sonuçlar olacaktır. (Ceseroğlu, 2010: 60). Olumsuz örneğin işten ayrılmasıyla çalışanların motivasyonu artar, devamsızlıklar azalır ve nitelikli çalışanlar için iş imkanları doğmuş olacaktır. Sürekli iş yoğunluğundan, hasta ve yöneticilerden şikayetçi olan bir hemşire hem çevresini olumsuz etkileyecek hem de hasta güvenliğini riske atmış olacaktır. Bu hemşirenin başka bir bölüme veya kuruma geçmesi kuruma verebileceği olası zararı engellenecek,

olumsuzlukların ortadan kalkmasıyla diğer personelin örgütsel bağlılığı gelişecektir. Yeni personelin bölüme kabulü ile yeni beceriler elde edilecektir.

- d) Örgüte bağlılıkları düşük olan bireyler örgütten beklentisinin olmaması nedeniyle yöneticilerin yaptığı hata ve yanlışlıkları rahatlıkla ifade edebilirler (Somuncu, 2008: 41). Hata ve yanlış uygulamaların açıklıkla ifade edilmesiyle gizlenen ya da ortaya konulması istenmeyen konular düzeltilme yoluna gidilerek örgütün huzursuzluğu ortadan kalkmış olacaktır.

Düşük örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumsuz sonuçları incelendiğinde;

- a) Örgüte bağlılıkları düşük olan bireylerin, kendilerini örgütün bir parçası olarak görmedikleri için, işe gelmeme, işe geç gelme ve işten ayrılma olasılıkları daha yüksektir (Uyguç ve Çımrın, 2004: 93). Düşük düzeyde bağlılık gösteren bireylerin işe geç kalma, devamsızlık gibi olumsuz sonuçlar sergilemesi yapılan işlerin gecikmesine neden olacağından işletme maddi zarara uğrayacaktır. Yine bu düzeyde bağlılık gösteren bireylerin daha iyi bir iş bulunca işletmeden ayrılmaları sonucu boş kalan kadro için bireyin seçim sürecinin başlatılması ve bunun sonucunda işe alınan bireyin oryantasyon problemlerinin giderilmesi işletmeler için uzun bir süreç olmasının yanı sıra örgüte külfet de getirmektedir (Özcan, 2013: 87). Bu bireylerin diğer örgüt üyelerini olumsuz etkiledikleri ve örgütte huzursuzluk çıkardıkları söylenebilir.
- b) Düşük örgütsel bağlılık gösteren bireyler örgüt dışında ve içinde sürekli söylenti, itiraz ve şikâyette bulunduğu örgüte zarar vermekte ve müşterilerin örgüte olan güvenini sarmaktadır. Bununla birlikte bu iletişim şekli ile kurum gelir kaybına uğramakta, örgütün otoritesi sarsılmakta ve üst yönetim sorgulanır duruma getirmektedir (Bülbül, 2007: 63). Dedikodu ve söylentiler hem bireyin hem de örgütün imajına zarar verdiği, zaman kaybına yol açtığı ve örgüt içi arkadaşlık ilişkilerini bozduğu unutulmamalıdır.

- c) Düşük düzeyde bağlılık gösteren bireyler, bireysel görevle ilişkili çabalarda geri oldukları gibi, grup bağlılığının sağlanmasında da en az çaba gösterirler (Bayram, 2005: 135). Örgüt içinde verilen görevleri almak istemedikleri gibi örgüt içi organizasyonlara katılımlarının da az olduğu söylenebilir. Böylece örgütsel bağın kurulmasında katkılarının yok denecek kadar az olduğu söylenebilir.

1.4.2. İlimli Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları

Birey deneyiminin güçlü, fakat birey ve örgütün amaç ve değerlerin tam olarak özdeşleşmediği ve bağlılığın tam olmadığı bağlılık düzeyidir (Bülbül 2007: 64). Örgüte bağlılığın tam olarak gerçekleşmediği, orta düzeyde bir örgütsel bağlılığın varlığı durumudur. Birey örgüte tamamen bağlı olmayıp örgütün bazı değerlerini kabullenirken kendi değerlerini de korumaya çalışmaktadır. Yani örgütün kendisini şekillendirmesine izin vermeyip kimliğini korumaya çalışmaktadır. Bireyin örgütüne sınırsız bir sadakat duymadığı söylenebilir.

İlimli örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumlu sonuçları incelendiğinde;

- a) İlimli örgütsel bağlılıkta bireyin görev sürelerinin uzun olması, işten ayrılma niyetinde azalma, personel devir hızında azalma ve artan iş tatmini olarak sıralanabilir (Aras, 2010: 55). Örgütte uzun süre görev yapan personel örgütün yapısını ve işleyişini bildiği için daha kaliteli hizmet verecek oryantasyon sorunları yaşanmayacaktır.
- b) İlimli örgütsel bağlılıkta birey, örgütün tüm değerlerini kabullenmeyip örgütün bazı değerleri ile bütünleşirken kendi kişisel değerlerini de korumaya çalışmaktadır (Ceseroğlu, 2010: 61). Birey örgütün bütün amaç ve hedeflerini benimsemez kendisi ile ilgili olan amaç ve hedefleri de koruyarak örgütü için azda olsa çaba harcamaktadır.

İlimli örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumsuz sonuçları incelendiğinde;

- a) İlimli düzeyde ÖB gösteren bireyler herhangi bir belirsizlik durumunda işe devamsızlık yapabilirler, daha iyi bir iş teklifi

geldiğinde işten ayrılabilirler ayrıca örgüt için faydalı olmadıklarını düşündüklerinde de işten ayrılabilirler (Başyigit, 2006: 69). Düşük örgütsel bağlılıkta olduğu gibi ılımlı bağlılıkta da işten ayrılmaların çok olduğu söylenebilir.

- b) İlimli bağlılık düzeyindeki bireyler, topluma sorumluluk ile örgüte sadakat arasında bir bocalama ya da çatışma yaşarlar. Bu durum, kararsızlığa ve örgütün verimsiz işleyişine yol açabilecektir (Bayram, 2005: 136). Bu belirsizlik ortamında işe geç gelme, iş arkadaşları ile olumsuz iletişim gibi olumsuz davranışlar ortaya çıkabilir.
- c) Kariyer hedeflerine ulaşmak için gereken çabayı göstermezler. Kariyer hedeflerine ulaşamamasının nedenini örgütün kariyer imkânlarının yavaş ve belirsiz olduğunu, kendilerine yeterli kariyer fırsatları vermediğini düşünmektedirler. İlimli örgütsel bağlılığa sahip bireyler örgütün etkinliğini azalttıkları için örgütün performansını olumsuz etkiledikleri söylenebilir (Ceseroğlu, 2010: 61). Bu bireylerin kariyer hedeflerine ulaşamamalarının sebebini örgütün kariyer imkanı vermemesine bağladıkları gibi örgütte stresi artırıcı ve verimliliği azaltıcı olumsuz davranışlar sergiledikleri söylenebilir.

1.4.3. Yüksek Örgütsel Bağlılık ve Sonuçları

Yüksek düzeyde örgütsel bağlılık örgütün amaçlarını benimseme, değerlerini kendi değerleri gibi görme, örgütte kalmak için çok çalışmayı ve örgütte kalma isteğinin yüksek düzeyde olması olarak tanımlanmaktadır (Baysal ve Paksoy, 1999: 7). Yüksek örgütsel bağlılığa sahip bireyler, örgütün amaç ve hedefleriyle özdeşleşmişler ve adeta örgüt savunuculuğunu da üstlenmişlerdir (Özcan, 2013: 85). Bu durum örgüte, örgüt içinde ve dışında fayda sağlayacak unsur haline gelmektedir. Örgütünü her durumda savunma eğilimi gösterdikleri söylenebilir.

Yüksek örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumlu sonuçları incelendiğinde;

- a) Örgütsel bağlılık yüksek bireyler örgütüne sadık oldukları için örgütte kalmak istemektedirler. Bu da örgütteki çalışan devir hızını olumlu etkilemektedir (Buğra, 2014: 58). Personel devir hızının artması örgüt ve örgüt üyeleri için olumsuz sonuçları olmaktadır. Bunlar: deneyimli ve yetenekli insan kaybı, yeni başlayan personelin eğitimi ve işe kazandırılması için harcanacak emek, zaman ve para, işlerin yavaşlaması, verimin düşmesi ve en önemlisi de işyeri moral motivasyonunda yaşanacak yıkımlardır.
- b) Örgütsel bağlılığın yüksek düzeyde olması; kaliteli üretim, yüksek verimlilik, etkili iletişim, düşük çalışan devri ve yüksek düzeyde örgütsel sadakat vb. gibi olumlu sonuçlar yaratabilmektedir (Özcan, 2013: 86).
- c) Daha az eğitime ve disipline ihtiyaç duyarlar (Uygur 2007: 73). Bu bireyler örgütlerini başarıya ulaştırmak için bilgi ve becerilerini artırmaya çalışır ve yöneticilerinin istediklerini yerine getirmeye her zaman hazır oldukları söylenebilir.

Yüksek örgütsel bağlılığın birey ve örgüt açısından olumsuz sonuçları incelendiğinde;

- a) Bağlılık düzeyi yüksek olan birey, kariyerindeki ilerleme ve iş değiştirme konusunda önüne çıkan fırsatları değerlendirmede yeterince aktif rol oynamaktan kaçınabilmektedir. Bir bireyin kariyerindeki ilerleme genellikle örgütler arasındaki geçişlerle mümkün olmaktadır (Yavuz ve Tokmak, 2009: 23-24). Birey örgüte yüksek bağlılıkla bağlı olduğu için örgütten ayrılmak istemeyip daha iyi iş fırsatlarını kaçırmaktadır. Bulunduğu örgütte kalarak kariyer fırsatlarını da kaçırdığı söylenebilir.
- b) Örgütsel bağlılık bireylerin hassasiyetini arttırması nedeniyle örgütsel bağlılığı yüksek olan bireyler diğer bireylere göre stresten daha fazla etkilenmektedir (Mathieu ve Zajac, 1990: 186; Loeng, Furnham, Cooper, 1996: 1345). Örgütsel bağlılık ve stres doğru orantılıdır. Örgütsel bağlılık arttıkça streste o derece

artar. Örgütsel bağlılığı yüksek olan bireylerin stresten daha fazla etkilendiği söylenebilir.

- c) Çalışanların örgütüne yüksek düzeyde bağlılık duyması aile ve sosyal yaşantı ve ilişkilerinde sorunlara yol açmaktadır (Randall, 1987: 465). Birey her fırsatta işi ile ilgilenmesinden dolayı ailesini ve arkadaşlarını ihmal etmektedir. Bu durumun aile ve arkadaş ortamında gerilime sebep olduğu söylenebilir.
- d) Yüksek örgütsel bağlılık bazen, bireylerin gelişmesini ve hareketlilik fırsatlarını sınırlamaktadır. Bu durum, aynı zamanda yaratıcılığı ve yenileşmeyi bastırmakta, gelişmeye karşı direnç oluşturmaktadır (Doğan ve Kılıç, 2007: 55). Örgüte yeni bireylerin gelmesiyle yeni yetenek ve görüşler örgütü dinamik tutacaktır.
- e) Yüksek örgütsel bağlılık bireylerin yasa dışı ve etik olmayan eylem ve davranışlar sergilemesine neden olabilir (Aras, 2010: 58). Bu durum istenmeyen davranışlar olup hem bireye hem de örgüte zarar verecek niteliktedir.

1.5. Duygusal Bağlılık

DB, örgüt üyeliği gönüllülük esasına dayanan, bireyin kendisini örgütle özdeşleşmesi ve örgütte kalmaktan mutluluk duyması olarak tanımlanabilir (Tamer, İyigün ve Sağlam, 2014: 193). DB'ta bireyle örgüt arasında duygusal bir bağ vardır. Birey örgütsel amaçlara ulaşmada aktif ve gönüllü katılım sağladığı söylenebilir.

DB'ı yüksek olan çalışanlar, ekonomik nedenler yüzünden değil, bulunduğu örgütün amaç ve değerlerini önemseydiği ve benimsedikleri için kalmak istemektedir (Urhan, 2014: 59). Örgüte büyük katkı sağladıkları ve örgütün temel üyeleri oldukları söylenebilir.

DB, bireysel amaçlar ile örgütsel amaçların kesişmesinden meydana gelir. DB'a sahip olan çalışanlar işlerine ve örgütlerine karşı daha fazla sorumluluk hissetmektedir (Tengilimoğlu ve Mansur, 2009: 72). Örgütüne DB'la bağlı olan çalışanların örgütün çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün

tutuğu söylenebilir. Kendini rgtne adanış ve sadık kişiler her kurumun hayalini kurduğu çalışanlardır.



2. BÖLÜM

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Bu bölümde İSG'nin tanımı, amacı, önemi, ülkemizde tarihsel gelişimi, hastanelerdeki İSG uygulamaları, sağlık çalışanlarını etkileyen riskler hakkında bilgilere yer verilmektedir.

2.1. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Tanımı

İS, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üstün düzeyde tutmak, devam ettirmek ve geliştirmek, çalışanların ruh ve beden sağlıklarını işyerlerinin olumsuz etkilerinden korumak, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı önlemler almak, çalışanların rahat ve güvenli ortamlarda işin insana ve insanı işine adapte etmeyi amaçlayan tıp dalıdır (Çopur ve öte., 2006: 41). İS, çalışanların sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak görüp iş yerlerinde çalışanların sağlıklarını korumayı amaçladığı söylenebilir.

İS, çalışma hayatındaki sorunların tanımlanması ve çalışanın sağlığının korunmasına yönelik etkinliklerin yer aldığı bir alan olarak tanımlanmaktadır (Başyigit, 2014: 3). İS'nda çalışma ortamını sağlıklı ve güvenli bir hale getirebilmek için çalışma ortamındaki sağlığı etkileyen riskleri tanımlamak ve önlemler almak gerekir.

İş güvenliği, çalışma hayatında üretimden kaynaklanan tehlikelerden ve sağlığa zararlı koşullardan korunmak için yapılan sistemli ve bilimsel çalışmaların tümüdür (Çopur ve öte., 2006: 41). İG çalışmalarının, işten ve iş yerinden kaynaklı tehlikelerden çalışanı bedensel ve ruhsal olarak sağlığını korumaya çalışmaktadır. İG'nin çalışma ortamının olumsuz etkilerini azalttığı, iş kazaları ve meslek hastalıklarından kaynaklı maddi ve manevi olumsuzlukları ortadan kaldırdığı, yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalarla sağlıklı ve güvenli ortam sağladığı ve böylelikle çalışma verimini arttırdığı söylenebilir.

İG, çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik risklerinin saptanması, bununla ilgili ölçümler yapılması (örneğin; havalandırma sistemi ölçümleri, gürültü gibi) ve bu risklerin kontrol altına alınması gibi daha çok işin

teknik-mühendislik yanını içermektedir. İG, genel anlamda sadece çalışan güvenliğini değil işletme, üretim ve çevre güvenliğini de kapsayan tedbirlerin bütünüdür (Yeğin, 2015: 7). İG'nde sadece çalışanın güvenliği için alınan tedbirlerin yeterli olmadığı aynı zamanda işletmede bulunan makine, araç ve gereçler, üretilen madde ve çevreye yönelik koruma tedbirlerinin de alınması gerektiği söylenebilir.

İş yaşamında, sağlığın korunması ve güvenliğin sağlanması, bir arada değerlendirilen konular durumundadır (Çoşkun, 2015: 5). İS ile İG kavramları, birbirinden kolaylıkla ayıramayıp bir bütünü oluşturur. İS, çalışma hayatı ve sağlık arasındaki ilişkileri incelerken; İG de çalışan sağlığını korumak ve geliştirmek için çalışma ortamındaki tehlikeleri ortadan kaldıracak teknik kuralların tamamını ele alır. Bu açıklamalardan hareketle, İS ve İG kavramlarının birbirinden bağımsız düşünülmesi mümkün görünmemektedir.

İSG çalışanlar iş yerinde faaliyetlerini sürdürürken, iş yerinde veya dışında çalışanların sağlığını veya güvenliğini olumsuz etkileyecek ve kaza ve meslek hastalığına neden olacak durumları engelleyerek çalışma hayatının kalitesini ve verimliliğini artırmaya yönelik yapılan sistemli ve sürekli çalışmalar oluşturmaktadır (Tanır, 2004: 10). İSG, çalışma ortamında daha tehlike ve arıza durumları meydana gelmeden tehlike ve riskleri tahminleyen, bunları risk analizi çalışmaları ile kabul edilebilir olup olmadığına karar veren çalışmalardır (Akıllı ve Aydoğdu 2014: 245). İSG çalışmalarının, çalışma ortamında çalışana, işverene ve işletmeye zarar gelmeden önce risk tespit çalışmaları yapılarak iş kazası ve meslek hastalıklarının oluşmasını engelleme çalışmaları olduğu söylenebilir.

İSG ile sadece iş kazalarının hemen hemen hiç olmadığı, meslek hastalıklarının tamamen önlendiği işyerlerini oluşturmak değil, aynı zamanda çalışanların fiziksel, bedensel ve ruhsal olarak *tam bir iyilik* içinde olduğu, iş barışı sağlanmış, verimli ve huzurlu bir çalışma ortamı oluşturmak hedeflenir (Fırat, 2008: 2). Güvenli ve huzurlu bir ortamda çalışma her çalışanın hakkıdır. Meslek hastalıklarını ve iş kazalarını tamamen yok etmek mümkün olmadığı fakat riskleri azaltma çabalarıyla çalışma ortamı daha sağlıklı ve güvenli hale geldiği söylenebilir.

2.2. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Amacı

İSG, çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, toplumun sağlığına yönelik çalışmalar içinde önemli ve vazgeçilmez bir yer tutmaktadır (Karakaş, 2007: 29). İSG'nin amacı iş kazaları ve meslek hastalıklarını önleme gibi dar kapsamda düşünülse de asıl amacı çalışanların sağlığını korumak, geliştirmek ve bununla ilgili tüm tedbirleri almak olduğu söylenebilir. İSG çalışma ortamının uygunsuzluklarını önleyerek öncelikle çalışanın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi, makine ve teçhizatın bilinçli kullanılmasını sağlayarak çalışma ortamının güvenliğini, kaza ve meslek hastalıkları nedeniyle oluşacak iş gücü kayıplarını önleyerek üretim güvenliğini sağlamayı amaçlamaktadır (Erim, 2007: 1). Akıllı ve Aydoğdu (2014: 245) İSG'nin amaçlarını çalışanları korumak, iş yerini korumak, üretim güvenliğini sağlamak ve çevreyi korumak olarak sıralamıştır.

2.3. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir bölümünü çalışanlar oluşturmaktadır. Sanayileşmeyle ve teknoloji kullanımıyla birlikte işyerlerindeki çalışma koşulları kötüye gitmeye başlamış bu da İSG'ni dolayısıyla da insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında çalışanların eğitimsiz olması ve dikkatsiz çalışması ile işverenlerin İSG önlemlerini almamaları iş kazaları ve meslek hastalıklarını arttırmaktadır.

Ülkemizde her 7 dakikada bir iş kazasının olduğu, her 10,8 saatte; bir çalışanın hayatını kaybettiği ve her 5,5 saatte bir işe; bir çalışan sürekli iş göremez şeklinde sakatlandığı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerinde yer almaktadır (Yıldırım ve öte., 2015: 214). Ailelerinin geçimini sağlamak için çalışmaya giden iki işçinin evlerine tekrar geri dönememesi anlamına gelmektedir. Bu durumda işçi, işçinin ailesi, işveren ve ülke farklı açılardan zarar görmektedir. İSG çalışmalarının ülke ekonomisinin geliştirilmesinde, çalışanların iş veriminin artırılmasında, insana verilen değer vurgulanmasında ve dolayısı ile toplumsal refah ve mutluluğunun artırılmasında çok büyük öneme sahip olduğunu söylenebilir. Çalışanların iş ortamında güven ve huzur içinde çalışmalarını sağlanmalıdır.

2.3.1. İş Güvenliğinin İşveren Açısından Önemi

Çalışanların iş kazasına uğraması çalışan için önemli olduğu kadar işletme içinde büyük önem taşımaktadır. İşletmede İSG çalışmaları kalite ve verimliliği arttırırken zamandan da tasarruf sağlayarak işletmelerin uluslararası piyasada rekabet edebilirliğini arttırmaktadır (Dinç, 2016: 28).

İşletmeler için iş güvenliğindeki aksaklıkları maliyet açısından incelendiğinde çok kapsamlı bir önemi olduğu söylenebilir. Çalışanın yaralanması ile iş gücü kaybı, tedavi giderleri, üretimin yavaşlaması veya duraksaması, kazaya bağlı makine ve teçhizatın zarar görmesi, yerine yeni işçinin alınması ve eğitim giderleri, çalışan motivasyonun azalması, kalite ve verimliliğin düşmesi, geciken işler nedeniyle müşteri memnuniyetsizliği ve işletmenin imajının zarar görmesi maliyeti etkilemektedir. Ayrıca işletme yasal yükümlülüklerle karşı karşıya kalmaktadır (Dinç, 2016: 30). İşletmelerde İG'in sağlanmasının doğal olarak bir maliyeti olduğu söylenebilir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2005: 312). İşletmeler İG konusunda yaptığı harcamaları iş yerine maliyet yükü olarak görse de iş kazası ve meslek hastalıkları sonucunda oluşan zararlardan daha az maliyetli olduğu görülmektedir. Örneğin bir hastanenin hasta yatağı, sedye ve tekerlekli sandalyelerin kontrol ve bakımlarını maliyet açısından yaptırmadığını düşünelim; hastanın sedye ile taşınırken sedyenin tekerliğinin kırılması ile hastanın düşüp ölmesi sorumlu kişileri telafisi olmayan bir durum ile karşı karşıya getirecektir. Böylece hastane yönetimi için kanunlara hesap verme, soruşturma masrafları, tazminatlar, prestij kaybı, hasta, hasta yakını ve çalışanlarda moral bozukluğu meydana gelecektir. Hastane yönetiminin sedyenin günlük kontrollerini ve aylık bakımlarını yaptırmasıyla sonucunun telafisi olmayan durumlar önlenir. Önlemek ödemekten ucuzdur mantığı ile hareket etmek gerekir.

2.3.2. İş Güvenliğinin Çalışan Açısından Önemi

İSG önlemlerini işletmelerin önemsemesi ve maliyet olarak görmesi nedeniyle çalışanların iş kazası ve meslek hastalığına uğraması, geçici veya kalıcı sakat kalması, işini kaybetmesi veya hatta ölmesi durumunda çalışan ve/veya ailesinin karşılaştıkları çeşitli güçlük ve sorunlar vardır (Gündüz, 2016: 23).

Çalışan yakalandığı hastalıktan ya da uğradığı kazadan dolayı, moral bozukluğu, psikolojik rahatsızlıklar ve sosyal ilişkilerinde bozulmalar yaşayabilmekte ve gelir kayıpları ile kendisini ailesine bir yük olarak hissedebilmektedir. Çalışanlar, tüm bu nedenlerden kendisini toplumdaki ayrı bir yerde tutarak kendini toplumdaki soyutlamakta işe yaramaz biri olarak görmektedir. İş kazalarının ya da meslek hastalıklarının ölümlerle sonuçlanması aile için en büyük yıkım olarak görülmektedir. İş kazası ile hayatını kaybeden çalışanın ailesi üzüntü ve acının yanında gelir kaybı ile karşı karşıya gelebilmektedir. Yani aile hem maddi hem de manevi bir çöküntü içine girecektir (Yıldırım, 2010: 42). Bir iş kazası olduğunda sadece çalışan etkilenmemekte, çalışanın ailesi, yakınları, iş arkadaşları aynı sektörde çalışan diğer işçiler, işveren, sendikalar ve devlet dolayısıyla ülke ve toplum etkilenmektedir.

Özellikle fabrikalarda yaşanan iş kazalarında ölen ve yaralanan işçi sayısının çok olması, çevreyi de olumsuz etkilemesi nedeniyle toplumun hassasiyeti artmaktadır. Örneğin; 07.04.2017 tarihinde saat 11:30 gibi Osmaniye organize sanayi bölgesinde metalürji fabrikasında makine bakımı yapılırken bir işçi karbon silobaz'ın içine düşmüş iki işçide arkadaşlarını kurtarmaya çalışırken zehirlenerek hayatını kaybetmiştir. 12 işçide zehirli gazdan etkilenmiştir (İmrek, 2017). İkinci örnekte ise Çerkezköy organize sanayi bölgesinde faaliyet gösteren boya-kimya fabrikasında 12.04.2017 tarihinde saat 06:30 sıralarında fabrika kazanının fazla ısınması sonucu kimyasal reaksiyon gerçekleşerek yangın meydana gelmiştir. Dumandan etkilenen 100'den fazla işçi hastaneye kaldırılmış, diğer fabrikaların işçileri de olmak üzere evlerine gönderilmiş ve valilikten kimyasal sızıntı olma olasılığına karşı önlemler alınmıştır (Erat, 2017). Görüldüğü gibi iş kazasında da sadece işçi ve işveren etkilenmemektedir. Toplumda önemli ölçüde zarar görmektedir.

Tablo 2.1.'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) istatistiklerine göre Türkiye'de yaşanan iş kazası ve meslek hastalıkları vakaları, bu vakaların sonucu yaşanan ölümlere ait sayısal veriler gösterilmektedir.

Tablo 2.1. Türkiye’de Yaşanan İş Kazası, Meslek Hastalığı ve İşe Bağlı Ölüm Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

<i>Yıllar</i>	<i>Çalışan Sayısı</i>	<i>İş Kazası Sayısı</i>	<i>Meslek Hastalığı Sayısı</i>	<i>Ölüm Sayısı</i>
2012	11.939.620	74.871	395	745
2013	18.886.989	191.389	371	1360
2014	19.821.822	221.366	494	1626
2015	20.773.227	241.547	510	1252

Kaynak: SGK, 2016.

Tablo 2.1.’e göre ülkemizde iş kazası ve meslek hastalığından kaynaklanan ölüm olayları sonucunda, her yıl birçok insan çalışma hayatının en verimli çağında hayatını kaybetmektedir. İş kazası sayısı ve meslek hastalığı sayısı yıllara göre bakıldığında artış gözlenmektedir. 2014 yılında 221.366 olan iş kazası bildirim sayısı yaklaşık %8 artışla 2015 yılında 241.547’ye yükselmiştir. 2015 yılında yapılan iş kazası bildirimleri 2014 yılına göre artarken ölüm sayısı 2014 yılına göre azaldığı görülmektedir. 2015 yılında ölen çalışan sayısına bakıldığında günde ortalama 3 çalışanın öldüğü anlamına gelmektedir. Bu göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir sayıdır.

İş kazaları sayısının artışı 6331 ve 5110 sayılı kanunların işverene yaptırımları, sıkı denetim ve iş güvenliği uzmanlarının yarattığı farkındalık bildirim sayısını arttırmış olabilir.

2.4. İş Sağlığı ve Güvenliğinin Türkiye’de Gelişimi

Ülkemizde İSG’nin tarihsel gelişimi sanayileşme ve çalışma yaşamındaki gelişmelere bağlı olarak gerçekleşmiştir. Sanayi devriminin yarattığı olumsuz çalışma koşulları iş kazaları ve meslek hastalıklarını arttırmıştır. Bu olumsuzlukların yaşanması İSG ile ilgili toplumsal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu tepkiler sonucunda İSG çalışmaları ivme kazandırmıştır (Yıldız, Tekin ve Odman, 2008: 19). İş kazaları ve meslek hastalıkları toplumsal sorun olması nedeniyle İSG çalışmaları yıllar içerisinde büyük yol katedilmiştir. Türkiye’de İSG’nin tarihsel gelişimi üç bölümde incelenecektir.

2.4.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi

Sanayileşmenin ve fabrika sayılabilecek büyüklükte iş yeri sayısının az olması nedeniyle bu dönemde İSG çalışmaları gelişmemiştir (Çabuk, 2016: 5). Osmanlı imparatorluğunda ilk sanayileşme çabaları 19.yy'da sanayi devrimin etkisiyle başlamıştır. 1850'lerde sanayi kollarının gelişmesi ve toprak üzerindeki çözülmenin hızlanmasıyla çalışan sayısı artmıştır (Şık ve Şahingöz, 2015: 31). Bu gelişmeye paralel olarak İSG sorunları da ortaya çıkmaya başlamıştır.

Sanayi devrimi öncesi Osmanlı imparatorluğunda iş yerlerinin çoğu küçük atölyelerden oluşmaktaydı. Bu dönemde işçilere sosyal yardım yapılmıştır ancak bunların sürekliliği olmamıştır. Bu yardımlar ilk zamanlar esnaf zaviyeleri tarafından gerçekleştirilmiş sonraları ise zaviyelerin yerini loncalar almıştır. Loncalar İSG konusunda çalışmalar yapmışlardır. Loncaların ortak sandığı adı altında yardım sandıklarıyla çalışanların sosyal güvenlik ihtiyaçları karşılanmıştır. Yaşlanan esnaf ve zanaatkarlara, sakatlanan veya tedavisi olmayan hastalığa yakalara geçimlerini sağlamaları için sandıktan yardım yapılırdı (Dinç, 2016: 22). Bu sandıkların çalışanlara sosyal güvence olduğu, aile hayatını desteklediği ve önemli ihtiyaçlarını karşıladığı söylenebilir. Ayrıca loncaların kurdukları yardımlaşma sandıkları Türkiye'de sosyal sigortaların ilk çekirdeği olarak kabul edilebilir. Osmanlı imparatorluğu döneminde sosyal güvencenin var olduğu fakat sistemsiz olmadığı söylenebilir.

Tanzimat'ın ilan edilmesiyle Modernleşme çabaları içerisindeki Osmanlı Devleti, hukukta modernizmi yakalamak için 1869-1876 tarihleri arasında Mecelleyi hazırlayarak yürürlüğe sokmuştur. Mecelle, ilk kez yazılı bir hizmet sözleşmesi ve işçi kavramlarına farklı adlarla da olsa yer vermiştir (Özdoğan, 2015: 22).

Türkiye'de çalışanı koruyan ilk mevzuat 1865 yılında "Dilaver Paşa Nizamnamesi"dir (Yavuz, 2009: 19). Nizamname, kömür madenlerinde çalışan işçilerin durumlarını düzeltmek için hazırlanmış olup, madenlerde bir hekimin bulunmasını hükme bağlamıştır. Ayrıca, nizamnamede çalışanlara ait dinlenme ve tatil zamanları, barınma yerleri, çalışan saatleri ve onların sağlıkları ile ilgili çeşitli konular ele alınmıştır (Yıldız, Tekin ve

Odman, 2008: 19). Dilaver Paşa Nizamnamesi ile İSG açısından önemli adım atıldığı görülmektedir. İSG ile ilgili ilk yasa olduğu söylenebilir.

1969 yılında çıkarılan Maadin Nizamnamesi, Dilaver Paşa Nizamnamesini tamamlayıcı niteliktedir. Madenlerde zorla işçi çalıştırma sistemi tamamıyla ortadan kaldırmıştır. Maadin Nizamnamesi, Dilaver Paşa Nizamnamesi'ne göre daha kapsamlı ve geliştirilmiş hükümler içerse de işverenler tarafından uygulanmamış ve tüzük hükümleri yaşama geçirilememiştir. Çıkarılan mevzuatlar uygulanmadığı takdirde var olması hiçbir anlam ifade etmemektedir. Bir mevzuatın yaptırım gücü olduğu gibi denetim mekanizması da işlemlidir. Bu dönemde ilk ve önemli adımlar atılmış olsa da başarılı olmadığı söylenebilir.

2.4.2. Birinci Büyük Millet Meclisi Dönemi

Birinci Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 1921 yılında çalışma yaşamı ile ilgili iki önemli kanun çıkarılmıştır. İlk kanun Zonguldak ve Ereğli Havzası Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amale Menafii Umumiyesine Furuhtuna dair 28.04.1921 tarih ve 114 sayılı kanun olup kömürden arta kalan kömür tozlarının satılması ile elde edilecek gelirin işçilerin gereksinimleri için ayrılması hüküm altına alınmıştır (Şık ve Şahingöz, 2015: 32). Bağımsızlık Savaşımızın verildiği zamanda bile sağlık, sosyal ve ekonomik durumların düzeltilmesine önem verildiği söylenebilir.

Diğer kanun ise Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik 10.09.1921 tarih ve 151 sayılı kanun olup çalışma koşullarının düzeltilmesine yönelik hükümler getirmiştir. Bu kanun ile ülkemizde çalışma saatleri ilk kez 8 saat ile sınırlandırılmış ve maden ocaklarında 18 yaşından küçüklerin çalıştırılması yasaklanmıştır (Akay, 2006: 12-13).

Birinci TBMM döneminde İzmir'de tüccar, çifçi, sanayici ve işçi delegelerin katılımı ile 4 Mart 1923 tarihinde I. İktisat Kongresi yapılmıştır. Bu kongrede kabul edilen 30 maddelik öneri listesi gelecekteki yasal düzenlemelerin çekirdeğini oluşturmuştur (Erim, 2007: 17-18).

2.4.3. Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin ilanından sonra resmi ve özel kurumlarda çalışanların tümüne haftada bir gün süre ile tatil hakkı tanıyan 1924 tarih 394 sayılı

“Hafta Tatili Kanunu” olmuştur (Dinç, 2016: 22). Cumhuriyet döneminde, İSG açısından atılmış önemli bir adım olarak kabul edilir.

1926 yılında yürürlüğe giren 818 sayılı Borçlar Kanunu hizmet akdi, işin düzenlenmesi ve işverenin iş kazaları ve meslek hastalıklarından doğan hukuki sorumluluğu ilgili yeni hükümler getirmiştir (Erim, 2007: 18). Bu hükümlerin çalışanın yararına olduğu görülmektedir. Bu yasa ile işveren iş kazaları ve meslek hastalıklarının oluşmaması için iş yerlerinde risklere yönelik önlem alma konusunda daha titizlikle durdukları söylenebilir.

Bu dönemde İSG’ne ilişkin yasal altyapısının yetersizliği nedeniyle İSG ile ilgili hükümler içeren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ve Belediyeler Yasası 1930 yılında yürürlüğe girmiştir (Özdağın, 2015: 24). 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası işçi sağlığı ve iş güvenliği yönünden bugün bile üzerinde önemle durulan iş yerlerinde iş yeri hekimi bulundurulması, gebe kadınların doğumdan önce ve sonra çalıştırılma kuralları ve gece çalışma kuralları gibi önemli maddeleri içermektedir (Şık ve Şahingöz, 2015: 33; Erim, 2007: 19). Bu yasa işyeri hekimliği bakımından dönüm noktası teşkil eder. 1580 sayılı Belediyeler Yasası'na göre işyerlerinin İSG yönünden bazı açılardan denetlenmesi görevi belediyelere verilmiştir (Erim, 2007: 18).

Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle 1930 yılında Genel Sağlığı Koruma Yasası çıkarılmıştır. Bu yasa Türkiye'nin hukuk sisteminde 60 yıldan fazla etkili olmuştur (Yıldırım, 2010: 33).

Türkiye'nin ilk İş Kanunu olan 3008 sayılı kanun 08.06.1936 yılında çıkarılarak 15.06.1937 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 148 maddeden oluşmaktadır. İlk kez İSG konusunu ayrıntılı ve sistemli olarak düzenlenmiş ve 3008 sayılı İş Kanunu 28.07.1967 tarihinde kaldırılarak yerine 931 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. 931 sayılı İş Kanunu 39 ay yürürlükte kalmış, Anayasa Mahkemesince şekil yönünden iptal edilmiştir.

931 sayılı İş Kanunu Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmesi üzerine 25.08.1971 tarihinde 1475 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. 2003'e kadar bazı kanunlarla ilaveler yapılmış, 09.06.2003 tarihi itibarıyla 14. maddesi hariç yürürlükten kaldırılmış olup 32 yıl yürürlükte kalmıştır. 1475 sayılı İş Kanunu yerine 4857 İş Kanunu 10.6.2003 tarih ve 25134 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Şık ve Şahingöz, 2015: 33).

1945 yılında 4292 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Yasası çıkartılmıştır. 28.01.1946 tarih ve 4841 sayılı yasa ile Çalışma Bakanlığı kurulmuş, İSG konusunda önemli adımlar atılmıştır (Çabuk, 2016: 7). 13.12.1983 tarih ve 184 sayılı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Çalışma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birleştirilerek Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) adıyla yeniden teşkilatlandırılmıştır (ÇSGB, 2016).

4857 sayılı İş Kanununun yürürlük tarihinden tam 9 yıl sonra TBMM Genel Kurulu 20.06.2012 tarihli oturumunda 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kabul edilmiş 30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Kanunla birlikte 4857 sayılı kanundaki 77-89. maddeler arası yürürlükten kaldırılarak kamu ve özel sektör İSG kapsamına periyodik olarak alınmıştır (Şık ve Şahingöz, 2015: 33). Yürürlükte olan son kanundur. Bu kanun ile ilk defa; çalışan sayısına ve iş koluna bakılmaksızın bütün çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanmasına olanak sağlanmaktadır. Bütün işverenlere risk değerlendirmesi yapma ve gerekli önleyici tedbirleri alma ve uygulama sorumluluğu vermektedir. Özetle bütün çalışanlara hem sağlık hem de iş güvenliği hizmetlerinin verilmesi yükümlülüğü getirmiştir.

2.5. Hastanelerde Sağlık Bakanlığı Tarafınca Yapılan İş Sağlığı ve Güvenliği Düzenlemeleri

Hastaneler, sağlık hizmetlerinin değişik basamaklarının bir veya birden fazlasını sonsuz hasta tatmini misyonu ile tıp bilimlerinde ulaşılmış en üst bilgi düzeyini, en iyi derecede yetişmiş uzman kişiler vasıtasıyla kullanarak, ileri teknolojiye sahip cihazların yardımıyla gelişmelere paralel olarak hızla değişen, işletme bilimlerinin en son tekniklerini uygulayan, ülkenin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen bağımsız sosyo-ekonomik birimlerdir (Yeşil, 2009: 40). Hastaneler, sağlık hizmetlerinin yoğun biçimde sunulduğu ve en temelde sağlık hizmetlerinin somutlaştığı alanlardır. Hastanelerin temel işlevinin hasta ve yaraları tedavi etmek ve bakımını sağlamak olduğu söylenebilir. Hastanelerin bu faaliyetleri yerine getirmek içinde sağlık profesyonellerine ihtiyacı vardır.

Hastaneler, farklı nitelik ve nicelikte profesyonel insan kaynağı, karmaşık, iç içe geçmiş iş süreçleri ve yoğun teknoloji kullanımı ile yüksek riskli mekanlardır (Devebakan, 2007: 4). Sağlıklı ya da hasta bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için öncelikle sağlık çalışanları kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek zorundadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlanmalıdır. Çalışan güvenliği, çalışan sağlığının, çalışan sağlığı ise arzulanan sağlık hizmet sunum kalitesinin en önemli gerekliliğidir (Cebeci, 2013: 63). Örneğin yoğun ve hızlı çalışma gerektiren acil serviste zeminin kaygan olması, sedyelerin kırık ve hemşire çağrı cihazlarının çalışmadığı düşünüldüğünde ortamda iş sağlığı ve güvenliğinden bahsedilemeyecektir. Bu durumdan hem hastanın hem çalışanın zara görmesi kaçınılmazdır.

Sağlık sektöründe İSG uygulamalarının temel amacı, çalışma ortamında sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve riskleri ortadan kaldırarak meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmadığı güvenli hastane ortamının sağlanmasıdır (Görür, 2014).

Hastanelerde çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması ve korunması için Sağlık Bakanlığı tarafından 06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”in yürürlüğe girmesiyle Sağlık Bakanlığı tüm sağlık kuruluşlarını hasta ve çalışan güvenliği açısından değerlendirmeye başlamıştır. Değerlendirme sürecinde “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)” kullanılmaktadır. Daha sonra bu yönetmelik kaldırılarak 27.06.2015 tarihinde, “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin amacı, hasta ve çalışan güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak, sağlıkta kalite standartlarını sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulayarak kaliteli hizmet sunumunu sağlamaktır (RG. 27.06.2015/29399). SKS’nda özellikle sağlıklı çalışma yaşamı, güvenlik raporlama sistemi, risk yönetimi ve acil durum ve afet yönetimi gibi bölümler hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli düzenlemelerin yapılmasını ve İSG’ne yönelik farkındalığın arttırılmasını amaçlamaktadır.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarih ve 6665 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi yayınlanmıştır. Bu genelge ile tüm sağlık kuruluşlarında çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi ve sürdürülmesi amaçlanmıştır. Genelge; hastanelerde çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden konuların gündeme gelmesi için çalışan güvenliği komitesinin kurulması, çalışan güvenliği programının hazırlanıp çalışanların sağlık taramalarının belirlenen periyotlarda yapılması, mesleki risk olan enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, beyaz kod uygulamasına geçilmesi, çalışanların ve yönetimin kişisel koruyucu önlemleri alması, çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi gibi çalışan güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak için önemli maddelere yer vermiştir. Genelge doğrultusunda hastanelerde çalışan güvenliği komitesi kurulmuş, daha sonra SKS Versiyon 5 ile çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi olarak adı değiştirilmiştir. Bu komitenin görevlerine örnek olarak bölümlerin risklerine göre çalışanların hangi kişisel koruyucu ekipmanları kullanması gerektiğini belirlemek, beyaz kod nedenlerini araştırmak ve sayısını analiz ederek gerekli çalışmaları yapmak, komite üyelerinin hastanenin bölümlerini ziyaret ederek çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden sorunları belirleyip düzeltici önleyici faaliyet başlatmak görevleri arasındadır.

Hastaneler, 18.04.2014 tarih ve 28976 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işler" sınıfında değerlendirilmektedir. Çünkü hastaneler iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirildiğinde çalışanlar için yaşamsal tehlikeleri vardır (Öner, 2014: 100). Acil serviste veya ambulanslarda hastanın hayatını kurtarma için defibrilatörün kullanılması sağlık personelinin hasta ile temas halinde olması neticesinde elektrik akımından etkilenmesiyle yanık ve fibrilasyona sebep olabilir. Görüldüğü üzere sağlık personeli başkalarının hayatını kurtarıırken kendi hayatını riske atacak kazalara maruz kalmaktadır.

50'den fazla çalışanı olan çok tehlikeli işyerlerinde 1 Ocak 2013 tarihi itibarıyla işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personeli görevlendirilmesi veya bu hizmetlerin ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak yerine getirilmesi zorunlu olmuştur. Buna göre

kimlerin İş Güvenliği Uzmanı (İGU), İşyeri Hekimi (İH) ve Diğer Sağlık Personeli (DSP) çalıştırması gerektiğine dair Tablo 2.2.'de gösterilmektedir (RG. 30.6.2012/28339).

Tablo 2.2. İSG Yükümlülük Tablosu

İSG YÜKÜMLÜLÜK TABLOSU	AZ TEHLİKELİ			TEHLİKELİ			ÇOK TEHLİKELİ		
	İGU	İH	DSP	İGU	İH	DSP	İGU	İH	DSP
10'dan Çalışan Olan İş Yerlerinde	X (zorunlu değil)	x	x	+	+	x	+	+	x
10-49 Arası Çalışan Olan İş Yerlerinde	2017 Temmuzda n sonra	2017 Temmuzda n sonra	x	+	+	x	+	+	+
50 ve Üzeri Olan İş Yerlerinde	+	+	x	+	+	x	+	+	+

Kaynak: RG. 30.6.2012/28339.

Tablo 2.2.'ye göre 10-49 arası çalışan olan iş yerlerinde İSG uzmanı ve İH bulundurma zorunluluğu 07.09.2016 tarih ve 6745 sayılı Yatırımların Proje Bazında Desteklenmesi ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 01.07.2016 tarihinden 01.07.2017'ye ertelenmiştir.

Hastaneler çok tehlikeli sınıfta yer alması nedeniyle en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi ve acil durum planının yapılması gerekmektedir. Hastanelerde çalışanlara verilecek İSG eğitimleri yılda en az bir defa ve en az on altı saat olacak şekilde yapılmalıdır. Hastanelerde çalışanların periyodik muayeneleri en geç yılda bir defa olmak üzere tekrarlanmalıdır. Ancak hastanelerin bölümlerine göre çalışanların muayene sıklığı ve muayenelerde hangi tetkiklerin yapılacağı risklere ve enfeksiyon kontrol komitesinin kararına göre değişkenlik göstermektedir (İGMH, 2016). Örneğin, radyoloji ünitelerinde çalışanlara iki ayda bir dozimetre sonuçlarının takibi, altı ayda bir hemogram ve periferik yayma, yılda bir ise dermatolojik ve göz muayenesi yapılması gerekmektedir. Bir başka örnekte ise yılda bir kez patoloji laboratuvarında havadaki ve personelin kan ve

idrarındaki formaldehit ve ksilen düzeyi ölçümünün yapılması ve biyokimya (HBsAg, AntiHBs, AntiHCV, AntiHIV) testlerinin çalışılması gerekmektedir.

Hastanelerde çalışan İGU'nun çalışan başına ayırdığı süre ayda 40 dakika; İH'nin çalışan başına ayırdığı süre 15 dakika; 10-49 arası işçi çalıştıran işyerlerinde DSP'nin çalışan başına ayırdığı süre ayda en az 10 dakika; 50 ila 249 çalışanı olan işyerlerinde çalışan başına ayda en az 15 dakika; 250 ve üzeri çalışanı olan işyerlerinde çalışan başına ayda en az 20 dakika olarak hizmet verilmesi gerekmektedir (Güner, 2016).

2.6. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliğini Etkileyen Riskler

Sağlık sektörü iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından birçok sektörden daha risklidir. Sağlık çalışanları başkalarının sağlığını korumaya ve düzeltmeye çalışırken sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan risk ve tehlikeler nedeniyle iş kazasına uğraması, meslek hastalıkları nedeniyle sağlığını kaybetmesi, sakat kalması veya gelir yoksunluğuna maruz kalması insani, sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan önem arz etmektedir (Öztürk ve Kıracı, 2014: 124-125). Örneğin; kaza yapan araçtaki yaraları kurtarıırken bir başka aracın sağlık ekiplerine çarpması, AIDS'li hastanın iğnesi ile yaralanan sağlık personeline AIDS bulaşması, her gün duyduğumuz sağlıkta şiddet olayları gibi durumlar sağlık çalışanlarını diğer sektörlere göre daha riskli alanlar olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanları, hastanelerin sahip oldukları karmaşık yapı içerisinde sağlık hizmetlerini sunarken sağlık ve güvenlik açısından bazı risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır (Tüzüner ve Özaslan, 2011: 144). Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen riskler; fiziksel, biyolojik, kimyasal, ergonomik ve psikososyal olmak üzere beş grupta incelenmektedir (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 44). Aşağıda bu riskler açıklanmaktadır.

2.6.1. Fiziksel Riskler

Hastane ortamının aydınlatma koşulları, havalandırma, gürültü, titreşim, iyonize ve noniyonize ışınlar, alçak ve yüksek basınç gibi fiziksel özellikleri çalışanların sağlığını önemli ölçüde etkiler (Çabuk 2016: 43). Hastaneler sessiz bir ortam gibi düşünülse de çalışılan her birimde çalışmayı olumsuz etkileyecek düzeyde gürültü oluşmaktadır (Öner 2014: 47). Dünya

Sağlık Örgütü, hastanelerde gürültü düzeyinin gündüz 35 dB(A), gece 30 dB(A)'i geçmemesi gerektiğini bildirmektedir (Parlar, 2008: 549). Kol, İlaslan ve İnce (2015: 126)'nin yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitelerinde en yüksek gürültü kaynağı hemşire desklerinden gelen personel konuşmaları olduğu ve gürültü düzeyleri göğüs cerrahi YBÜ'de 84 dB(A), kalp damar cerrahi YBÜ'de 84,1 dB(A), çocuk YBÜ'de 80,4 dB(A), yenidoğan YBÜ'de 83,6 dB(A) olarak bulunmuştur. Diğer gürültü kaynakları ise perfüzör cihaz alarmı, nebulizatör cihazı, monitör alarmı, ventilatör alarmı, pulseoksimetre alarmı, telefon zil sesi, infüzyon pump alarmı olarak belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde gürültü kaynağının çok olduğu ve gürültü kaynaklarının azaltılması ile ilgili çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

Sağlıkta kalite standartları hem çalışan hem de hasta güvenliği için yoğun bakımlarda gürültü ölçümünün yapılmasını zorunlu kılmıştır. (SYB05, 2015: 241). Çünkü gürültü dikkat eksikliği, baş ağrısı, geçici sağırlık, işitme kaybı gibi önemli sorunlara yol açabilir (Durmuş, 2016: 17).

Ülkemizde çalışma hayatındaki gürültüyle ilgili düzenlemeler yönetmeliklerle yapılmıştır. Yapılan düzenlemelerde gürültü sınır değeri 87 dB, en yüksek etkin değeri 85 dB, en düşük etkin değeri ise 80 dB olarak kabul edilmiştir (RG. 23.07.2013/28721). Hastane ortamında fiziksel bir risk olarak gürültüye neden olan etmenler çeşitlidir. Bunlar telefon zil sesi, yere düşen objeler, yürürken ayakkabı/terliklerin çıkardığı sesler, açılıp kapanan telefonlar, çöp kutusuna atılan çöpler, temizlik araçlarının oluşturduğu sesler, alarm zilleri, monitörler, solunum cihazları, mama-intravenöz ilaç pompaları, yemek hazırlama ve dağıtma sesleri, personel, hasta, ziyaretçi konuşmalarıdır. Bunların yanı sıra ağrı ve acı çekme ya da yakınıni kaybetme gibi nedenlerle ani ve şiddetli ses çıkaran insanların bulunduğu ortamlarda çalışmak zorunda olduklarından, bu durum da ilave bir strese neden olmaktadır (Yavuz, 2009: 47).

Hastanelerde ısı, nem ve havalandırma sistemleri enfeksiyon oluşumunu önlemek için gereklidir. Hastanelerde havalandırma sistemleri personelin ve hastaların sağlığını koruyacak şekilde ayarlanmalıdır (Öner, 2014: 47). Yoğun bakım ünitelerinin sıcaklığı 22-28 C, hasta odaları 22-24 C ve

ameliyat odalarının sıcaklık ve nem değerleri gerçekleştirilen ameliyat türlerine göre 18- 24 C, bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olması önerilmektedir (SAH03.01, 2015: 231; Öcal, 2010: 46). Ameliyat odalarında enfeksiyon riskini en alt seviyede tutabilmek için HEPA filtre kullanılmalı, hava akımı steril alandan steril olmayan alana doğru olup cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonların yapıldığı ameliyat odalarında laminer hava akımı kullanılmalıdır. Ameliyat odalarında havalandırma sistemi saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalı ve filtre edilmiş havasında en az %20'si temiz hava olmalıdır. Ameliyathanede havalandırma sistemi düzenli aralıklarla performans testleri de yapılmalıdır (SAH04, 2015: 232).

Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirliliğe alana doğru olmalı, havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalı ve klima, vantilatör gibi hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır (SSH02.04, 2015: 191). Etilen oksit gazı ile sterilizasyon işlemi gerçekleştiren hastaneler hastanenin havalandırma sisteminden ayrı bir havalandırma sistemi kurmalıdır (SSH10.02, 2015: 196). Endoskopi ünitelerinde yüksek düzey dezenfektanın zararlı etkilerinden çalışanı korumak amaçlı dezenfeksiyon işlemi ayrı bir odada yapılmalı ve odanın havası saatte 6-15 kez değiştirecek şekilde ayarlanmalıdır (SSH11.01, 2015: 197). Hastanenin tüm havalandırma sistemleri yılda en az bir kez kontrol edilmelidir. Kontrol sonucunda var olan sorulara karşı düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Çalışma ortamında yeterli aydınlatma çalışanların dikkatinin dağılmasını engellemektedir (Öner, 2014: 48). Yetersiz veya uygun olmayan aydınlatma ise özellikle iş kazası olasılığını artırmaktadır (Yavuz, 2009: 48). Örneğin; tedavi alanının yetersiz aydınlatılması hastaya yanlış ilaç hazırlamaya, kesici delici alet yaralanmalarına, düşme olayının gerçekleşmesi gibi durumlara neden olabilir. Hasta odasının yetersiz aydınlatılması ise bulaşıcı hastalığı olan bir hastanın iğnesinin yanlışlıkla hemşireye batmasına hemşirenin yaşam boyu hasta olmasına ya da daha da vahimi yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilir.

Nükleer tıp üniteleri, radyoloji üniteleri, anjiyografi ünitesi, skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler, taşınabilir röntgen cihazlarının kullanıldığı birimler, dış röntgen üniteleri ve ESWL (taş kırma) ünitelerinde çalışan sağlıkçılar mesleki ışınlama yoluyla radyasyon riski ile karşı karşıyadır. Radyasyon, yanıklara, yaşlanmanın hızlanmasına, kanser (deri, kemik ve tiroid kanseri, lösemi) ve kalıtsal bozukluklara neden olmakta, hatta ani ölümlere de yol açabilmektedir. Ayrıca hamilelerde, bebeğin gelişmesini olumsuz etkileyerek düşüklere, düşük doğum ağırlığına, malformasyona, mikrosefali gibi genetik bozukluklara neden olurken, doğurganlığı azaltır ve katarakta neden olur (Yavuz, 2009: 51). Taşınabilir röntgen cihazlarının kullanıldığı birimlerde teknisyen koruyucu ekipman kullanarak kendini korurken başta hasta olmak üzere diğer hasta ve hasta yakınlarını da radyasyondan koruyacak şekilde gerekli önlemleri (röntgen çekilecek hastaya gerekli durumlarda koruyucu ekipman verme, iki yatak arasına kurşun paravan koyma, diğer hasta ve hasta yakınlarını odadan çıkarma gibi önlemler) almalıdır.

Radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre denetimli ve gözetimli alanlar olarak ayrılmaktadır. Denetimli alanlarda çalışanların kişisel dozimetre kullanması gerekmektedir. Dozimetreler 2 ayda bir Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK)'na gönderilir (Görür, 2014). Radyasyon güvenliği yönetmeliğine göre radyasyon doz sınırları radyasyon alanında çalışanlar için yıllık doz sınırı ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv'i, herhangi bir yılda ise 50 mSv'i geçemez (RG. 24.03.2000./23999). Ölçüm sonucu hastanelerde radyasyon güvenliği komitesi tarafından değerlendirerek sonuçlarda görülen problemlere yönelik gerekli düzeltici önleyici faaliyet başlatılır. Örneğin; sağlık personelinin yıllık dozunun 50 mSv geçmesi ile radyasyon güvenliği komitesi konu ile ilgili kök neden analizine gitmelidir. Çalışanın çekim sayısı mı fazla, dozimetresini çekim alanında mı unutuyor, ışınlama dozunu mu fazla kullanıyor, tekrar çekim sayısı mı fazla gibi konular araştırıldıktan sonra çalışana gerekli eğitimler verilerek gerekirse bir süre geri hizmete alınabilir. Başka bir örnekte ise hamile bir çalışan hamileliğinin ilk üç ayında geri hizmete çekilebilir.

2.6.2. Biyolojik Riskler

Sağlık çalışanları geçmişten beri araştırma yaparken veya hastalıkların tedavisi sırasında biyolojik etmenlere bağlı olarak hastalanmış hatta yaşamlarını kayıp etmiştir. Sağlık çalışanları görevlerini icra ederken kan ve kan ürünleri, vücut sıvıları, hava ve diğer yöntemler nedeni ile biyolojik risklere maruz kalmaktadır (Öcal, 2010: 98). Biyolojik risk faktörleri en çok kan yolu ile bulaştığı bilirse de hava yolu, fekal yol ve deri yoluyla da bulaşmaktadır (Öner, 2014: 41).

Sağlık çalışanları, tüberküloz, boğmaca, rubella, kızamık, kabakulak, streptokok gibi solunum yolu ile bulaşan ve çoğunlukla hastane kökenli olan enfeksiyonlardan dolayı biyolojik risk altındadırlar (Yavuz, 2009: 26). Bu tür enfeksiyonlar, hasta bireyin konuşması, öksürmesi ve hapşırması sırasında ortama yayılan mikroorganizmaların solunum yoluyla alınması sonucu özellikle bağışıklık sistemi zayıflamış diğer bireylere bulaşır (Başığıt 2014: 30). Enfeksiyonlar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini bozarak iş gücü kayıplarına yol açması nedeniyle bir meslek hastalığı olarak da kabul edilebilir (Görgüner, 2002: 283). Kliniklerde solunum yolu ile bulaşan hastalığı olan hasta ile bağışıklık sistemi zayıflamış hastanın aynı odaya alınmamasına dikkat edilmelidir. Ayrıca sağlık personeli odaya girişlerde ve hasta ile yakın temasta bulunacağı durumlarda gerekli koruyucu önlemleri almalıdır. Bağışıklık sistemi zayıflamış sağlık personelinin de mümkün olduğunca bu hastalara tedavi ve bakım verme konusunda iyileşene kadar geri hizmete alınabilir.

Enfekte ya da kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek ve farkındalık yaratmak amacıyla SKS'lerinde solunum izolasyonu uygulanan hastalara *sarı yaprak*, damlacık izolasyonu uygulanan hastalara *mavi çiçek* ve temas izolasyonu uygulanan hastalara ise *kırmızı yıldız* figürü ile tanımlanması gerekmektedir (SEN07.02, 2015: 185). Hastaların bu figürlerle tanımlanması çalışanlar arasında farkındalık yaratacak önlem almalarını sağlayacaktır.

Sağlık çalışanları günlük faaliyetlerini yerine getirirken hastaların çeşitli vücut sıvılarıyla temas etme ihtimali oldukça yüksektir (Özyurt, 2014: 43).

Kan ve kan ürünleri, tükürük, beyin-omurilik sıvısı, sinovia sıvıları, amniotik sıvı, semen ve vajinal sekresyonlar gibi vücut sıvılarının çalışanın cilt bütünlüğü bozulmuş derisine, ağızına, kulaklarına ve gözlerine sıçraması halinde bulaşma gerçekleşmektedir (Yavuz, 2009: 26-27). Ayrıca ortopedi gibi ameliyatlarda kemikleri keserken göze kemik parçası sıçrama olasılığı yüksektir. Bu nedenle koruyucu ekipmanların kullanılmasına önem verilmelidir.

Sağlık çalışanlarının en sık karşılaştığı risklerden biride kesici ve delici yaralanmalardır. Çalışanlar, bu yaralanmaları takiben önemli mortalite ve morbititeye neden olabilen hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) bağlı enfeksiyon hastalıklarına yakalanma açısından risk altındadır (Beyzadeoğlu ve Cengiz, 2013: 29). Kesici ve delici alet yaralanması, kan vücut sıvısı sıçraması gibi çalışan güvenliğini tehdit eden herhangi bir durumda hastanelerde kurulan güvenlik raporlama sistemine bildirim yapılmalıdır. Enfeksiyon kontrol komitesince önerilen işlemler yapılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının biyolojik risklerden korunması için önlemler aşağıdaki gibidir (Aygün, 2007: 386-387);

- a) Hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.
- b) Aşı bağışıklama çalışmaları yapılmalıdır.
- c) Hastalara temaslarda işlem öncesi ve sonrası eller yıkanmalıdır.
- d) Kan ve vücut sıvılarının bulaşma riskini önlemek amacıyla eldiven ve önlük giyilmelidir. Yüze ve göze sıçramasını önlemek amacıyla maske ve gözlük takılmalıdır.
- e) İğne batmasını engellemek için tek kullanımlık iğneler kullanıldıktan sonra plastik kılıfı tekrar takılmaya çalışılmamalıdır. İğneler enjektörden çıkartılmadan, eğilip bükülmeden delinmeye dirençli sağlam kutulara atılmalıdır. Bu kutular servis içinde kullanıma uygun ve kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulmalıdır. Kesici ve delici alet yaralanmaları enjektörün kapağı kapatılmaya çalışırken daha fazla meydana geldiği söylenebilir. Kesici ve delici alet kutularının da kolay ulaşılabilir bir alanda bulundurulması riskin hemen yok edilmesi konusunda önemlidir.

- f) Kesici ve delici alet kutuları $\frac{3}{4}$ 'ü doldurulmalıdır. Bu kutuların tamamının doldurulması yaralanmalara neden olabilir. Personel kapağını kapatırken yaralanma meydana gelebilir.
- g) Yaralanma riski düşük olan daha güvenli malzemeler kullanılmalıdır.
- h) En fazla riskli girişimlerin ameliyathanelerde yapıldığı düşünüldüğünde cerrahi ekipte iyi bir koordinasyon sağlamalıdır.
- i) Hastalar girişimsel işlem öncesi bilgilendirilmelidir. Bilgilendirmek hastanın ani hareket yapma olasılığını azaltarak yaralanma riskini azaltacaktır.

2.6.3. Kimyasal Riskler

Sağlık çalışanları, kanser ilaçları başta olmak üzere diğer bütün ilaçlar, anestezi gazları, antiseptik ve dezenfektan maddeler, sterilizasyon malzemeleri ve laboratuvarlarda kullanılan kimyasallara doğrudan maruz kalabilmektedir (Başyigit, 2014: 31).

Ameliyathanelerde yarı kritik ve kritik malzemelerin dezenfeksiyonunda kullanılan yüksek düzey dezenfektanlar havalandırma sisteminin yetersiz olması durumunda, solunum yolu ile yüksek dozda yüksek düzey dezenfektanın alınmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak gözlerde, burun ve boğazda yanma, iritasyon ve alerjik reaksiyonlar görülmektedir. Ameliyathane dışında da kullanılan bu dezenfektanların kullanıldığı alanlarda havalandırma sistemi uygun olmalıdır. Ameliyathane çalışanları anestezi gazlarına da maruz kalmaktadır. Anestezi gazları çalışanlarda baş ağrısı, yorgunluk gibi bazı rahatsızlıklara neden olmaktadır (Öner, 2014: 45).

Patoloji, mikrobiyoloji ve biyokimya laboratuvarında kimyasal maddelerin kullanımı fazladır. Kimyasal madde kullanan personellere kimyasal maddelerin kullanımı, stoklanması ve insan sağlığına zararlarının oluşturduğu tehlike ve riskler konusunda eğitim verilmelidir. Laboratuvarında kimyasal maddelerin güvenlik bilgi formları görülebilecek yerlerde bulundurulmalı ve uygun yerlere de uyarı levhaları asılmalıdır (Akkuş, 2013: 54).

El hijyeni için kullanılan antiseptikler hastanenin hemen hemen her yerinde kullanılmaktadır. Kliniklerde hasta odalarında, yoğun bakımlarda yatak başlarında, ameliyathane, sterilizasyon, yoğun bakım girişlerinde el antiseptikleri kullanılmaktadır. El antiseptikleri mikroorganizmalara zarar verdiği gibi insan hücrelerine de toksik etki yaratmaktadır. İdeal el antiseptikleri kullanıcıya zarar vermemelidir. Kullanım konusunda sağlık çalışanı, hasta, hasta yakını, ziyaretçiler bilgilendirilmelidir.

Sağlık çalışanları çok sık eldiven kullanımları nedeniyle, lateks alerjisi açısından yüksek risk altında bulunurlar (Beyzadeoğlu ve Cengiz, 2013: 30). Lateks, bazı bitkilerin genellikle süt görünüşünde olan öz suyudur (TDK, 2017). Lateks alerjisi bireyde latekse karşı immünglobulin E-aracılı alerjik bir tepkidir. Lateks alerji testinin pozitif olması, alerjik konjonktivitis, rinit, ürtiker, astım tanımlayıcı özellikleridir. Enfeksiyonları önlemek amacıyla kullanılan eldivenlerin sık kullanılma başlanmasıyla lateks alerjisi 10-15 yıldır önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu ve hatta meslek hastalığı haline gelmiştir. Toplumda %1'den daha az görülen lateks alerjisi sağlık çalışanlarında %2,7 ile %10,7 arasında görülmektedir (Yavuz, 2009: 39-40). Örneğin; lateks içeren eldiven kullanan sağlık çalışanı latekse karşı alerji geliştirdi ise hekime başvurduğu gibi İSG birimine de bildirim yapmalıdır. İSG birimi de lateks alerjisi olan çalışanları belirlemeli ve çözüm önerilerini yönetime bildirmelidir. Yöneticilerde lateks alerjisi olan çalışanlara lateks maddesi içermeyen eldivenler temin ederek çalışan sağlığını korumalıdır.

2.6.4. Ergonomik Riskler

Sağlık çalışanlarıyla ilgili mesleki ağrı ve hastalıkların oluşumunda postür ve korunma prensiplerine dikkat edilmemesinin yanında ergonomik faktörlerin de rolü büyüktür (Başyigit ve Kurt, 2013: 154).

Ergonomi sözcüğü ilk olarak Wojciech Jastrzebowski tarafından 1857'de kullanılmıştır. Ergonomi uyum, uygunluk anlamına gelmekte kişilerle yaptıkları iş, kullandıkları eşyalar ve araçlar, çalıştıkları, yolculuk yaptıkları, oynadıkları ortamlar arasında uygunluk olmasıdır (Şık ve Şahingöz, 2015:336). Diğer bir tanımda ergonomi, bilimsel bilgiler ışığında aletlerin, eşyaların ve çalışma ortamının uygun bir şekilde düzenlenmesidir

(Çalışkan, 2016). Çalışma şartlarının çalışanların yapısal, boyutsal ve psikolojik özelliklerine uygun olarak düzenlenmesiyle sağlıklı, güvenli ve verimli bir çalışma ortamı sağlamış olur. Bu yöndeki düzenlemeler ergonominin alanına girmektedir (Camkurt, 2007: 86). Örneğin; sandalyenin yüksek veya alçak olması, odanın soğuk veya sıcak olması, havalandırma yetersizliği, aydınlatma yetersizliği iş performansını olumsuz yönde etkileyip verimliliği düşürebilir.

Hastanelerdeki ergonomik riskler oldukça fazladır. Sağlık çalışanları zeminin pürüzlü, fayansların kırık olması, zemin silindiğinde kaygan zemin levhaların konulmaması, yetersiz dinlenme odaları, kişisel koruyucu ekipmanların bulunmaması veya yetersiz olması, hastaları itme, çekme, kaldırma gibi zorlayıcı hareketler, yetersiz aydınlatma, gürültü, havalandırma yetersizliği, bozuk cihazların ayrıştırılmaması, yatak, sedye ve cihazların sabitlenmemesi veya uygun alanda bulundurulmaması, ayakta çalışma zorunluluğu, sabit oturma, yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması (YOTA) çalışmalarındaki eksiklikler gibi ergonomik tehlike ve risklere maruz kalmaktadırlar (Uçak, 2009: 7). Aşağıda hastanelerde ergonomik tehlike ve risklerin önlenmesi ve azaltılması için yapılması gereken uygulamalara örnekler verilmiştir;

- a) Tüm personele ergonomi konusunda eğitim verilmedi.
- b) Yönetim çalışma ortamını çalışanlara uygun hale getirecek çalışmalar yapılmalıdır.
- c) Zemin ıslak, kaygan olduğunda kaygan zemin uyarı levhaları gerekli yerlere konulmalıdır.
- d) Hastane içindeki kırık fayanslar hemen değiştirilmeli, hastane bahçesinde de zemin düzenlemesi yapılmalıdır.
- e) Aydınlatma, ısı ve havalandırma her bölüme özgü uygun olmalıdır.
- f) Devrilip düşmelere karşı eşyalar sabitlenmelidir.
- g) Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
- h) Ağır malzemeler düşüklerinde çalışana zarar vermesi nedeniyle üst raflara, dolap üstlerine yerleştirilmemelidir.

- i) Hasta transferlerinde kullanılan hasta yatağı, sedye tekerlekli sandalye gibi cihazlar belirlenen yerlerde frenleri sabitlenmelidir. Herhangi bir tahliye anında kaçış yollarını engellemeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
- j) Hasta taşıma, kaldırma, itme, çekme durumlarında hastanın durumuna göre birden fazla kişi ile yapılmalıdır.
- k) Arızalı cihazlar kullanım alanlarında kaldırılmalı ve arızalı olduğunu bildiren arıza etiketi yapıştırılmalıdır.
- l) Bölümlerde kullanılan malzeme ve cihazların kullanımı kolay olmalı ve kolay ulaşılabilir yerlerde bulundurulmalıdır. Ayrıca teknik şartnameler hazırlanırken cihazların ergonomik tasarıma sahip olmasına dikkat edilmelidir.
- m) Kişisel koruyucu ekipman kullanımına özen gösterilmelidir.

Sağlık çalışanlarında kas-iskelet sorunlarının en önemli nedeni hasta ile yakın temas gerektiren aktivitelerdir (Meydanlıoğlu, 2013: 193). Çünkü sağlık faaliyetleri sürekli olarak hastalarla ilgilenmesini gerektirir. Hastayı yatakta hareket ettirme, hastayı yaktan kaldırma ve yatağa yatırma, yıkama ve kişisel hijyen sağlama, hastayı yerden yatağa veya sandalyeye kaldırma, hastayı giydirmek/soymak, hastaya yürürken, ayakta ve otururken yardımcı olmak gibi görevler türü açısından değişken, dinamik ve öngörülemez olabilir (Çoşkun ve Kıyak, 2014: 143-144).

Hastanelerde uzun süre ayakta durma ve çökmüş/eğilmiş pozisyonlarda durmak günlük rutinin bir parçasıdır. Bu durumlarda, örneğin ameliyathane, mutfak, ultrason işlemleri ve fizyoterapide karşılaşılır. Aşağıdaki durumlarda kas-iskelet sisteminde yüksek derecede maruziyet söz konusu olur (Çoşkun ve Kıyak, 2014: 145):

- 1) Ameliyat masasının önünde uzun süre ayakta durma. Çoğu zaman, kanca ya da aletleri tutma nedeniyle kol ve omuz kaslarında statik yüklenmede söz konusudur.
- 2) Tedavi ve tanı koyma esnasında (masaj, banyo, ultrason testleri) eğilerek uzun süre durma.

- 3) Bandaj yapma yada bandajı değiştirme, ven içine ve beslenme gibi işlemler, uzun süreli tedaviler esnasında uzun süre ayakta durma.
- 4) Mutfak personelinin yemek hazırlığı sırasında uzun süre ayakta durması,
- 5) Temizlik personelinin işleri esnasında uzun süre ayakta durması ve yürümesi,
- 6) Hemşirelerin, medikal personelin ve hizmet görevlilerinin ayakta durmasını içeren uzun süreli yatak başı işleri (zellikle pozisyon değiştirme ya da destek bacakla destek olmayan bacağı değiştirme imkanı yoksa).
- 7) Eğilerek, omuzları kaldırarak ya da kötü bir duruşla çalışmaya neden olan uygun olarak ayarlanmamış çalışma yükseklikleri içeren (yatak, masa, tezgah, laboratuvar bankoları) günlük rutin işlerdir.

Hastanelerde, çoğunlukla masa başında ya da bilgisayar önünde oturarak yapılan işlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Günümüzde tanı ve tedavi ekipmanları, oturarak kullanılması gereken monitörlerle yapılandırılmıştır. Oturarak çalışmak, ilk bakışta bacakların ve ayakların yükten kurtulması gibi gözükür. Ancak işe yoğunlaşmayla birlikte vücut daha çok zorluk çekmeye başlar. Omurga doğal yapısından uzaklaşır ve kambur bir sırt ve omuz şeklini alır. Bu da baş ve sırt ağrılarına sebep olur. Sandalyenin n kısmı kalçaya baskı yapar, bu da bacaklarda kısıtlı kan akışına yol açar. Sıkışmış sindirim organları sindirim sistemleri problemlerine neden olabilir. Kalp ve akciğer birbirine baskı yaptığı için vücut yeterli derecede oksijen alamaz. Bu da işin kötü yapılmasına ve yorgunluğa neden olur (oşkun ve Kıyak, 2014: 146).

Çalışma hayatında kas ve iskelet sistemi rahatsızlıklarından korunmak için yapılması gerekenler (şık ve şahingöz, 2015: 345-348);

- a) Ntrol duruşta çalışılmalı,
- b) Aşırı kuvvet ve tekraralar azaltılmalı,
- c) Her eşya veya malzeme uygun ve ulaşılabilir yerde olmalı,
- d) Ortam ısısı uygun yerlerde çalışılmalıdır.

Ağır işleri organize ederken;

- a) Ağır iş, kişinin fiziksel kapasitesini aşmamalıdır.
- b) Ağır işler gün içine yayılmalı ve arada hafif işler yapılmalıdır.
- c) Günlük çalışma içinde istirahat periyotları bulunmalıdır.

Ayakta çalışanlar için;

- a) Hem oturmaya hem ayakta durmaya elverişli işlerde, çalışma yüksekliği ayakta durma halindeki yüksekliğe göre ayarlanmalıdır.
- b) Sürekli ayakta iş yapan bir çalışan ergonomik açıdan en az 30 dakika oturarak iş görmesi gerekir. Oturarak iş yapan birinin de en az 30 dakika ayakta iş görmesi gerekmektedir.
- c) Ayakta çalışanlar ayakkabı seçimine dikkat etmeli, alçak topuklu ve tabanı destekli iş ayakkabısı giymelidir.
- d) Yüz işe dönük, vücut işe yakın olmalıdır.
- e) Bir tarafa dönülecekse tüm vücut ile dönülmelidir.

Hasta veya makine/teçhizatı kaldırır veya taşırken;

- a) Yükün ağırlık merkezi çalışana yakın olacak şekilde planlanmalıdır. Hasta kaldırılırken veya taşınırken hastanın ağırlık merkezi sağlık çalışanına yakın olmalıdır.
- b) Vücudun eğilmesini engellemek için depolama yapılan yer bel hizasında veya daha yukarda olmalıdır.
- c) Yükü taşımak için birden fazla kişi gerekebilir. Hastayı tek başına kaldırmak yerine en az iki kişi ile kaldırılmalıdır.

Oturma postürü ise;

- a) Çalışanın masa altında vücudunu rahat hareket ettirecek ve ayaklarını uzatabilecek bir alan olmalıdır. Hastanelerde poliklinik, sıra alma bankoları ve bilgisayar bulunan tüm alanlarda bilgisayar kasaları ve çöp kovaları genellikle görüntü kirliliğini engellemek ve alan olmadığı için masanın altına yerleştirilmektedir. Bu durum çalışanın ayaklarını rahatça hareket ettirmesini engellemektedir.
- b) Ayaklar düz olarak yere temas etmeli, diz 90 derece açılı olmalı, sandalyede beli destekleyen parça olmalı, sırt dik, omuzlar rahat,

dirsekler 90 derece açılı ve bilekler nötral pozisyonda tutulmalıdır. Yanlış oturma pozisyonları sırt ve boyun ağrılarının en önemli sebebidir.

- c) Eğer ayaklar yere temas etmiyorsa, ayaklara ek bir destek yerleştirilmelidir. Kısa boylu çalışan sandalyenin ayarını en alt seviyeye getirse bile ayakları yere tema etmiyorsa ayağının altına destek koymalıdır. Fakat öncelik yönetim tarafından çalışana uygun sandalye ve masa temin edilmesidir.

2.6.5. Psikososyal Riskler

Hastanelerde psikososyal riskler tüm sağlık çalışanları için risk oluşturur. İş yerlerinde stres, şiddet, taciz, zorbalık gibi psikososyal risklerin önemi giderek artmaktadır (Şık ve Şahingöz, 2015: 329). Stres, bireyin psikolojik ve fizyolojik sınırlarının zorlanmasıdır. İş yerinde stres ise çalışanın yeteneklerinin ve becerilerinin, işin gereksinimleri ile uyuşmadığında oluşan, zararlı fiziksel ve duygusal yanıtlardır (Yaman, Karakuş ve Şahbaz, 2015: 84). Hastaneler stresin yoğun olduğu çalışma ortamları arasında tanımlanmaktadır. Fiziksel ve/veya psikolojik sorunları olan kişilerle yani “hasta” bireylerle çalışmak, ölen bireyin bakımı, zaman baskısı, iş yükünün fazla olması, personel sayısının azlığı, yönetsel destek yetersizliği, vardiya usulü ve gece çalışması, düzensiz çalışma saatleri, iletişim sorunundan kaynaklı çatışmalar, son yıllarda sağlık sektöründe gittikçe artan şiddet olayları ve mobbing, çalışma koşullarının fiziksel uygunsuzluğu gibi nedenler çok sayıda sağlık sorununa ve iş güvenliği problemlerine yol açabilmektedir.

Sağlık çalışanlarından acil servis, yoğun bakım ve yanık üniteleri gibi bölümlerde çalışanlar diğer tıbbi bakım personeline göre stresi daha yüksek yoğunlukta yaşamaktadır (Yılmaz, 2009: 53-54). Bu birimlerde diğer birimlere göre iş yükünün fazla, hızlı karar verme, çok fazla cihazla çalışma, zaman baskısı ve hasta prognozunun kötü olması nedeni ile stresi arttırdığı söylenebilir.

Aynı zamanda mesleğe yeni başlama, yeni iş ortamları ve mesleki risk faktörleri kişilerde yüksek gerilim oluşturabilir. Yüksek gerilim yaşayan

sağlık çalışanı, stresini hafifletmek için bağımlılık yapıcı (sigara, alkol, madde vb.) maddeler kullanmaya başlayabilir. Bu durumda olan çalışan meslek hastalıklarına ve kazalar için risk altında olacaktır (Hisar, 2013: 44).

Son yıllarda sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz etkileyen unsurlardan biri olan şiddet, her düzeydeki sağlık kurumunda, her düzeydeki sağlık çalışanın maruz kaldığı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Meydanlıoğlu, 2013: 194). Sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet olayları sonucunda moral bozuklukları, öfke, tükenmişlik, iş doyumsuzluğu, iş devamsızlık ve hatta işten ayrılmaya kadar gidebilirler (Yılmaz, 2009: 57). Kurul (2013: 45)'un hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin %71,6'sının ruhsal travma ile karşılaştıklarını, ruhsal travma ile karşılaşanların % 39,8'nin hasta yakını tarafından sözel şiddet, saldırıya uğradığını, %16,9'nun diğer sağlık personeli tarafından sözel şiddet, saldırıya uğradığını, %7,6'nın meslektaş çatışması yaşadığını, % 7,2'nin ise diğer nedenler olduğunu belirtmiştir.

Hastaneler gün geçtikçe sağlık çalışanı için tehlikeli ortamlar olmakta bu nedenle çalışanlar kendilerini güvende hissetmemektedir. Türkiye'deki hastanelerde sözel ve fiziksel şiddet en fazla hasta yakınları tarafından gerçekleştirilmektedir (Yiğitbaş ve Deveci, 2012: 24). Sağlık çalışanlarının en fazla karşılaştıkları sözel şiddet olaylarıdır. En fazla şiddet olaylarının yaşandığı yerler ise psikiyatri klinikleri, acil servisler ve yüksek bağımlı olan hastaların olduğu bölümlerdir (Yılmaz, 2009: 57). Savaş (2016: 29)'ın acil serviste çalışan hekim, hemşire ve acil tıp teknisyenlerine yaptığı çalışmada çalışanların %97'sinin hasta ve/veya hasta yakını tarafından sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ve genel olarak şiddet uygulayanların ise hasta yakını olduğunu belirtmiştir. Hastaları en kısa zamanda sağlığına kavuşturmayı amaçlayan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması hasta ve çalışanı olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Sağlık çalışanına şiddet durumlarında en kısa sürede müdahale etmek ve ortak bir kurum anlayışı oluşturmak için hastanelerde beyaz kod uygulamasına geçilmiştir. Beyaz kod, tüm sağlık kurumlarında aynı telefon kodu olan 1111 ile kurum içi beyaz kod bildirimini yapılabilmektedir. Beyaz kod ihbarları için Sağlık Bakanlığında 113 telefon hattı ve

www.beyazkod.saglik.gov.tr adresine beyaz kod bildirimleri yapılabilmektedir. Örneğin; hastane anonslarında acil serviste Beyaz Kod anonsu duyulduğunda acil serviste sağlık çalışanına sözel ve/veya fiziksel şiddet uygulandığı anlaşılmaktadır. Sağlık kurumlarında şiddeti azaltmak için öncelikle caydırıcı yasaların var olması gerekmektedir. Çalışanlar, hasta ve hasta yakınlarıyla etkili iletişim sağlamalı, güvenlik görevlileri ve kameralar aktif olarak kullanılmalıdır. Hastaneye başvuran hastalara, hasta haklarının yanında hasta ve hasta yakınının yükümlülükleri hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır.

Mobbing, hastanelerde yaygın olarak görülen ve sağlık çalışanları için önlem alınmasını gerektiren ciddi bir mesleki sağlık ve güvenlik riski oluşturmaktadır (Bülbül ve öte., 2013: 5). Mobbing, iş yerindeki bir çalışanın ya da bir grubun diğer çalışan ya da çalışanlar tarafından duygusal anlamda taciz edilmesi, hakarete uğraması ve çalışamaz duruma getirilmesidir (Demir, 2015). Mobbing daha çok üst yönetim tarafından uygulandığı düşünülse de meslektaşlar arası, astlar ya da bir grup tarafından da uygulanabilir (Hisar, 2013: 46). Örneğin; dürüst, yetenekli ve başarılı bir hemşirenin sağlık ve bakım hizmetleri müdürü tarafından kendisine rakip gösterilmesi ile başarılı hemşirenin elinden işleri alınmış, kendisine uygun olmayan işler verilmiştir. Toplantılarda herkesin fikirleri alınırken onun fikirleri alınmamış ve yaptığı görevler hakkında bilgi verirken azarlanıp küçümsenmiştir. Müdürdan korkan diğer hemşirelerde bu davranışları devam etmişlerdir. Bu durum sağlık ve bakım hizmetleri müdürünün hemşireyi kendisine rakip görmesiyle hemşireye mobbing uyguladığını göstermektedir. Mobbing yapan kişilerin kötü niyetli, güçlü olma isteği ve iktidar açlığının olduğu, hileye başvurmadan çekinmeyen yapıda kişiler olduğu söylenebilir. Başka bir örnekte ise çalışma arkadaşının kendinden daha başarılı olduğunu ve sevildiğini bilmesi ile o kişi hakkında asılsız dedikodular çıkartarak imajına zarar vermeye çalışması ve sürekli üstlerine şikayet etmesi de aynı düzey meslektaşlar arasındaki mobbinge örnektir.

Mobbingin çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri görülmektedir. Bunlar; yüksek kan basıncı ve nabızda artma, nefes alıp verme sıklığında artma, iskelet kaslarında gerginlik, cinsel fonksiyonların bozulması, mide ülserinin

oluşması, psikosomatik hastalıklar, hastalığa bağlı devamsızlık ve dramatik olduğu bir duruma karşı en uç tepki olarak intihara niyetlenme gibi etkilerdir (Çoşkun ve Kıyak, 2014: 235). Mobbingin sağlığı olumsuz etkilediği açıktır. Mobbinge uğrayan çalışan, mağduriyetini çalışma arkadaşları ile şahitlendirmeli ve sağlık durumu bozulmuş ise bu durumu doktor raporu ile belgelendirmelidir. Ayrıca daha fazla kendisine destek sağlamak için sosyal ilişkilerini güçlendirmelidir. En önemlisi de hukuksal yollara başvurarak profesyonel destek almalıdır.



3. BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE DUYGUSAL BAĞLILIK

VE İŞ GÜVENLİĞİ ALGISI

Bu bölümde araştırmanın yapıldığı hastanelerin tarihçeleri, araştırmanın amacı ve önemi, sınırlılıkları, yöntemi, hipotezleri, evreni ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin istatistiksel analizine ve bulgulara ilişkin bilgilere yer almaktadır.

Araştırma Tekirdağ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çorlu Devlet Hastanesi, Çerkezköy Devlet Hastanesi, Saray Devlet Hastanesi, Muratlı Devlet Hastanesi, Tekirdağ Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Çorlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Çerkezköy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Aşağıda hastaneler hakkında bilgi verilmektedir.

Tekirdağ Devlet Hastanesi, Tekirdağ Memleket Hastanesi adı ile 1915 yılında 50 yatak kapasitesiyle açılmıştır. 2002 yılına kadar yapılan ek binaların açılışı ile 250 yatak kapasitesine ulaşmış ve 2006 yılında 82. Yıl Devlet Hastanesi ile birleşerek 400 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye devam etmektedir (TDH, 2016).

Çorlu Devlet Hastanesi, Çorlu Omurtak Caddesi İstanbul Kısmı adresinde 29 Ekim 1963 tarihinde 50 yataklı Doğum ve Çocuk Bakımevi olarak hizmete açılmış, 1965 yılında Devlet Hastanesi haline getirilmiştir. 12 Eylül 2012 tarihinde yeni hizmet binasında 300 yataklı olarak başlayıp 2014 yılında 100 yatak arttırılarak 400 yatak kapasitesiyle hizmet vermiştir. 2016 yılında 669 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Asker Hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiş olup Çorlu Asker Hastanesi Tekirdağ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlanarak Çorlu Devlet Hastanesi “Münür Alkan Binası” olarak hizmet vermeye başlamıştır (ÇDH, 2016).

Çerkezköy Devlet Hastanesi, 1976 yılında Çerkezköy Sosyal Sigortalar Kurumu Dispanseri adı altında açılmıştır. 1991 yılında 70 yataklı devlet

hastanesi haline getirilmiştir. 2016 yılında 206 yatak kapasitesi ile yeni hizmet binasında hizmet vermeye devam etmektedir (ÇDH, 2016).

Saray Devlet Hastanesi, 1994 yılında 50 yatak kapasitesiyle hizmete açılmıştır. 2016 yılında 75 yatak kapasitesi ile 7 yatak kapasiteli diyaliz birimi, 5 yatak kapasiteli yoğun bakım ünitesi ve 4 ameliyathanesi ile yeni hizmet binasında hizmet vermeye devam etmektedir (SDH, 2016).

Muratlı Devlet Hastanesi, 2004 yılında açılarak faaliyete başlamıştır. 2006 yılında hastaneye doğumhane ve ameliyathane eklenmiştir. Hastanede üroloji, genel cerrahi ve kadın hastalıkları doğum branşlarında tüm teşhis, ameliyat ve cerrahi girişimler yapılabilmektedir. Ayrıca endoskopi ünitesi ve ağız ve diş sağlığı merkezinde bulunmaktadır (MDH, 2016).

Tekirdağ Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, 50+5 yatak kapasiteli olarak hizmet vermektedir. Hastanede 50 ünite olup, her katta görüntüleme merkezi ile toplam 6 ameliyathane bulunmaktadır (TADSH, 2016).

Çorlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 2008 yılında açılmıştır. 2013 yılında 38 ünite ile poliklinik-klinik hizmeti vermektedir (ÇADSM, 2016). Çerkezköy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 2013 yılında 30 ünite ile açılmıştır (ÇADSM, 2016).

Hastane gruplandırması 200 yatak ve üstü büyük genel hastane, 199 yatak ve altı küçük genel hastane ve ağız ve diş hastanesi olarak üç gruba ayrılmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada sağlık yöneticilerinin duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı düzeylerini belirlemek ve bunların demografik değişkenlere göre değerlendirmesini yapmak ve duygusal bağlılık ile iş güvenliği algısı ilişkisinin incelenerek ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda duygusal bağlılık ile iş güvenliğine yönelik yönetsel kararlara katkı sağlanması hedeflenmiştir.

3.1.2. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma yöneticiler ve örgütler için önemli olan duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı kavramlarını irdelemektedir. Böylece ilgili kavramlara

ilişkin var olan güncel literatüre katkı yapmayı amaçlamaktadır. Araştırmanın en önemli noktası sağlık yöneticilerinde duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısını konu alan bir araştırma yapılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışma duygusal bağlılık ve iş güvenliği literatürüne yeni bir soluk getirme potansiyeli getirecektir.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya çalışma odalarında bulunmayan, araştırmaya katılmak istemeyen, hastalık izninde olan ve 6 aydan az çalışanlar dahil edilmemiştir. Bu nedenle evrenin tamamına ulaşılamamıştır. Kaynak taraması esnasında, sağlık yöneticilerinde duygusal bağlılık ve iş güvenliği kavramlarıyla ilgili önceki yapılan çalışmaların yetersizliği, verileri toparlamada zorluklar oluşturmuştur. Üst ve orta düzey sağlık yöneticilerinin toplantılara girmesi, misafir kabul etmesi, anketi zaman kaybı olarak görmesi nedeniyle anket uygulamakta çok zorlanılmıştır. Ayrıca yöneticilerin anketleri iş yerlerinde doldurmaları ve kurumun yöneticileri olmaları nedeniyle iş yerlerini olumsuz gösterecek cevaplar vermeme ihtimalleri vardır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

3.3.1. Hipotezler

Bu araştırma, duygusal bağlılık ve iş güvenliği kavramlarına, bununla birlikte bu kavramların da bileşenlerine odaklanmaktadır. Belirlenen amaçlar çerçevesinde cevaplanmak istenen araştırma sorusu aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

Araştırma sorusu: Hastanede çalışan yöneticilerin duygusal bağlılıkları üzerine iş güvenliği algılarının etkisi var mıdır?

Araştırma sorusuna yönelik olarak, duygusal bağlılık ve iş güvenliği algısı düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı ve birbirlerine etkisini belirleyebilmek amacıyla oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir.

H1: Yöneticilerin duygusal bağlılığı demografik değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1a: Yöneticilerin duygusal bağlılığı cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1b: Yöneticilerin duygusal bağlılığı yaşa göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1c: Yöneticilerin duygusal bağlılığı kuruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1ç: Yöneticilerin duygusal bağlılığı unvana göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1d: Yöneticilerin duygusal bağlılığı medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1e: Yöneticilerin duygusal bağlılığı eğitime göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1f: Yöneticilerin duygusal bağlılığı mesleki kıdeme göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1g: Yöneticilerin duygusal bağlılığı hastane kıdemine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1ğ: Yöneticilerin duygusal bağlılığı çalışma şekline göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H1h: Yöneticilerin duygusal bağlılığı çalıştığı birime göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2: Yöneticilerin iş güvenliği algıları demografik değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2a: Yöneticilerin iş güvenliği algıları cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2b: Yöneticilerin iş güvenliği algıları yaşa göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2c: Yöneticilerin iş güvenliği algıları kuruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2ç: Yöneticilerin iş güvenliği algıları unvana göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2d: Yöneticilerin iş güvenliği algıları medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2e: Yöneticilerin iş güvenliği algıları eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2f: Yöneticilerin iş güvenliği algıları mesleki kıdemine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2g: Yöneticilerin iş güvenliği algıları hastane kıdemine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2ğ: Yöneticilerin iş güvenliği algıları çalışma şekline göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H2h: Yöneticilerin iş güvenliği algıları çalıştığı birime göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir.

H3: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği algısı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H3a: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından meslek hastalıkları ve şikayetleri faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3b: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3c: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından koruyucu önlemler ve kurallar faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3ç: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından kazalar ve zehirlenmeler faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3d: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından sağlık taraması ve kayıt sistemi faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3e: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından yönetsel destek faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3g: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından hasta-tıbbi personel oranı faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3ğ: Yöneticilerin duygusal bağlılıkları ile iş güvenliği açısından enfeksiyon riski faktörü arasında pozitif bir ilişki vardır.

3.3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 07.11.2015 - 18.01.2016 tarihleri arasında Tekirdağ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Tekirdağ Devlet Hastanesi, Çorlu Devlet Hastanesi, Çerkezköy Devlet Hastanesi, Saray Devlet Hastanesi, Muratlı Devlet Hastanesi, Tekirdağ Ağız ve Diş

Sağlığı Hastanesi, Çorlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Çerkezköy Ağız Diş Sağlığı Merkezinde görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır. Hastanelerden alınan bilgilere göre 2015 yılında üst, orta ve alt yönetim olmak üzere toplam 176 yönetici bulunmaktadır. Hedeflenen evren içinden uygun örnekleme yoluna gidilerek ulaşılabilen 167 kişi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Ancak eksik yanıtlanan 4 anket değerlendirmeye alınmamıştır. Dolayısıyla örneklem büyüklüğü 163 kişiden oluşmaktadır.

3.3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.3.1. Kişisel form

Araştırma örnekleminin duygusal bağlılık ve iş güvenliği düzeylerinin bazı demografik değişkenlere göre farklılık gösterebileceğinden hareketle, kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Bu form, ankete katılanlardan istekli olanlar tarafından doldurulmuştur. Kişisel bilgi formunda; çalıştığı hastane, unvanı, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki kıdem, kurumdaki kıdemi, çalışma şekli ve çalışılan bölüm ile ilgili sorularından oluşan 10 sorunun yer aldığı anket bulunmaktadır.

3.3.3.2. İş güvenliği ölçeği

Öztürk ve Babacan (2012: 36) hastanelerdeki İSG uygulamalarını değerlendirmek için sağlık personelinin görüşleri doğrultusunda geçerli ve güvenilir 45 soruluk “İş Güvenliği Ölçeği (İGÖ)” geliştirmişlerdir. Ölçeğin alt faktörleri, faktör 1. “Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler” 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11. maddelerinden; faktör 2. “Malzeme-Cihaz Denetimi ve Fiziksel Ortam” 31,32,33,34,35,36,42,43,44,45. maddelerinden; faktör 3. “Koruyucu Önlemler ve Kurallar” 37,38,39,40,41. maddelerinden; faktör 4. “Kazalar ve Zehirlenmeler” 20,21,22,23,24. maddelerinden; faktör 5. “Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri” 14,15,16,17,18,19. maddelerinden; faktör 6. “Yönetimsel Destek” 25,26,27,29. maddelerinden; faktör 7. “Hasta Tıbbi Personel Oranı” 28,30. maddelerinden; faktör 8. “Enfeksiyon Riski” 12,13 maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğe 46. soru olan “Kurumunuz da iş güvenliğine yönelik sorun ve önerilerinizi yazınız” sorusu eklenmiştir. Hastanelerdeki iş güvenliğinin değerlendirilmesine yönelik olumlu yönde ifadelerden oluşan, “1-Kesinlikle Katılmıyorum”, “2-Katılmıyorum”,

“3-Kararsızım”, “4-Katılıyorum” ve “5-Kesinlikle Katılıyorum” arasında değerlendirilen 5’li likert tipinde bir ölçektir. Hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığının göstergesi olarak ankete verilen cevapların puanının yüksek olması ile ölçülmektedir.

3.3.3.3. Duygusal bağlılık ölçeği

Katılımcıların duygusal bağlılık düzeylerini ölçmek için Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin 8 ifadeden oluşan duygusal bağlılık boyutu kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal halinin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik testleri Yıldırım (2002: 34-67) tarafından yapılmıştır. Katılımcıların duygusal bağlılık düzeyinin değerlendirilmesine yönelik olumlu yönde ifadelerden oluşan, “1-Kesinlikle Katılmıyorum”, “2-Katılmıyorum”, “3-Kararsızım”, “4-Katılıyorum” ve “5-Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde değişen cevapları içermektedir. Anket 5’li likert tipinde bir ölçektir. Yüksek puanlar, yöneticilerin yüksek derecede duygusal bağlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistic Version 22 paket programında yapıldı. Kategorik veriler “n” ve % ile, sürekli veriler ortalama \pm standart sapma ile gösterilerek özetlendi.

Duygusal bağlılık ve iş güvenliği sorularına verilen cevaplara göre ölçeğin faktör analizi yapıldı. Analiz sonucunda oluşan alt başlıklar için Cronbach’s Alfa katsayıları hesaplandı.

Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro Wilks analizleri ve histogram ve dal-yaprak grafikleri ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılmadığı görüldü. Bu nedenle sürekli verilerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. Duygusal bağlılık ve iş güvenliği puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.5. Bulgular

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Yöneticilerin demografik değişkenlere göre dağılımı çerçevesinde cinsiyet, yaş, çalıştığı hastane, unvan, medeni durum, eğitim, mesleki kıdem, hastane kıdemi, çalışma şekli ve çalıştığı birime ilişkin elde edilen bulgular değerlendirilmektedir.

Tablo 3.1.'e göre yöneticilerin %14,1'i 30 ve altı yaş, %50,3'ü 31-40 yaş aralığında, %35,6'sı 41 ve üzeri yaşındaki yöneticileri kapsamaktadır. Örneklemin büyük çoğunluğunu 31 ve üzeri yaşa sahip yöneticiler oluşturmaktadır (%85).

Yöneticilerin %49,1'i büyük gelen hastanede, %31,9'u küçük genel hastane ve %19'u ağız-diş hastanesinde çalıştığı görülmektedir. Bu çerçevede yöneticilerin %81'i genel hastane çalışanlarından oluştuğu belirlenmiştir. Yöneticilerin %11'i üst yönetim, %21,5'i orta yönetim, %67,5'i ise alt yönetimden oluştuğu görülmektedir. Yönetim kademelerinde üst yönetimin az, orta yönetimin fazla ve alt yönetimin daha fazla olması yönetimin doğal bir sürecidir.

Yöneticilerin %84,7'sinin evli, %15,3'ünün bekar olduğu görülmektedir. Bu çerçevede araştırmaya katılanların büyük oranda evli olduğu belirlenmiştir.

Yöneticilerin %8'i lise ve dengi okul, %26,4'ü ön lisans, %39,9'u lisans, %16,6'sı yüksek lisans, %9,2'si ise tıpta uzmanlık-doktora mezundur. Yöneticilerin %65,7'sinin lisans ve üstü olduğu görülmektedir. Bu sonuç yöneticilerin eğitim seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yöneticilerin %16'sı meslekte 1-5 yıl, %20,2'si meslekte 6-10 yıl, %14,7'si meslekte 11-15 yıl, %23,69'u meslekte 16-20 yıl, %25,2'si meslekte 21 yıl ve üstü çalışmaktadırlar. Yöneticilerin %63,59'u meslekte 11 yıl ve üstünü çalışmaktadır. Mesleki kıdemi fazla olan bir grup olduğu söylenilebilir.

Yöneticilerin kurumda çalışma kademine bakıldığında %5,5'i 1yıldan az, %42,9'u 1-5yıl, %25,8'i 6-10 yıl, %17,2'si 11-15 yıl, %8,6'sı 16-20 yıl çalıştıkları belirlenmiştir. Yöneticilerin %51,6'sının kurum kıdemi 6 yıl ve

üstüdür. Bu durum yöneticilerin kısa sürede kurumdan ayrılmadıklarını göstermektedir.

Yöneticilerin %59,5'inin sürekli gündüz mesai ve %40,5'inin gündüz ve nöbet şeklinde çalışmaktadır. Bu sonuca göre %40'luk grubun düzensiz çalışma saatlerinin olduğu söylenilebilir.

Yöneticilerin %27,6'sı klinik, %16'sı poliklinik, %17,2'si özellikli birimler, %39,3'ü idarede çalışmaktadır. Buradan çıkacak sonuçla sağlık yöneticilerinin %50'den fazlasının idari birimlerde çalıştığı söylenebilir.

Tablo 3.1. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	46	28,2
	Kadın	117	71,8
Yaş	30 yaş ve altı	23	14,1
	31-40 yaş	82	50,3
	41 yaş ve üzeri	58	35,6
Çalıştığı Hastane	Büyük genel hastane	80	49,1
	Küçük genel hastane	52	31,9
	Ağız-diş hastanesi	31	19,0
Unvan	Üst yönetim	18	11,0
	Orta yönetim	14	8,6
	Alt yönetim	110	67,5
	Doktor	21	12,9
Medeni durum	Evli	138	84,7
	Bekar	25	15,3
Eğitim	Lise ve dengi okul	13	8,0
	Önlisans	43	26,4
	Lisans	65	39,9
	Yüksek lisans	27	16,6
	Tıpta uzmanlık-Doktora	15	9,2
Mesleki Kıdem	1-5 yıl	26	16,0
	6-10 yıl	33	20,2
	11-15 yıl	24	14,7
	16-20 yıl	39	23,9
	21 yıl ve üstü	41	25,2
Hastane kıdemi	1 yıldan az	9	5,5
	1-5 yıl	70	42,9
	6-10 yıl	42	25,8
	11-15 yıl	28	17,2
	16-20 yıl	14	8,6
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz mesai	97	59,5
	Gündüz mesai ve nöbet	66	40,5
Çalıştığı birim	Klinik	45	27,6
	Poliklinik	26	16,0
	Özellikli birimler	28	17,2
	İdare	64	39,3

Yöneticilerin %28,2'si erkek ve %71,8'i kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Tablo 3.2.'ye göre yöneticilerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu ve çoğunluğu oluşturan grubunda alt yönetim olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca incelemeye alınan kadın ve erkek yöneticilerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3.2. Yöneticilerin Cinsiyetlerine Göre Yaş Ortalama Dağılımı

Cinsiyet	n	%	Yaş		t	p
			Ort.±SS	Min.-Max.		
Erkek	46	28,2	37,65±7,45	25-55	-0,499	0,618
Kadın	117	71,8	38,25±6,62	21-57		
Total	163	100,00	38,08±6,84	21-57		

İndependent sample t test

3.5.2. Duygusal Bağlılık ve İş Güvenliği Algısı Ölçekleri Güvenirliği ve Açıklanan Varyans

3.5.2.1. Duygusal bağlılık ölçeği güvenirliliği ve açıklanan varyans

Duygusal bağlılık (DB) ölçeğinde; yöneticilerde “Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum” şeklindeki 8 ifade sorusu için yapılan güvenilirlik analizinde *Cronbach's Alfa* katsayısı 0,929 olarak bulundu. Bulunan katsayı ile kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varıldı. Ölçekte bulunan sorular homojen ve birbiri ile ilişkilidir (Anova F:29,371 $p<0,001$).

Ölçeğin orijinaline uygun olarak alt boyutları belirleyebilmek amacı ile Varimax düzeltmeli boyut analizi uygulandı. Öncesinde verilerin boyut analitik modeli ile modellenip modellemeyeceğine ilişkin ölçüt olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,928 bulunmuş olup soruların boyut analizi yapmaya uygun olduğu saptandı. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2=977,967$ $p=0,001$). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer (Eigenvalue) olarak 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak seçildiğinde anketin tek faktörden oluştuğu saptandı. Bulunan faktör toplam varyansın %67,849'luk kısmını açıklamaktadır (Tablo 3.3).

3.5.2.2. İş güvenliği algısı (İGA) ölçeği güvenirliliği ve açıklanan varyans

Yöneticilerde iş güvenliği ölçeğinde; “Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Kesinlikle Katılıyorum” şeklindeki 45 ifade sorusu için yapılan güvenirlilik analizinde *Cronbach's Alfa* katsayısı 0,948 olarak bulundu. Bulunan katsayı ile kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varıldı. Ölçekte bulunan sorular homojen ve birbiri ile ilişkilidir (Anova F:104,292 p<0,001).

Ölçeğin orijinaline uygun olarak alt boyutları belirleyebilmek amacı ile Varimax düzeltmeli boyut analizi uygulandı. Öncesinde verilerin boyut analitik modeli ile modellenip modellemeyeceğine ilişkin ölçüt olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,888 bulunmuş olup soruların boyut analizi yapmaya uygun olduğu saptandı. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2=5486,246$ p<0,001). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer (Eigenvalue) olarak 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak seçildi. Buna göre ankette 1'den büyük olan 9 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör toplam varyansın %15,266'sını açıklarken 9 faktör birlikte %71,225'lik bir açıklayıcılığa sahiptir.

Ancak, 10 ve 11 numaralı sorular binişik özellikte olduğundan anketten çıkarılarak analiz yenilendiğinde;

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,888 (birinci KMO değeri 0,887673861340501; ikinci KMO 0,8883153868486.. benzerlik yuvarlamadan kaynaklanıyor) bulunmuş olup, soruların boyut analizi yapmaya uygun olduğu saptandı. Barlett's testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edilmiştir ($X^2= 5269,054$ p<0,001). Değişkenler arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğer (Eigenvalue) olarak yine 1'den büyük olan faktörler anlamlı olarak seçildi. Buna göre ankette 1'den büyük olan 8 faktör bulunmaktadır. Birinci faktör toplam varyansın %15,017'sini açıklarken 8 faktör birlikte %69,506'lık bir açıklayıcılığa sahiptir (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Açıklanan Toplam Varyans Tablosu

Ölçek	Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
		Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
<i>Duygusal bağlılık</i>	1	5,43	67,85	67,85	5,43	67,85	67,85			
<i>İş Güvenliği Algısı</i>	1	13,86	32,24	32,24	13,86	32,24	32,24	6,46	15,02	15,02
	2	5,22	12,14	44,37	5,22	12,14	44,37	5,60	13,02	28,03
	3	2,71	6,30	50,67	2,71	6,30	50,67	3,87	9,00	37,04
	4	2,40	5,58	56,25	2,40	5,58	56,25	3,80	8,83	45,86
	5	1,95	4,53	60,77	1,95	4,53	60,77	3,78	8,79	54,65
	6	1,60	3,73	64,50	1,60	3,73	64,50	2,78	6,46	61,11
	7	1,26	2,94	67,44	1,26	2,94	67,44	2,12	4,93	66,04
	8	1,10	2,56	70,00	1,10	2,56	70,00	1,49	3,47	69,51

3.5.3. DB ve İGA Ölçekleri Sorular, Faktörler, Faktör Yükleri, Güvenirliği ve Ortalamaları

DB ölçeği 8 sorudan oluşmaktadır. İG ölçeğinde ise Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (Faktör1): 1,2,3,4,5,6,7,8,9. olmak üzere 9, Malzeme-Cihaz Denetimi ve Fiziksel Ortam (Faktör2): 31,32,33,34,35,36,42,43,44,45. olmak üzere 10, Koruyucu Önlemler ve Kurallar (Faktör3): 37,38,39,40,41. olmak üzere 5, Kazalar ve Zehirlenmeler (Faktör4): 20,21,22,23,24. olmak üzere 5, Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (Faktör5): 14,15,16,17,18,19. olmak üzere 6, Yönetmelik Destek (Faktör6): 25,26,27,29. olmak üzere 4, Hasta-Tıbbi Personel Oranı (Faktör7): 28,30. olmak üzere 2, Enfeksiyon Riski (Faktör8): 12,13. olmak üzere 2 ve genel İG ölçeği toplam 43 sorudan ve 8 faktörden meydana gelmiştir (Tablo 3.4).

Ölçeklerin ortalamaları incelendiğinde: DB (3,62±0,92) yüksek düzeydedir. İG ölçeği ve boyutları açısından ise; Faktör1: Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (2,28±0,88) düşük, Faktör2: Malzeme-Cihaz Denetimi ve Fiziksel Ortam (3,78±0,75) yüksek, Faktör3: Koruyucu Önlemler ve Kurallar (4,08±0,71) yüksek, Faktör4: Kazalar ve Zehirlenmeler (3,47±0,84) yüksek, Faktör5: Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (4,1±0,74) yüksek, Faktör6: Yönetmelik Destek (3,18±0,98) orta, Faktör7: Hasta-Tıbbi Personel Oranı (2,6±1,15) orta, Faktör8: Enfeksiyon

riski (2,8±1,14) ve genel İG algısı (3,35±0,58) orta düzeyde bulundu (Tablo 3.4).

Ölçeklerin cronbach's alfa değerleri incelendiğinde: DB 0,929 (Tablo 3.5), İG ölçeği ve boyutları açısından ise; Faktör1: *Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler* 0,929, Faktör2: *Malzeme-Cihaz Denetimi ve Fiziksel Ortam* 0,903, Faktör3: *Koruyucu Önlemler ve Kurallar* 0,910, Faktör4: *Kazalar ve Zehirlenmeler* 0,885, Faktör5: *Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri* 0,864, Faktör6: *Yönetmel Destek* 0,872, Faktör7: *Hasta-Tıbbi Personel Oranı* 0,796, Faktör8: *Enfeksiyon riski* 0,796 ve genel İG algısı 0,948 bulundu. Ölçeklerin oldukça güvenilir olduğu görülmektedir (Tablo 3.6).



Tablo 3.4. DB ve İG Ölçekleri Sorular, Faktörler, Faktör Yükleri, C.Alfa Katsayıları ve Puan Ortalama Dağılımı

Boyutlar	Sorular	Faktör yükleri	C.Alfa	Ort.±SS	Min.-Max.
<i>Duyusal Bağlılık</i>					
	1-8		0,929	3,62±0,92	1,13-5
<i>İş Güvenliği</i>					
Faktör1	S1	0,625	0,929	2,28±0,88	1-4,56
	S2	0,739			
	S3	0,823			
	S4	0,848			
	S5	0,829			
	S6	0,743			
	S7	0,755			
	S8	0,775			
	S9	0,722			
Faktör2	S31	0,532	0,903	3,78±0,75	2-5
	S32	0,626			
	S33	0,619			
	S34	0,635			
	S35	0,718			
	S36	0,663			
	S42	0,607			
	S43	0,605			
	S44	0,735			
	S45	0,642			
Faktör3	S37	0,815	0,910	4,08±0,71	2-5
	S38	0,842			
	S39	0,797			
	S40	0,656			
	S41	0,629			
Faktör4	S20	0,696	0,885	3,47±0,84	1-5
	S21	0,838			
	S22	0,801			
	S23	0,789			
	S24	0,769			
Faktör5	S14	0,637	0,864	4,1±0,74	1-5
	S15	0,720			
	S16	0,711			
	S17	0,787			
	S18	0,788			
	S19	0,646			
Faktör6	S25	0,792	0,872	3,18±0,98	1-5
	S26	0,855			
	S27	0,512			
	S29	0,533			
Faktör7	S28	0,800	0,796	2,6±1,15	1-5
	S30	0,845			
Faktör8	S12	0,624	0,796	2,8±1,14	1-5
	S13	0,592			
Genel			0,948	3,35±0,58	1,7-4,81

Tablo 3.5.'te görüldüğü üzere duygusal bağlılık ölçeği güvenilirlik analizi Cronbach Alfa değeri 0,929 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Dinçel'in (2012: 114) yaptığı araştırmada duygusal bağlılığa ait Cronbach Alfa değerini 0,924 olarak bulunmuştur. Bu değer yaptığımız araştırma ile paralellik göstermektedir.

Tablo 3.5. Duygusal Bağlılık Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	C.Alfa
S1	25,337	42,842	0,718	0,922	0,929
S2	25,025	44,777	0,593	0,931	
S3	25,172	41,847	0,830	0,914	
S4	25,264	42,208	0,851	0,913	
S5	25,288	41,639	0,785	0,917	
S6	25,282	41,290	0,852	0,912	
S7	25,436	40,593	0,831	0,913	
S8	26,025	42,901	0,614	0,931	

İş güvenliği algısı ölçeği güvenilirlik analizi sonucunda Tablo 3.6.'da belirtildiği üzere Cronbach Alfa değeri 0,948 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Tablo 3.6. İş Güvenliği Algısı Ölçeği Güvenirlik Analizi Sonuçları

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	C.Alfa
S1	147,552	656,817	0,397	0,948	0,948
S2	147,552	645,101	0,610	0,947	
S3	147,687	642,982	0,654	0,946	
S4	147,411	642,453	0,624	0,946	
S5	147,724	648,670	0,557	0,947	
S6	147,448	653,051	0,485	0,947	
S7	147,485	644,572	0,619	0,946	
S8	147,589	649,799	0,541	0,947	
S9	147,442	644,705	0,627	0,946	
S10	146,920	652,481	0,490	0,947	
S11	147,067	656,211	0,412	0,948	
S12	146,975	645,580	0,502	0,947	
S13	147,061	647,799	0,518	0,947	

S14	145,607	663,228	0,391	0,948
S15	145,509	663,486	0,401	0,948
S16	145,988	656,308	0,427	0,948
S17	145,816	655,250	0,498	0,947
S18	145,491	660,498	0,445	0,948
S19	145,939	651,070	0,478	0,947
S20	146,319	663,441	0,330	0,948
S21	146,307	651,152	0,529	0,947
S22	146,264	650,356	0,576	0,947
S23	146,325	652,196	0,509	0,947
S24	146,534	651,757	0,539	0,947
S25	146,902	643,805	0,564	0,947
S26	147,006	649,105	0,515	0,947
S27	146,307	643,165	0,689	0,946
S28	147,276	650,238	0,447	0,948
S29	146,344	640,955	0,645	0,946
S30	147,160	653,888	0,395	0,948
S31	146,153	640,328	0,656	0,946
S32	146,074	643,612	0,673	0,946
S33	145,853	651,546	0,574	0,947
S34	145,687	652,809	0,591	0,947
S35	146,479	644,547	0,629	0,946
S36	146,160	645,666	0,670	0,946
S37	145,810	656,920	0,524	0,947
S38	145,822	655,555	0,537	0,947
S39	145,834	663,818	0,359	0,948
S40	145,650	658,118	0,574	0,947
S41	145,601	659,525	0,540	0,947
S42	145,742	661,155	0,461	0,947
S43	145,877	658,750	0,443	0,948
S44	146,018	656,302	0,444	0,948
S45	146,405	644,230	0,587	0,947

3.5.4. DB ve İG Ölçekleri Sorularına Yönetici Katılım Oranları ve Ortalamaları

3.5.4.1. DB ölçeği sorularına yönetici katılım oranları ve puan ortalamaları

Duygusal bağlılığı değerlendirmek için hazırlanan 8 sorunun yanıtlanmasında katılıyorum-kesinlikle katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde önem sırasına göre ifadeler şöyledir (Tablo 3.7):

- 1) S2 (%76,1).
- 2) S3 (%69,3).
- 3) S4 (%66,9).
- 4) S5 (%65,7).
- 5) S6 (%65,1).
- 6) S1 (%62).
- 7) S7 (%57,6).
- 8) S8 (%34,3).

Öztürk (2013: 57)'ün araştırmasında benzer sonuçlar bulunmuştur. İlk yedi ifade Öztürk'ün araştırmasına göre daha yüksek bulunurken “Bu kurumdan başka bir kuruma bağlanabileceğimi sanmıyorum” (S8) ifadesi daha düşük bulunmuştur. Bu durum sağlık yöneticilerinin çalıştıkları kurama karşı duygusal bağlılığının yüksek olduğu ve kurumdan ayrılmayı düşünmedikleri söylenebilir.

Tablo 3.7. Duygusal Bağlılık Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort.±SS	Min.-Max.
S1	12 (7,4)	6,1 10 (6,1)	24,5 40 (24,5)	39,3 64 (39,3)	22,7 37 (22,7)	3,64±1,12	1-5
S2	8 (4,9)	6,7 11 (6,7)	12,3 20 (12,3)	40,5 66 (40,5)	35,6 58 (35,6)	3,95±1,09	1-5
S3	8 (4,9)	7,4 12 (7,4)	18,4 30 (18,4)	41,1 67 (41,1)	28,2 46 (28,2)	3,8±1,08	1-5
S4	6 (3,7)	9,8 16 (9,8)	19,6 32 (19,6)	45,4 74 (45,4)	21,5 35 (21,5)	3,71±1,03	1-5
S5	9 (5,5)	12,3 20 (12,3)	16,6 27 (16,6)	39,3 64 (39,3)	26,4 43 (26,4)	3,69±1,15	1-5
S6	5 (3,1)	15,3 25 (15,3)	16,6 27 (16,6)	39,3 64 (39,3)	25,8 42 (25,8)	3,69±1,11	1-5
S7	9 (5,5)	17,2 28 (17,2)	19,6 32 (19,6)	33,1 54 (33,1)	24,5 40 (24,5)	3,54±1,19	1-5
S8	23 (14,1)	25,2 41 (25,2)	26,4 43 (26,4)	20,2 33 (20,2)	14,1 23 (14,1)	2,95±1,26	1-5

3.5.4.2. İG ölçeği sorularına yönetici katılım oranları ve puan ortalamaları

İş güvenliği açısından katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde en etkili ilk sekiz değişken önem sırasına göre ifadeler şöyledir (Tablo 3.8):

- 1) S18 (92,7).
- 2) S15 (%88,9).
- 3) S40 (%88,9).
- 4) S41 (%88,3).
- 5) S14 (%87,1).
- 6) S41 (%84,6).
- 7) S34 (%82,2).
- 8) S17 (%81).

İGA ölçeğinin faktörleri açısından katılıyorum-kesinlikle katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde önem sırasına göre ifadeler şöyledir (Tablo 3.8):

Malzeme-cihaz ve fiziksel ortam faktörü açısından:

- 1) S42 (%84,6).
- 2) S34 (%82,2).
- 3) S33 (%77,9).
- 4) S43 (%76,7).
- 5) S44 (%73).
- 6) S32 (%68,1).
- 7) S29 (%65,7).
- 8) S36 (%63,2).
- 9) S45 (%58,9).
- 10) S35 (%47,2).

Koruyucu önlemler ve kurallar faktörü açısından:

- 1) S40 (%88,9).
- 2) S41 (%88,3).
- 3) S37 (%79,7).
- 4) S39 (%79,1).
- 5) S38 (%78).

Koruyucu önlemler ve kurallar faktöründeki soruların yüzdelerinin yüksek çıkması yöneticilerin bulaşıcı hastalık ve enfeksiyon hastalıkları ile mücadele için gerekli kişisel koruyucu ekipman ve prosedürleri sahada bulundurduğu söylenebilir. Hasta taşıma-kaldırma, kemoterapi gibi özel ilaçların talimatlarının sahada bulundurulması çalışanların bilinçlenmesini sağlayarak iş kazaları ve meslek hastalıklarını önleyebilir.

Kazalar ve zehirlenmeler faktörü açısından:

- 1) S23 (%59,5).
- 2) S22 (%58,9).
- 3) S20 (%56,1).
- 4) S21 (%54,6).
- 5) S24 (%50,9).

Sağlık taraması ve kayıt sistemi faktörü açısından;

- 1) S18 (%92,7).
- 2) S15 (%88,9).
- 3) S14 (%87,1).
- 4) S17 (%81).
- 5) S19 (%76,6).
- 6) S16 (%69,9).

Sağlık taraması ve kayıt sistemi faktöründeki soruların yüzdelerinin yüksek çıkması yöneticilerin iş sağlığı ve güvenliğini önemsediklerini göstermektedir.

Yönetmel destek faktörü açısından:

- 1) S29 (%60,7).
- 2) S27 (%52,1)
- 3) S25 (%40,5).
- 4) S26 (%33,7).

Yönetmel destek faktöründe çıkan sonuçlara göre yöneticilerin güvenlik ve iş kazası/meslek hastalıkları gibi sorunlar iletildiğinde geciktirmeden çözüme giderken eğlence ve eğitim gibi motivasyon ve iş doyumunu artırıcı ve çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltacak etkinlikleri daha az önemsedikleri düşünülmektedir. Bu durum kurum içerisinde psikolojik şiddete maruz kaldığı ve bu baskıyı azaltmak için yönetimin herhangi bir etkinlik düzenlemede yetersiz kaldığını göstermektedir.

Enfeksiyon riski faktörü açısından:

- 1) S13 (%47,9).
- 2) S12 (%44,1).

Yöneticilerin %50'den fazlası kurumlarında kesici ve delici alet yaralanmalarının ve enfeksiyon hastalıklarına yakalanma oranının yüksek olduğunu düşünmektedir.

İGA ölçeğinin faktörleri açısından katılmıyorum-kesinlikle katılmıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde önem sırasına göre ifadeler şöyledir (Tablo 3.8):

Mesleki hastalıklar ve şikayetler faktörü açısından;

- 1) S3 (%73).
- 2) S5 (%71,8).
- 3) S2 (%66,3).
- 4) S8 (%66,2).
- 5) S1 (%65).
- 6) S7 (%62).
- 7) S4 (%61,3).
- 8) S9 (%60,7).
- 9) S6 (%57,6).

Yöneticilerin %50'den fazlası meslek hastalıkları ve şikayetlerin hastanelerde yüksek olduğunu düşünmektedir. Hastanelerde personel eksikliği, uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma gibi faktörler yorgunluk, uykusuzluk ve strese sebep olmaktadır. Ayrıca yöneticiler ve çalışanlar çoğu zaman ayakta çalışmaktadır. Ayakta uzun süre çalışmaya, kas-iskelet sistemi sorunlarının en önemli nedenidir.

Hasta tıbbi personel oranı faktörü açısından;

- 1) S28 (%54).
- 2) S30 (%50,9).

Araştırmaya katılan yöneticiler hasta/hemşire ve hasta/hekim oranlarının uygun olmadığını düşünmektedir. Ülkemizde ortalama 100.000 nüfusa 197 ebe/hemşire ve 175 hekim düşmektedir (SAGM, 2014: 143). Ülkemizde hekim ve hemşire eksikliğinin olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve verimli olması için sağlık personeli açığının kapatılması gerekmektedir.

Ülkemizde hasta/hemşire oranını belirten ilk yasal düzenleme 2007/73 Sayılı Yoğun Bakım Üniteleri Standartları Genelgesi'nde yayımlanmış daha sonra Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile

de 1. basamak hastalar için 1:5, 2. basamak hastalar için 1:3 ve 3. basamak hastalar için 1:2 olmuştur. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde ise hastanede yatan yedi hastaya bir hemşire olarak düzenlenmiştir (Türkmen, 2015: 71). Yoğun bakım seviyelerine göre hemşire başına düşen hasta sayısının belirlenmesi hastalara verilen kaliteli hizmet sunumu açısından önemli olduğu kadar çalışan sağlığı ve güvenliği açısından da önem arz etmektedir. Çalışan başına düşen hasta sayısı azaldıkça iş yükü ve stres azalacağından iş kazaları da azalacaktır.

Tablo 3.8. İş Güvenliği Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort.±SS	Min.-Max.				
S1	47 (28,8)	36,2	59 (36,2)	16,6	27 (16,6)	16	26 (16)	2,5	4 (2,5)	2,27±1,12	1-5
S2	45 (27,6)	38,7	63 (38,7)	16	26 (16)	14,7	24 (14,7)	3,1	5 (3,1)	2,27±1,11	1-5
S3	53 (32,5)	40,5	66 (40,5)	11	18 (11)	12,9	21 (12,9)	3,1	5 (3,1)	2,13±1,1	1-5
S4	39 (23,9)	37,4	61 (37,4)	17,8	29 (17,8)	15,3	25 (15,3)	5,5	9 (5,5)	2,41±1,17	1-5
S5	56 (34,4)	37,4	61 (37,4)	16,6	27 (16,6)	7,4	12 (7,4)	4,3	7 (4,3)	2,1±1,09	1-5
S6	39 (23,9)	33,7	55 (33,7)	25,8	42 (25,8)	14,1	23 (14,1)	2,5	4 (2,5)	2,37±1,07	1-5
S7	42 (25,8)	36,2	59 (36,2)	19,6	32 (19,6)	15,3	25 (15,3)	3,1	5 (3,1)	2,34±1,11	1-5
S8	46 (28,2)	38	62 (38)	19	31 (19)	11,7	19 (11,7)	3,1	5 (3,1)	2,23±1,08	1-5
S9	38 (23,3)	37,4	61 (37,4)	19,6	32 (19,6)	17,2	28 (17,2)	2,5	4 (2,5)	2,38±1,1	1-5
S10	16 (9,8)	28,2	46 (28,2)	30,1	49 (30,1)	25,8	42 (25,8)	6,1	10 (6,1)	2,9±1,08	1-5
S11	21 (12,9)	32,5	53 (32,5)	25,8	42 (25,8)	23,9	39 (23,9)	4,9	8 (4,9)	2,75±1,11	1-5
S12	33 (20,2)	23,9	39 (23,9)	16,6	27 (16,6)	29,4	48 (29,4)	9,8	16 (9,8)	2,85±1,31	1-5
S13	27 (16,6)	31,3	51 (31,3)	16,6	27 (16,6)	30,7	50 (30,7)	4,9	8 (4,9)	2,76±1,2	1-5
S14	2 (1,2)	3,7	6 (3,7)	8	13 (8)	46,6	76 (46,6)	40,5	66 (40,5)	4,21±0,84	1-5
S15	1 (0,6)	3,7	6 (3,7)	6,7	11 (6,7)	41,7	68 (41,7)	47,2	77 (47,2)	4,31±0,81	1-5
S16	7 (4,3)	7,4	12 (7,4)	18,4	30 (18,4)	40,5	66 (40,5)	29,4	48 (29,4)	3,83±1,07	1-5
S17	6 (3,7)	4,3	7 (4,3)	11	18 (11)	49,7	81 (49,7)	31,3	51 (31,3)	4,01±0,97	1-5
S18	5 (3,1)	1,2	2 (1,2)	3,1	5 (3,1)	44,8	73 (44,8)	47,9	78 (47,9)	4,33±0,85	1-5
S19	10	9,8	16	7,4	12	42,9	70	33,7	55	3,88±1,16	1-5

	(6,1)		(9,8)		(7,4)		(42,9)		(33,7)		
S20	6 (3,7)	11	18 (11)	28,2	46 (28,2)	45,4	74 (45,4)	11,7	19 (11,7)	3,5±0,96	1-5
S21	7 (4,3)	12,3	20 (12,3)	28,8	47 (28,8)	36,8	60 (36,8)	17,8	29 (17,8)	3,52±1,06	1-5
S22	6 (3,7)	11	18 (11)	26,4	43 (26,4)	43,6	71 (43,6)	15,3	25 (15,3)	3,56±1	1-5
S23	8 (4,9)	14,1	23 (14,1)	21,5	35 (21,5)	45,4	74 (45,4)	14,1	23 (14,1)	3,5±1,06	1-5
S24	9 (5,5)	17,8	29 (17,8)	25,8	42 (25,8)	44,2	72 (44,2)	6,7	11 (6,7)	3,29±1,02	1-5
S25	28 (17,2)	21,5	35 (21,5)	20,9	34 (20,9)	33,1	54 (33,1)	7,4	12 (7,4)	2,92±1,24	1-5
S26	27 (16,6)	23,3	38 (23,3)	26,4	43 (26,4)	29,4	48 (29,4)	4,3	7 (4,3)	2,82±1,16	1-5
S27	8 (4,9)	11	18 (11)	27,6	45 (27,6)	40,5	66 (40,5)	16	26 (16)	3,52±1,04	1-5
S28	43 (26,4)	27,6	45 (27,6)	17,2	28 (17,2)	22,7	37 (22,7)	6,1	10 (6,1)	2,55±1,27	1-5
S29	13 (8)	14,7	24 (14,7)	16,6	27 (16,6)	42,9	70 (42,9)	17,8	29 (17,8)	3,48±1,18	1-5
S30	33 (20,2)	30,7	50 (30,7)	20,9	34 (20,9)	19	31 (19)	9,2	15 (9,2)	2,66±1,25	1-5
S31	14 (8,6)	6,7	11 (6,7)	19	31 (19)	40,5	66 (40,5)	25,2	41 (25,2)	3,67±1,18	1-5
S32	4 (2,5)	13,5	22 (13,5)	16	26 (16)	42,9	70 (42,9)	25,2	41 (25,2)	3,75±1,06	1-5
S33	2 (1,2)	9,8	16 (9,8)	11	18 (11)	46,6	76 (46,6)	31,3	51 (31,3)	3,97±0,96	1-5
S34	1 (0,6)	6,7	11 (6,7)	10,4	17 (10,4)	42,9	70 (42,9)	39,3	64 (39,3)	4,13±0,9	1-5
S35	8 (4,9)	18,4	30 (18,4)	29,4	48 (29,4)	31,9	52 (31,9)	15,3	25 (15,3)	3,34±1,1	1-5
S36	4 (2,5)	11,7	19 (11,7)	22,7	37 (22,7)	43,6	71 (43,6)	19,6	32 (19,6)	3,66±1	1-5
S37	2 (1,2)	4,9	8 (4,9)	14,1	23 (14,1)	50,9	83 (50,9)	28,8	47 (28,8)	4,01±0,86	1-5
S38	2 (1,2)	5,5	9 (5,5)	15,3	25 (15,3)	47,9	78 (47,9)	30,1	49 (30,1)	4±0,89	1-5
S39	3 (1,8)	4,3	7 (4,3)	14,7	24 (14,7)	51,5	84 (51,5)	27,6	45 (27,6)	3,99±0,87	1-5
S40	()	4,9	8 (4,9)	6,1	10 (6,1)	55,8	91 (55,8)	33,1	54 (33,1)	4,17±0,75	2-5
S41	()	3,7	6 (3,7)	8	13 (8)	50,9	83 (50,9)	37,4	61 (37,4)	4,22±0,75	2-5
S42	1 (0,6)	4,9	8 (4,9)	9,8	16 (9,8)	55,2	90 (55,2)	29,4	48 (29,4)	4,08±0,8	1-5
S43	3 (1,8)	6,7	11 (6,7)	14,7	24 (14,7)	48,5	79 (48,5)	28,2	46 (28,2)	3,94±0,93	1-5
S44	5 (3,1)	11	18 (11)	12,9	21 (12,9)	48,5	79 (48,5)	24,5	40 (24,5)	3,8±1,03	1-5
S45	13 (8)	17,2	28 (17,2)	16	26 (16)	42,9	70 (42,9)	16	26 (16)	3,42±1,18	1-5

3.5.5. DB ve İG Faktörleri ve Sosyo-Demografik Özellikler

Aşağıda açıklanan DB, İGA faktörleri ile kurum, unvan, hastane kıdemi, çalışma şekli ve birim olarak belirtilen demografik değişkenler arasında çıkan farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi yapılmıştır.

3.5.5.1. DB, İGA faktörleri ve cinsiyet

Yöneticilerin cinsiyetlerine göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.9);

Cinsiyete göre yöneticilerin DB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kadın yöneticilerin DB puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşüktür ($p<0,05$).

Barutçu (2015: 82) tarafından Ankara ve İzmir illerinde kamu personeline yapılan bir araştırma sonucu kadın ve erkekler yöneticiler arasında DB'nin anlamlı olarak farklılaştığını tespit edip erkeklerin DB'nin kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Gülova ve Demisoy (2012: 66) tarafından hizmet sektörü çalışanlarına yapılan araştırmada da erkeklerin DB düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Araştırmayı destekler niteliktedir. Başka bir araştırmada cinsiyet ile DB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Durna ve Eren, 2005: 216; Eğilmezkol, 2011: 87; Öztürk, 2013: 60; Cebeci, 218; Gündüz, 2016: 34). Başka bir ifadeyle cinsiyet DB'yi etkilememektedir. Diğer taraftan Finlandiya'da 2567 pratisyen hekim üzerinde yapılan araştırmada ise kadınların ÖB'ları, erkeklere göre yüksek bulunmuştur (Kuusio vd., 2010: 110). Araştırma ile ters düşmektedir.

Kadınlar genel olarak ev işi, çocuk bakımı gibi rolleri üstlenirken erkek de para kazanma rolünü üstlenir. Bu nedenle kadınların ailesel rollere verdikleri önem sonucunda kuruma DB'ları erkeklere göre daha düşük olduğu söylenebilir.

İş güvenliği ölçeği açısından;

Cinsiyete göre yöneticilerin Faktör1, Faktör2, Faktör4, Faktör8 ve ölçek genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Kadın yöneticilerin Faktör1 puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşüktür ($p<0,05$). Çalışma yaşamında aynı meslek grubuna ait

kadın ve erkek çalışanlar için çoğu kez hastalıklar aynı olsa da vücudun fizyolojik, psikolojik, hormonal, fiziksel, metabolik tepkileri farklı olabilir. Kadınların kas iskelet sistemi erkeklere göre daha zayıf olduğundan bel fıtığı, kol-bacak ağrıları daha fazla görüldüğü ve daha çabuk yoruldukları söylenebilir. Aynı zamanda kadın yöneticilerde ruhsal sorunlar ve sindirim sistemi problemleri daha fazla görülmektedir.

Kadın yöneticilerin Faktör2 puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$). Erkek yöneticilerin kadın yöneticilere göre çalıştığı birimin havalandırması, ısı, ışık, kullandığı malzeme ve araçların güvenliğinden ve yöneticilerin olumlu tutumundan daha memnun olduğu söylenebilir.

Kadın yöneticilerin Faktör4 ve Faktör8 puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşük belirlendi ($p<0,05$). Enfeksiyon riski, kaza ve zehirlenmeler faktörlerinde kadın yöneticilerin ortalaması erkek yöneticilerin ortalamasından anlamlı derecede daha düşüktür. Erkek yöneticiler çalışma ortamlarında kesici-delici aletle yaralanma, yanık, ezilme, zehirlenme, elektrik çarpması, düşme gibi riskleri kadın yöneticilere göre daha az görüldüğünü düşünmektedir. Aynı zamanda erkeklerin kadınlara göre kazalar konusunda daha dikkatli oldukları söylenebilir.

Kadın yöneticilerin ölçek genel puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$). Erkek yöneticilerin kadın yöneticilerden İG'ne daha çok önem verdiği söylenebilir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Yani bu değişkenler açısından kadınlar ve erkeklerin aynı doğrultuda hareket ettiği, yaklaşımlarının değişmediği belirlenmiştir.

Tablo 3.9. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Cinsiyet Ortalama Dağılımı

	Cinsiyet		Z	p
	Erkek	Kadın		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
Duygusal Bağlılık	3,88±0,84	3,52±0,94	-2,114	0,035
İş Güvenliği				
Faktör1	2,70±0,87	2,11±0,83	-3,834	0,000
Faktör2	4,04±0,74	3,68±0,72	-2,861	0,004
Faktör3	4,04±0,79	4,09±0,68	-0,038	0,970
Faktör4	3,74±0,79	3,37±0,84	-2,819	0,005
Faktör5	4,13±0,79	4,09±0,72	-0,381	0,703
Faktör6	3,33±1,02	3,12±0,96	-1,371	0,170
Faktör7	2,73±1,16	2,56±1,14	-0,838	0,402
Faktör8	3,12±1,06	2,68±1,16	-2,130	0,033
Ölçek Genel	3,57±0,64	3,27±0,54	-2,862	0,004

Mann Whitney U analizi

3.5.5.2. DB, İG faktörleri ve yaş

Yöneticilerin yaş gruplarına göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 3.10).

Barutçu'nun (2015: 83) kamu personeline, Cebeci'nin (2009: 223) defterdarlık personeline yaptığı araştırmalarında yaş, DB'ı etkilememektedir. Başka bir ifade ile yaş değişkeni ile DB arasında herhangi bir ilişki olmadığı söylenebilir. Bu durum araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir.

Diğer taraftan yaş değişkeni ile DB arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı araştırmalarda DB'ın yaş artıkça arttığı belirtilmektedir. Cihangiroğlu (2010: 87) hekimlerin örgütsel bağlılık düzeylerini araştırmak için yaptığı çalışmada 41-45 ve 46-55 yaş gruplarındaki hekimlerin DB düzeyleri 26-35 ve 36-40 yaş gruplarındaki hekimlerin DB düzeylerinden anlamlı derece yüksek bulunmuştur. 42-46 yaş aralığındaki çalışanlarında DB düzeylerinin 22-26 yaş aralığındaki çalışanlardan daha yüksektir (Eğilmezko, 2011: 88). Yapılan birçok araştırma; yaş artıkça DB'ın arttığını desteklemektedir (Öztürk, 2013: 61; Durna ve Eren, 2005: 215; Balli, 2013: 75). Buna karşın Göksel ve Aydın (2012: 258)'in yaptığı araştırmada ise 30-40 yaş arasındaki çalışanların DB'larının 41-50 yaş aralığındaki çalışanlardan daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yaş ile DB arasında farklı görüşlerin olduğu açıktır. Kimi araştırmacılar yaş ilerledikçe DB'ın arttığını

savunurken, kimileri de yaş azaldıkça DB'in arttığını savunmaktadır. Bir diğer araştırmacılarda DB ile yaş arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını savunmaktadırlar.

İş güvenliği açısından 30 yaş ve altı, 31-40 yaş ve 41 yaş ve üzeri olanların birbirine benzeyen davranışlarda bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.10. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Yaş Ortalama Dağılımı

	Yaş			X ²	p
	30 yaş ve altı	31-40 yaş	41 yaş ve üzeri		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Duygusal Bağlılık	3,39±1	3,56±0,9	3,81±0,91	4,565	0,102
İş Güvenliği					
Faktör1	2,29±0,83	2,32±0,87	2,21±0,93	0,860	0,650
Faktör2	3,85±0,83	3,75±0,71	3,79±0,77	0,384	0,825
Faktör3	3,83±0,93	4,02±0,68	4,26±0,62	4,550	0,103
Faktör4	3,68±0,69	3,51±0,83	3,33±0,91	2,307	0,316
Faktör5	3,89±0,88	4,14±0,68	4,12±0,76	1,364	0,506
Faktör6	2,98±1,1	3,2±0,93	3,24±1,01	1,178	0,555
Faktör7	2,57±1,31	2,76±1,08	2,4±1,17	3,915	0,141
Faktör8	2,96±1,1	2,82±1,15	2,72±1,17	0,668	0,716
Genel	3,33±0,6	3,37±0,56	3,34±0,62	0,021	0,990

Kruskal Wallis H analizi

3.5.5.3. DB, İG faktörleri ve kurum

Yöneticilerin çalıştıkları kurumlara göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.11);

Duygusal bağlılık ölçek puanları, *İGA ölçeği* faktör1, faktör2, faktör5 boyutları ve ölçek genel puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

“Küçük genel hastane” çalışanlarının DB puanları “ağız-diş hastanesi” çalışanlarının DB puanlarından anlamlı düşük bulundu ($p<0,0167$). Ağız-diş hastanesi yöneticilerinin DB küçük genel hastane yöneticilerinin DB'dan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ağız-diş hastanesinin çalışma şartlarının daha uygun, çalışan personel sayısının ve iş yükünün daha az olmasına bağlanabilir.

İş güvenliği ölçeğinde;

“Ağız-diş hastanesi” yöneticilerinin faktör1 puanları “büyük genel hastane” ve “küçük genel hastane” yöneticilerinin puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0167$). Ağız diş hastanelerinde hasta taşıma-kaldırma,

uzun süre ayakta kalma, nöbet tutmaya bağlı uykusuzluk ve zihinsel yorgunluk büyük genel ve küçük genel hastanelere göre daha az olduğu söylenebilir.

“Ağız-diş hastanesi” yöneticilerinin faktör2 puanı “büyük genel hastane” ve “küçük genel hastane” yöneticilerinin puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0167$). Ağız-diş hastanesinin çalışma ortamı ergonomisinin daha uygun olduğu, satın alınan malzeme ve cihazların daha kaliteli olduğu ve yöneticiler arası iletişimin daha fazla geliştiği söylenebilir.

“Ağız-diş hastanesi” yöneticilerinin faktör5 puanı “büyük genel hastane” ve “küçük genel hastane” yöneticilerinin puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0167$). Ağız-diş hastanesi yöneticileri çalışanların uğradığı kaza ve meslek hastalıklarının bildirimlerine, iş güvenliği eğitimlerine ve sağlık taraması ve muayenelerine daha fazla önem verdikleri söylenebilir.

“Ağız-diş hastanesi” yöneticilerinin genel ölçek puanı “büyük genel hastane” ve “küçük genel hastane” yöneticilerinin genel ölçek puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0167$). Ağız-diş hastanelerin iş güvenliğine daha fazla önem verdiği söylenebilir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3.11. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Kurum Ortalama Dağılımı

	Çalıştığı Hastane			X ²	p
	Büyük Genel Hastane	Küçük Genel Hastane	Ağız-Dış Hastanesi		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
Duygusal Bağlılık	3,62±0,91	3,38±0,9	4,02±0,88	10,179	0,006
İş Güvenliği					
Faktör1	2,1±0,81	2,2±0,86	2,89±0,88	17,106	0,000
Faktör2	3,65±0,78	3,72±0,66	4,22±0,63	12,823	0,002
Faktör3	4,13±0,73	4,04±0,62	4±0,79	1,107	0,575
Faktör4	3,44±0,77	3,36±0,93	3,75±0,82	4,759	0,093
Faktör5	4,02±0,78	4,04±0,69	4,4±0,64	8,031	0,018
Faktör6	3,18±1,03	3,03±0,85	3,45±1,02	4,935	0,085
Faktör7	2,45±1,17	2,74±1,11	2,77±1,13	3,456	0,178
Faktör8	2,72±1,06	2,68±1,2	3,23±1,19	5,141	0,076
Genel	3,26±0,57	3,28±0,56	3,7±0,54	14,254	0,001

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 3.12. Yöneticilerin Çalıştıkları Kurum Fark Tablosu

	1 2	1 3	2 3
Duygusal Bağlılık	0,098	0,037	0,002
İş Güvenliği			
Faktör1	0,525	0,000	0,001
Faktör2	0,666	0,001	0,002
Faktör3	0,359	0,430	0,901
Faktör4	0,699	0,046	0,051
Faktör5	0,844	0,008	0,013
Faktör6	0,321	0,145	0,022
Faktör7	0,123	0,136	0,853
Faktör8	0,828	0,029	0,056
Genel	0,941	0,000	0,001

3.5.5.4. DB, İG faktörleri ve unvan

Sağlık Yöneticilerinin unvanlarına göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.13);

DB ölçek puanları, İG ölçeği faktör1, faktör2, faktör4, faktör5, faktör6, faktör8 boyutları ve ölçek genel puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). “Üst yönetim” grubu çalışanların DB ölçek puanları “alt yönetim” çalışanlarının DB ölçek puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$). Alt kademe yöneticilerin DB’nin üst kademe yöneticilerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, üst yönetimin duygusal bağlılığının alt yönetime göre daha yüksek çıkması, üst yönetimin daha fazla ücret almaları, nöbet tutmamaları, farklı özlük haklara ve sorumluluklara sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

İş güvenliği ölçeğinde;

“Üst yönetim” grubu çalışanların faktör1, faktör2, faktör6, faktör8 boyutları ve ölçek genel puanları “orta yönetim” ve “alt yönetim” grubu çalışanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,0083$). Üst yöneticiler başhekim, başhekim yardımcıları ve müdürlerden oluşmaktadır. Üst yöneticiler hastanelerin riskli alanlarında çalışmamaktadır. Çalışma ortamının riskinin az olması nedeniyle sözü edilen faktörler açısından üst yöneticilerin puanlarının daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Üst yönetim ısı, nem, havalandırma, aydınlatma, araç ve gereçlerin sağlam ve güvenilir olması gibi çalışma ortamının ergonomisinden orta ve alt yönetime göre daha memnundur. Orta ve alt yönetim İSG sorunlarının olduğunu düşünmektedir. Üst yönetim İSG sorunları ile hemen ilgilendiklerini düşünseler de diğer yöneticiler düşünmemektedir. Bu da üst yönetimin İSG uygulamalarını tekrar gözden geçirmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sağlıklı ve güvenli çalışma ortamları yaratılabilmesi için; Üst yöneticiler İSG konusunda etkin çalışmalı, mevzuat ilkelerine uymalı, çalışanların mesleki riskler konusunda uzman ve deneyimli kişilerce eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve İSG çalışmalarına katılımları sağlanmalı, kurumda risk değerlendirmesi yapılırken çalışanların görüşleri alınmalı ve düzenli aralıklarla İSG uygulamaları gözden geçirmelidir.

“Üst yönetim” grubu çalışanların faktör4 boyut puanları “alt yönetim” grubu çalışanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,0083$). Üst yöneticilerde tesis kaynaklı kaza ve zehirlenme durumlarının alt yöneticilere göre daha az olduğu söylenebilir. Alt yöneticileri sorumlu hemşireler, röntgen, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, sekreter ve idari birim sorumluları oluşturmaktadır. Özellikle sorumlu hemşireler hasta/hasta yakınının düşmelerine, hastaya ilaç yaptıktan sonra ilacın beklenmeyen etkisi olan advers etki oluşmasına, hastayı

kaldırırken veya hastayı yatakla taşıırken kendinde veya taşıma personelinde el, ayak ezilme veya sıkışmalarına çok fazla rastlamaktadır. Ayrıca asansör ve otomatik kapıların bakımlarının yapılamaması, elektronik cihazlara elektrik kaçak testi yapılması nedeniyle geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilir.

“Alt yönetim” grubu çalışanların faktör5 boyut puanları “üst yönetim” ve “orta yönetim” grubu çalışanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p < 0,0083$). Alt yöneticilerin sağlık taraması ve kayıt sistemlerine üst ve orta yönetim yöneticileri kadar önem vermediği tespit edilmiştir. Bunun nedeni alt yönetim yöneticilerinin iş yoğunluğu nedeniyle sağlık tarama kayıt ve takiplerini tutmak istememelerine bağlanabilir.

Hastanelerde öncelikle İSG birimi oluşturulmalı ve çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik riskleri dikkate alınarak bölüm ve meslek bazında sağlık tarama programı hazırlanmalıdır. Çalışanların sağlık taramaları ve bağışıklama takipleri mevzuatta belirtilen aralıklara yapılmalıdır. Bölüm sorumlusu tarafından çalışanların sağlık taraması yaptırıp yaptırmadığı takip ve kontrol edilmelidir. Örneğin; bir çalışan kesici ve delici alet yaralanmasına maruz kaldığında en geç 24 saat içinde Enfeksiyon Kontrol Komitesine ve İSG birimine bildirilmesi gerekir. Çalışan Enfeksiyon Kontrol Komitesinin takibine alınarak gerekli muayene ve tetkikleri yapılır. İSG uygulamalarının sahaya yaygınlaştırılmasında en önemli görev alt yönetim yöneticilerine düşmektedir.

Faktör7 açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Yöneticilerin *hasta-tıbbi personel oranı* boyutuna göre düşüncelerinin değişmediği söylenebilir.

Tablo 3.13. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Unvan Ortalama Dağılımı

	Unvan				X ²	p
	Üst Yönetim	Orta Yönetim	Alt Yönetim	Doktor		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	4,18±0,89	3,99±0,59	3,49±0,94	3,58±0,87	13,647	0,003
<i>İş Güvenliği</i>						
Faktör1	3,01±0,82	2,44±0,83	2,19±0,88	2,03±0,7	13,767	0,003
Faktör2	4,32±0,53	4,07±0,6	3,7±0,74	3,5±0,78	17,092	0,001
Faktör3	4,37±0,5	4,5±0,61	4,03±0,67	3,79±0,94	11,814	0,008
Faktör4	3,93±0,85	3,63±0,69	3,41±0,82	3,31±0,95	8,098	0,044
Faktör5	4,60±0,42	4,55±0,42	3,93±0,74	4,24±0,79	23,505	0,000
Faktör6	3,96±0,53	3,66±0,8	3,04±0,97	2,94±1,08	18,867	0,000
Faktör7	2,75±1,32	2,64±1,36	2,57±1,09	2,62±1,21	0,261	0,967
Faktör8	3,58±1,03	3±1	2,75±1,12	2,29±1,14	12,960	0,005
Genel	3,9±0,5 1	3,64± 0,27	3,26± 0,55	3,16± 0,64	23, 606	0 ,000

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 3.14. Yöneticilerin Unvan Fark Tablosu

	1 2	1 3	1 4	2 3	2 4	3 4
<i>Duygusal Bağlılık</i>	0,222	0,001	0,012	0,047	0,152	0,768
<i>İş Güvenliği</i>						
Faktör1	0,083	0,001	0,001	0,237	0,183	0,617
Faktör2	0,236	0,001	0,001	0,064	0,020	0,183
Faktör3	0,263	0,052	0,048	0,006	0,017	0,326
Faktör4	0,181	0,008	0,027	0,332	0,270	0,751
Faktör5	0,586	0,000	0,134	0,002	0,357	0,036
Faktör6	0,317	0,000	0,003	0,025	0,044	0,763
Faktör7	0,863	0,590	0,711	0,974	0,905	0,992
Faktör8	0,104	0,005	0,001	0,440	0,057	0,072
Genel	0,094	0,000	0,001	0,005	0,018	0,627

3.5.5.5. DB, İG faktörleri ve medeni durum

Sağlık yöneticilerinin medeni durumlarına göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 3.15).

Araştırmada evli ve bekar yöneticilerin duygusal bağlılığında farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Tablo 3.15 incelendiğinde evli yöneticilerin DB ortalaması ($3,67±0,92$) bekar yöneticilere göre ($3,33±0,9$) daha yüksek

bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildir. Evli yöneticilerin ortalamasının bekâr yöneticilerden anlamlı derecede daha yüksek olmasında, evli yöneticilerin ailelerine duydukları bağlılıkların zamanla kuruma DB yönünde olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya benzer olarak bazı çalışmalarda medeni durumun duygusal bağlılığı etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Balli, 2013: 77; Gündüz, 2016: 37). Araştırmadaki bulguların tersine, başka bir araştırmada evlilerin bekarlara göre duygusal bağlılığının yüksek olduğu bulunmuştur (Durna ve Eren, 2005: 217; Eğilmezko, 2011: 91).

Gündüz'ün (2016: 48) makine sektöründe çalışan işçilere yönelik yaptığı araştırmada medeni durum ile İG arasında anlamlı bir ilişki olmadığına ilişkin araştırma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Başka bir ifade ile medeni durum değişkeni ile İG arasında herhangi bir ilişki olmadığı söylenebilir.

Tablo 3.15. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Medeni Durum Ortalama Dağılımı

	Medeni durum		Z	p
	Evli	Bekar		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,67±0,92	3,33±0,9	-1,755	0,079
<i>İş Güvenliği</i>				
Faktör1	2,31±0,89	2,13±0,83	-0,810	0,418
Faktör2	3,8±0,73	3,63±0,84	-1,054	0,292
Faktör3	4,1±0,7	3,97±0,74	-1,112	0,266
Faktör4	3,46±0,82	3,57±0,96	-0,822	0,411
Faktör5	4,11±0,7	4,03±0,93	-0,183	0,854
Faktör6	3,22±0,97	2,96±1,01	-1,334	0,182
Faktör7	2,63±1,15	2,46±1,16	-0,674	0,500
Faktör8	2,75±1,15	3,12±1,09	-1,480	0,139
Genel	3,37±0,58	3,27±0,63	-0,567	0,571

Mann Whitney U analizi

3.5.5.6. DB, İG faktörleri ve eğitim

Yöneticilerin eğitim durumlarına göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 3.16). Yöneticilerin lise ve dengi okul, ön lisans, lisans, lisansüstü ve tıpta uzmanlık-doktora eğitim derecelerinin DB üzerinde etkisi

olmadığı görülmektedir. Başka bir ifade ile yöneticilerin eğitim durumunun DB'a etkisinin olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya paralel olarak Bozkurt'un (2007: 235) gemi adamlarına, Solak'ın (2014: 95) hemşirelere ve Gündüz'ün (2016: 14) makine sektöründe çalışan işçilere yönelik yaptığı araştırmalarında eğitim durumu ile DB arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Araştırmayı destekler niteliktedir.

Diğer taraftan Barutçu'nun kamu sektöründe çalışan personele yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi arttıkça DB'ın arttığı sonucuna ulaşılrken, Özkaya ve ötekilerin (2006: 87) yöneticilere yaptığı araştırmada ise eğitim azaldıkça DB'ın arttığı görülmektedir. Araştırma ile ters düşmektedir.

Gündüz'ün (2016: 49) makine sektöründe çalışan işçilere yönelik yaptığı araştırmasında eğitim düzeylerinin iş güvenliği algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını tespit etmiştir. Araştırmayı destekler niteliktedir.

Tablo 3.16. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Eğitim Ortalama Dağılımı

	Eğitim					X ²	p
	Lise ve dengi okul	Önlisans	Lisans	Yüksek Lisans	Tıpta uzmanlık - Doktora		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,33±1,09	3,66±0,74	3,62±0,93	3,56±1,11	3,92±0,89	3,065	0,547
<i>İş Güvenliği</i>							
Faktör1	2,83±0,94	2,36±0,89	2,15±0,84	2,16±0,8	2,31±1,02	7,052	0,133
Faktör2	3,68±0,98	3,74±0,64	3,83±0,75	3,83±0,8	3,62±0,73	1,125	0,890
Faktör3	3,77±1,09	4,03±0,58	4,24±0,55	3,96±0,89	4±0,81	3,818	0,431
Faktör4	3,34±0,88	3,59±0,85	3,48±0,83	3,54±0,8	3,12±0,93	4,417	0,353
Faktör5	3,78±0,86	4,04±0,77	4,11±0,69	4,14±0,8	4,42±0,52	4,815	0,307
Faktör6	2,92±0,96	3,12±0,89	3,23±1,06	3,28±1,05	3,2±0,85	2,035	0,729
Faktör7	2,92±0,98	2,9±0,97	2,49±1,28	2,3±1,24	2,53±0,83	7,980	0,092
Faktör8	3,04±1,05	3,03±1,09	2,66±1,15	2,8±1,18	2,57±1,28	4,096	0,393
Genel	3,35±0,72	3,38±0,54	3,35±0,58	3,34±0,61	3,31±0,61	0,458	0,977

Kruskal Wallis H analizi

3.5.5.7. DB, İG faktörleri ve mesleki kıdem

Sağlık yöneticilerinin meslek kıdemlerine göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 3.17). Yöneticilerin mesleki kıdemleri; DB ve İG üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı söylenebilir.

Tablo 3.17. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Mesleki Kıdem Ortalama Dağılımı

	Mesleki Kıdem					X ²	p
	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,67±0,91	3,47±1,04	3,72±0,97	3,45±0,88	3,82±0,83	2,159	0,540
<i>İş Güvenliği</i>							
Faktör1	2,51±0,88	2,34±0,91	2,13±0,85	2,21±0,9	2,24±0,87	3,425	0,331
Faktör2	3,96±0,77	3,82±0,84	3,87±0,73	3,67±0,72	3,68±0,69	2,656	0,448
Faktör3	4,05±0,78	3,98±0,77	4,24±0,66	3,92±0,66	4,22±0,7	4,352	0,226
Faktör4	3,85±0,74	3,49±0,75	3,48±0,77	3,34±0,95	3,34±0,87	6,461	0,091
Faktör5	4,28±0,68	4,05±0,72	4,08±0,7	4,02±0,87	4,1±0,69	1,997	0,573
Faktör6	3,34±0,97	2,95±1,06	3,38±0,84	3,12±1,04	3,22±0,95	3,435	0,329
Faktör7	2,9±1,22	2,52±1,2	2,5±0,99	2,55±1,16	2,6±1,16	2,047	0,563
Faktör8	3,1±1,04	2,73±1,04	2,67±1,08	2,96±1,32	2,61±1,14	2,599	0,458
Genel	3,55±0,63	3,33±0,62	3,37±0,48	3,27±0,64	3,32±0,52	4,296	0,231

Kruskal Wallis H analizi

3.5.5.8. DB, İG faktörleri ve hastane kıdemi

Yöneticilerin hastane kıdemlerine göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.18);

DB ölçek puanları ve İG ölçeği faktör3 boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Hastane kıdemi “6-10 yıl” olan çalışanların DB ölçek puanları, hastane kıdemi “1-5 yıl” olan çalışanların DB ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,02$). Hastanede 1-5 yıl çalışan yöneticilerin DB’ı 6-10 yıl çalışanlardan daha düşüktür. Bunun nedeni yöneticilerin

çalışma süresinin artması ile birlikte yaptığı yatırımlarının fazlalaşmış olduğu düşünülmektedir. DB'ta zamanla gelişmenin varlığı ortaya konulmuştur. Kurum kıdemi 1-3 yıl olan hizmet sektöründe çalışanların DB'ı 1 yıldan az çalışanların DB'ından yüksek olduğu tespit etmiştir (Gülova ve Demirsoy, 2012: 70). Araştırma bulguları ile örtüşmektedir. Diğer taraftan Güçlü'nün (2006: 111) otel işletmelerinde yaptığı bir araştırmada ise kıdem ile DB arasında bir ilişki olmadığına ilişkin araştırma sonuçlarıyla örtüşmediği anlaşılmaktadır.

Hastane kıdemi "6-10 yıl" olan yöneticilerin faktör3 boyut puanları, hastane kıdemi "1 yıldan az" olan yöneticilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,02$). Öztürk ve Kıraç'ın (2014: 134) hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada 18-23 yıl arası çalışanlar yöneticilerinin verdiği görevleri tereddütsüz yerine getirirken 1 yıldan az ve 1-5 yıl arası çalışanlar kararsız bir tutum sergilemişlerdir. Araştırmayı destekler niteliktedir.

Özellikle 1 yıldan az çalışan yöneticilerde, uzun süre çalışan yöneticilere göre, hastalıklara ve yaralanmalara karşı önlemler alma, kurumun talimat ve prosedürlerine uyma davranışlarının anlamlı derecede az olması, göreve yeni başlamaları, uyum süreci, görevi ve çevreyi tanıma nedenlerinin olacağı düşünülmektedir. Her çalışan kuruma başlamadan önce oryantasyon programına alınmalıdır. Kurum tanıtımından hemen sonra bölüm uyum programı ilgili bölüm sorumlusu tarafından yapılmalı ve gerektiğinde uygulamalar konusunda eğitim verilmelidir.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Diğer değişkenler açısından yöneticilerin hastane kıdemlerine göre benzer yönde hareket ettikleri söylenebilir.

Tablo 3.18. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Hastane Kıdemi Ortalama Dağılımı

	Hastane kıdemi					X ²	p
	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,28±0,9 3	3,43±0,9 2	3,91±0,9 1	3,62±0,9 4	3,96±0,6 7	11,25 6	0,02 4
<i>İş Güvenliği</i>							
Faktör1	2,12±0,7 4	2,39±0,9 3	2,21±0,9 3	2,28±0,8 7	2,02±0,5 7	2,272	0,68 6
Faktör2	3,63±0,9 4	3,78±0,7 7	3,92±0,7 7	3,63±0,6 5	3,71±0,6 1	2,786	0,59 4
Faktör3	3,71±0,6 4	4,01±0,7 7	4,26±0,5 4	3,94±0,7 7	4,4±0,54	9,767	0,04 5
Faktör4	3,04±0,8 4	3,63±0,7 3	3,49±1	3,42±0,7 2	3±0,93	8,782	0,06 7
Faktör5	3,57±0,9 2	4,14±0,7 1	4,21±0,6 6	3,97±0,8 4	4,15±0,7	6,269	0,18 0
Faktör6	2,64±1,2 2	3,06±1,0 2	3,41±0,9 5	3,13±0,8 4	3,55±0,7 9	7,630	0,10 6
Faktör7	2,44±1,4 9	2,52±1,1 5	2,83±1,1 3	2,63±1,1 9	2,39±0,9	2,904	0,57 4
Faktör8	2,39±1,1 7	2,99±1,1	2,64±1,2 6	2,82±1,0 5	2,61±1,1 5	4,315	0,36 5
Genel	3,04±0,7 2	3,39±0,6 2	3,43±0,5 9	3,28±0,4 7	3,29±0,4 5	3,382	0,49 6

Kruskal Wallis H analizi

(Bonferroni düzeltmesinde anlamlılık değeri 0,20 olarak alındı (0,20/10=0,002)).

Tablo 3.19. Yöneticilerin Hastane Kıdemleri Fark Tablosu

	1 2	1 3	1 4	1 5	2 3	2 4	2 5	3 4	3 5	4 5
<i>Duygusal Bağlılık</i>	0,39 1	0,03 6	0,25 7	0,02 9	0,00 7	0,25 5	0,04 9	0,24 1	0,98 5	0,38 4
<i>İş Güvenliği</i>										
Faktör1	0,45 4	0,99 0	0,72 2	0,80 0	0,29 9	0,63 9	0,21 8	0,67 8	0,77 5	0,36 2
Faktör2	0,69 3	0,36 6	0,97 2	0,72 8	0,43 2	0,33 0	0,63 9	0,12 7	0,35 3	0,70 8
Faktör3	0,13 0	0,01 9	0,23 6	0,02 1	0,12 9	0,47 3	0,12 3	0,05 0	0,55 2	0,06 1
Faktör4	0,05 5	0,13 0	0,26 8	0,97 5	0,52 6	0,17 4	0,01 5	0,47 7	0,09 9	0,20 7
Faktör5	0,04 9	0,01 8	0,11 3	0,06 5	0,55 0	0,41 8	0,96 6	0,18 9	0,53 6	0,62 7
Faktör6	0,25 5	0,05 3	0,16 0	0,03 1	0,07 5	0,79 1	0,12 5	0,19 7	0,70 3	0,17 0
Faktör7	0,67 3	0,38 8	0,61 4	0,82 3	0,15 2	0,68 2	0,87 4	0,44 3	0,14 7	0,62 3
Faktör8	0,15 0	0,59 0	0,31 2	0,62 9	0,10 9	0,50 5	0,29 0	0,43 7	0,97 7	0,59 5
Genel	0,16 7	0,16 3	0,34 8	0,31 3	0,66 7	0,42 5	0,69 6	0,19 5	0,44 9	0,93 6

3.5.5.9. DB, İG faktörleri ve çalışma şekli

Yöneticilerin çalışma şekillerine göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.20);

Çalışma şekli “sürekli gündüz mesai” olan yöneticilerin DB ölçek puanları, çalışma şekli “gündüz mesai ve nöbet” şeklinde olan yöneticilerin DB ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$). Türker ve Öztük’ün (2016: 70) infaz koruma memurlarına yaptığı araştırmasında sürekli gündüz çalışan memurların DB’leri vardiyalı çalışan memurlardan daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Araştırmayı destekler niteliktedir. Sürekli gündüz çalışan yöneticiler meslekte ya da kurumda daha uzun süreli çalışmış olabileceklerinden ve gündüz çalışan yöneticilerin iş arkadaşları ile daha fazla zaman geçirebildikleri için DB’lerinin yüksek olduğu düşünülebilir. Ayrıca vardiyalı çalışanların mesai saatlerinin daha uzun olması, uykusuzluk sorunları ve hasta/hasta yakınları ile daha fazla birebir ilişki içerisinde bulunmaları DB’i azaltan nedenler arasında sıralanabilir.

Öztük’ün (2013: 57) sağlık çalışanlarına ve Seyhan’ın (2014: 95) gümrük memurlarına yaptığı araştırmalarında çalışma şekli ile DB arasında

istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlar araştırma ile ters düşmektedir.

İG ölçeğinde; çalışma şekli “sürekli gündüz mesai” olan yöneticilerin Faktör1, Faktör2, Faktör4, Faktör5, Faktör6, Faktör7, Faktör8 boyut ve ölçek genel puanları çalışma şekli “gündüz mesai ve nöbet” şeklinde olan yöneticilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Sürekli gündüz mesaide çalışan yöneticilerin çalıştıkları hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığı düşüncesi gündüz mesai ve nöbet çalışan yöneticilere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Gece nöbetlerinde gündüz mesaiye göre daha az çalışanın kalmasıyla iş yükünün artması, uzun çalışma saatleri, sorun olduğunda ilgililere hemen ulaşamama gibi nedenlerden dolayı gündüz mesai ve nöbet tutan yöneticinin iş güvenliği algısının daha düşük olduğu söylenebilir.

Gece yapılan işlerde İG ve verimliliğin azaldığı tespit edilmiştir. Gece vardiyasında çalışmak ritim bozukluğuna, uyku düzensizliğine, yorgunluk, depresyon, hastalıklara daha çabuk yakalanma, sosyalleşmenin azalmasına ve birçok sağlık problemlerine neden olmaktadır (TÜRK-İŞ, 2014: 33; yavuz 2009: 63). Nöbetli çalışmada özellikle gece nöbetinden sonra uyku bozuklukları görülür. Nöbetli çalışmak, uyku düzeni sorunları dışında sosyal hayatı da olumsuz etkilemektedir. Sürekli nöbet tutan sağlık çalışanı nöbetler nedeniyle eşi ve çocukları ile ilgilenemeyeceğinden ailevi sorunlara neden olabilir

Sadece Faktör3 açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3.20. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Çalışma Şekli Ortalama Dağılımı

	Çalışma Şekli		Z	p
	Sürekli gündüz mesai	Gündüz mesai ve nöbet		
	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,78±0,93	3,4±0,88	-2,788	0,005
<i>İş Güvenliği</i>				
Faktör1	2,56±0,92	1,86±0,63	-4,994	0,000
Faktör2	3,95±0,71	3,53±0,72	-3,444	0,001
Faktör3	4,14±0,71	3,99±0,7	-1,621	0,105
Faktör4	3,58±0,85	3,32±0,82	-2,406	0,016
Faktör5	4,18±0,77	3,97±0,68	-2,299	0,021
Faktör6	3,39±0,93	2,88±0,98	-3,281	0,001
Faktör7	2,78±1,19	2,34±1,03	-2,338	0,019
Faktör8	3,07±1,05	2,41±1,17	-3,527	0,000
Genel	3,52±0,57	3,1±0,51	-4,571	0,000

Mann Whitney U analizi

3.5.5.10. DB, İG faktörleri ve çalışılan birim

Yöneticilerin çalıştıkları birimlere göre boyut puanları dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.21);

DB ölçek puanları ve İG ölçeği tüm boyut ve ölçek genel puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

İdarede çalışan yöneticilerin DB puanları, klinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$).

Araştırmada idari birimde çalışan yöneticilerin %50'sinin üst ve orta düzey yönetici olmaları ve üst düzey yöneticilerin DB'lerinin yüksek olması nedeniyle idari birimde çalışan yöneticilerin DB'leri klinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilere göre yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

İG ölçeğinde; "İdare" çalışanlarının faktör1, faktör2 boyut ve ölçek genel puanları, "klinik", "poliklinik" ve "özellikli birim" çalışanlarının puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$). İdarede çalışan yöneticiler mesleki hastalıklar ve şikayetleri daha az, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortamı daha uygun bulunduğu düşünülmektedir. Araştırmaya katılan kişiler, idari birimde çalışan yöneticilere göre klinik,

poliklinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilerin riskli ve uygun olmayan alanlarda çalıştığını düşünmektedir.

“İdare” çalışanlarının faktör4, faktör7 ve faktör8 boyut puanları, “Klinik” çalışanların puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$). Beklenenin aksine idarede çalışan yöneticilerin puan ortalamalarının yüksek çıkması; çalışma ortamında düşme, zehirlenme, enfeksiyon hastalıkları, kan ve vücut sıvıları ve bulaşıcı hastalıklarla karşılaşma risklerinin düşük olmasından dolayıdır.

İdarede çalışan yöneticilerin hasta-tıbbi personel oranını uygun bulmaları, direkt olarak sağlık hizmeti sunumunda rol oynamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

“Poliklinik” çalışanlarının faktör5 boyut puanları, “Klinik” çalışanlarının puanlarından anlamlı yüksek; “İdare” çalışanlarının faktör5 boyut puanları, “Klinik”, “Poliklinik” ve “Özellikli birim” çalışanların puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$).

İdarede çalışan yöneticiler sağlık tarama ve kayıt sistemlerine klinik, poliklinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilerden daha fazla önem verdikleri söylenebilir. Ayrıca poliklinikte çalışan yöneticilerin klinikte çalışan yöneticilerden daha fazla sağlık taraması ve kayıt sistemine hassasiyet gösterdikleri belirlenmiştir. Poliklinik çalışanlarının hekim olduğu düşünüldüğünde sorumlu hekimlerin sorumlu hemşirelerden sağlık taraması ve kayıt sistemine daha titizlikle yaklaştığı ve değer verdikleri söylenebilir. İdarede çalışan yöneticiler sağlık taraması ve kayıt sistemi boyutunda yüksek puan ortalamasına sahip olmasının sebebi, işveren konumunda olan üst yönetimin İSG mevzuatlarını uygulatmak zorunda kalmasıdır. Aynı zamanda idarede çalışan yöneticiler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan mevzuatlara ve kurum içi duyurulara çalıştıkları birim göze alındığında diğer yöneticilere göre daha önce haberdar olduklarını göstermektedir.

“İdare” çalışanlarının faktör6 boyut puanları, “Klinik” ve “Özellikli birim” çalışanlarının puanlarından anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$). İdarede çalışan yöneticilerin klinik ve özellikli birimde çalışan

yöneticilerden daha fazla hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun olduğu söylenebilir.

Tablo 3.21. Yöneticilerin DB, İGA Faktörleri ve Birim Ortalama Dağılımı

	Çalıştığı birim				X ²	p
	Klinik	Poliklinik	Özellikli birimler	İdare		
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS		
<i>Duygusal Bağlılık</i>	3,38±0,93	3,55±1,06	3,39±0,75	3,92±0,86	12,564	0,006
<i>İş Güvenliği</i>						
Faktör1	1,79±0,64	2,19±0,78	1,95±0,71	2,8±0,87	40,758	0,000
Faktör2	3,55±0,67	3,68±0,78	3,39±0,68	4,15±0,66	28,339	0,000
Faktör3	4,05±0,7	3,83±0,85	3,89±0,65	4,28±0,63	9,213	0,027
Faktör4	3,26±0,83	3,53±0,8	3,29±0,87	3,68±0,82	10,261	0,016
Faktör5	3,86±0,66	4,32±0,66	3,71±0,8	4,34±0,68	24,671	0,000
Faktör6	2,88±0,99	3,07±0,98	2,79±0,94	3,62±0,84	21,658	0,000
Faktör7	2,22±1,02	2,56±1,18	2,55±0,99	2,91±1,22	9,091	0,028
Faktör8	2,36±1,11	2,77±1,2	2,64±1,16	3,2±1,02	14,848	0,002
Genel	3,07±0,45	3,31±0,58	3,05±0,51	3,7±0,51	42,259	0,000

Kruskal Wallis H analizi

Tablo 3.22. Yöneticilerin Çalışılan Birim Fark Tablosu

	1 2	1 3	1 4	2 3	2 4	3 4
<i>Duygusal Bağlılık</i>	0,534	0,811	0,002	0,573	0,113	0,004
<i>İş Güvenliği</i>						
Faktör1	0,030	0,193	0,000	0,310	0,002	0,000
Faktör2	0,599	0,400	0,000	0,252	0,006	0,000
Faktör3	0,329	0,366	0,084	0,805	0,020	0,013
Faktör4	0,158	0,740	0,004	0,265	0,313	0,026
Faktör5	0,008	0,495	0,000	0,004	0,860	0,000
Faktör6	0,385	0,785	0,000	0,273	0,016	0,000
Faktör7	0,286	0,168	0,003	0,792	0,192	0,175
Faktör8	0,173	0,334	0,000	0,660	0,128	0,032
Genel	0,093	0,973	0,000	0,109	0,004	0,000

3.5.6. DB ve İGA Ölçekleri Arasındaki İlişki

Duygusal bağlılık ölçeği puanları ile iş güvenliği ölçeği boyut ve ölçek genel puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile yöneticilerin iş güvenliği algıları olumlu yönde arttıkça duygusal bağlılıklarının da aynı şekilde arttığı gözlenmiştir. Gündüz'ün (2016: 49) makine sektöründe çalışan işçilere yönelik yaptığı araştırmasında örgütsel bağlılık ve iş güvenliği algıları

arasında pozitif yönde ilişki bulmuştur. Bu araştırma araştırmayı destekler niteliktedir. İş güvenliği artıkça duygusal bağlılığın arttığı söylenebilir.

İş güvenliği ölçeği boyut ve ölçek genel puanlarının (faktör3 ile faktör8, faktör5 ile faktör7 ve faktör8 eşleşmeleri dışında) kendi aralarında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Başka bir ifade ile yöneticilerin iş güvenliği boyutları arasında koruyucu önlemler ve kurallar ile enfeksiyon riski, sağlık taraması ve kayıt sistemi ile hasta-tıbbi personel ve enfeksiyon riski eşleşmeleri hariç meslek hastalıkları ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, koruyucu önlemler ve kurallar, kazalar ve zehirlenmeler, sağlık taraması ve kayıt sistemi, yönetsel destek, hasta-tıbbi personel ve enfeksiyon riski arasında pozitif yönlü ilişki vardır. Yani bir boyut artarken diğer boyutlar artmakta, bir boyut düşerken diğer boyut puanları da düşmektedir.

Tablo 3.23. DB İle İGA Faktörleri ve Ölçek Genel Puanları Arasındaki Korelasyon

		Duygusal Bağlılık	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
Faktör 1	r	0,292	1							
	p	0,000								
Faktör 2	r	0,486	0,436	1						
	p	0,000	0,000							
Faktör 3	r	0,377	0,159	0,629	1					
	p	0,000	0,043	0,000						
Faktör 4	r	0,131	0,371	0,394	0,309	1				
	p	0,097	0,000	0,000	0,000					
Faktör 5	r	0,278	0,251	0,480	0,490	0,317	1			
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000				
Faktör 6	r	0,621	0,428	0,633	0,504	0,324	0,438	1		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Faktör 7	r	0,349	0,404	0,318	0,211	0,255	0,141	0,454	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,007	0,001	0,072	0,000		
Faktör 8	r	0,137	0,600	0,315	0,136	0,532	0,124	0,303	0,347	1
	p	0,080	0,000	0,000	0,083	0,000	0,114	0,000	0,000	
Genel	r	0,503	0,734	0,832	0,628	0,625	0,614	0,753	0,514	0,585
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

3.5.7. DB'ın İG'ne Etkisi

Yapılan regresyon analizi sonucunda, duygusal bağlılığı iş güvenliği ölçeğinin 4. ve 8. faktörleri dışında kalan faktörleri ve genel iş güvenliği faktörü etkilemektedir.

DB faktörünün İG faktör1, faktör2, faktör3, faktör5, faktör6, faktör7 ve ölçek geneline etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Faktör4 ve faktör8 üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$). (B=ilişkinin yönü, Beta=korelasyon katsayısı, R^2 =Modelin açıklama oranı) DB ile İG boyutlarından; meslek hastalıkları ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, koruyucu önlemler ve kurallar, sağlık taraması ve kayıt sistemi, yönetsel destek, hasta-tıbbi personel oranı ve ölçek geneli arasında pozitif yönlü ilişki vardır. DB ile İG boyutlarından; kazalar ve zehirlenmeler ve enfeksiyon riski arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Genel olarak duygusal bağlılığı yüksek olan yöneticilerin iş güvenliği algıları da yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 3.24. DB'ın İGA'ya Etkisi İçin Yapılan Regresyon Analizi

Bağımlı değişken	B	Beta	p	R^2	Düzeltilmiş R^2
Faktör1	0,279	0,292	0,000	0,085	0,079
Faktör2	0,392	0,486	0,000	0,236	0,231
Faktör3	0,289	0,377	0,000	0,142	0,137
Faktör4	0,119	0,131	0,097	0,017	0,011
Faktör5	0,222	0,278	0,000	0,077	0,071
Faktör6	0,660	0,621	0,000	0,386	0,382
Faktör7	0,434	0,349	0,000	0,122	0,116
Faktör8	0,170	0,137	0,080	0,019	0,013
Genel	0,317	0,503	0,000	0,253	0,248

SONUÇ

Bu çalışmada yöneticilerin duygusal bağlılığı ve iş güvenliği arasındaki ilişkinin açığa çıkartılması amaçlanmıştır. Bu ana amaca ek olarak yöneticilerin çeşitli demografik özellikleri ile DB ve İGA düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. İlgili demografik değişkenler; çalıştığı hastane, unvanı, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki kıdem, hastane kıdemi, çalışma şekli ve çalışılan birim değişkenlerinden oluşmaktadır. Sağlık alanında hizmet veren yöneticiler üzerinde yapılan bu çalışmada önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları aşağıda sıralanmıştır:

Yöneticilerin %85'nin 31 yaş ve üzeri yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. Tekirdağ sağlık hizmetlerinde çalışan yöneticilerin orta yaşta ve deneyim sahibi olduklarını göstermektedir. Bu durumda Tekirdağ'ın sağlık yönetiminde anlamlı sonuçlar elde edeceği düşünülmektedir.

Yöneticilerin %28,2'si erkek ve % 71,8'i kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Kadın yöneticilerin, erkek yöneticilerden yaklaşık 3 kat fazla olmasının sebebi sağlık örgütlerindeki sorumlu hemşire, eğitim hemşiresi, enfeksiyon hemşiresi gibi görev tanımlamalarını özellikle kadınların yürütmesidir.

Yöneticilerin %8'i lise ve dengi okul, %26,4'ü ön lisans, %39,9'u lisans, %16,6'sı yüksek lisans, %9,2'si ise tıpta uzmanlık-doktora mezunudur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir (RG. 02.11.2011/28103). Bu düzenlemede başhekim, müdür, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı olmak için en az lisans mezunu olmak gibi bazı önemli şartlar getirilmiştir. Yapılan araştırmada lise ve ön lisans mezunu yöneticilerin var olması, özellikle başhekim, müdür, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı dışındaki yöneticilerin bu gruptan oluştuğu ve yönetimin alt kademesinde yer aldığı görülmektedir.

Yöneticilerin DB'ı yüksek ve genel İGA orta düzeydedir. Ayrıca İGA faktörleri açısından; Faktör1 düşük, Faktör2, Faktör3, Faktör ve Faktör5 yüksek, Faktör6, Faktör7 ve Faktör8 orta düzeyde bulundu.

Yöneticilerde DB, İGA faktörleri ile yaş, medeni durum, eğitim ve mesleki kıdem arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Belirtilen hususlar açısından araştırma bulguları H1b, H1d, H1e, H1f, H2b, H2d, H2e ve H2f hipotezlerini desteklememektedir.

Yöneticilerde DB, İGA faktörleri ile cinsiyet, kurum, unvan, hastane kıdemi, çalışma şekli ve birim arasında anlamlı bir farklılık vardır. Araştırma bulguları H1a, H1c, H1ç, H1g, H1ğ, H1h, H2a, H2c, H2ç, H2g, H2ğ ve H2h hipotezlerini destekler niteliktedir. H1 ve H2 hipotezleri ise kısmen desteklemektedir.

Cinsiyet açısından kadın yöneticilerin DB puanları erkek yöneticilerin puanlarından anlamlı düşüktür. Erkek yöneticilerin kadınlara göre işlerine daha çok yoğunlaştıkları, daha iyi pozisyonda ve daha yüksek ücretle çalıştıkları için örgüte olan DB'ları yüksek olduğu söylenebilir.

Kurumları göz önüne alındığında; ağız-diş hastanesi yöneticilerinin mesleki hastalıklar ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, sağlık taraması ve kayıt sistemi faktörleri ve genel ölçek puanı ortalaması büyük genel hastane ve küçük genel hastane yöneticilerinin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir.

Unvanlarına bakıldığında; üst yöneticilerin DB'ı alt yöneticilere göre daha yüksektir. Bunun nedeni; makamın vermiş olduğu güven duygusu, getirdiği tazminat ve ek ödemeler, kullanılan yetki ve emrinde çalışan personelin verdiği kişisel tatmin duygusu olabilir.

Üst yöneticilerin mesleki hastalıklar ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, yönetsel destek, enfeksiyon riski faktörleri ve ölçek genel puanları ortalaması orta yönetim ve alt yönetim yöneticilerinin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir.

Üst yöneticilerin kazalar ve zehirlenmeler faktör puan ortalaması alt yönetim yöneticilerinin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir. Sağlık çalışanları iğne batmaları, bulaşıcı hastalıklar, bel ve sırt sorunları, düşmeler, kol-bacak ezilmeleri, zehirlenme gibi kazalara hasta ile doğrudan

etkileşimde bulunan alt yönetim yöneticilerinde fazla rastlanmaktadır. Orta ve alt yönetimdeki yöneticilerin üst yöneticilere göre çalıştıkları ortam ve yaptıkları iş nedeniyle kazalara daha çok maruz kaldıkları söylenebilir.

Alt yöneticilerin sağlık taraması ve kayıt sistemleri faktör puan ortalaması üst ve orta yöneticilerden anlamlı düşüktür. Üst ve orta yönetimin sağlık tarama ve kayıtlarına daha çok önem verdiği söylenebilir. İSG birimleri birimlere özel sağlık tarama programı hazırlanmalı, birim sorumlusu ve İSG birimi tarafından bu kayıtlar takip edilmelidir. İşe yeni başlayan sağlık personeline tam bir fizik muayene yapılarak detaylı özgeçmiş ve meslek öyküsü kayda geçirilmelidir. Tüm personele İSG konusunda uzman kişilerce eğitim verilmelidir. Kişisel kayıtlar gizliliği korunmalıdır. Ayrıca işe ilk girişte, bölüm değişikliği, iş kazası, meslek hastalığı ve işten uzaklaşma durumlarında talep etmesi halinde ve her yıl sağlık taraması yenilenmelidir. Alt yöneticilerin sağlık taramalarının tüm personele yaygınlaştırılmasında ve sağlık tarama bilincinin oluşturulmasına etkisi büyüktür.

Hastane kıdemi açısından hastanede 6-10 yıl çalışan yöneticilerin DB'ı 1-5 yıl çalışanlardan daha yüksektir. Yöneticilerin çalışma süreleri arttıkça DB'ın da paralel olarak arttığı söylenebilir.

6-10 yıl hastane kıdemine sahip olanların koruyucu önlemler ve kurallar faktörü ortalaması 1 yıldan az hastane kıdemine sahip olanların ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir. Hastanede çalışma süreleri fazla olan yöneticilerin kurumun talimat ve prosedürlerine daha fazla özen gösterdikleri ve kendilerini risklere karşı korudukları söylenebilir.

Çalışma şekli açısından, sürekli gündüz çalışan yöneticilerin DB'ı gündüz mesai ve nöbet tutan yöneticilerden daha yüksektir. Bu sonuç, gündüz çalışan yöneticilerin yaşadıkları iş stresinin daha az olması, mesai süresi içinde danışılacak ekip üyelerinin daha kolay ulaşılabilirliği nedeniyle kendilerini daha güvende hissetmeleri, çalışma aralığının düzenli olması nedeniyle aile ve sosyal yaşamlarına daha çok zaman ayırabilmeleri, dolayısıyla daha kaliteli yaşam geçirebilmeleri gibi durumlarla açıklanabilir.

Sürekli gündüz mesaide çalışan yöneticilerin mesleki hastalıklar ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, kazalar ve

zehirlenmeler, sağlık taraması ve kayıt sistemi, yönetsel destek, hasta/tıbbi personel oranı, enfeksiyon riski faktör ve ölçek genel puanları ortalaması çalışma şekli gündüz mesai ve nöbet olan yöneticilerin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışma şekli gündüz mesai ve nöbet olan yöneticilerin değerlendirmelerine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak belirtilen faktörlerde iş güvenliğinin yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Çalışılan birime göre, idari birimde yönetici olarak çalışanların, klinik ve özellikli birimde çalışanlardan DB'ı daha yüksektir. İdari birimde çalışan yöneticilerin, örgütüne karşı duyduğu özdeşleşme ve bütünleşme derecesinin daha yüksek olduğu söylenbilir. Fakat örgütle bütünleşebilmek için tüm yöneticilerin ve çalışanların aynı duygu ile hareket etmeleri gerekir. Bu nedenle yöneticiler DB'ı arttırıcı faaliyetlerde bulunmalıdır.

İdarede alışan yöneticilerin mesleki hastalıklar ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam faktör ve ölçek genel puanları ortalaması klinik, poliklinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilerin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir.

İdarede alışan yöneticilerin kazalar ve zehirlenmeler, hasta-tıbbi personel oranı, enfeksiyon riski faktör puanları ortalaması klinikte çalışan yöneticilerin ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir.

“Poliklinik” alışanlarının sağlık taraması ve kayıt sistemleri faktör puanları, “klinik” çalışanlarının puanlarından anlamlı yüksek; “İdare” alışanlarının sağlık taraması ve kayıt sistemleri faktör puanları, “klinik”, “poliklinik” ve “zellikli birim” çalışanlarının puanlarından anlamlı yüksektir.

İdarede alışan yöneticilerin yönetsel destek faktör puanı ortalaması klinik ve özellikli birimde çalışan yöneticilerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksektir. Klinik ve özellikli birimde çalışan yöneticiler yönetsel desteği yetersiz görülmüştür. İş kazası ve meslek hastalığına ilişkin hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. İdarede alışan yöneticilerin içinde üst yönetimin olduğu da düşünüldüğünde yönetsel destek konusunda alt düzey yöneticilerle aynı düşünceyi

paylaşmadığı görülmektedir. Bu nedenle üst yönetim İSG'ni uygulamalarını desteklemeyi ve motivasyon artırıcı faaliyetleri arttırmalıdır.

Yöneticilerin DB puanları ile iş güvenliği ölçeği faktör ve ölçek genel puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ve etkileşim vardır. Araştırma bulguları H3 hipotezini desteklemektedir. Yöneticilerin DB'ları İGA ile ilişkili bulunmuştur. Diğer bir ifade ile yöneticilerin örgütüne olan bağlılığı yükseldikçe, örgütünü daha güvenli bir işyeri olarak algılamaktadır. Yöneticilerin İGA, DB'a paralel olarak artmaktadır. Buradan iş yerini güvenli olarak algılayan bir yönetici örgütüne bağlılığının da paralel olarak artacağı sonucu çıkmaktadır.

Regresyon analizi sonucunda, DB'ın İGA 4. ve 8. faktörleri dışında kalan faktörlerini ve genel iş güvenliğini etkilediği belirlenmiştir. Kısaca özetleyecek olursak; DB iş güvenliği açısından mesleki hastalıklar ve şikayetler, malzeme-cihaz denetimi ve fiziksel ortam, koruyucu önlemler ve kurallar, sağlık taraması ve kayıt sistemleri, yönetsel destek, hasta-tıbbi personel oranı ve genel İGA'yı etkilemektedir. H3a, H3b, H3c, H3d, H3e ve H3g hipotezleri kabul edilmiş olup H3ç ve H3ğ hipotezleri reddedilmiştir.

Araştırma ileride yapılabilecek çalışmalara esin kaynağı olacağını göstermektedir. Araştırma, farklı ülkeler arasında karşılaştırmalı olarak yapılabilir. Aynı araştırma kamu ve özel hastaneler ile karşılaştırmalı olarak yapılabilir. Ayrıca bu çalışma ışığında kurumlar verimlilik ve karlılığı arttırmaya yönelik çalışmalarda DB ve İG'nin önemine ilişkin bir fikir edinerek; yapacakları çalışmaların kurumsal verimliliği arttıracığı düşünülmektedir. Yöneticilerin de bu çalışmayla kurum aidiyetini artırıcı çalışmalar yapması ve verimliliğe katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hasta memnuniyetini ve güvenliğini arttırmak isteyen yöneticiler öncelikle çalışan memnuniyetini artırıcı faaliyetlerde bulunmalı, kurumunu İSG'de en güvenilir noktaya getirmek için çalışmalıdır. Yöneticilerin hasta memnuniyeti ve güvenliğinin; çalışan memnuniyeti, sağlığı ve güvenliğinden geçtiğini bilmeleri gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akay, E. (2006). *Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliği, Avrupa Birliği Ülkeleri İle Karşılaştırılması ve Bir Hizmet Modeli Önerisi*, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.184144).
- Akdemir, B. ve Duman, M.Ç. (2016). “Duygusal Bağlılık ve İşgören Performansı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma”, *The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science*, S. 46, ss. 343-357. <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS3454> (Erişim: 25.12.2016).
- Akıllı, H. ve Aydoğdu, Ö. (2013). *İş Sağlığı ve Güvenliğinin Önemi*, http://www.mta.gov.tr/v3.0/sayfalar/hizmetler/kutuphane/ekonomi-bultenleri/2013_16/245.pdf (Erişim: 25.04.2016).
- Akıncı, Z. (2002). “Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama”, *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, S. 4, ss. 1-25.
- Alıca, E. (2008). *İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın İşten Ayrılma Eğilimi Üzerine Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması: Bir Kamu Bankası Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 229383).
- Allen, N.J. ve Meyer, J.P. (1990). “Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects”, *Journal of Business Research*, C. 26, S. 1, ss. 46-91.
- Aras, M. (2010). *Örgütsel Bağlılık: GOÜ Akademik Personeli Üzerine Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 258040).
- Aslan, Ş. (2008). “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi”, *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, C.15 S. 2, ss. 163-178.

- Atay, F. (2006). *Endüstri Alanında Çalışan Bireylerin İş Doyumu Düzeylerinin İş Güvenliği Algıları Açısından İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 186786).
- Avcı, N. ve Küçükusta, D. (2009). “Konaklama İşletmelerinde Örgütsel Öğrenme, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Eğilimi Arasındaki İlişki”, *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, C. 20, S. 1, ss. 33-44.
- Aydın, U. ve öte. (2012). *Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rolü*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi.
- Aydın, U. ve öte. (2013). “İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitiminin İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Önlenmesindeki Rolü”, *Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası Dergisi*, C. 27, S. 4, ss. 24-45.
- Aygün, P. (2007). “Kesici-Delici Alet Yaralanmaları ve Korunma Önlemleri”, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, İstanbul: DAS Yayınları, ss.385-391.
- Azaklı, Ö. (2011). *Çalışanların Örgüte Bağlılıkları ve İş Güvencesizliği Algısı ile İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 289443).
- Bakan, İ. (2011). *Örgütsel Stratejilerin Temeli Örgütsel Bağlılık: Kavram, Kuram, Sebep ve Sonuçlar*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Balay, R. (2000). *Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Ballı, H. (2013). *Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeyleri: Kırklareli Örneği*, Yayımlanmamış Tezsiz Yüksek Lisans, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.

- Barutçu, K. (2015). *Kamu Personelinde Algılanan Örgütsel Desteğin Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri ile İlişkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 398207).
- Başığit, A. (2006). *Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.189982).
- Başığit, M.A. (2014). *Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 399147).
- Bayram L. (2005). “Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık”, *Sayıştay Dergisi*, S.59, ss. 125-139.
- Baysal, C.A. ve Paksoy, M. (1999). “Mesleğe ve Örgüte Bağlılığın Çok Yönlü İncelenmesinde Meyer-Allen Modeli”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, C. 28 S. 1, ss. 7-15.
- Beyzadeoğlu, H. ve Cengiz, İ. (2013). “Sağlık Çalışanlarının Riskleri ve Sağlık Takipleri”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, C. 28, S. ss. 28-33.
- Blau G.J. ve Boal K. (1986) “Conceptualizing How Job Involvement and Organizational Commitment Affect Turnover and Absenteeism”, *Academy of Management Review*, C. 12, S. 2, ss. 288-300.
- Boylu, Y., Pelit, E. ve Güçer, E. (2007). “Akademisyenlerin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine İlişkin Bir Araştırma”, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, C. 44, S. 511, ss. 55-74.
- Bozkurt, F. (2007). *Denizcilik Sektöründe Çalışan Gemi Adamlarının Demografik Özellikleri ile Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Algılanan Örgütsel Destek Düzeyi Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.228821).

- Buğra, E. (2014). *Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Vatandaşlık ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 364978).
- Bülbül, M. (2007). *Örgütsel Bağlılık ve Kamu Kuruluşlarına Yönelik Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş. http://kutuphane.ksu.edu.tr/e-tez/sbe/T00806/Muharrem_Bulbul_Tez.pdf (Erişim: 07.04.2016).
- Bülbül, P.Ö. ve öte. (2013). “Sağlık Çalışanlarında Mobbing: Kamu ve Özel Sağlık Kurum Çalışanlarının Karşılaştırmalı Türkiye Örneği”, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, C.3, S. 7, ss. 1-21.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 13, S. 3, ss. 253-275.
- Cebeci, H. (2013). “Hastanelerde İş Kazaları ve Çalışan Güvenliği: Karabük Şehir Merkezi Örneği”, *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, C. 1, S. 1, ss. 62-82.
- Ceseroğlu, C. M. (2010). *Örgütlerde İşgören İlişkileri Açısından Psikolojik Kontrat ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: 4-5 Yıldızlı Otel İşletmeleri Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 298015).
- Cihangiroğlu, N. (2010). “Askeri Tabiplerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, *Gülhane Tıp Dergisi*, S. 52, ss. 82-90.
- Çabuk, A. (2016). *İş Güvenliği ve Sağlığı Temel Alınarak 10 Milyon Üretim Kapasiteli Deniz Balıkları Yavru Üretim Pilot Tesisi Planlaması*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 420511).
- Çakar, N. D. ve Ceylan, A. (2005). “İş Motivasyonunun Çalışan Bağlılığı ve İsten Ayrılma Eğilimi Üzerindeki Etkileri”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, C. 6, S.1, ss. 52-66.

Çalışanların Gürültü İle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik (RG. 23.07.2013/28721).

Çalışkan, D. (2016). file:///C:/Users/Sony/Downloads/D1-Sa (Erişim: 04.05.2016).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB). <http://www.csgb.gov.tr/home/Contents/Bakanlik/Tarihce> (Erişim: 04.05.2016).

Camkurt, M. Z., (2007). “İş Yeri Çalışma Sistemi ve İş Yeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi”, *Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, C. 20, S. 6, ss. 80-106.

Çetin, M., Çınaroğlu, S. ve Şahin B. (2014). “Hekimlerin Kurumsal Bağlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 28, S. 2, ss. 1-15.

Çetin, M.Ö. (2004). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*. Ankara: Nobel Yayınları.

Çopur, Z. ve öte., (2006). “Ege Üniversitesi Hastanesi’nde Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 9, S. 1, ss. 39-53.

Çoşkun, S. ve Kıyak, Z.D. (2014). “Yönetim Görevi Olarak Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi”, *Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği Riskleri*, ed. M. Kıyak İstanbul: Okan Üniversitesi Yayınları.

Çoşkun, Y. (2015). *İş Güvenliği Uzmanının Görev Yetki ve Sorumlulukları*, Yüksek Lisans Tezi, Gediz Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 409005).

Çöl, G. ve Gül, H. (2005). “Kişisel Özelliklerin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkileri ve Kamu Üniversitelerinde Bir Uygulama”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 19, S. 1, ss. 291-306.

- Dedeler, H. (2008). *Bir İşletmede İşyeri Fiziksel Risk Etmenlerinin Çalışanların Sağlığına Olan Etkisinin Saptanması ve Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 203454).
- Demirgil, A., (2008). *İşletmelerde Mobbing Uygulamaları ile Örgütsel Bağlılık İlişkisinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 226169).
- Demir. S. (2015). Sağlık Sektöründe Mobbing. <http://www.yenimakale.com/saglik-sektorunde-mobbing-mobbing-in-healthcare.html>. (Erişim: 04.05.2016).
- Devebakan N. (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 207815).
- Dinç, A. (2016). “İş Sağlığı ve Güvenliği’nin Ekonomik Yönden Analizi”, *Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları*, ed, B. Filizöz ve A. Kocabacak, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Dinçel, G. (2012). *Kurumsal İtibar ile Örgütsel Kıvanç, Duygusal Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 320081).
- Doğan, S. ve Kılıç, S. (2007). “Örgütsel Bağlılığın Sağlanmasında Personel Güçlendirmenin Yeri ve Önemi”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, S. 29, 37-61.
- Durna, U. ve Eren, V. (2005). “Üç Bağlılık Unsuru Ekseninde Örgütsel Bağlılık”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, C. 6, S. 2, ss. 210-219.
- Durmuş, A. (2016). *İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Ders Notları* http://websitem.karatekin.edu.tr/user_files/emreozdemirci/files/is-guvenli%C4%9Fi-ve-isci-sa%C4%9Fli%C4%9Fi-ders-notlari.pdf, (Erişim: 30.02.2017).

Duygulu, S. ve Abaan, S. (2007). “Örgütsel Bağlılık: Çalışanların Kurumda Kalma ya da Kurumdan Ayrılma Kararının Bir Belirleyicisi”, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, ss. 61-73.

Eğilmezkol, G. (2011). *Çalışma Yaşamında Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık: Bir Kamu Bankasındaki Çalışanların Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık Algılayışlarının Analizine Yönelik Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 280277).

Eker, B. (2006). *Halkla İlişkiler Açısından Örgütsel Bağlılık: Oyak Bankası Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.172819).

Erim, O. (2007). *Türk Silahlı Kuvvetleri'nde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulaması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 233068).

Etzioni, A. (1961). *A Comparative Analysis of Complex Organizations: On Power, Involvement and Their Correlates*, New York: The Free Press.

Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hal

Fırat, Z. (2008). “İnsan Kaynakları Yönetiminin İş Güvenliğine Yaklaşımı”, *Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, C. 4, S.1, www.paradoks.org/old/makale/yil4_say1/firatzy41.pdf.

Göksel, A. ve Aydın B. (2012). “Lider-Üye Etkileşimi Düzeyinin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Görgül Bir Araştırma”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 17, S. 2, ss. 247-271.

Görgüner M. (2002). *Sağlık Çalışanlarında Solunum Yolu ile Bulaşan İnfeksiyonlar ve Korunma, Sterilizasyon Dezenfeksiyon ve Hastane İnfeksiyonları*, Çev. Murat Günyadın, Şaban Esen, Ahmet Saniç, Hakan Leblebicioğlu, Samsun: Simad Yayınları.

- Görür, A. (2014). <http://safetyhealth.com.tr/saglik-sektorunde-is-sagligi-ve-guvenligi/> (Erişim: 02.11.2016).
- Gözen, E. (2007) *İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Sigorta Şirketleri Üzerine Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 206085).
- Güçlü, H. (2006). *Turizm Sektöründe Durumsal Faktörlerin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1681, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu Yayınları No:9.
- Gül, H. (2003). “Örgütsel Bağlılık Yaklaşımlarının Mukayesesi ve Değerlendirmesi”, *Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimi Dergisi*, C. 2, S. 1, ss. 37-56.
- Gülova, Altın, A. ve Demirsoy, Ö. (2012). “Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Hizmet Sektörü Çalışanları Üzerinde Ampirik Bir Araştırma”, *Business and Economics Research Journal*, C. 3, S. 3, SS. 49-76.
- Gündüz, B. (2016). *Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve İş Güvenliği Alguları Arasındaki İlişki: Gebze Organize Sanayi Bölgesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 430612).
- Güneş, İ., Bayraktaroğlu, S. ve Kutanis, R.A. (2009). “Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki; Bir Devlet Üniversitesi Örneği”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 14, S. 3, ss. 481-497.
- Güney, S. (2007). “Örgütsel Bağlılık”, *Yönetim ve Organizasyon*”, ed. Salih Güney, Ankara: Nobel Yayınları.
- Gürkan, G.Ç. (2006). *Örgütsel Bağlılık: Örgütsel İklimin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi ve Trakya Üniversitesi'nde Örgüt İklimi ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 206826).

- Halil İmrek, “Osmaniye'de iş cinayeti: 3 işçi karbon silosuna düştü”
Evrensel Haber, 07.04.2017,
<https://www.evrensel.net/haber/315085/osmaniyede-karbon-tankina-dusen-uc-isci-yasamini-yitirdi>, (Erişim: 08.04.2017).
- Hisar, A. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetiminin Çalışan Güvenliğine Etkisi ve Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 337537).
- Huselid, M.A. ve Day, N.E. (1991). “Organizational Commitment, Job Involvement and Turnover: A Substantive and Methodological Analysis”, *Journal of Applied Psychology*, C. 76, S. 3, ss. 380-391.
- İbicioğlu, H. (2000). “Örgütsel Bağlılıkta Paradigmatik Uyumun Yeri”, *Dokuz Eylül İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 15, S. 1, ss. 13-22.
- İlsev, A. (1997): *Örgütsel Bağlılık: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 63815).
- İnce, M. ve Gül, H. (2005). *Yönetimde Yeni Bir Paradigma. Örgütsel Bağlılık*, Konya: Çizgi Yayıncılık.
- İşcan, Ö. F. ve Naktiyok, A. (2004). “Çalışanların Örgütsel Bağdaşımalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 59, S.1, ss. 181-201.
- Kanter, R.M. (1968). “Commitment and Social Organization: A Study of Commitment Mechanisms in Utopian Communities”, *American Sociological Review*, C. 33, S. 4, ss. 499-517.
- Karakaş, M. (2014). *Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Bağlılık (Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 365829).

- Kaya, O. (2007). *Örgütsel Bağlılık: Emniyet Genel Müdürlüğü Merkez Biriminde Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 207062).
- Kılıçaslan, S. (2010). *Örgütsel Adalet Algısı ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilere Kurumsal Bir Yaklaşım*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 261515).
- Kol, E., İlaslan, E. ve İnce, S. (2015). “Yoğun Bakım Ünitelerinde Gürültü Kaynakları ve Gürültü Düzeyleri”, *J Turk Soc Intens Care*, S. 13, ss. 122-128. http://www.yogunbakimderg.com/makale_9966/Yogun-Bakim-Unitelerinde-Gurultu-Kaynaklari-Ve-Gurultu-Duzeyleri, (Erişim: 08.04.2017).
- Köse, E. K. (2014). “Dezavantajlı Okullarda Öğretmenlerin Örgütsel Bağlılıkları ile Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkiler”, *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, C. 2, S. 2, ss. 28-36.
- Kurul, N. (2013). *Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma*, Yayımlanmamış Tez, Yüksek Lisans, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Kurtulmuş, M., Kinay, İ. ve Gündaş, A. (2012). “İlköğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Bağlılıklarının Yönetici Kaynaklı Sorunlara Göre İncelenmesi”, *The Journal of Academic Social Science Studies*, C. 5, S. 7, ss. 365-374.
- Kuusio, H. ve öte. (2010). “Organizational Commitment Among General Practitioners: A Cross- Sectional Study of the Role of Psychosocial Factors”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, C. 28, S. 2, ss. 108-114.
- Leong, C.S., Furnham, A. ve Cooper, C.L. (1996), “The Moderating Effect of Organizational Commitment on the Occupational Stress Outcome Relationship”, *Human Relations*, C. 49, S. 10, ss. 1345-1363. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/001872679604901004> (Erişim: 12.02.2016).

- Mathieu, J. E. ve Zajac, D. M. (1990). "A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates, and Cosequences of Organizational Commitment". *Psychological Bulletin*, C. 108, S. 2, ss.171-194. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.171> (Erişim: 25.04.2016).
- Mercan, M. (2006). *Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık Örgütsel Yabancılaşma ve Örgütsel Vatandaşlık*, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 187444).
- Meydanlıoğlu, A. (2013). "Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği", *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 2, S. 3. ss. 192-199.
- Meyer, J.P. ve Allen, N.J. (1991). "A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment", *Human Resources Management Review*, C. 1, S. 1, ss. 61-89.
- Meyer, J. P. ve Allen, N.J. (2004). "TCM Employee Commitment Survey Academic Users Guide", *Canada: Department of Psychology The University of Western Ontario*. <http://employeecommitment.com/TCM-Employee-Commitment-Survey-Academic-Package-2004.pdf>, (Erişim: 25.02.2016).
- Meyer, J. P. ve öte. (2002). "Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates and Consequences", *Journal of Vocational Behavior*, C. 2, S. 61, ss. 20-52.
- Nelson, B. (1999). *Çalışanlara Dinamizm Kazandırmanın 1001 Yolu*, Çev. Serra Egeliler. İstanbul, Rota Yayınları.
- Odabaş, İ. (2014). *Yapısal Güçlendirme ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkide Psikolojik Güçlendirmenin Ara Değişken Rolü: Öğretmenler Üzerinde Bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 355883).
- Oliver, N. (1990). "Rewards, Investments, Alternatives and Organizational Commitment: Empirical Evidence and Theoretical Development", *Journal of Occupational Psychology*, S. 63, ss. 19-31.

- O'Reilly, C. ve Chatman, J. (1986). "Organizational Commitment and Psychological Attachment: The Effects of Compliance, Identification and Internalisation on Prosocial Behaviour", *Journal of Applied Psychology*, C. 71, S. 3, ss. 492-499.
- Öcal, A (2010). *Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.304026).
- Öğüt, A. ve Kaplan M. (2011) "Otel İşletmelerinde Etiksel İklim Algılamaları ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Analizi: Kapadokya Örneği", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, S. 30, ss. 191-206.
- Öner, S. (2014). *İş Sağlığı, İş Güvenliği ve Sağlık Çalışanları*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 371284).
- Özcan, F. (2013). *Örgütsel Sinizm ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkiyi Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 335163).
- Özdoğan, M. (2015). *İş Güvenliği Uzmanlarının Kısmi Süreli ve Tam Süreli Çalışma Etkinliğinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 417283).
- Özkan, Ö. ve Emiroğlu, O.N. (2006). "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 10, S. 3, ss. 43-51.
- Özkaya, O. Öte. (2006). "Yöneticilerin Örgütsel Bağlılıkları ve Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkileri İncelemeye Yönelik Bir Alan Çalışması", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, S. 13, ss. 77-96.
- Öztürk, H, Babacan, E., ve Anahar, Ö.E. (2012). "Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Güvenliği", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.1, S. 4, ss. 252-268.

Öztürk, M. (2013). *Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 332812).

Öztürk, Y.E. ve Kırac, R. (2014). “İşverenin ve Çalışanın İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Sorumluluğunun Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi”, *V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, ss.123-126.

Özutku, H. (2008). “Örgüte Duygusal, Devamlılık ve Normatif Bağlılık ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi* C. 37, S. 2, ss. 79-97.

Özyurt, E.E. (2014). *Sağlık Sektöründe Risk Analizi, Risk Yönetimi ve Ağız, Diş Sağlığı Merkezlerinde Risk*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 365817).

Parlar, S. (2008). “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Durum; Sağlıklı Çalışma Ortamı”, *Turkish Of The Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*, C. 6, S. 7, ss. 547-554.

Penley, L.E. ve Gould, S. (1988). “Etzioni’s Model of Organizational Involvement: A Perspective for Understanding Commitment to Organizations”, *Journal of Organizational Behavior*, C. 9, ss.43-59.

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği (RG. 24.03.2000/23999).

Randall, D. M. (1987). “Commitment and the Organization: The Organization Man Revisited”, *Academy of Management Review*, C. 12, S. 3, ss. 460-471.

Güner, R. (2016). “Çalışan Sayısına Göre Değişen İSG Yükümlülükleri”, <http://www.recepguner.com/calisan-sayisi-isg/>, (Erişim: 13.12.2016).

Reichers, A, E. (1985). “A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment”, *Acedeny of Management Review*, C. 10, S.3, ss. 465-476.

Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M. (2005). *Örgütsel Psikoloji*, Bursa: Alfa Aktüel Yayınları.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGM). (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (RG. 02.11.2011/28103)

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmeliği (RG. 27.06.2015/29399).

SAH03.01. (2015). “Ameliyat odalarının sıcaklık ve nem değerleri gerçekleştirilen ameliyat türlerine göre belirlenmelidir.” *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*: Ankara.

SAH04. (2015). “Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.”, *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*: Ankara.

Saldamlı, A. (2009). *İşletmelerde Örgütsel Bağlılık ve İşgören Performansı*, Ankara, Detay Yayıncılık.

Samadov, S. (2006). *İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık: Özel Sektörde Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 189624).

Saygun, M. (2012). “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları”. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, C. 11, S. 4, ss.373-382.

Schein, H.E. (1978). *Örgüt Psikolojisi*, Çev. Mustafa Tosun, Ankara: TODAİE Yayınları.

SEN07.02 (2015). “Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.”, *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*: Ankara.

Sevinç, İ. ve Şahin, A. (2012). “Kamu Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı: Karşılaştırımlı Bir Çalışma”, *Maliye Dergisi*, S.162, ss. 266-291.

- Seyhan, M. (2014). *İşletmelerde Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler: Gümrük Memurları Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne. <http://docplayer.biz.tr/12264203-Isletmelerde-orgutsel-baglilik-ve-orgutsel-bagliliği-etkileyen-faktorler-gumruk-memurlari-uzerine-bir-arastirma.html> (Erişim: 19.05.2016).
- Sığırı, Ü. (2007). “İşgörenlerin Örgütsel Bağlılıklarının Meyer ve Allen Tipolojisiyle Analizi: Kamu ve Özel Sektörde Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, *Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 7, S. 2, ss. 261-278.
- Sivaramakrishnan, S. ve öte. (2008). “The Relationship between Organizational Commitment and Market Orientation”, *Journal of Strategic Marketing*, C. 16, S. 1, ss. 55-73.
- Solak, Ö. (2014). *Hemşirelerde Algılanan Örgütsel Adaletin, Örgütsel Bağlılıkla Düzeyi ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 365337).
- Somuncu, F. (2008). *Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığı Geliştirme Araçları: Özel Bir Hizmet İşletmesinde Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.220858).
- Sonay, F. (2013). *Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanları*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 348302).
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2016). *İş kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri*. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatik_yilliklari (Erişim: 17.05.2016).
- SSH10.02. (2015) “Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız bir bacadan dışarı verilmelidir.” *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane: Ankara*.
- SYB05. (2015). “Gürültü kontrolü sağlanmalıdır.”, *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane: Ankara*.

SSH11.01. (2015). “Endoskopi ünitelerinde yüksek düzey dezenfeksiyonun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.”, *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*: Ankara.

SSH02.04. (2015). “Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır.”, *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*: Ankara.

Swailes, S. (2002). “Organizational Commitment: A Critique of the Construct Anpd Measures”, *International Journal of Management Reviews*, C. 4, S. 2, ss. 155-178.

Şık, A. ve Şahingöz, S.A. (2015). *Son Mevzuata Göre İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitimi*, Ankara: Detay Yayıncılık.

Tamer, İ., İyigün, Ö. ve Sağlam, M. (2014). “Örgüt Kültürünün Örgüte Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Bir Perakende İşletmesi Çalışanları Üzerinde Araştırma”, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 5, S. 8, ss. 187-202.

Tanır, F. (2004). “İş Sağlığı ve Güvenliği”, *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, C. 4, S. 17, ss. 10-14.

Tanrıverdi, H. (2012). “Kişilik Özelliklerinin İş Değerlerine ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, *Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi*, C. 16, S. 2, ss. 189-210.

Tarihçe, Çerkezköy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, www.cerkezkoy.adsm.saglik.gov.tr/ (Erişim: 05.05.2016).

Tarihçe, Çorlu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, corlu.adsm.saglik.gov.tr/ (Erişim: 06.05.2016).

Tarihçe, Çorlu Devlet Hastanesi, <http://corludh.saglik.gov.tr/> (Erişim: 07.05.2016).

Tarihçe, Muratlı Devlet Hastanesi, <http://muratlidh.saglik.gov.tr/> (Erişim: 08.07.2016).

Tarihçe, Saray Devlet Hastanesi, <http://saraydh.saglik.gov.tr/> (Erişim: 10.05.2016).

Tarihçe, Tekirdağ Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, tekirdag.adsm.saglik.gov.tr (Erişim: 07.05.2016).

Tarihçe, Tekirdağ Devlet Hastanesi, <http://www.tdh.gov.tr/> (Erişim: 04.05.2016).

Turgut ERAT, “Fabrikada patlama! Kimyasal alarm verildi: 5 bin kişi tahliye edildi”, Sözcü Gazetesi, 12.04.2017, <http://www.sozcu.com.tr/2017/gundem/son-dakika-fabrikada-patlama-kimyasal-alarm-verildi-1788084/>. (Erişim: 12.04.2017).

Türk Dil Kurumu, (2017). http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&gclid=TDK.GTS.58cd2aed0b7c33.40605463 (Erişim: 07.02.2017).

Tengilimoğlu, D. ve Mansur, F. (2009) “İşletmelerde Uygulanan Mobbing’in (Psikolojik şiddet) Örgütsel Bağlılığa Etkisi”, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, C. 1, S. 3, ss. 69-84.

Toraman, Ö. (2009). *İş-Aile Çatışmasının Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 239608).

Tunçbiz, B. (2015). *Örgütsel Adaletin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Karabük Üniversitesi Akademik Personel Üzerinde Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karabük. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 399366).

Tutar, H. (2007). “Erzurum’da Devlet ve Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İşlem Adaleti, İş Tatmini ve Duygusal Bağlılık Durumlarının İncelenmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 12, S.3, ss.97-120.

- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) (2014). *Vardiyalı Çalışmalarda İş Sağlığı ve Güvenliği Konuları*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Türker, N. ve Öztürk, İ. (2014). “İnfaz Koruma Memurlarının İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılıkları: Batı Karadeniz Bölümü Örneği”, *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, S. 2, ss. 56-78.
- Türkmen, E. (2015). “Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, C. 2, S. 3, ss. 69–80.
- Tüzüner, V.L. ve Özaslan, B.Ö. (2011). “Hastanelerde İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, C. 40, S. 2, ss. 138-154.
- Uçak, A. (2009). *Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 230016).
- Urhan, S. (2014). *İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Bir Alan Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 364684).
- Uyguç, N. ve Çımrın, D. (2004). “Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını ve İşten Ayrılma Niyetlerini Etkileyen Faktörler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 19, S.1, ss.91-99.
- Uyur A. (2007) “Örgütsel Bağlılık ve İşgören Performansını Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması”, *Turizm ve Ticaret Eğitim Fakültesi Dergisi*, S.1, 71-85.

- Varoğlu, D. (1993). *Kamu Sektörü Çalışanlarının İşlerine ve Kuruluşlarına Karşı Tutumları, Bağlılıkları ve Değerleri*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 25921).
- Wasti, S. A. (2000). “Örgütsel Bağlılığı Belirleyen Evrensel ve Kültürel Etmeler: Türk Kültürüne Bir Bakış” *Türkiye’de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları*, ed, Z.Aycan, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Wiener, Y. (1982). “ in Organizations: A Normative View”, *The Academy of Management Review*, C. 7, S. 3, ss. 418-428.
- Yalçın, A. ve İplik F.N. (2005). “Beş Yıldızlı Otellerde Çalışanların Demografik Özellikleri ile Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Adana İli Örneği”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 14, S. 1, ss. 395-412.
- Yaman, M., Karakuş, Y. ve Şahbaz, N. (2015). *Diğer Sağlık Personeli Temel İSG Kitabı*.
- Yavuz E., (2009). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul. <http://ulusaltezmerkezi.com/bir-universite-hastanesinde-calisan-hemşirelerin-is-sagliği-ve-is-guvenligi-durumlarının-incelenmesi/> (Erişim: 25.04.2016).
- Yavuz, E. ve Tokmak, Ç. (2009). “İşgörenlerin Etkileşimci Liderlik ve Örgütsel Bağlılık ile İlgili Tutumlarına Yönelik Bir Araştırma”, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, C. 1 S. 2, ss. 17-34.
- Yazıcıoğlu, İ. ve Topaloğlu, I.G. (2009). “Örgütsel Adalet ve Bağlılık İlişkisi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, C. 1, S. 1, ss. 3-16.
- Yeğın, A. (2015). *İş Güvenliği Kültürünün İş Kazalarına Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Gedik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 412293).

Yeşil, F. (2009). *Hastane Yöneticilerinin Etkili Zaman Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul. <http://ulusaltezmerkezi.com/hastane-yoneticilerinin-etkili-zaman-yonetimine-iliskin-goruslerinin-incelenmesi/> (Erişim: 05.03.2016).

Yıldırım, E. (2010). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinde Eğitimin Rolü ve İşgörenlerin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitimi Konusundaki Bilinç Düzeylerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No. 277930).

Yıldırım, F. (2002). *Çalışma Yaşamında Örgüte Bağlılık ve Örgütsel Adalet İlişkisi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Tez No.117660).

Yıldırım, İ. ve öte. (2015). “Akdeniz Bölgesi Orman Ürünleri Sanayi Çalışanlarının İş Güvenliği Algılarının Belirlenmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, C. 3, S. 3, ss. 213-222.

Yıldız, A., Tekin, B. ve Odman, A. (2008). “İşlerin Sağlığı ve Güvenliği İşverenin İnsafına Emanet!”, *Mühendis ve Makina Dergisi*, C. 49, S. 579, ss. 19-34.

Yiğitbaş, Ç. ve Deveci, S.E. (2012). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing”, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, S. 42, ss. 23-28.

20/6/2012 tarih ve 6331 sayılı "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (RG. 30.6.2012/28339).

14.05.2012 tarih ve 6665 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi

“6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa İlişkin Bilgilendirme”, İş Güvenliği Mühendislik Hizmetleri, <http://www.isguvenligi.com.tr/Haberler/Haber-Detay/15/is-sagligi-ve-guvenligi-hizmetleri.aspx>, (Erişim: 13.12.2016).

EKLER

EK 1: Kişisel Anket Formu

ANKET FORMU

SAYIN YETKİLİ,

Bu anket formu, Sağlık Yöneticilerinde Duygusal Bağlılık ve İş Güvenliği Algısını değerlendirmek için hazırlanmıştır. Veriler toplu olarak değerlendirilecek olup, isim kullanılmayacaktır. Anketin doldurulması konusundaki hassasiyetiniz büyük önem arz etmektedir.

Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederim.

Meryem ÖRTLEK

Kırklareli Üniversitesi

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans

BÖLÜM 1: Genel Bilgiler

1. Çalıştığınız Hastane:

2. Görev ünvanınız?

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------|
| 1) Hastane Yöneticisi veya Başhekim Hizmetleri Müdürü | 6) Başhekim Yardımcısı | 11) Bakım |
| 2) İdari ve Mali Müdürü | 7) Uzman Doktor | 12) |
| 3) Pratisyen Doktor Yardımcısı | 8) Kalite Yönetim Direktörü | 13) Müdür |
| 4) Sorumlu Hemşire | 9) Hemşire-Ebe | |
| 14) İdari memur Hekimi | 5) İdari Şef ve Diğerler Sorumlular | 10) Diş |
| | 15) Diğer | |

3. Cinsiyetiniz?

- 1) Erkek 2) Kadın

4. Yaşınız?

5. Medeni Durumunuz?

- 1) Evli 2) Bekar

6. Eğitim durumunuz?

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1) Lise ve dengi okul | 4) Yüksek Lisans |
| 2) Önlisans | 5) Tıpta uzmanlık veya doktora |
| 3) Lisans | |

7. Mesleki Deneyim süreniz (kaç yıldır bu mesleği yürütmektesiniz)?

- | | | |
|----------------|--------------|---------------|
| 1) 1 yıldan az | 3) 6-10 yıl | 5) 16-20 yıl |
| 2) 1-5 yıl | 4) 11-15 yıl | 6) 21 ve üstü |

8. Hastane Kıdeminiz (Kaç yıldır bu hastanede çalışmaktasınız)?

- | | | |
|----------------|--------------|-------------------|
| 1) 1 yıldan az | 3) 6-10 yıl | 5) 16-20 yıl |
| 2) 1-5 yıl | 4) 11-15 yıl | 6) 21 yıl ve üstü |

9. Çalışma Şekliniz?

- 1) Sürekli gündüz mesai
2) Vardiya usulü

- 3) Gündüz mesai ve nöbet
4) Diğer

.....

10. Çalıştığınız Birim?

- 1) Ameliyathane 3) Dahili Klinik 5) Dahili Poliklinik 7) Röntgen
9) İdare
2) Cerr. Klinik 4) Cerr. Poliklinik 6) Labratuvar 8) Acil
10) Yoğun B.
11) Diğer.....



EK 2: Duygusal Bağlılık Ölçeği

NO	BÖLÜM 2: Aşağıda çalıştığınız kuruma yönelik çeşitli ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeye kriterler doğrultusunda yanıt veriniz.	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Kariyerimin kalan kısmını bu kurumda geçirmekten mutlu olurum.	1	2	3	4	5
2	Bu kurumun problemlerini kendi problemlerim gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
3	Duygusal olarak kendimi bu kuruma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
4	Bu kuruma karşı güçlü bir bağlılık hissediyorum.	1	2	3	4	5
5	Bu kurumda kendimi “ailenin bir parçası” gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
6	Bu kurumun benim için kişisel anlamı büyüktür.	1	2	3	4	5
7	Bu kurumdan söz etmekten çok hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
8	Bu kurumdan başka bir kuruma bağlanabileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5

EK 3: İş Güvenliği Ölçeği

NO	BÖLÜM 3: Aşağıda çalıştığınız kurumda iş güvenliğine yönelik çeşitli ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeye kriterler doğrultusunda yanıt veriniz.	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1	Çalışanlarda varisler yaygın değildir	1	2	3	4	5
2	Ruhsal sorunlar yok denecek kadar azdır (depresyon vb.)	1	2	3	4	5
3	Aşırı yorgunluk yok denecek kadar azdır	1	2	3	4	5
4	Uykusuzluk sorunu düşüktür	1	2	3	4	5
5	Bel fitiği vb. fitik görülmez	1	2	3	4	5
6	Sindirim sistemi ile ilgili yakınmaları yoktur (kabızlık, ülser vb.)	1	2	3	4	5
7	Duygusal sorunlar çok az görülür (yalnızlık, uyumsuzluk, tükenme vb.)	1	2	3	4	5
8	Kol ve bacak ağrılarından şikâyetler azdır	1	2	3	4	5
9	Zihinsel yorgunluk/koordinasyon eksikliği azdır	1	2	3	4	5
10	Alerjik sorunlar yok denecek kadar azdır (dermatit vb.)	1	2	3	4	5
11	Çalışanlar arasında solunum yolu hastalıkları sık görülmez	1	2	3	4	5
12	Enfeksiyon hastalığına yakalanma oranı düşüktür (hepatit, AIDS vb.)	1	2	3	4	5
13	Yumuşak doku travması az görülür (iğne batması, bisturi kesiği vb.)	1	2	3	4	5
14	İş kazası bildirim formları kullanılmaktadır	1	2	3	4	5
15	Kesici delici alet yaralanma formları kullanılmaktadır	1	2	3	4	5
16	Meslek hastalıkları tespit edilmekte ve formları kullanılmaktadır	1	2	3	4	5
17	İş güvenliğine yönelik kayıt sistemi vardır (Kişisel sağlık formu vb.)	1	2	3	4	5
18	Belirli/düzenli aralıklarla kişisel sağlık taraması ve muayenesi yapılmaktadır	1	2	3	4	5
19	İş güvenliği için eğitim programları düzenlenmektedir (stres yönetimi, egzersiz vb.)	1	2	3	4	5
20	Yanık görülmez	1	2	3	4	5
21	Zehirlenme görülmez (etilen oksit, besin, ilaç, radyasyon vb.)	1	2	3	4	5
22	Elektrik çarpması görülmez	1	2	3	4	5
23	Kol, bacak, el vb. ezilme, sıkışması az görülür	1	2	3	4	5
24	Düşme görülmez	1	2	3	4	5

25	Motivasyonu ve iş doyumunu artırıcı uygulamalar yapılmaktadır	1	2	3	4	5
26	Çalışanlardaki psikolojik baskıyı azaltmak için etkinlikler düzenlenmektedir (eğlence/egitim toplantıları vb.)	1	2	3	4	5
27	İş kazası/meslek hastalığı durumunda kurum gerekli sorumluluğu üstlenir ve çalışanı destekler	1	2	3	4	5
28	Hasta/hemşire oranları uygundur	1	2	3	4	5
29	Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde çözüm geciktirilmez/acil çözümlenir	1	2	3	4	5
30	Hasta/hekim oranları uygundur	1	2	3	4	5
31	Yönetime güvenlikle ilgili sorunlar iletildiğinde ilgili davranır	1	2	3	4	5
32	Bozuk/sorunlu alet-araçlar kullanılmamaktadır	1	2	3	4	5
33	Kullanılan alet-araçların düzenli kontrolleri ve bakımları yapılmaktadır	1	2	3	4	5
34	Koruyucu malzemeler (eldiven/gözlük vb.) çok rahat bulunmaktadır	1	2	3	4	5
35	Satın alınan malzeme ve araç kalitelidir (sağlam/güvenilir vb).	1	2	3	4	5
36	Satın alınan ve kullanılan ekipman güvenlik açısından değerlendirilmektedir	1	2	3	4	5
37	Hasta taşıma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	1	2	3	4	5
38	Hasta kaldırma kuralları vardır ve uygulanmaktadır	1	2	3	4	5
39	Özel ilaçlar (kemoterapi vb.) için özel talimatlar uygulanmaktadır	1	2	3	4	5
40	Kan vb. sıvılarından korunmak için önlemler alınmaktadır	1	2	3	4	5
41	Toksik, tıbbi atıklar vb. için önlemler alınmaktadır	1	2	3	4	5
42	Işık/aydınlık uygun ve yeterlidir	1	2	3	4	5
43	Çalışma ortamında ısı ve nem takibi yapılmaktadır	1	2	3	4	5
44	Isı/ısınma uygun ve yeterlidir	1	2	3	4	5
45	Havalandırma uygun ve yeterlidir	1	2	3	4	5
46	Kurumunuz da iş güvenliğine yönelik sorun ve önerilerinizi yazınız.					