



# SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA IŐ GERİLİMİ IŐ DOYUMU VE MESLEKSEL RİSKLER

Dr. Yücel DEMİRAL

Yrd. Doğ., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

## zet

Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde çalışma yaşamında köklü değişiklikler yaşanmaktadır. DeđiŐimin özellikle hizmet sektöründe ve kamu alıŐanlarında etkileri belirgindir. Sağlık hizmet sektörü çalışanlarının gerek özelleŐtirmelerle gerekse rekabet ve performans değerlendirmeleri gibi kavramlarla iş gvencelerinde belirgin değişiklikler yaşanmaktadır. Sağlık alıŐanları artan oranda iş gerilimi ile karŐılaŐmakta ve işin nitelik kaybı nedeniyle iş doyumları azalmaktadır.

Anahtar sözcükler: IŐ stresi, iş doyumunu, sağlık alıŐanları.

## Abstract

There has been profound changes in working life in developed and developing countries during the last three decades. The changes in production of goods and services have been most recognised among service sectors and civil servants. Health care workers have exposed to job insecurity due to privatisation policies. As a result of these changes job stress and job dissatisfaction have been increased among health care workers.

## Giriş

Merkez kapitalist ülkelerde alıŐma yaşamında 1970'li yıllarda başlayan ve belirgin etkilerinin 1990'lı yıllarda gözlendiği bir değişim süreci yaşanmaktadır. Değişim bu ülkelerle sınırlı kalmamakta ve gelişmekte olan ülkelere de yayılmaktadır. Bu yazıda deđiŐimin sağlık iş koluna yansımaları ve olası sonuçları, iş gerilimi ve mesleksel riskler açısından değerlendirildi.

## Çalışma Yaşamında Yaşanan DeđiŐikliklerin Temel zellikleri

Çalışma yaşamında yaşanan deđiŐimin temelinde merkez kapitalist ülkelerde kâr oranlarının düŐme eğilimi ve ekonomik daralma yatmaktadır. Bu iki etkenin yanı sıra bilgi üretiminin, yeni bir ürün ve üretim modeli olarak endüstriyel ürünlerin ve manufaktr üretim biğiminin yerini alması da katalizör etki yapmaktadır. Endüstriyel retimde düşen kâr oranları ve yeni teknolojilerin kullanılması, iŐletme yönetiminin ve üretim organizasyonunun yeniden yapılanmasını zorunlu kılmaktadır. Üretim organizasyonu bir taraftan desantralize edilirken diğer taraftan taŐeronlaŐma artmaktadır. Uluslararası rekabet üretim piyasası koşulları, ti-



caret ve bilgi ile entegre edilmesini gerekli kılmakta ve bunun sonucu toplumsal yapı ve çalışanlar doğrudan piyasa değişkeni olarak etkilenmektedir. Uluslararası ticaret yalnızca malları değil hizmetleri de kapsayacak şekilde genişlemektedir (1,2). Daha önceki dönemlerde ulusal kabul edilen pek çok sektör uluslararası piyasaya açılmakta ve sağlık, eğitim gibi kamusal üretim alanlarında köklü değişikliklere neden olmaktadır. Ulusal yasal düzenlemelerin yerini uluslararası standardizasyon almakta ve rekabet eşitliği adı altında sosyal devlet anlayışı terk edilmektedir. Standardizasyon yalnızca malları değil, üretim süreçlerini de kapsamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde üretim maliyetlerinin düşmesi ve hızlı ithalat, merkez kapitalist ülkelerdeki sanayi üretiminde çalışanların ücretlerinde düşüşe neden olmaktadır: Bunun sonucu işsizlik yalnızca geri kalmış ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de patlamıştır. Günümüzde dünya çalışabilir nüfusunun %25'inin işsiz olduğu tahmin edilmektedir. Artan ve yapılaşan işsizlik sermayenin hızla yayılmasının önündeki en önemli engel olarak kabul edilmektedir. Çalışma ve yaşama koşulları bozulan çalışanlar piyasaya eklenemedikleri ölçüde yoksullaşmaktadır.

### Ulusal Düzeyde İşyerlerine Etkiler

Merkez kapitalist ülkelerde düşen kâr oranlarını artırmaya ve ekonomik daralmayı aşmaya yönelik uluslararası alanda yapılan bu girişimler, ulusal ekonomilerin krizini önleyememiştir. İşkolları düzeyinde teknoloji kullanımı artmaktadır. Yeni teknolojilerin hızlı yayılımı, korunan ve güvenceli bir 'çekirdek işgücünün' yanı sıra artı değer üretimi son derece düşük olan güvencesiz bir iş gücünü de oluşturmaktadır. Şirketler, daha az sayıda çalışan ile aynı üretim kapasitesini sağlamaya çalışmaktadır (downsizing) ve ana ürün dışındaki işler için dış kaynaklara (outsourcing) yönelmektedirler. Şirketler daha dar alanlarda uzmanlaşarak, rekabet edebilme yeteneklerini geliştirmeye çalışmaktadır. Böylece sanayi dönemindeki büyük şirketlerin yerini uzman şirket kavramı almıştır. Dış kaynaklara yönelme yalnızca destek hizmetlerle sınırlı kalmamıştır. Ana üretimin belirli bölümleri de taşeron şirketlerce karşılanmaya çalışılmaktadır. Sözleşmelilik esasına dayalı istihdam biçimi, kısa süreli ya da belirli işlerin görülmesi için yaygınlaşmaktadır. Bunun sonucu sözleşmeli çalışanlar ana işveren şir-

ketle zayıf bağlar kurabilmekte ve gerek koruma gerekse beceri geliştirme için gerekli hizmet içi eğitim ve ilerleme şanslarının önü kapanmaktadır. Bilgisayar teknolojilerinin (BT) kullanıma girmesiyle özellikle hizmet sektöründe köklü değişiklikler yaşanmaktadır. Bu süreç, sanayi alanında makineleşme ve Taylorist modelin hizmet sektörüne uyarlanması olarak değerlendirilebilir. Hizmet sektöründe BT kullanımı işin bölümlere ayrılmasını sağlayarak, band tipi üretimde olduğu gibi işin basitleşmesi ve parçalara ayrılmasını olanaklı kılmaktadır.

Şirketlerde çalışan sayılarındaki azalma, üretim organizasyonundaki değişikliği gerektirmiştir. Bu yeni organizasyon biçimi ile çalışanlar üzerinde etkili kontrol yöntemlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Teknoloji kullanımı ve toplam kalite yönetimi ile işin anlık izlemi sağlanmış ve yönetimin çalışanlar üzerinde kontrolü artmıştır. Kalite çemberleri ve performans değerlendirme yöntemleri ile rekabet üretim sürecinin bütün aşamalarına yayılmaktadır. Bu anlamda yeni üretim biçimleri yalnızca teknik bir değişimi değil ideolojik bir dönüşümü de toplumun her katmanına yayma aracı olarak işlev görmektedir. Dayanışma ve eşgüdüm gibi kavramların yerini rekabet ve teşvik gibi kavramlar almaktadır.

Kamusal alandaki bürokratik ve planlı üretim stratejisinin yerini ticari kontrol mekanizmaları almaktadır (2,3). Yeni kamu işletmeciliği ve yönetim kavramları ile serbest piyasa kurallarının kamu hizmetlerinde de geçerli olması sağlanmaktadır (4). Refah toplumlarında kamu çalışanları gereksinim öncelikli çalışırken, yeni kamusal düzende gereksinimlerin yerini kârlılık ve performans almaktadır (5). Kamu ve özel ayrımı ortadan kalkmakta ve bir çok ülkede kamu kurumlarını ve özel şirketleri birbirinden ayırt etmek olanaksızlaşmaktadır. Kamu üretimi doğrudan ya da dolaylı olarak özelleştirme politikaları ile küçülmektedir.

### Sağlık İş Kolunda Yaşanan Değişim

Sağlık iş kolunun, gerek üretim biçimi gerekse toplumsal işlevi açısından diğer hizmet sektörleri ve sanayi sektöründen farklı yönleri vardır (6,7). Sağlık hizmetleri, refah toplumu sürecini yaşamış olan merkez kapitalist ülkelerde ağırlıklı olarak ve sosyalist ülkelerde tamamen kamusal bir üretimdir



(8). Kamusal olmasının yanı sıra endüstriyel üretimden farklı olarak, bütünsel olarak ve tam zamanında üretilmesi zorunludur. Sosyal devlet politikalarının başat olduğu ülkelerde bu özellikleri nedeniyle piyasa koşullarından bir anlamda korunmuştur. Özellikle son yirmi yılda yeni liberal politikaların giderek artan baskılarıyla sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına 'uyum' çalışmaları gündeme gelmiştir (8). Çalışma yaşamındaki değişim süreci, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülük ettiği politikalarla, sağlık alanında 'yapısal uyum politikaları' ile somutlaşmıştır (9). Yapısal uyum politikaları, temel olarak sağlık hizmetlerinin iki önemli özelliğine (kamusal ve bütünsel) karşıt politikalarlardır. Özelleştirme politikaları ile sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği; verimlilik, performans değerlendirmesi gibi kâr ve rekabete dayalı uygulamalarla bütünsel yapısı değiştirilmektedir (10).

Yapısal uyum politikaları ile sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına uyumu birkaç mekanizma ile yürütülmektedir. Birincisi sağlık hizmeti kamu hizmeti olarak kalmasına rağmen çalışanların ücret ve istihdam biçimindeki değişikliklerle piyasa koşulları sağlanmaya çalışılmaktadır. Öncelikle üniversite hastanelerinde başlayan döner sermaye uygulamaları, diğer kamu hastanelerine de yaygınlaştırılmıştır; giderek birinci basamak sağlık hizmetlerini de kapsayarak tüm sağlık bakım hizmetlerinde uygulanmaya başlamıştır. İkinci olarak performans değerlendirmesi ve verimlilik, kamu sağlık hizmetlerinde ölçüt olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu anlamda gereksinim, eşitlik ve önceliklerin yerini kârlılık ve rekabet almaktadır. Üçüncüsü, kamuda sözleşmeli personel istihdamı hekim dışı sağlık personelinde başlamış ve hekimleri de içine alacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Son olarak doğrudan ya da dolaylı özelleştirmelere yönelinmektedir. Yemek, temizlik gibi destek hizmetler özelleştirilmiş, hasta bakım hizmetlerinde de gündeme getirilmiştir.

Kamuda istihdam edilen sağlık personeli tipi son on yılda değişmektedir. Kamu sağlık hizmetleri sunumunda hekim ağırlıklı istihdam politikası eğilimi dikkat çekmektedir. 1990 yılında toplam uzman hekimlerin %67'si kamuda çalışırken, bu oran 2002 yılında %78'e çıkmıştır. Aynı dönemde kamunun pratisyen hekim istihdamı da, uzman he-

kimler kadar olmasa da artmıştır. Bunun yanında kamunun toplam hemşire ve sağlık memuru istihdam oranları %95'den %75'e gerilemiştir. Kamuda istihdam edilen sağlık personeli dağılımı incelenirse bu eğilim daha iyi gözlenebilir. 1990 yılında kamuda çalışan hekimlerin, hemşire ve sağlık teknisyenlerine oranı 0.63 iken, 2002 de bu oran 0.71'e çıkmıştır. Bu iki sonuç kamunun sağlık hizmeti sunumunda hekim ağırlıklı ve hekimler içinde de uzman hekim ağırlıklı bir hizmete yöneldiğini göstermektedir. Benzer bulgular, yapısal uyum politikaları uygulayan diğer ülkelerde de izlenmektedir (2,11).

Bu bulguların yanısıra çok sayıda yeni tıp fakültesi ve sağlık meslek lisesinin açılmasıyla sağlık çalışanlarında işsizlik gündeme gelmekte ve iş gücünün pazarlık gücü zayıflamaktadır. Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzmanlık, bir başka deyişle parçalanmış sağlık hizmeti sunumu hedeflenmektedir. İlk olarak daha kârlı olan tedavi edici hizmetlerle, koruyucu hizmetlerin birbirinden ayrılması gündemdedir.

Kamu sağlık hizmetlerinde çok yönlü bir değişim süreci yaşanmaktadır. Özetlemek gerekirse:

- Kamu kurumları kaynak kısıtlamasına gitmekte ve küçülmektedir. Küçülme öncelikli olarak destek ve yardımcı sağlık personelinde gözlenmektedir. Ancak bu durum hekimleri de içine alacak biçimde yaygınlaşmaktadır.

- Döner sermaye ve performans değerlendirmesi uygulamaları ile rekabete dayalı bir üretim biçimi yerleşmektedir.

- Kârlılık öncelenmekte ve bu amaçla kâr getiren işler ve getirmeyen işler birbirinden ayrılmaktadır. Uzmanlaşma ve teknoloji kullanımı artmaktadır. Böylece güvenceli çekirdek iş gücünün yanı sıra güvencesiz ve geçici çalışanlar oluşmaktadır.

- Toplam kalite yönetimi ve teknolojik kontrol sistemlerinin kullanıma girmesiyle çalışanlar üzerinde kontrol mekanizmaları artmaktadır.

Değişim sürecinin sağlık çalışanlarına getirdiği ortak sonuç iş güvencesizliğidir. İş güvencesizliği çalışma durumunun sürekliliği ile ilgili duyulan kaygı olarak tanımlanmaktadır (12,13). İş güvencesizliği için farklı yaklaşımlar olsa da tanımların ortak paydası, doğrudan iş kaybından farklı olarak, gelecek belirsizliğini de içinde barındırmasıdır. İş



güvencesizliği aynı zamanda işin içeriğindeki değişiklik (niteliksel olarak değişim) kaygısı olarak da ele alınmaktadır (12). Bu durumda çalışanın işi ile ilgili değerlerin azalması söz konusudur. Bu olgu işin niteliksizleşmesi olarak tanımlanabilir.

### Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi

Sermaye ve emeğin çatışma ve uzlaşma durumları tarafları güçlerine göre belirlenir. Bu anlamda tarafların politik güçleri işin örgütlenmesini kontrol eden temel mekanizmadır. Daha yalın bir değişle güç, işin organizasyonu ve kontrolünde belirleyicidir. İş kontrolü, yapılacak işin türü ve miktarı konusunda çalışanın karar verme olanaklarını ifade eder. Bireyin yetenekleri (eğitim ve beceri düzeyi) karar verme mekanizmalarına katılımda etkili olur. İş gerilimi, çalışandan beklenen fiziksel ve psikolojik iş yükü ve iş kontrolünün birbirleriyle etkileşimi olarak tanımlanmaktadır (13,14,15). Çalışanın yapması gereken görevler ve bu görevlerin ne zaman, nasıl ve hangi koşullarda yerine getirilmesi gerektiğini kontrol eden sistem dinamik bir yapıdır. Bireylerin bu süreçle baş etme becerileri iş gerilimine yanıtın oluşmasında etkili olur.

Sağlık çalışanlarında iş gerilimi birinci basamakta ve hastanelerde çalışanlarda önemli risk etkenlerinden birisidir. Çok sayıda ampirik çalışma sağlık çalışanlarında bu risklerin artacağını göstermektedir. Finlandiya'da yapısal değişim programının uygulandığı dönemi kapsayan ileriye yönelik çalışmada, sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı, çelişkili görevlendirmelerde artış olduğu, işlerin yetiştirilmesi için gereken zamanın anlamlı düzeyde azaldığı, çalışanların karar verme etkinliklerine katılımlarının düştüğü saptanmıştır. Ayrıca artan iş yükünün anksiyete ve konsantrasyon bozuklukları sıklığında ve hastalığa bağlı işe devamsızlıklarda artışlara neden olduğu gösterilmiştir (16). Nardere Eğitim Araştırma Bölgesi'nde çalışanların %59'u iş stresi ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir (17). Stockholm ve Zagreb'te birinci basamakta çalışan hemşirelerde yapılan çalışmada: Zagreb'te çalışan hemşirelerin kaynak sıkıntısı ve yüksek iş yüklerinin yanı sıra iş kontrollerinin, Stockholm'de çalışan meslektaşlarından daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Aradaki fark İsveç'in son on yılda kamu işletmeciliği modelini uygulamaya başlamasıyla açıklanmaktadır (18).

Performans değerlendirmesi uygulamaları ve yeni bilgi teknolojilerin kullanılmasıyla çalışanların kontrolü daha ayrıntılı yapılabilmektedir. İş güvencesizliği ve performansa dayalı değerlendirme birleşince çalışanların iş yükleri artarken, iş kontrolü düzeyleri azalmaktadır. Diğer taraftan tıbbi teknolojinin hızlı değişimi ve yaygınlaşması ile sağlık hizmetlerinin niteliği değişmektedir. Teknolojiye bağımlılık artarken, uzmanlaşma ile çalışanların karar verme alanları daralmaktadır. Bu değerlendirmeler, uygulamaların arttığı ölçüde sağlık çalışanlarında iş geriliminin artacağını göstermektedir.

### İş Gerilimi ve İş Güvencesizliğinin Sonuçları

İş geriliminin sonuçları bireyler ve organizasyon açısından değerlendirilmektedir. Bireysel düzeyde ele alındığında yüksek iş geriliminin kaza riskinde artış, tükenmişlik, alkol ve sigara kullanımında artış; koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, mental ve algılanan sağlıkta olumsuz etkilenmelere neden olduğu gösterilmiştir (19). Benzer şekilde yüksek iş geriliminin organizasyon üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda; işe devamsızlık, işe giriş çıkış hızlarında artma, iş doyumunu ve verimliliğin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (14,16,19,20,21).

İş güvencesizliği algısının sözleşmeli çalışanlarda kadrolu çalışanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ancak sözleşmelilik genel olarak belirli iş kolunda ya da işyerinde artış eğilimindeyken, kadrolu çalışanlarda da iş güvencesizliği algısı artmaktadır (22).

İş güvencesizliği ile ilgili İngiltere'de 1984 yılında başlayan özelleştirme sürecinin kamu çalışanlarına etkilerinin incelendiği çalışmalar önemli bulgular sunmaktadır (23, 24). Bu çalışmalarda; özelleştirme öncesinde ve 'söylentiler' dönemi olarak adlandırılan dönemde olumsuz etkilerin daha fazla gözlemlendiği gösterilmiştir. İkinci önemli bulgu; kamudan özele devredilen kurumlarda yeni iş bulanların, iş bulamayanlara göre sağlık göstergelerinin daha iyi olduğudur. Üçüncü olarak; güvenceli iş bulanların sağlık durumları, güvencesiz iş bulanlara göre daha iyi olarak saptanmıştır (25,26,27).

İş güvencesizliğinin olumsuz sağlık sonuçlarının açıklanmasında, iş doyumunun ara değişken olarak işlev gördüğü bildirilmektedir (28). Kesitsel ve ileriye yönelik çalışmalarda iş güvencesizliğinin erken

Şekil-1: İş güvencesinin iş doyumunu ve güvenlik ile ilişkisi (30)



dönemde iş doyumunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir (12,29,30). Probst iş güvencesi, iş doyumunu ve iş güvenliği ilişkisini Şekil-1'deki gibi özetlemektedir. Buna göre iş güvencesi ve iş doyumunu arasında kuvvetli pozitif bir korelasyon vardır. İş doyumunu güvenlikle ilgili bilgi ve motivasyonu etkilemektedir ve iş kazası riskini artırmaktadır. Buna ek olarak Türkiye'de yapılan çalışmalarda mesleki bilgi ve beceri kullanımının, çalışma süresi, örgüt kültürü ve kuruma bağlılığın mesleki doyumunu etkileyen önemli etmenler olduğu bildirilmiştir (31,32). Bu anlamda iş güvencesizliği bir taraftan iş gerilimini artırıcı rol oynarken diğer taraftan örgütsel yapıyı da olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla iş güvencesizliği, örgüt güvensizliğini de içermektedir. İş güvencesizliğinin yüksek olması işe giriş çıkış hızlarını artırmaktadır (33).

Diğer yandan, bazı çalışmalar daha sağlıksız olanların ilerleyen yıllarda iş konumlarında bozulmalara neden olduğunu göstermiştir (34). Buna göre daha sağlıklı bireyler iş tarafından 'seçilmektedir'. Bu durumda zaman içinde sağlığı bozuk olanlar çalışma yaşamında dezavantajlı konuma itilmektedir. Seçim işlemi çalışma yaşamının her kesitinde söz konusu olabilmektedir. Açıkta işe alınmada ya da sözleşmeliden kadroya geçiş sürecinde bireyin sağlık durumu belirleyici faktör olabilmektedir. Bu seçim mekanizmasının eşitsizlikleri artırıcı yönde etkisi olmaktadır. Öncelikli olarak gençler ve kadınlar duyarlı gruplardır. Benzer değişim programlarını uygulayan ülkelerde işe ilk girenlerin korunduğu, son girenlerin işten çıkartıldığı bildirilmiştir (5). Üst düzey çalışanlar korunurken alt düzey çalışanlar giderek artan oranda güvence kaybı ve işsizlikle karşılaşacaklardır. Özellikle genç çalışanlardan daha uzun ve yoğun çalışma beklenecektir.

## Sonuç

Verili koşullar bireyler tarafından yorumlanırken belirli gerekçelere dayandırılır. Yorumun oluşmasında belirleyici olan etken bireyin politik görüşleridir. Ayrıntılı bir çözümleme ile yeni çalışma biçimlerinin ve uluslararası artan ticaret ve iletişimin çalışanlar açısından sorun olmayacağı anlaşılabilir. Küreselleşme sürecinin öğretici yanı, kapitalizmin içsel sorunu olan sermaye ve emek çelişkinin üretim modellerinde yapılacak değişikliklerle aşılamayacağına belirginleşmesidir. Süreç, beyaz yakalı ve kamu çalışanlarının işlerinde nitelik kaybını ve güvencesizliği beraberinde getirmektedir.

## Kaynaklar

1. Erdut Z. Uluslararası sosyal politika ve Türkiye. 1 ed. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2002.
2. Sundin E, Wikman A. Changes in working life and new forms of production. In: Gustafsson RA, Lundberg I, editors. Work life and health in Sweden.2004. Stockholm: National Institute of Working Life, 2005: 11-37.
3. Cunha RC, Cooper CL. Does privatization affect corporate culture and employee wellbeing? Journal of Managerial Psychology 2001; 17(1):21-49.
4. Güler B A. Yönetişim: Tüm iktidar sermayeye. Praksis 2003;(9):93-116.
5. Gustafsson RA. The welfare of the welfare services. In: Gustafsson RA, Lundberg I, editors. Work life and health in Sweden.2004. Stockholm: National Institute of Working Life, 2005: 271-295.
6. Belek İ. Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politikası. Sorun yayınları, 2001.
7. Ongen T. Sağlık emekçilerinin sömürüsü. Üretim gücünün meta karakteri. Sağlık çalışanlarının sağlığı kongre kitabı , 32-39. 2001.
8. Boratav K. Sağlık hizmetlerinin metalaşması: Neoliberal tezler. 2.Sağlık çalışanlarının sağlığı kongre kitabı , 9-10. 2001.



9. Şemin S, Aksakoğlu G. Sağlık alanında artan sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün azalan etkinliği. *Toplum ve Hekim* 1995; 10(68):45-53.
10. Demiral Y, Ergör A, Şemin S. Küreselleşme ve sağlık işkolunda yeni(?) çalışma yaşamı sorunları. *Toplum ve Hekim* 1999; 14(6):415-419.
11. Afford CW. Skill reproduction security. In: Afford CW, editor. *Corrosive reform: Failing health systems in Eastern Europe*. ILO, 2003: 81-93.
12. Sverke M, Hellgren J, Naswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol* 2002; 7(3):242-264.
13. Özyaman BF, Demiral Y. İş güvencesizliği ve sağlık araştırmaları. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 27: 45-48.2006.
14. Demiral Y. Çalışma yaşamında psikososyal etmenler. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik* 2004;(20):22-26.
15. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 1981; 71(7):694-705.
16. Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, Ishizaki M, Hayashi T, Fujita O et al. Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. *J Epidemiol* 2004; 14(6):204-211.
17. Petterson IL, Hertting A, Hagberg L, Theorell T. Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish hospital employees in the 1990s. *J Occup Health Psychol* 2005; 10(2):110-120.
18. Ergör A, Kılıç B, Demiral Y, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik* 2004;(16):44-51.
19. Doncevic S, Romelsjö A, Theorell T. Comparison of stress, job satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. *Scand J Soc Med* 1998; 26(2):106-114.
20. Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J et al. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occup Med* 2000; 15(1):69-106.
21. Doncevic S, Theorell T, Kallner A. Psychosocial work environment in relation to changes in selected biochemical parameters in district nurses. *Arh Hig Rada Toksikol* 1992; 43(4):349-357.
22. Hertting A, Nilsson K, Theorell T, Larsson US. Assistant nurses in the Swedish healthcare sector during the 1990s: a hard-hit occupational group with a tough job. *Scand J Public Health* 2005; 33(2):107-113.
23. Virtanen P, Vahtera J, Nakari R, Pentti J, Kivimaki M. Economy and job contract as contexts of sickness absence practices: revisiting locality and habitus. *Soc Sci Med* 2004; 58(7):1219-1229.
24. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 2001; 322(7287):647-651.
25. Ferrie JE. Is job insecurity harmful to health? *J R Soc Med* 2001; 94(2):71-76.
26. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 2001; 322(7287):647-651.
27. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall I study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med* 2005; 60(7):1593-1602.
28. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6):450-454.
29. De Witte H. Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European journal of work and organizational psychology* 1999; 8(2):155-177.
30. Hellgren J, Sverke M, Isaksson K. A two-dimensional approach to job insecurity: consequences for employee attitudes and well-being. *European journal of work and organizational psychology* 1999; 8(2):179-195.
31. Probst TM, Brubaker TL. The effects of job insecurity on employee safety outcomes: cross-sectional and longitudinal explorations. *J Occup Health Psychol* 2001; 6(2):139-159.
32. Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. Sağlık çalışanlarında iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* 1995;(68):2-7.
33. Piyal B, Çelen Ü, Şahin N, Piyal YB. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışanların iş doyumunu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000; 53(4).
34. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997; (350):1124-28.
35. Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(9):693-699.●