

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM SÜRECİNDEKİ ALGILARI*

THE PERCEPTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE ORGANIZATIONAL CHANGE PROCESS

Mürüvvet TUĞLACI YILMAZ¹

Dr. Öğr. Üyesi Sezai ÖZTOP²

ÖZ

Gelişen teknolojilere uyum sağlayabilmek, değişen ve artan müşteri beklentilerine yanıt verebilmek ve küreselleşen rekabet sarmalı içinde varlığını sürdürmek isteyen örgütler, örgütsel değişim sürecini iyi yönetmek durumundadırlar. Gelişen teknolojiye uyum sağlamak ve sağlık hizmeti alanların artan kalite beklentilerini karşılayabilmek için sağlık sektöründe de önemli değişimler yaşanmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründeki en güncel değişimler, 2003-2009 ve 2009-2014 yılları arasında gerçekleştirilen ve iki aşamadan oluşan Sağlıkta Dönüşüm Programı vasıtasıyla olmuştur. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm programı içinde yaşadıkları örgütsel değişim sürecine yönelik algılarını tespit etmektir. Bu amaçla, Burdur Devlet Hastanesinde anket tekniğine dayalı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Anketlerden elde edilen verilerin SPSS yazılımı ile analizi sonucu ulaşılan bulgulara göre, yaşanan değişimin daha çok iş yapma yöntemlerinde, hastane prosedürlerinde, insan kaynağı ve teknolojik alanlarda gerçekleştiği görülmüştür. Hastanede yaşanan örgütsel değişimdeki temel amacın hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeyinin artırılması olduğu ve çalışanların değişim süreci içinde bilgilendirildikleri tespit edilmiştir. Örgütsel değişime yönelik en önemli direncin ise mevcut alışkanların değişecek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.


Anahtar Kelimeler: Örgütsel Değişim, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Burdur Devlet Hastanesi.


JEL Sınıflandırma Kodları: M12, I18, D23, D73.

ABSTRACT

The organizations desiring to adapt the developing technologies and to meet continuously changing and increasing customer demands, and to survive in a competitive environment should be able to manage the process of their organizational change. Extensive changes have been carried out in the health sector in order to keep up with the developing technologies and to meet increasing qualified service demands of the people. The most current changes in the health sector in Turkey have been accomplished by means of the Health Transformation Program that was realized in the periods of 2003-2009 and 2009-2014, and is composed of two-phases. The aim of the study is to determine the perceptions of healthcare personnel toward the organizational change process during the Health

* Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Sezai ÖZTOP danışmanlığında Mürüvvet TUĞLACI (YILMAZ) tarafından 2018 yılında tamamlanan “Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Değişim Sürecindeki Algılarına Yönelik Bir Araştırma: Burdur Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir. Bu çalışma için, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan GO2017/16 sayılı ve 03.01.2018 tarihli “Etik Kurul Onayı” alınmıştır.

¹  Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Bilim Uzmanı, muruvvettuglaci@hotmail.com

²  Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, sezaioztop@mehmetakif.edu.tr

Transformation Program. For this purpose, a research is carried out by means of questionnaire technique in the Burdur State Hospital. According to the findings of the questionnaire that is analyzed with the SPSS software, it is found that the organizational change in the hospital is composed of service-providing methods, hospital procedures, human resources and technological fields. It is determined that the primary objective of the organizational change process in the hospital is to increase the customer satisfaction level of patients and their relatives, and that the healthcare professionals are informed during the process. It is also determined also that the most important cause of the resistance against the organizational change is the possibility of change in present routines after the change process.

Keywords: Organizational Change, Health Transformation Program, Burdur Public Hospital.

JEL Classification Codes: M12, I18, D23, D73.

1. GİRİŞ

Değişim, herhangi bir şeyin başlangıçtaki halinden farklı bir duruma gelmesiyle, günümüz örgütleri açısından bir zorunluluk halini alan örgütsel değişim ise örgütsel amaçları daha etkin şekilde başarmak, kaynakları daha verimli kullanmak ve daha yüksek hedeflere ulaşabilmek amacıyla uygulanan planlı ve sistemli bir dönüşümdür. Biyolojik sistemlerin çevresel koşullara uyum sağlaması veya değişimi doğal yollarla gerçekleştirebilen bir durum olmasına rağmen, örgütlerin çevresel koşullardaki değişimlere göre kendini adapte etme başarısı yönetsel bir çabanın sonucu gerçekleşmektedir. Örgüt yönetimlerinin en önemli faaliyetlerinden birisi, örgütlerin varlığının devamı için çevresel faktörlerdeki değişimleri takip etmek ve buna uygun değişim süreçlerini planlamak ve uygulamaktır.

Örgütlerdeki değişimin başlıca dış kaynaklı nedenleri; teknolojik gelişmeler, sosyal ve kültürel koşullar, rekabet piyasası, ekonomik koşullar, hukuki çevre koşulları olarak gösterilebilir. İç kaynaklı nedenler arasında ise çalışanlar arası çatışmalar ve iletişim sorunları, maliyet artışları, satışların düşmesi ve personel beklentilerinin yükselmesi sayılabilir. Örgütsel değişimdeki başarı, değişime kaynaklık eden iç ve dış faktörleri iyi tespit ederek, değişim sürecini çok yönlü ama esnek bir vektörel projeksiyon ekseninde planlamak ve uygulamakta saklıdır.

Günümüzün çevresel koşullarında sağlığa yönelik olumsuz etkenlerin çoğalması, artan ve yaşlanan nüfusun da etkisiyle sağlık sektöründe daha etkin ve verimli uygulamalara duyulan ihtiyaç dünyada sağlık sektöründe köklü değişimleri doğurmuştur. Türkiye’de de değişimin en yoğun olarak yaşandığı sektörlerden birisi sağlık sektörüdür. Sağlık alanında 2000’li yıllarla birlikte yoğunlaşan değişim süreci, Sağlıkta Dönüşüm Programı altında gerçekleştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ilk aşaması (2003-2009) altı bileşenden, ikinci aşaması (2009-2014) ise üç bileşenden oluşmuştur. Uygulamaları ve etkileri halen devam eden sağlıkta dönüşüm süreci, birçok sağlık kurumunda ciddi güçlükler içinde gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bu çalışma, Burdur Devlet Hastanesi örneğinde sağlık çalışanlarının değişim sürecindeki uygulamalara yönelik algılarını tespit ederek, sonraki değişim süreçlerine yönelik katkı sunma amacına yöneliktir.

Çalışmada, öncelikle örgütsel değişim kavramı, değişimin nedenleri, türlerine ve modellerine değinilmekte, sonra Türkiye’de tarihsel süreçte sağlık sektöründeki değişim ve dönüşümler ile en güncel ve en kapsamlı değişimin gerçekleştirildiği Sağlıkta Dönüşüm Programına ilişkin bilgiler aktarılmaktadır. Araştırma başlığı altında ise Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Burdur Devlet Hastanesinde gerçekleştirilen örgütsel değişime yönelik olarak sağlık çalışanlarının algılarını belirlemeye yönelik araştırmanın bilgi ve bulguları sunulmaktadır.

2. ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM

Değişim kavramı; “herhangi bir şeyi bir düzeyden başka bir düzeye getirmeyi ifade ederken, nesnelerin yerlerinin değiştirilmesinden kişisel bilgi ve yeteneklerin mevcut durumdan farklı bir konuma getirilmesine kadar olan her türlü farklılığı da içine almaktadır” (Koçel, 2014: 784). Van de Ven ve Poole (1995: 512) ise değişimi “Bir örgüt varlığının zamanla form, yapı veya kalitesindeki farklılığın görgül incelemesi” olarak tanımlamaktadır. Örgütlerdeki değişimleri ifade eden örgütsel değişim kavramı ise “var olan amaçları daha etkili bir şekilde başarmak veya yeni amaçlara erişmek için örgüte katkıda bulunan planlı, alışılmışın dışında, önceden düşünülmüş özgün çabalar bütünü” olarak tarif edilmektedir (Owens, 1987: 243).

Örgütsel değişimdeki temel amaç, verimliliği artırmak ve örgüt potansiyelini geliştirmektir (Harvey & Brown, 1988: 3). Her ne kadar değişim kaçınılmaz olsa da örgütler zorunlu ya da gönüllü olarak değişime pek yatkın değildirler. Örgütlerdeki değişimin dış kaynaklı nedenleri; ekonomik şartlardaki değişimler, teknolojik gelişmeler, piyasa koşullarındaki değişimler, hukuki koşullardaki değişimler, sosyal ve politik faktörler ve tüketicilere ilişkin değişimlerken, iç kaynaklı nedenleri ise başarısızlık ve verimsizlikler, hatalı yönetim uygulamaları, finansal sorunlar, ortaklık yapısındaki değişimler, iş yapma tekniklerinin değişimi, büyüme, insan kaynağı sorunları ve inovasyonlar olarak sıralanmaktadır (Koçel, 2014:792-793).

Örgütsel değişim türleri dönüşümsel, gelişimsel, geçişsel, yakınsak, otoriter, devrimsel, evrimsel ve katılımcı olarak sınıflandırılmaktadır. Örgütsel çevredeki değişim büyük değilse bazı küçük değişiklikler yeterli olacaktır. Değişim büyükse radikal değişimler gereklidir. Örgüt stratejilerinde ve süreçlerinde yapılacak küçük çaplı değişimler geçişsel veya gelişimsel olarak sınıflandırılırken, köklü değişimler ise dönüşümsel olarak sınıflandırılmaktadır (Öztop, 2014: 23).

Örgütlerde değişimin yürütülmesine yönelik olarak, sayısı 40'ün üzerindeki modeller arasında ilk ve en kısa model olan Kurt Lewin'in (1947) Üç Aşamalı Değişim modeli; çözülme, değişme ve dondurma şeklinde üç adımdan oluşmaktadır.



Şekil 1. Kurt Lewin'in Üç Aşamalı Değişim Modeli

Kaynak: (Koçel, 2014: 796).

Lewin'in modelinin *çözülme* evresinde çalışanlar değişim ihtiyacının farkına varmaları ve kabullenmeleri amaçlanmaktadır. İkinci aşama olan *değişme* evresinde ise eski durumdan yeni duruma geçiş gerçekleşmektedir. Son aşama olan *donma* evresinde de yeni davranışların devamlı kılınması ve geriye dönüşün olmaması amaçlanmıştır (Burns, 2004: 986).

Sekiz aşamadan oluşan ve en geniş kapsamlı değişim modelinin sahibi olan Kotter (2012: 23, 25) ise örgütlerde yaşanacak değişim süreci için sekiz adım belirlemiş ve adımların sırasına vurgu yapmıştır. Kotter'in Lewin'in modeline göre daha geliştirilmiş olan modelinde yer alan adımlar:

- 1) Aciliyet duygusunu yaratmak,
- 2) Rehberlik koalisyonu inşa etmek,
- 3) Stratejik vizyon ve girişimler oluşturmak,
- 4) Gönüllü bir grup olmak,
- 5) Engelleri kaldırarak eylemi etkinleştirmek,
- 6) Kısa vadeli kazançlar elde etmek,
- 7) Hızlanmayı devam ettirmek,
- 8) Değişikliği kurumsallaştırmak.

3. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜM

Kamu yönetimindeki değişimler, belirlenen politikalar doğrultusunda kanunlar, yönetmelikler ve yönergeler çıkarılması yoluyla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık kurumlarındaki değişim süreçleri de belirlenen politikalar doğrultusunda ortaya çıkan mevzuatlar vasıtasıyla biçimlendirilmiştir. Geçmiş dönemde sağlık politikaları ile biçimlendirilmeye çalışılan dönüşümler, 2000'li yıllardan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanmaya çalışılmıştır. Bu bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na geçmeden önce, sağlık hizmetlerine ilişkin tanım ve açıklamalara ve ardından Türkiye'de sağlık sektörünün geçirdiği dönüşüm sürecine ilişkin olarak sağlık politikalarındaki dönemselliklere yer verilmektedir.

Kişilerin ve toplumların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalandıklarında teşhis ederek tedavilerini gerçekleştirmek ve rehabilitasyon sağlamak, sakat kalanların başkalarına bağlı kalmadan yaşamlarını

sürdürebilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık kalitesini yükseltmek için yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Kol, 2014: 38). Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında kamusal olma, dışsallık yayma, bilgi asimetrisinin olması ve sağlık hizmetlerinin toplumsallığı gibi özellikler (Memişoğlu, 2011: 46) yanında, ikamesinin olmaması ve bu hizmete yönelik talebin belirsiz olması da vardır (Kol, 2014: 44-46).

Sağlık hizmetleri; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilitasyon hizmeti şeklinde üçe ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde toplumdaki sağlık koşulları iyileştirilir ve önceden tedbir alınarak toplum ve bireylere sağlık sorunları ortaya çıkmadan koruma sağlanmış olur. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise sağlık hizmetleri talebinin ortaya çıkmasıyla uygulanan tedaviyi kapsar. Tedavi edici sağlık hizmetleri dört basamak halinde sunulmaktadır. Rehabilitasyon hizmeti; fiziksel veya duygusal açıdan sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmeleri ve tekrar eski yaşamlarına geri dönebilmeleri için verilen hizmettir (Çetin, 2011: 5-10). Sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarının hızlı artışıyla birlikte özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren önem kazanmış ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımını ve sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar ortaya çıkmış ve çeşitli düzenlemeler vasıtasıyla etkinlik ve verimlilik arayışı başlamıştır (Ateş ve Kırılmaz, 2015: 98).

3.1. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönemsel Özellikler

Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren sağlık alanında çeşitli dönemlerde güçlü politikalar ortaya konulmuştur. Bu dönemler; 1920-1923 arası, 1923-1946 arası, 1946-1960 arası, 1960-1980 arası ve 1980-2002 yılları arası sağlık politikaları ve 2003-2014 yılları arasında Sağlıkta Dönüşüm Programıdır (Akdağ, 2008: 11-20).

3.1.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması nedeniyle sağlık hizmetleri ve sağlık hizmet sunucularının arttırılması, salgın hastalıkların önlenmesi ve daha sağlıklı bireyler yetiştirilmesi gerektiği görüldü (Soyer, 2004: 65). TBMM’nin açılışından sonra sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve ayrı bir bakanlık tarafından yerine getirilmesi için 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunu kabul ederek Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuatı geliştirmeye yönelik çalışmalarda bulunmuştur (Önder, 2013: 67).

3.1.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte mevzuat çalışmaları başlatılmış olmasına rağmen sağlık sistemine ilişkin kayıtlar oluşturulamamış, ancak savaş yıllarının ortaya çıkardığı sorunlar ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde merkezi idare önleyici sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda bulunurken yerel yönetimler, tedavi edici hizmetleri yerine getirmiştir (Fedai, 2019: 2028).

Cumhuriyet’in ilanından sonraki Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam dönemindeki sağlık politikaları sağlık hizmetleri yönetiminin merkezi idareden yürütülmesi esas alınarak oluşturulmuştur. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatılmıştır (Akdağ, 2008: 13-14). Merkezi yönetim, koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirirken; yerel yönetimler, tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmaktaydı. Yerel yönetimlerin takibi ve organize edilmesi hükümetin sorumluluğundaydı. Bu dönemde sağlık hizmeti sunucu sayısını arttırmak ve tıp eğitimine teşvik için burs verilmiş, yatılı yurtlar açılarak ücretsiz kalabilmeleri sağlanmış, tıp eğitimini tamamlayanlara mecburi hizmet konulmuş ve yüksek ücret ödemeleri yapılmıştır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002: 13-14).

3.1.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık hizmetlerinde gerilemeler yaşanmış ve salgın hastalıkların yayılmasıyla birlikte ölüm oranlarında artış yaşanmıştır (Savaş vd., 2002: 14). 1946 yılındaki Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Birinci On Yıllık Sağlık Planını” kabul etmiştir (Soyer, 2004: 88). Bu planın uygulanması için Türkiye’de yedi sağlık bölgesi belirlenmiş ve her bölge için özel bir örgütlenme hedeflenmişti. Kanunlaşmayan bu plan, yanlış anlamalar sonucunda maliyeti çok yüksek ancak verimi düşük sağlık kurumları ortaya çıkarmıştır (Dirican, 2018: 189). 1946 yılında işçilere sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve 1952 yılından itibaren sigortalı işçilere hizmet sağlayabilmek için hastaneler ve sağlık kuruluşları kurulmuştur. 1954 yılında Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” planı ile Türkiye 16 bölgeye ayrılarak sağlık hizmetleri planlanmıştır (Akdağ, 2008: 15).

1955 yılında, sağlık hizmeti sunucularının sayısını arttırabilmek için İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne ilave olarak Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi açılmıştır. Hemşire ihtiyacını karşılayabilmek için İstanbul, Erzurum, Sivas, Diyarbakır, İzmir ve Trabzon'da okullar açılmıştır. 1952 yılında Ankara'da ebelik okulu ve 1952 yılı ile 1954 yılı arasında İzmir, Erzurum ve Malatya'da ise köy ebe okulları açılmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları sayısında yaşanan artış nedeniyle devlet bu konuda düzenleme yapmak için 1953 yılında Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nu ve 1954 yılında da Hemşirelik Kanunu'nu çıkarmıştır (Soyer, 2004: 90-91). Bu dönemlerde sağlıkta yaşanan olumlu gelişmeler nedeniyle, veremden ölen sayısında, bebek ölüm hızında ve tüberküloza bağlı ölüm hızında düşüş yaşanmıştır. 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren BCG aşısı ve 1948 yılında boğmaca aşısı üretimine başlanmıştır (Akdağ, 2008: 17).

3.1.4. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemde sosyalizasyon amaçlanmıştır. 1961 yılında Prof. Dr. Nusret Fişek'in de önderliğinde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Milli Birlik Komitesi tarafından kabul edilmiştir (Şen, 2013: 34). Bu kanundan dolayı bu döneme Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi denilmiştir (Önder, 2013: 71). Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilmiştir. 7402 sayılı "Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun" kabul edilerek sıtma ile mücadeleye yönelik uygulamalara yer verilmiştir. Verem ile mücadelede ise 1960 yılında Verem Savaşı Genel Müdürlüğü ve Gezici Röntgen Verem Tarama Ekipleri kurulmuştur. Tüm bu bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye merkez olan kurum Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü olmuştur. Bu dönemde kanserle mücadeleye de yer verilmiş olup, 1960 öncesinde Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu kurulmuş fakat ilk kanser hastanesi 1960 sonrasında açılmıştır (Soyer, 2004: 93-94).

1965 yılında çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfus arttırıcı politikadan nüfus hızını sınırlayıcı politikaya geçiş yapıldı. Geniş bölgede tek yönlü hizmet anlayışının karşısı olan dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı oluşturuldu. 1878 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile doktorların muayenehane açması yasaklanmış olsa da 1980 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile geriye dönüldü (Akdağ, 2008: 17-18).

3.1.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

IMF desteğiyle oluşturulan 24 Ocak 1980 kararları ile Neoliberal politika devlet politikası olarak kabul edildi (Acar, 2017: 5). Neoliberal politika benimsendikten sonra sağlık hizmetlerinde "Aktif Özelleştirme Dönemi" olarak nitelendirebileceğimiz döneme geçilmiş ve T.C. Anayasası yeniden düzenlenmiştir (Akdur, 2008: 5). 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde yer alan "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." maddeler ile ilk defa sağlık hizmeti sunumunda özelleştirmeden bahsedilerek değişen ekonomik politikaların sağlık hizmet sunumunu da etkilediği anlaşılmaktadır (Şen, 2013: 28). 60. maddede ise "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" ifadesine yer verilmiştir. 1961 Anayasası'nda sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yerine getirilmesi vurgulanırken, 1982 Anayasası'nda ise devletin görevi sağlık hizmetlerini denetlemek ve düzenlemek olarak tanımlanmıştır (Sapmaz, 2017: 72).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Kanununu çıkarılmışsa da bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için uygulanamamıştır (Atasever, 2014: 31). Sağlıkta Neoliberal dönüşüm olarak adlandırılan bu dönemdeki politikaların temel nedeni; sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanması zor bir seviyeye ulaşması, sağlık hizmetlerinin katı ve merkezîyetçi bir özelliğe sahip olması, farklı kaynaklardan finanse edilen sağlık harcamalarının sonucunda ciddi adaletsizliklerin ortaya çıkması ve sağlık sisteminin kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmaması olarak görülmektedir (Görmüş, 2013: 127-128).

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989); sağlık seviyesini yükseltmek için sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye hakkaniyetli, devamlı, etkili ve kolay erişilebilir bir şekilde herkesin faydalanması, halkın beden ve ruh sağlığının korunması temel ilkeleri yer almaktadır. Bir başka politika ise özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilerek bunların sağladıkları hizmetlerin bedeli olan ücretler serbest bırakılacaktır. Devlet, üniversite ve diğer hastanelerin işbirliği içinde çalışması için politikalar geliştirilecek ve kullanılmayan imkânların gerekli olan taraflara aktarımı sağlanacaktır (DPT, 2018: 151-152). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında ise Sağlık Bakanlığı

tarafından hazırlanan 1996 ve 2000 yılları arasını kapsayan Sağlık Reformu yer almıştır. Fakat hedeflerin hiçbirini gerçekleştirilememiş sadece geçici olarak düşünülen, Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde tek merkezden yönetim, kullanılan kaynaklarda ve hizmet sunumunda verimsizliğe neden olmuştur. Yaşanan sorunu çözmek ve kalıcılığını sağlamak için 1990 yılında DPT tarafından "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" hazırlatılarak sağlık reformları stratejileri belirlenmiştir. 1990'lı yıllarda sağlıkta reform önerilerini içeren Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı yayınlanmıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 98).

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2014)

Geçmişte sağlık alanında yapılan birçok reform hareketi olmuştur. Bu tarihe kadar reform adı altında yapılan birçok projenin uygulanamayışının yarattığı güvensizlik nedeniyle, "Dönüşüm Programı" adıyla bir eylem dizisi belirlenmiştir. 2002 yılı genel seçimlerden sonra göreve başlayan 58. Hükümet, 3 Ocak 2003 tarihinde "Acil Eylem Planı (AEP)" adı altında sağlık hizmetlerinde yapacakları değişiklikleri belirtirken, 59. Hükümet bu plana sadık kalarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık sektöründeki temel hedefleri belirlemiştir (Pekşen, 2012: 63). Bu temel hedeflerden yola çıkılarak Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm Programı Taslağı" ve bu kapsamda "Genel Sağlık Sigortası (GSS) Yasa Tasarısı" hazırlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik sisteminin tek bir merkezde toplanılması amaçlanmıştır (Genç, 2013: 34).

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde yürütülmesini, finansmanının sağlanmasını ve sunulmasını amaçlamıştır. Etkililik; uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini artırıcı nitelikte olması gerektiğini ifade etmektedir. Verimlilik; kaynakların doğru bir şekilde kullanımını sağlayarak maliyeti düşürüp kaynağın daha fazla hizmet üretmesini sağlamaktır. Hakkaniyet ise kişilerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları doğrultusunda ulaşmalarını ve sağlık hizmetlerinin maliyetine ekonomik güçleri oranında katkıda bulunmalarını ifade eder. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sekiz bileşen belirlenmiştir. Bunlar: (Sağlık Bakanlığı, 2018: 24-25).

- 1) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
- 2) Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3) Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi,
- 4) Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- 5) Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
- 6) Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon,
- 7) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
- 8) Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemidir.

Sağlık Dönüşüm Programının ilk aşamasında 21 Nisan 2004 yılında Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı arasında ikraz anlaşması yapıldıktan sonra bu anlaşma 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 30 Haziran 2009 tarihinde projenin son bulmasıyla birlikte ikraz anlaşması da sona ermiştir (Eke, 2014: 145). 2003 ve 2009 yılları arasında uygulamada olan I. Faz, altı bileşen ve bunların alt bileşenlerinden oluşmaktadır. 2003-2009 yılları arasında gerçekleştirilen I. Faz Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası dönüşüm süreci II. Faz olan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi şeklinde devam etmiştir.

2009-2014 yılları arasında uygulanan ikinci faz dönüşüm ile hedeflenen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesidir. Projenin finansmanı için Türkiye Cumhuriyeti ve Dünya Bankası arasında 30 Haziran 2009 tarihinde yeni bir ikraz anlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşma 29 Eylül 2009 tarihinde aktif hale gelmiştir. Bu projenin bileşenleri; Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planına Destek Verilmesi (2010-2014), Koruyucu Sağlık Hizmetleri için Çıktı-Bazlı Finansmanın Pilot Çalışmasının Yapılması ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Kapasitesinin Geliştirilmesi şeklinde sayılmaktadır.

Sağlık Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve eşit, etkili ve verimli şekilde yürütülmesi, finansmanının sağlanması hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlıklı Toplum amacıyla gerekli görülen reform hareketleri belirlenmiş ve uygulamaya konulmaya başlanmıştır. İsa Gül'e (2014: 55-63) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı vasıtasıyla, açık sistem özelliğine sahip olan sağlık sektörü, değişen çevre koşullarına uyum sağlayarak yenilik ve değişim hedeflenmiştir. Zira sürekli değişen hasta beklentileri, devamlı gelişme gösteren teknolojiler ve tedavi yöntemleri, artan rekabet koşulları, çok fazla sayıda ve farklı alanlardaki

uzman çalışanlara ihtiyaç nedeniyle sağlık sektörünün sunduğu hizmetlerde değişime gidilmesi ciddi bir gereklilik halini almıştı. Gül'e göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye'de sağlık hizmetlerinde en kapsamlı değişim hareketidir. Bu süreç içinde sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimler, sağlık kurumlarının çalışmasında, çalışma koşullarında ve ortamlarında önemli değişikliklere yol açmıştır. Değişim sürecinde yaşanan zorluklar, sağlık çalışanlarının da değişime karşı olumsuz tavır sergilemesine neden olmuştur.

Ayhan Görmüş'e (2013: 2245-249) göre Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığını azaltan, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa daha fazla önem veren, sağlık hizmetlerini rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarına sokan ve DB tarafından kredi finansmanı sağlanan Neoliberal bir sağlık reformu niteliğindedir. SDP'nin uygulamaya konulmasıyla birlikte kamudaki sözleşmeli personel sayısında yüksek oranda artış yaşanmıştır. Şeyda Çavmak ve Doğançan Çavmak (2017: 55) Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında kişilere sunulan sağlık hizmetlerinde çeşitli gelişmeler sağlanmış olsa da sağlık hizmetlerinin arzı açısından bölgeler arasında hekim ve yatak sayılarının nüfus ile orantılı bir şekilde dağılımının gerçekleşmediğini belirtmişlerdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi her ne kadar sağlık sektöründe bir değişim ve dönüşüm ihtiyacı olduğu herkes tarafından kabul edilmiş olsa da söz konusu programın uygulama sürecinde özellikle sağlık çalışanları tarafından ciddi tepkiler ve dirençler olduğu görülmektedir. Bu durum, değişim ve dönüşüm süreçlerinde etkili bir süreç yönetime ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

4. ARAŞTIRMA

Buraya kadar olan kısımlarda, Türkiye'de kısaca sağlık politikalarındaki tarihsel değişim ve dönüşüm sürecini müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programı ele alınmıştır. Bu araştırma kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hastanelerdeki dönüşüm uygulamalarına ilişkin olarak Burdur Devlet Hastanesi incelenmiştir.

Burdur'da ilk olarak 1921 yılında 25-30 yataklı olarak kurulan hastane, 1940 yılında yeni binasına taşınmış ve 1949 yılından itibaren ek tesislerle genişletilmiş ve 1952 yılında 100 yatak kapasitesine, 1966 yılında ise 300 yatak kapasitesine ulaşmıştır. 1971 yılındaki depremde binaların hasar görmesi nedeniyle geçici yerlerde hizmetini sürdüren devlet hastanesi 1970'lerin sonunda tekrar 300 yatak kapasitesine ulaşmış ve 1991 yılında yeni bina kullanıma açılmıştır. Burdur Devlet Hastanesi ek binalarla güçlendirilerek 2010 tarihinden itibaren 320 yatak kapasiteli olarak sağlık hizmetlerini sürdürmektedir (Burdur Devlet Hastanesi, 2019).

Burdur Devlet Hastanesi özellikle 2000'li yıllardan itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisiyle, teknik, tıbbi ve personel bakımından, Türkiye'deki diğer hastaneler gibi yeni imkanlara sahip olmuş, vatandaşlara daha kaliteli ve hizmet sunulmasına yönelik olarak çeşitli yapısal ve örgütsel değişimlere uğramıştır. Bu süreçte bilgi teknolojilerinin kullanımı arttırılmış, hasta memnuniyeti temelli uygulamalara daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Hasta memnuniyet düzeylerini tespit amaçlı olarak anketler düzenlenmiş, bu sayede hasta ve hasta yakını önerilerine daha fazla önem verilir hale gelmiştir. Hasta sayısının fazla olduğu servislerdeki sağlık personeli sayısı arttırılmış ve servis kapasiteleri hasta istatistiklerine bağlı olarak yeniden düzenlenmiştir. Tıbbi araç/gereçler zenginleştirilmiş, hijyen tedbirleri güçlendirilmiş, hastane binaları, hastaların sağlığı ve konforu doğrultusunda restorasyona tabi tutulmuş, teknik ve tıbbi personelin eğitim seviyeleri meslek içi eğitimler yoluyla yükseltilmiştir.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Araştırmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucu gerçekleşen örgütsel değişim sürecinin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını belirlemektir. Araştırma, zaman ve maliyet sorunlarından dolayı Burdur Devlet Hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın bulguları vasıtasıyla, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşanan örgütsel değişime ilişkin hastane çalışanlarının algılarının belirlenmesi ve değişim sürecinde çalışanlar üzerinde etkili olan unsurların ortaya konulması hedeflenmiştir. Örgütsel değişimin başarılı bir şekilde gerçekleşmesinde rol oynayan etkenler arasında; çalışanların değişime ilişkin tutumları ve üst yönetimin değişim yönetimindeki uygulamaları önemli etkilendir.

Tablo 1. Araştırmanın Hipotezleri

No	Hipotez
1	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin, kaynakların etkin ve verimli kullanılması için gerçekleştirildiğine dair görüşleriyle değişimin sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına dair görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.
2	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin arttırmak için gerçekleşmekte olduğuna dair görüşleri ile değişim sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığına dair görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
3	Katılımcıların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamasının değişime direnç göstermelerine neden olduğu konusundaki görüşleriyle hastanedeki yönetim biçimine ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
4	Katılımcıların hastanede yapılan değişimlerin yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleştirildiği konusundaki görüşleri ile teknolojik gelişmeler ve yeniliklerin hastanede değişime neden olduğu konusundaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
5	Katılımcıların ekonomik koşullarda yaşanan değişimlerin hastanede değişime neden olduğu konusundaki görüşleriyle sağlık çalışanlarının, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç göstereceklerine dair görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.
6	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleştirildiğine dair görüşleri ile değişim sonucunda hastanedeki hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğuna dair görüşleri arasında istatistiksel, anlamlı bir ilişki vardır.
7	Katılımcıların örgüt içi nedenlerin (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler, vb.) değişime neden olduğuna dair görüşleri ile değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığına dair görüşleri arasında istatistiksel, anlamlı bir ilişki vardır.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yöntem olarak, alan araştırması uygulanırken; veri toplama aracı olarak ise anket tekniğinden yararlanılmıştır. Hastaneye ziyaretler gerçekleştirilerek katılımcılara açıklamalarda bulunulmuş ve ankete katılım sağlanmıştır. Burdur Devlet Hastanesinde gerçekleştirilen bu araştırma 05.03.2018 ile 30.03.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın planlama safhasında literatür araştırması yapılmış, örneklem belirlenmiş ve anket formu oluşturulmuştur. Anket soruları; birinci bölümde yer alan örgütsel değişim literatüründen faydalanılarak hastanede görevli hekim, hemşire, tıbbi sekreter, idari personel, sağlık memuru, sözleşmeli firma çalışanlarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Anket uygulaması öncesinde, anket formu ve araştırma alanı bilgileri, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulmuş ve Kurul'un 03.01.2018 tarih ve GO2017/16 sayılı yazıyla araştırma için etik onayı alınmıştır.

Anket formunun başlangıç kısmında araştırmanın yapılaş amacı ve kimlik bilgilerinin korunacağı belirtilmiştir. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin yedi soru yöneltilmiş, katılımcıların kimlik bilgilerine yönelik türdeki sorulara yer verilmemiştir. Anketin ikinci bölümü; örgütsel değişimin nedenleri, amaçları ve sonuçlarını, değişimin planlanmasını ve uygulanmasını, çalışanların değişime yönelik ilgilerini/meraklarını belirleyecek türden beşli Likert tipi sorular içermektedir. Bu kısımdaki sorular vasıtasıyla, hastanedeki yaşanan değişim alanları, değişime direnç türleri ve hastane yönetimine ilişkin algıların tespit edilmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın evreni, Burdur Devlet Hastanesindeki hekim, hemşire, tıbbi sekreter, idari personel, sağlık memuru, sözleşmeli firma çalışanları ve diğer çalışanlardan oluşan 751 kişidir. Örneklem grubu ise 265 kişiden oluşmuştur. Örneklem seçiminde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

4.3. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizi için SPSS 22 programından yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik düzeyi (Cronbach's Alpha) 0,82'dir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri yanıtlar demografik değişkenlere göre analiz edilmeden önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan One Sample Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin her ikisinde de verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bu nedenle demografik sorularla ölçek sorularını karşılaştırmak için non-parametrik testler kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ölçek verilerini karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanılırken, yaş grupları, eğitim durumları, mevcut kurumlarındaki çalışma süreleri ve kurumlarındaki görevlerine göre ölçek

verilerini karşılaştırmak için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testi sonucunda grupların arasında anlamlı farklılık olması durumunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Yapılan bu analizlerde anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgileri ile çoktan seçmeli sorulara verdikleri yanıtlar ve kurum yönetimine ilişkin algıların belirlenmesinde frekans analizinden yararlanılmıştır. Ölçek sorularına ilişkin ortalama ve standart sapmaların belirlenmesinde ise tanımlayıcı istatistik analizi yapılmıştır. İlişkili sorular arasında korelasyon analizi yapılmıştır.

4.4. Araştırmanın Bulguları

4.4.1. Demografik Bilgilere İlişkin İstatistik Bilgiler

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans Analizi

Değişkenler	Alt değişkenler	F	%
Yaş grubu	18-24	7	2,6
	25-31	53	20,0
	32-38	94	35,1
	39-45	86	32,8
	46-52	19	7,2
	53+	6	2,3
	Toplam	265	100,0
Cinsiyet	Erkek	76	28,7
	Kadın	189	71,3
	Toplam	265	100,0
Medeni durum	Evli	219	82,6
	Bekar	46	17,4
	Toplam	265	100,0
Eğitim durumu	Lise	21	7,9
	Ön Lisans	69	26,0
	Lisans	166	62,6
	Yüksek Lisans	9	3,4
	Toplam	265	100,0
Çalışma statüsü	657	198	74,7
	Sözleşmeli	65	24,5
	Diğer	2	0,8
	Toplam	265	100,0
Kurumdaki Görev Süresi	1-5	68	26,0
	6-10	103	38,5
	11-15	59	22,3
	16-20	21	7,9
	21+	14	5,3
	Toplam	265	100,0
Kurumdaki Görev	Hekim	4	1,5
	Hemşire	153	57,7
	Tıbbi Sekreter	35	13,2
	İdari Personel	14	5,3
	Sağlık Memuru	37	14,0
	Sözleşmeli Firma Çalışanları	3	1,1
	Diğer	19	7,2
	Toplam	265	100,0

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun 32 yaş ve üzerinde olduğu, %28,7'sinin erkek, %71,3'ünün kadın ve %82,6'sının evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu, %74,7'sinin 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa bağlı, %24,5'inin ise sözleşmeli olarak çalıştığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %26,0'sı 1-5 yıl arası, %38,5'i 6-10 yıl,

%22,3'ü 11-15 yıl, %7,9'u 16-20 yıl ve %5,3'ü 21 yıldan fazla kurumsal deneyime sahiptir. Dolayısıyla araştırmanın uygulandığı sağlık personeli, büyük oranda 32 yaş üzerinde, evli, yüksek eğitilmiş ve kurumda altı ve daha fazla yıl deneyime sahiptir. Bu demografik özellikler, araştırma verilerinin güvenilirliğini güçlendirmektedir.

4.4.2. Hastane Yönetime İlişkin İstatistiksel Bilgiler

Tablo 3. Hastane Yönetim Biçimine Yönelik Görüşler

Yönetim Biçimi	F	%
Otokratik	110	41,5
Yardımsaver	44	16,6
Katılımcı	63	23,8
Demokratik	41	15,5
Dönüşümcü	7	2,6
Toplam	265	100,0

Tablo 3'teki bulgulara göre, katılımcıların %41,5'i yönetimin emir veren, iş merkezli ve astlarına güvenmeyen bir yapıya sahip olduğunu belirtirken %23,8' i ise astların kendilerini yeteri kadar serbest hissettiklerini ve yönetimin astların fikirlerini aldığını belirtmiştir. Yönetimin değişim sürecinde astlara yardımcı olduğu, astların fikrini aldığı ve motive ettiği yapıya sahip dönüşümcü yönetim biçimine katılım çok düşük olmuştur.

4.4.3. Hastanedeki Değişime İlişkin İstatistiksel Bilgiler

Tablo 4. Hastanedeki Değişim Alanlarına İlişkin Görüşler

Değişim türü	F	%
İşlerin yapılma şekillerinde değişim	160	19,7
Hastane içi prosedür değişimleri	128	15,7
Hastane personelinde değişim	131	16,1
Teknolojik değişim	126	15,5
Görev tanımlarında değişim	97	11,9
Hastanenin fiziki değişimi	71	8,7
Kurum politikalarında değişim	64	7,9
Çalışma saatlerinde değişim	36	4,4
Toplam	813	100,0

Katılımcıların çalıştıkları kurumlarda en fazla meydana gelen değişimler; işlerin yapılma şekillerinde görülürken (%19,7), daha sonra hastane personelindeki değişimler (%16,1) ile hastane içi prosedür değişimi (%15,7) şeklinde görülmektedir (Bkz. Tablo 4).

4.4.4. Hastanedeki Değişim Sürecine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Hastanedeki Değişime Direnç Türlerine İlişkin Görüşler

Direnç türü	F	%
Değişimi istemediğini sözlü olarak belirtme	162	20,4
İşi yavaşlatma	132	16,6
İş ortamında huzursuzluk çıkarma	106	13,3
Hastane içinde çalışılan birimi değiştirmek	97	12,2
Devamsızlık yapma (rapor, izin alma)	97	12,2
İşi eksik yapma	60	7,5
Yöneticilerle iletişimi kesme	58	7,3
İşten / Kurumdan ayrılma	46	5,8
İşe geç gelme	26	3,3
Diğer	10	1,3
Toplam	794	100,0

Katılımcıların çalıştıkları kurumlarda değişime karşı en fazla gösterilen direnç türleri; değişimin istenmediğinin sözlü olarak açıkça belirtilmesi (%20,4), işi yavaşlatma (%16,6), iş ortamında huzursuzluk çıkarma (%13,3) şeklinde sıralanmıştır (Bkz. Tablo 5). Değişime direnç göstermeyi engelleyebilmek için astları motive eden, astların fikrini önemseyen dönüşümcü yönetim biçimi tercih edilmelidir.

Tablo 6. Değişimin Amaçlarına İlişkin İstatistikî Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S1 (Hastanemizdeki değişimler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırmak için gerçekleştirilmektedir)	3,63	1,175
S16 (Hastanemizdeki değişimler monotonluğu gidermek ve çalışanların motivasyonunu arttırmak için gerçekleştirilmektedir)	2,31	1,125
S18 (Hastanemizdeki değişimler sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleştirilmektedir)	3,22	,958
S27 (Hastanemizde yapılan değişimler yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleştirilmektedir)	3,09	1,126
S34 (Hastanemizdeki değişimler kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması için gerçekleştirilmektedir)	2,87	1,002
S36 (Hastanemizdeki değişimler hizmet binalarının ve gerekli donanımlarının yenilenmesi için gerçekleştirilmektedir)	3,08	1,095
S37 (Hastanemizdeki değişimler çalışanlar arasındaki ekip ve takım çalışmalarını sağlayabilmek için gerçekleştirilmektedir)	2,65	,936

Tablo 6 incelendiğinde, katılımcıların “Hastanemizdeki değişimler monotonluğu gidermek ve çalışanların motivasyonunu arttırmak için gerçekleştirilmektedir” görüşüne katılımın orta düzeyin altında olduğu, “Hastanemizdeki değişimler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırmak için gerçekleştirilmektedir” görüşüne orta düzeyin üzerinde katıldığı ve diğer görüşlere ise orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplar dikkate alındığında değişimin yapılma amaçları genellikle daha iyi hizmet kalitesi ve hızlı hizmet sunumu sağlayabilmek, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırabilmek için gerçekleştirilirken, monotonluğu giderici ve motivasyonu artırıcı nitelikte değişim yapılmadığı anlaşılmaktadır.

Burdur Devlet Hastanesindeki çalışanlar değişimin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırmak için yapıldığını belirtirken, Erdal Eke'nin doktora tezinde hastalara yöneltilen ölçekte ise Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucunda hastaların hastane hizmetlerindeki memnuniyet düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir (Eke, 2014: 253). Dilek Memişoğlu'nun yaptığı çalışmada ise sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması ilk amaç olarak belirlenmişken sağlık hizmetlerinin daha hızlı sunulması bir diğer amaç olarak sıralanmıştır (Memişoğlu, 2011: 209). Bu çalışmada ise sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması amacıyla orta düzeyde katılım sağlanmıştır.

Tablo 7. Değişimden Haberdar Olma Durumlarına İlişkin İstatistikî Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S6 (Hastanemizde yapılacak değişimleri çalışanlar hizmet içi eğitimler aracılığıyla öğrenirler)	3,18	1,043
S8 (Hastanemizde yapılacak değişimleri çalışanlar resmi yazılar aracılığıyla öğrenirler)	2,98	1,095
S17 (Hastanemizde yapılacak değişimleri çalışanlar bireysel çabaları ile öğrenirler)	2,98	1,092
S31 (Hastanemizde yapılacak değişimleri çalışanlar ilan ve broşürler ile öğrenirler)	2,78	1,090
S35 (Hastanemizde yapılacak değişimleri çalışanlar toplantılar yoluyla öğrenirler)	3,03	1,069

Tablo 7'de, katılımcıların değişimden haberdar olma konusundaki tüm görüşlere orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Hizmet içi eğitim ve toplantılar yoluyla birebir iletişim sağlanarak değişim süreci daha kolay bir şekilde çalışanlara kabullendirilebilir.

Tablo 8. Değişimin Nedenlerine İlişkin İstatistik Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S3 (Ekonomik koşullarda yaşanan değişimler hastanemizde değişime neden olur)	3,09	1,147
S7 (Değişen hukuki çevre koşullarına uyum sağlamak için hastanemizde değişim yapılır)	3,11	,962
S9 (Sosyal faktörler (demografik yapı, toplumsal ve kültürel sorunlar vb.) ve politik faktörler (iş kanunları, teşvikler vb.) hastanemizde değişime neden olur)	3,39	1,166
S14 (Değişen hasta tercihleri hastanemizde değişime neden olmaktadır)	3,64	1,035
S24 (Örgüt içi nedenler (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler vb.) hastanemizde değişime neden olur)	3,23	1,121
S26 (Teknolojik gelişmeler ve yenilikler hastanemizde değişime neden olmaktadır)	3,43	1,207

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların değişimin nedenleri hakkındaki görüşlerden “Değişen hasta tercihleri hastanemizde değişime neden olmaktadır” ve “Teknolojik gelişmeler ve yenilikler hastanemizde değişime neden olmaktadır” görüşlerine orta düzeyin üzerinde katıldığı görülürken diğer görüşlere ise orta düzeyde katıldıkları görülmektedir. Burdur Devlet Hastanesindeki değişimlerin en önemli nedeni teknolojik gelişmeler ve yenilikler olarak belirtilmiştir. İsa Gül’ün çalışmasında değişim nedeni devlet hastanesinde hastane içi nedenlere bağlıyken, özel hastanede ise ekonomik nedenlere bağlı olduğu belirtilmiştir (Gül, 2014: 85).

Tablo 9. Değişime Direnç Faktörlerine İlişkin Görüşler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S5 (Hastanemizde çalışanlar sosyal ilişkilerinin sarsılacağı ve çalışma arkadaşlarının değişeceği endişesi ile değişime direnir)	2,78	1,077
S12 (Çalışanlar yeterli ekip çalışmasının olmayışından değişime direnç gösterirler)	3,21	1,024
S15 (Çalışanın içinde bulunduğu grubun değişime direnç göstermesi, kendisinin de değişime direnmesine neden olur)	3,24	1,179
S19 (Mevcut yetenek ve tecrübelerinin değişim sonucu yetersiz kalacağı endişesi direnç göstermelerine neden olur)	2,56	1,139
S22 (Çalışanlar yönetime güven duymadıkları için değişime direnç gösterirler)	2,96	1,129
S25 (Çalışanlar, mevcut alışkanlıklarından dolayı değişime direnirler)	3,49	1,022
S29 (Sağlık çalışanları, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç gösterirler)	3,01	1,056
S33 (Çalışanlar değişime gerek olmadığını düşündükleri için değişime direnç gösterirler)	3,04	1,105
S38 (Çalışanların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması değişime direnç göstermelerine neden olur)	3,18	1,135

Tablo 9’da, katılımcıların “Mevcut yetenek ve tecrübelerinin değişim sonucu yetersiz kalacağı endişesi direnç göstermelerine neden olur” görüşüne orta düzeyin altında katıldığı, “Çalışanlar, mevcut alışkanlıklarından dolayı değişime direnirler” görüşüne orta düzeyin üzerinde katıldığı ve diğer görüşlere ise orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Kişilerin alışmış olduğu davranışları değiştirmek çok zor ve uzun zaman alan bir süreç olduğu için çalışanların bu konuda değişime karşı direnmeleri kaçınılmazdır. Değişimde dirence neden olan faktörleri belirlemek için sorulan ölçeklerde, mevcut yetenek ve tecrübelerinin değişim sonucu yetersiz kalacağı endişesine katılmadıklarını belirtirlerken, Sezai Öztop’un doktora tezinde ise değişimde dirence neden olan faktörler sıralamasında üçüncü ve dördüncü sırada yer almaktadır. Sezai Öztop’un tez çalışmasında en önemli değişime direnç nedenleri arasında; planlanan değişime ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamak ve yönetime güvenmemek işaretlenmişken, bu araştırmada ise bu nedenlere orta düzeyde katılım sağlanmış ve en önemli neden olarak görülmediği anlaşılmıştır (Öztop, 2014: 153).

Tablo 10. Değişimin Planlanması ve Uygulanmasına Yönelik İstatistik Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S10 (Hastanemizde ulaşılmak istenen amaç ve performans hedeflerinin yönetim tarafından açıkça ifade edildiğini düşünüyorum)	3,11	1,088
S21 (Değişimi uygulayacak ve değişimden etkilenecek personelin değişim yapılacak konu ile ilgili görüşü alınmaktadır)	2,31	,960
S28 (Hastanemizde gerçekleşecek değişimden etkilenecekler için eğitim programları düzenlenir)	3,21	1,082
S30 (Hastanemizde yapılan değişimlerin planlı ve kontrollü bir biçimde gerçekleştiğini düşünüyorum)	2,73	1,223

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların “Değişimi uygulayacak ve değişimden etkilenecek personelin değişim yapılacak konu ile ilgili görüşü alınmaktadır” görüşüne orta düzeyin altında katıldığı ve diğer görüşlere ise orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Bu çalışmada, hastanede değişimi uygulayacak ve değişimden etkilenecek personelin değişim yapılacak konu ile ilgili görüşü alınmamaktadır. Atak’ın tezinde de çalışanlar, değişimi uygulayacak ve değişimden etkilenecek kişilerin görüşünün alınmadığını belirtmiştir (Atak, 2001: 127-128). Dağ’ın hemşirelere uyguladığı çalışmasında ise değişimle görevlendirilen ve değişimden etkilenecek kişilerin görüşlerinin alındığı, değişimden etkilenecekler için eğitim programlarının düzenlendiği tespit edilmiştir (Dağ, 2010: 160).

Tablo 11. Değişimin Sonuçlarına Yönelik İstatistik Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S2 (Değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığını düşünüyorum)	2,85	,824
S11 (Değişim sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına inanıyorum)	2,91	1,031
S13 (Değişim sonucunda hastanemizin hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğunu düşünüyorum)	2,93	,996
S23 (Değişim sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığını düşünüyorum)	3,29	1,129

Tablo 11 incelendiğinde, katılımcıların değişimin sonuçları hakkındaki tüm görüşlere orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Hastanedeki değişimlerin genelinde hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin ve hastanenin hizmet kalitesinin ve verimliliğin artırılması için yapıldığı belirtilmiştir ve bu nedenlere bağlı olarak yapılan değişimin amacına ulaşıldığı anlaşılmıştır.

Tablo 12. Değişime Yönelik İlgi/Meraka İlişkin İstatistik Bilgiler

Maddeler	Ortalama (X)	Standart Sapma (Ss)
S4 (Değişim konusunda oluşturulan gruplara katılmanın faydalı olduğunu düşünüyorum)	3,34	,960
S20 (Meslektaşlarım ile değişimler hakkında konuşmaktan hoşlanırım)	3,17	1,135
S32 (Yaşanan değişimler hakkında bilgi almaktan ve değişimleri takip etmektan hoşlanırım)	3,03	1,145

Tablo 12 incelendiğinde, katılımcıların değişime olan merakları ile ilgili olan tüm görüşlere orta düzeyde katıldığı görülmektedir. Arzu Uzun’un tez çalışmasında hemşirelerin meslektaşları ile değişimler hakkında konuşmaktan keyif aldıklarını, yaşanan değişimler hakkında bilgi almaktan hoşlandıklarını ve değişim ile ilgili kaynakları takip ettiklerini yüksek oranda “evet” olarak belirtmişlerdir (Uzun, 2008: 51-52).

Tablo 13. Değişimin Amacı ve Sonucu Arasındaki İlişki

		Değişim sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına inanıyorum.	Hastanemizdeki değişimler kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması için gerçekleşmektedir.
Değişim sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına inanıyorum.	Correlation Coefficient	1,000	,179**
	Sig. (2-tailed)	.	,004
	N	265	265
Hastanemizdeki değişimler kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması için gerçekleşmektedir.	Correlation Coefficient	1,000	,179**
	Sig. (2-tailed)	.	,004
	N	265	265

Tablo 13 incelendiğinde, katılımcıların “Hastanemizdeki değişimler kaynakların etkin ve verimli kullanılması için gerçekleşmektedir” konusundaki görüşleri ile “Değişimin sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına inanıyorum” konusundaki görüşleri arasında Korelasyon değeri 0,179 ve anlamlılık değeri 0,004 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,179$; $p<0,05$). Bu sonuç, çalışanların değişimin etkin ve verimli kaynak kullanımına yönelik olduğu konusunda bazı çekinceleri olduğunu işaret etmektedir.

Tablo 14. Değişimin Amacı ve Sonucu Arasındaki İlişki

		Değişim sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığını düşünüyorum	Hastanemizdeki değişimler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırmak için gerçekleşmektedir
Değişim sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığını düşünüyorum	Correlation Coefficient	1,000	,160**
	Sig. (2-tailed)	.	,009
	N	265	265
Hastanemizdeki değişimler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerini arttırmak için gerçekleşmektedir	Correlation Coefficient	,160**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,009	.
	N	265	265

Tablo 14 incelendiğinde, katılımcıların “Hastanemizdeki değişimler hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin arttırmak için gerçekleşmektedir” konusundaki görüşleri ile “Değişimin sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığını düşünüyorum” konusundaki görüşleri arasında Korelasyon değeri 0,160 ve anlamlılık değeri 0,009 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,160$; $p<0,05$). Bu veriler, sağlık çalışanlarının değişim sürecinin hasta ve yakınlarına yönelik olduğu ve olumlu sonuçlar elde edildiğine inandığına işaret etmektedir.

Tablo 15. Değişimin Amacı ve Sonucu Arasındaki İlişki

		Değişim sonucunda hastanemizin hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğunu düşünüyorum.	Hastanemizdeki değişimler sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleşmektedir.
Değişim sonucunda hastanemizin hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğunu düşünüyorum.	Correlation Coefficient	1,000	,149*
	Sig. (2-tailed)	.	,015
	N	265	265
Hastanemizdeki değişimler sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleşmektedir.	Correlation Coefficient	,149*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,015	.
	N	265	265

Tablo 15 incelendiğinde, katılımcıların “Hastanemizdeki değişimler sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleşmektedir” konusundaki görüşleri ile “Değişim sonucunda hastanemizin hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğunu düşünüyorum” konusundaki görüşleri arasında Korelasyon değeri 0,149 ve anlamlılık değeri 0,015 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,149$; $p<0,05$). Bu veriler, sağlık çalışanlarının değişimlerin daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu hedefli olduğuna ve değişim sonucunda kalite ve hizmet artışı elde edildiğine dair inançlarının düşük olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 16. Değişimin Nedeni ve Sonucu Arasındaki İlişki

		Örgüt içi nedenler (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler vb.) hastanemizde değişime neden olur	Değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığını düşünüyorum
Örgüt içi nedenler (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler vb.) hastanemizde değişime neden olur	Correlation Coefficient	1,000	,023
	Sig. (2-tailed)	.	,713
	N	265	265
Değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığını düşünüyorum	Correlation Coefficient	,023	1,000
	Sig. (2-tailed)	,713	.
	N	265	265

Tablo 16’da, katılımcıların “Örgüt içi nedenler (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler vb.) hastanemizde değişime neden olur” konusundaki görüşleri ile “Değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığını düşünüyorum” konusundaki görüşleri arasında Korelasyon değeri 0,023 ve anlamlılık değeri 0,713 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($r=,023$; $p<0,05$). Bu veriler, sağlık çalışanlarının değişimin örgüt içi kaynaklı nedenleri olduğuna ve değişim sonucunda örgütsel sorunların azaldığına dair tutumlarının anlamlı olmadığına işaret etmektedir.

Tablo 17. Değişimin Amacı ve Nedeni Arasındaki İlişki

		Hastanemizde yapılan değişimler yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleşmektedir	Teknolojik gelişmeler ve yenilikler hastanemizde değişime neden olmaktadır
Hastanemizde yapılan değişimler yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleşmektedir	Correlation Coefficient	1,000	,234**
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	265	265
Teknolojik gelişmeler ve yenilikler hastanemizde değişime neden olmaktadır	Correlation Coefficient	,234**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	265	265

Tablo 17 incelendiğinde, katılımcıların “Hastanemizde yapılan değişimler yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleşmektedir” konusundaki görüşleri ile “Teknolojik gelişmeler ve yenilikler hastanemizde değişime neden olmaktadır” konusundaki görüşleri arasında korelasyon değeri 0,234 ve anlamlılık değeri 0,000 olduğu için pozitif orta düzey altında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,234$; $p<0,05$). Bu veriler, sağlık çalışanlarının hastanede gerçekleşen değişimlerde yenilikler ve teknolojik gelişmelerin etkisi olduğuna dair tutumlarının olumlu olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 18. Değişimin Nedeni ve Değişime Direnç Nedeni Arasındaki İlişki

		Ekonomik koşullarda yaşanan değişimler hastanemizde değişime neden olur	Sağlık çalışanları, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç gösterirler
Ekonomik koşullarda yaşanan değişimler hastanemizde değişime neden olur	Correlation Coefficient	1,000	,155*
	Sig. (2-tailed)	.	,011
	N	265	265
Sağlık çalışanları, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç gösterirler	Correlation Coefficient	,155*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,011	.
	N	265	265

Tablo 18 incelendiğinde, katılımcıların “Ekonomik koşullarda yaşanan değişimler hastanemizde değişime neden olur” konusundaki görüşleri ile “Sağlık çalışanları, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç gösterirler” konusundaki görüşleri arasında korelasyon değeri 0,155 ve anlamlılık değeri 0,011 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,155$; $p<0,05$). Bu veriler, sağlık çalışanlarının değişimin kaynağı olarak ekonomik koşulları gördüğü ve değişim sonucunda çalışma koşullarının olumsuz yönde gelişeceği konusundaki tutumlarının güçlü olmadığını işaret etmektedir.

Tablo 19. Hastanenin Yönetim Biçimi ve Değişime Direnç Nedeni Arasındaki İlişki

		Çalışanların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması değişime direnç göstermelerine neden olur	Hastanenin yönetim biçimi
Çalışanların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması değişime direnç göstermelerine neden olur	Correlation Coefficient	1,000	,122*
	Sig. (2-tailed)	.	,047
	N	265	265
Hastanenin yönetim biçimi	Correlation Coefficient	,122*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,047	.
	N	265	265

Tablo 19 incelendiğinde, katılımcıların “Çalışanların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması değişime direnç göstermelerine neden olur” konusundaki görüşleri ile “Hastanedeki yönetim biçimi” konusundaki görüşleri arasındaki korelasyon 0,122 ve anlamlılık ise 0,047 olduğu için pozitif düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,122$; $p<0,05$). Dolayısıyla çalışanların değişim sürecindeki dirençlerinin azaltılabilmesi için süreç öncesinde kendilerine verilecek bilgilerin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmanın uygulandığı kurum yönetiminin, çalışanları sürece yönelik bilgilendirme açısından eksik kaldığı değerlendirilmektedir.

4.5. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Tablo 20. Hipotez Sonuçları

No	Hipotez	Sonuç
1.	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin, kaynakların etkin ve verimli kullanılması için gerçekleştiğine dair görüşleriyle değişimin sonucunda hastanedeki kaynakların daha etkin ve verimli kullanıldığına dair görüşleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
2.	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin arttırmak için gerçekleşmekte olduğuna dair görüşleri ile değişim sonucunda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin arttığına dair görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
3.	Katılımcıların planlanan değişimle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamasının değişime direnç göstermelerine neden olduğu konusundaki görüşleriyle hastanedeki yönetim biçimine ilişkin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
4.	Katılımcıların hastanede yapılan değişimlerin yeniliklere uyum sağlamak için gerçekleştiği konusundaki görüşleri ile teknolojik gelişmeler ve yeniliklerin hastanede değişime neden olduğu konusundaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
5.	Katılımcıların ekonomik koşullarda yaşanan değişimlerin hastanede değişime neden olduğu konusundaki görüşleriyle sağlık çalışanlarının, çalışma koşullarının değişeceği, ekonomik menfaatlerinde kayıp olacağı ve işlerini kaybetme endişesi nedeniyle değişime direnç göstereceklerine dair görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
6.	Katılımcıların hastanedeki değişimlerin sağlık hizmetlerinin daha hızlı yapılması için gerçekleştirildiğine dair görüşleri ile değişim sonucunda hastanedeki hizmet kalitesinde ve verimliliğinde artış olduğuna dair görüşleri arasında istatistiksel, anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
7.	Katılımcıların örgüt içi nedenlerin (eğitim ihtiyacı, verimliliğin düşmesi, hedeflerin değişmesi, krizler, vb.) değişime neden olduğuna dair görüşleri ile değişim süreci sonunda örgüt içi sorunların azaldığına dair görüşleri arasında istatistiksel, anlamlı bir ilişki vardır.	Ret

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Örgütlerin hızla değişen rekabet koşullarını takip edebilmesi, gelişen teknolojiye, değişen ekonomik ve hukuki çevre koşullarına uyum sağlayabilmesi için değişim gerçekleştirmeleri zorunludur. Örgütsel değişim sonucunda işletmenin verimliliğinde, etkinliğinde ve hizmet kalitesinde bir artış beklenmektedir. Özel ve kamu alanında faaliyet gösteren bütün örgütlerin varlığını ve gelişimini sürdürebilmesi için güçlü ve zayıf yönlerini belirleyerek, çevresindeki fırsat ve tehditleri değerlendirerek örgütsel değişim sürecini yönetmesi gereklidir.

Değişen hasta tercihlerini karşılayabilmek, hizmet sunumunu hızlı, eşit, etkin ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirebilmek, gelişen teknolojiye uyum sağlayabilmek için sağlık sektöründe de tarihsel süreçte çeşitli değişim/dönüşüm süreçleri görülmektedir. 1920'de TBMM'nin açılmasından hemen sonra kurulan Sağlık Bakanlığı, ilk olarak Osmanlı Devleti'nden kalan sağlık hizmetlerini düzenlemeye çalışmış, ardından 1923'te Cumhuriyet'in kuruluşundan hemen sonra ve 1946 yılında İkinci Dünya Savaşı'nın ardından yeni politikalar belirlemiş ve uygulamaya koymaya çalışmış ve sosyalleşme dönemi olarak görülen 1960-1980 yılları ve yeniden yapılanma dönemi olan 1980-2002 yılları arasında çeşitli reformlar gerçekleştirmiştir. En güncel ve kapsamlı yeniden yapılanma dönemi ise 2003 sonrasında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada, 2003-2014 yılları arasında gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucunda yaşanan örgütsel değişimin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını tespit etmek amacıyla Burdur Devlet Hastanesi'ndeki hekim, hemşire, tıbbi sekreter, sağlık memuru, sözleşmeli firma çalışanları ve idari personeline uygulanan anket tekniğine dayalı araştırmanın bulguları ortaya konulmaktadır. Literatürden yola çıkarak hazırlanan anket formu vasıtasıyla değişimin nedenleri, değişimin amaçları, çalışanların değişimden haberdar olma durumları, değişime direnç neden olan faktörler, değişimin planlanması ve uygulanmasına yönelik süreçler, değişimin sonuçları ve sağlık çalışanlarının değişime karşı ilgilerinin tespit edilmesine çalışılmıştır.

Araştırma bulgularına göre hastanedeki değişim; iş yapma şekillerinde, hastane içi prosedürlerde, insan kaynağında ve teknoloji alanlarında gerçekleşmiştir. Çalışanların değişime yönelik direncinin; değişim istemediğini sözlü olarak açıkça belirtme, iş yavaşlatma, iş ortamında huzursuzluk çıkarma, hastane içinde çalışılan birimi değiştirme ve devamsızlık yapma (rapor, izin alma) şeklinde ortaya çıktığı görülmüştür.

Katılımcıların %41,5'i değişim süreci içinde hastane yönetiminin iş merkezli ve astlarına güven duymayan bir yönetim uyguladığını belirtmesine rağmen %23,8'i ise yönetimin çalışanları yeteri kadar serbest hissettirdiği, fikirlerini önemseydiğini ve katılımcı bir yönetim anlayışı uyguladığını belirtmiştir. Özellikle kamu kurumlarının üst yönetimlerinin, hızla değişen hukuki düzenlemelere uyum sağlama çabası içindeyken çalışanları sürece dahil etmeyi ihmal edebildikleri ve katılımcı yönetim anlayışından uzaklaşabildikleri bilinmektedir. Ancak çalışanların değişime karşı direnmesine neden olan en önemli etkenlerden birisi, üst yönetimin tek taraflı hareket etmesidir. Bunun ortadan kaldırılması için değişimin başlamasından önce sürece ilişkin çalışanlara bilgi verilmeli, soruları cevaplanmalı ve önerilerine önem verildiği gösterilmelidir. Bu sayede, çalışanların idareye olan güveni artacak ve değişim sürecine verilen destek de güçlenecektir. Çalışanların bilgilendirilmemesi ve güven verilmemesi, belirsizliklere yol açacağından çalışanların değişime karşı direnmesine yol açabilecektir. Ayrıca, çalışanlara motivasyon kazandırmak amacıyla, süreç sonunda özellikle çalışanlar açısından ortaya çıkabilecek olumlu sonuçlar ön plana çıkarılabilir ve değişime yönelik ilgi uyandırılabilirse, değişime yönelik istek de güçlenecektir.

Kamu kurumlarında değişime yönelik çabaların, mevzuat değişiklikleri yoluyla hayata geçirilebileceğine inanılmasına rağmen, aslında kalıcı bir örgütsel değişimin gerçekleştirilebilmesi için tek başına mevzuat değişikliğinin yeterli olmayacağı ifade edilmektedir. Temel prensipleri yasal mevzuat ile belirtilen değişiklikleri kurumsal ölçekte hayata geçirmek için örgüt kültüründe ve çalışanların davranışlarında da değişime ihtiyaç vardır. Kalıcı, etkin ve verimli bir değişim sağlanması için örgütün özelliklerine ve örgütsel değişimin türü ve boyutuna göre, kamu çalışanlarına yönelik yöntem ve uygulamalar belirlenmesi ve bunların sistematik bir şekilde yürürlüğe konması gereklidir (Kerman ve Öztop, 2014: 16).

Hastanedeki değişimin temel amacının, Sağlıkta Dönüşüm Programında da belirlendiği üzere, hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeyini arttırmak olduğu ve bu amaca ulaşıldığı anlaşılmaktadır. Ancak çalışanların yaptığı rutin işlerdeki monotonluğun giderilemediği görülmüştür. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden biri olan "yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" hedefinin gerçekleşme oranının düşük kaldığı görülmektedir. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı yoluyla elde edilen ve olumlu sonuçlar veren uygulamalardan geriye dönüş olmaması için de gerekli tedbirlerin alınması, değişim sürecinin uzun vadedeki başarısı açısından önemli bir husustur. Bu araştırmanın önerilerinin de dikkate alınması ve çalışanlarda olumsuz algıya yol açan uygulamaların kaldırılması halinde sonraki örgütsel değişim süreçlerinin daha başarılı sonuçlar vereceği öngörülmektedir.

Bu araştırma, Türkiye'de sağlık kurumlarında çalışan personel için ciddi bir değişim sürecine yol açan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, mevzuat boyutunda dikkatle planlanmış olmasına rağmen, değişim süreci içindeki bazı uygulamaların sağlık çalışanları üzerinde olumsuz algıya yol açtığını da göstermiştir. Zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle, sadece Burdur Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olan bu araştırmanın daha geniş ölçekte de uygulanabilmesi halinde daha sağlıklı veriler elde edilebileceği ve ilerideki değişim süreçlerine yönelik kullanılacak uygulamalara ışık tutacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, E. (2017). Neo-liberalizm ve sosyal refah devleti ekseninde üçüncü yol yaklaşımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), ICEBSS 2017 Özel Sayı.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme raporu: sağlıkta dönüşüm programı* (Rapor No:749), Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık*. Erişim adresi: http://www.recepakdur.com/upload/CUMHUR%C4%B0YETTEN_G%C3%9CN%C3%9CM%C3%9CZE__T%C3%9CRK%C4%B0YE.pdf, (28 Mart 2018).
- Atak, M. (2001). *Örgütsel değişim ve değişime direnç (bir örgüt ortamının değişim açısından değerlendirilmesi)*. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Eskişehir.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi (2002-2013 Dönemi)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını (983).

- Ateş, H. ve Kırılmaz, H. (2015). Sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin etkileri. *Amme İdaresi Dergisi*, 48(4), 97-128.
- Burdur Devlet Hastanesi (2019). *Tarihçe*, Erişim adresi: <https://burdurdh.saglik.gov.tr/TR,35526/tarihce.html> (19 Aralık 2019).
- Burns, B. (2004). Kurt Lewin and the planned approach to change: a re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6).
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetin, S. (2011). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik sağlanması açısından sağlık dönüşüm programının analizi ve OECD ülkeleriyle kıyaslanması*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- Dağ, S. (2010). *Hemşirelerin değişim yönetimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı). (2018). Erişim adresi: <http://www.kalkinma.gov.tr/>, (30 Mart 2018).
- Dirican, M. R. (2018). Erişim adresi: <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>, (27 Mart 2018).
- Eke, E. (2014). *Neoliberal devlet döneminde sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarına yönelik sektördeki paydaşların algısı*. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Fedai, R. (2019). Sağlıkta dönüşüm programının öncesi: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi (1923-2003). *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010-2032.
- Genç, Ö. (2005). *Yataklı tedavi kurumları sektör araştırması*. Erişim adresi: http://www.kalkinma.com.tr/data/file/raporlar/ESA/SA/2005-SA/SA-05-07-24_Yatakli_Tedavi_Kurumlari_Sektoru.pdf, (19 Nisan 2018).
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri*, Ankara: Siyasal Kit.
- Gül, İ. (2014). *Hastane çalışanlarının örgütsel değişime bakış açılarının incelenmesi: Afyonkarahisar ili örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Harvey D. F. ve Brown, D. R. (1988). *An experimental approach to organization development*. 3rd Edition, New Jersey: Prentice Hall.
- Kerman, U. ve Öztöp, S. (2014). Kamu çalışanlarının örgütsel değişim direncini etkileyen uygulamalar. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(10), 1-20.
- Koçel, T. (2014). *İşletme yöneticiliği: yönetim ve organizasyon, organizasyonlarda davranış, klasik-modern-çağdaş ve güncel yaklaşımlar*. 15. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Kol, E. (2014). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm: Eskişehir’de alt gelir grupları üzerine bir inceleme*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston-Massachusetts: Harvard Business Review Press.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. *Human Relations*, 143-153.
- Memişoğlu, D. (2011). *Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm ve etkileri: Batı Akdeniz bölgesi il merkezleri örneği*. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Owens, R. G. (1987). *Organizational behavior in education*. 2nd Edition, New Jersey: Prentice-Hall International Inc.
- Önder, B. (2013). *Türk sağlık reformları kapsamında sağlıkta dönüşüm programının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Öztöp, S. (2014). *Kamu çalışanlarının örgütsel değişim yönetimi uygulamalarına yönelik algısı*. Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

- Pekşen, E. (2012). *Kamu yönetimi reformu bağlamında sağlıkta dönüşüm programı*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, (20 Nisan 2018).
- Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi. (2017). Erişim adresi: <http://pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdp-i-faz-tamamland.html>, (09 Mayıs 2017).
- Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi.(2017). Erişim adresi: <http://www.pydb.saglik.gov.tr/index.php/2014-09-04-11-16-56/sdsgrp-ii-faz.html>, (09 Mayıs 2017).
- Sapmaz, H. (2017). *Yeni kamu yönetimi anlayışı ve Türkiye’de sağlık politikaları açısından değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Savaş, S.B., Karahan, Ö. ve Saka, Ö.R., (2002). Sağlık sistemlerinde dönüşüm süreci. *Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi*, 4(4), Ankara.
- Soyer, A, (2004). *Sanayi devriminden küreselleşmeye darbeden AK Partiye sağlığın öyküsü*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Şen, H. (2013). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı bağlamında toplam kalite yönetimi ile insan kaynakları yönetimi ilişkisi (kamu ve özel hastane uygulamaları)*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M., (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Uzun, A. (2008). *Üniversite ve kamu kuruluşlarında çalışan hemşirelerin değişime karşı tutumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Van De Ven A. H. ve Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3).