BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE 2019 YILINDA YAPILAN CERRAHİ OPERASYONLARIN TÜR, SÜRE VE PERSONEL SAYISI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Samet OKAY
181505103

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Aralık, 2022

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE 2019 YILINDA YAPILAN CERRAHİ OPERASYONLARIN TÜR, SÜRE VE PERSONEL SAYISI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Samet OKAY
181505103
ORCID: 0000-0002-9923-0353

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Aralık, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince bir telefon kadar uzağımda olan, tez çalışmamın tüm aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, akademik anlamda beni doyuma ulaştırarak emek veren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Turhan Şalva'ya saygı ve sevgilerimle emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli hocam Prof. Dr. Zafer Öztek'e teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca yoğun çalışmalarım arasında bana katlanarak desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Serkan Tulgar'a,

Tüm eğitim ve öğretim süreci boyunca bana sabırla katlanıp bütün maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen çok çok değerli abilerim Yusuf Zeki Okay ve Muammer Okay'a

Yüksek Lisans eğitimim boyunca yoğun çalışmalarım sırasında bana sabır gösterip ve bana katlandığı içim eşim Nafiye Okay'a ve çalışmama izin verdiği için kızım Ela Okay'a,

Bu çalışmanın yapılabilmesini sağlayan ve çalışamaya katılarak duyarlılıklarını gösteren tüm meslektaşlarıma ve yanımda olarak manevi desteklerini esirgemeyen tüm dost ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Samet OKAY

Aralık, 2022

ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE 2019 YILINDA YAPILAN CERRAHİ OPERASYONLARIN TÜR, SÜRE VE PERSONEL SAYISI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Samet Okay
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Turhan Şalva
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu çalışma ile ameliyathanelerde optimum sayıda sağlık personeli ile maksimum verimde cerrahi sağlık hizmeti üretilebilme süreçleri incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik değerlendirilerek sağlık yönetimi alanına katkı sağlanması amaçlandı. Bu araştırmada İstanbul'da bir vakıf üniversitesi hastanesinde retrospektif olarak 2019 yılına ait ameliyathane kayıtları incelenmiştir. 2019 yılına ait ameliyathane kullanım durumu, ameliyat türleri, süreleri, anestezi kullanımı ve ayılma süreleri, klinik ve doktor ayrımının incelendiği çalışma retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evreni, 2019 yılında bir vakıf üniversitesi hastanesi ameliyathanesinde gerçekleştirilen tüm operasyonlara ait bilgilerdir. Örneklem seçilmeyerek 2019 yılında araştırmanın yapıldığı üniversitesi hastanesin ameliyathanesinde yapılan tüm operasyonlar değerlendirilmiştir. Ameliyatların kliniklere göre dağılımı incelendiğinde ameliyatların %33,4'ü genel cerrahi, %17,3'ü üroloji, %13,2'si ortopedi, %9,4'ü KBB, %9'u beyin cerrahi, %4,1'i KVC, %3,3'ü göğüs cerrahi, %3,2'si çocuk cerrahi, %2,7'si plastik cerrahi, %2,3'ü göz ve %1,9'u gastroenteroloji kliniğine bağlı olarak gerçekleştirilmiştir. Ameliyatların sürelere göre dağılımı incelendiğinde ameliyatların %29,4'ü 0-60 dakika, %30,6'sı 61-120 dakika, %22,7'si 121-180 dakika ve %17,3'ü 181 dakika ve üzeri sürmüştür. Ameliyatlar sonrası ayılma sürelerine göre dağılım incelendiğinde ameliyat sonrasında %45,1 oranında 0-15 dakika, %43,5 oranında 16-30 dakika ve %11,4 oranında 31 dakika üzerinde ayrılma süresi gerçekleşmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat türü, personel sayısı, verimlilik.

ABSTRACT

EVALUTION OF SURGICAL OPERATIONS PERFORMED IN AN UNİVERSITY HOSPITAL IN 2019 IN TERMS OF TYPE, DURATION NUMBER OF PERSONNEL

Samet Okay
Master Thesis
Department of Health Management
Health Management Master's Program with Thesis
Thesis Advisor: Asst. Dr.Öğr. Üyesi Turhan Şalva
Maltepe University Graduate School, 2022

In this study, the processes of producing surgical health services with the optimum number of health personnel and maximum efficiency in the operating rooms were examined. It is aimed to contribute to the field of health management by evaluating efficiency in health services. In this study, operating room records of 2019 in a university hospital in Istanbul were examined retrospectively. The study, which examined the operating room usage status, types of operations, durations, anesthesia use and recovery times, clinic and doctor distinction in 2019, is a retrospective cross-sectional study. The universe of the research is the information about all the operations performed in the operating room of a university hospital in 2019. By not choosing a sample, all operations performed in the operating room of the university hospital where the research was conducted in 2019 were evaluated. When the distribution of operations according to clinics is examined, 33.4% of the operations are general surgery, 17.3% urology, 13.2% orthopedics, 9.4% ENT, 9% neurosurgery, 4.1% 'i CVC, 3.3%' thoracic surgery, 3.2% pediatric surgery, 2.7% plastic surgery, 2.3% eye and 1.9% depending on gastroenterology clinic has been carried out. When the distribution of the operations according to the durations is examined, 29.4% of the operations lasted 0-60 minutes, 30.6% took 61-120 minutes, 22.7% took 121-180 minutes and 17.3% took 181 minutes or more. . When the distribution according to the post-operative recovery times was analyzed, it was observed that 45.1% had 0-15 minutes, 43.5% had 16-30 minutes, and 11.4% had more than 31 minutes.

Keywords: Type of operation, number of personel, productivity.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problem 1
1.2 Amaç 1
1.3 Önem 1
1.4 Varsayımlar 1
1.5 Sınırlıklar 2
1.6 Tanımlar 2
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 Sağlık Kavramı 3
2.2 Sağlık Hizmetleri 3
2.2.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri 4
2.2.2 Sağlık hizmetleri düzeyleri 6
2.2.3 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması 8

2.2.3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri 8
2.2.3.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri 8
2.2.3.3 Rehabilite edici sağlık hizmetleri 9
2.2.3.4 Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri 9
2.3 Sağlık Sektörünün ve Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Hedefleri, Nitelikleri 9
2.4 Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru 10
2.4.1 Sağlık insan gücü 10
2.4.2 Yardımcı unsurlar 10
2.4.3 Arz ve talep düzenleri 11
2.4.4 Yönetim yapıları 11
2.5 Hastaneler 12
2.5.1 Hastanelerin tarihsel gelişimi 12
2.5.2 Genel olarak ve organizasyon açısından hastanelerin özellikleri 14
2.5.3 Hastanelerin işlevleri 15
2.5.4 Hastane yönetimi 15
2.6 Ameliyathane 17
2.6.1 Ameliyathanenin yönetim ve organizasyonu 18
2.6.2 Ameliyathanede yönetim alanları 19
2.6.3 Ameliyathane yönetimi 20
2.6.3.1 Ameliyathane ünitesinin yönetim alanlarının yönetimi 21
2.6.3.2 Ameliyathanede insan kaynakları yönetimi 21

2.6.3.3 Ameliyathanede yönetsel sorunlar 22
2.6.4 Ameliyathane kapasitelerinin verimli kullanılması 23
2.6.5 Ameliyathanede çalışan kişiler ve görev tanımları 24
2.7 Yoğun Bakım 26
2.7.1 Yoğun bakım çeşitleri 26
2.7.2 Yoğun bakımda çalışan kişiler ve görev tanımları 28
3. YÖNTEM 29
3.1 Araştırma Modeli 29
3.2 Evren ve Örneklem 29
3.3 Veriler ve Toplanması 29
3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 30
4. BULGULAR VE TARTIŞMA 31
4.1 Bulgular 31
4.2 Tartışma 48
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 55
KAYNAKLAR 63

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ameliyat olan hastaların yaş ve cinsiyet durumu 31
Tablo 2. Ameliyat olan hastaların yaş, operasyon süresi ve ayılma süresi açısından değerlendirilmesi 32
Tablo 3. Ameliyatların kliniklere göre dağılımı 32
Tablo 4. Ameliyatların sürelere göre dağılımı (dakika) 33
Tablo 5. Ameliyatlar sonrası ayılma sürelerine göre dağılımı (dakika) 34
Tablo 6. Ameliyatların kliniklere göre yaş, ameliyat süresi, ayılma süreleri açısından değerlendirilmesi 35
Tablo 7. Genel cerrahi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 37
Tablo 8. Genel cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 37
Tablo 9. Genel cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hastaların operasyonu yapan hekime göre operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 38
Tablo 10. Genel cerrahi departmanındaki operatörlerin laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sürelerinin karşılaştırılması 38
Tablo 11. Üroloji anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 39
Tablo 12. Üroloji departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 39
Tablo 13. Üroloji departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 40
Tablo 14. Üroloji departmanı tarafından yapılan TUR-P operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 40
Tablo 15. Ortopedi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 41
Tablo 16. Ortopedi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 41
Tablo 17. Ortopedi kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 42
Tablo 18. Ortopedi kliniğinde yapılan kalça protezi operasyonlarında hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 42

Tablo 19. Plastik cerrahi ameliyatlarının tanısal dağılımı 43
Tablo 20. Plastik cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 43
Tablo 21. Plastik cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 44
Tablo 22. KBB anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 44
Tablo 23. Beyin cerrahi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 45
Tablo 24. Beyin cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 45
Tablo 25. Beyin cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 46
Tablo 26. Beyin cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin Lomber disk hernisi operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 46
Tablo 27. Göz kliniğinde yapılan ameliyatların tanısal dağılımı 47
Tablo 28. Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi 47
Tablo 29. Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi 48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 2019 yılında hastanede yapılan ameliyatların aylık dağılımı 33
Şekil 2. Ameliyatların kliniklere göre ortalama süreleri ve ayılma süreleri 36
.

KISALTMALAR

ABD **:** Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

EEG **:** Elektroenzelografi

EKG **:** Elektrokardiyografi

KBB **:** Kulak Burun Boğaz

KVC **:** Kardiyovasküler Cerrahi

KVKK **:** Kişisel Verilerin Korunması Kanunu

M.Ö **:** Milattan Önce

YBÜ **:** Yoğun Bakım Üniteleri

TUR P **:** Transüretral Prostat Rezeksiyonu

URS **:** Üreteroskopik Böbrek Taşı

TUR M **:** Transüretral Mesane Kanseri Rezeksiyonu

1. GİRİŞ

1.1 Problem

Sağlık hizmetleri içinde cerrahi tedaviler her zaman çok önemlidir. Sağlık kuruluşları, cerrahi hizmetler alanında birçok klinikten destek almakta olup en küçük bir operasyon bile disiplinli bir ekip çalışması ile gerçekleştirilmektedir. Bu ekiplerin koordinasyonu ve çalışmaların verimliliğini sağlamak için sağlık personelinin mesailerinde zaman alan uygulamaların sırası, türü, kapsadığı zaman aralığı, ekipte yer alan personel çeşitliliği gibi konular büyük önem taşır.

1.2 Amaç

Bu çalışma ile ameliyathanelerde optimum sayıda sağlık personeli ile maksimum verimde cerrahi sağlık hizmeti üretilebilme süreçleri incelenmiştir. Sağlık hizmetleri değerlendirilerek sağlık yönetimi alanına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

1.3 Önem

Cerrahi sağlık hizmetleri multidisipliner organizasyon gerektiren sağlık hizmetlerindendir. Hastaya teşhis konma aşamasından tedavi kararlarının verilmesi, cerrahi tedavi planı yapılması, ameliyatın gerçekleştirilmesi, post op bakım hizmetleri gibi her aşamada kolektif bir çaba söz konusudur. Farklı alanlarda birçok sağlık personelinin katkısı ile gerçekleştirilen cerrahi sağlık hizmetleri iyi planlanmaz ve düzenli iş birlikleri yapılmazsa zaman, para ve işgücü kayıpları kaçınılmaz olmaktadır. Kayıpları önlemek, sağlık hizmetlerinde yapılacak bu tür çalışmalar ile sağlanabilir.

1.4 Varsayımlar

Operasyonlar, birçok faktöre bağlı olarak çeşitli aşamalarında süre açısından farklılıklar gösterir. Zorluk derecesi bunların başında gelmektedir. Bunun yanında hastanenin imkanları, ameliyathanenin, teknolojik gelişmişlik durumu, vakanın durumu etkili olur. Ameliyathane ekibinin nitelikleri de çok belirleyicidir. Başta hekim olmak üzere anestezi ekibi ve diğer ameliyathane ekibinin deneyimi operasyonun süresini doğrudan etkilemektedir.

1.5 Sınırlıklar

Bu araştırma 2019 yılı kayıtları üzerinden yürütülmüştür. Retrospektif olarak planlanan araştırmada sadece ameliyathane kayıtlarında kullanılan parametreler değerlendirilmiştir. Hasta ve sağlık personelleri ve operasyonun akışı ile ilgili farklı veri toplamak mümkün olmamıştır. Ayrıca sağlık personeline ait deneyim vb. tanımlayıcı bilgileri elde etmek de KVKK kapsamında mümkün olamamıştır.

Ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve sonrasında hangi personelin hangi hizmetlerde ne kadar süre rol aldığı, bu sağlık hizmetinin üretimi neticesinde Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme tablolarına göre elde edilen hakedişlerin karşılık bulup bulmadığı konularının da değerlendirilmesi hedeflenmiştir. 2019 yılına ait tüm ameliyathane kayıtları incelenmiştir. Operasyon tür kodları ile ilgili karmaşa ve benzerlikler çözülemediği için SGK ödeme miktarları ile ilgili bilgiler elde edilemedi ve maliyet amaçlı incelemeler yapılamadı.

1.6 Tanımlar

"Ameliyathane: Hastane içinde kapalı bir alanda aseptik kurallara uygun cerrahi müdahalelerin yapıldığı bir odadır" (Arslanoğlu ve Köser, 2020:2).

"Sağlık Hizmetleri: Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür" (Öztek, 2019:12).

"Etkinlik: Kullanılan kaynaklar ile elde edilen sonuçların gözlemlenen miktar ya da değerleriyle, amaca ulaşılmasını sağlayan miktar ya da değerler arasındaki farkın ölçüsüdür" (Dikmetaş, 2008:56)

"Cerrahi operasyon: Hasta üzerinde tedavi amacıyla uygulanan kesme ve dikme işlemi" (https://www.tdk.gov.tr).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Kavramı

Sağlıklı olma, hastalıklardan korunma ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı temel insan haklarıdır. Bu temel hak, mevcut içeriğinden farklılık gösterse de, insanlık tarihi kadar eski bir tarihe sahiptir. Hammurabi Kanunları bu konuda en bilinen örnektir. MÖ 2000 yılında ölen Babil Kralı Hammurabi. M.Ö. kendi adıyla anılan kanunlarda görev yapan hekimlerin sorumluluklarını ve ödüllerini belirlemiştir (Ersoy, 1989).

Geçmişten günümüze sağlık kavramı, yaşam koşullarına bağlı olarak farklı şekillerde tanımlanmıştır. Hastalığın yokluğu veya hastalık kavramı ile ilgili birçok sağlık tanımı vardır. Sağlığın en yaygın ve genel kabul gören tanımı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımıdır. Bu tanıma göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (Tengelimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015). Bu tanımda sağlığın 3 boyutu vardır; fiziksel sağlık bireyin nefes alması, beslenmesi, egzersiz yapması vb. ihtiyaçlarını tam olarak karşılayabilmek; ruh sağlığı, insanların kendileriyle ve çevreleriyle uyum içinde olmaları anlamına gelir; sosyal sağlık ise bireyin sevilme, ait olma ve sosyal ilişkiler kurma becerisi vb. işlevleri içerir (Somunoğlu, 2012).

Sağlığın yaygın olarak kabul gören evrensel tanımına bakacak olursak, sağlığı etkileyen ve onunla etkileşime giren faktörleri vurguladığı ortaya çıkmaktadır. Sağlık kavramında çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum (1974), 4 temel unsurun sağlık durumunu etkilediğini ve bu dört temel unsurun farklı sosyal sistemlerin etkisi altında olduğunu ve bu sosyal sistemler aracılığıyla birbirini etkilediğini savunmaktadır. Blum'un bütüncül sağlık modelinde sağlık düzeylerini etkileyen dört ana faktör: çevre, yaşam tarzı (davranış), kalıtım (genetik) ve sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

2.2 Sağlık Hizmetleri

Hükümetlerin temel amacı sağlığı korumak, hastalıkları önlemek, sağlıklı bir çevre yaratmak ve nihayetinde toplum sağlığını iyileştirmektir. Toplumun sağlıkla ilgili beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için sunulan hizmetler sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması, sağlığın bozulması durumunda teşhis, tedavi ve rehabilitasyon önlemleri ile fiziksel ve zihinsel yeteneklerin geliştirilmesine yönelik çalışmaları içermektedir (Akdur, 2003).

Sağlık sistemlerinin temel yapısı sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü sistemdir veya her şeyi anlatmak için kullanılan genel bir terimdir. Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün ve/veya sağlık sisteminin varlık sebebidir. Sağlık sistemi veya diğer bir deyişle sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebin oluşumunu ve bunun gerçekleştiği yapıları tanımlar. Sağlık sektörünün ve sektörün en önemli ve en büyük bölümünü oluşturan sağlık hizmetlerinin arz ve talep unsurlarının ortak amacı, insanların sağlığını sağlamak ve onları koruyup geliştirerek toplumu sağlıklı kılmaktır. Bu şekilde ulaşılacak nihai hedef, sağlıklı bir dünyanın yaratılmasıdır (Sargutan, 2005).

2.2.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık sistemini ele almadan önce, performans kriterlerini geliştirmenin temeli olarak sağlık sistemini tanımlamak ve ana hatlarıyla belirtmek gerekir. Sağlık hizmetleri, hastaların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu, hastalıkların önlenmesi, toplumun ve bireylerin sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütününü kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Sağlık hizmeti, halk sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkları tedavi etmek ve rehabilite etmek için sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerdir. Sağlık Hizmetleri Uygulama Yönergesi sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamaktadır (Öztek, 2019).

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu faktörlerin etkilerinden korunması, hasta tedavi hizmetleri ile bedensel ve zihinsel yetenek ve yetenekleri bozulanların rehabilitasyonudur (Öztek, 2019).

Birey ve toplum sağlığını etkileyen birçok faktör ile sağlık hizmetlerinin kapsamını ve etkisini belirlemek zordur (Black ve Gruen, 2005; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Sağlık hizmetleri genel olarak hizmet döneminin özelliklerini taşımakla birlikte, hizmet döneminden bazı noktalarda farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Tengelimoğlu vd., 2015).

• Sağlık Hizmeti Tüketimi Tesadüfidir: Sağlık kavramını diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri de talebin değişken olması ve ne zaman ortaya çıkacağının belli olmamasıdır. Buna göre, hastalığın maliyeti de bilinmemektedir. Bir kişinin ne zaman hastalanacağı, sağlık hizmetlerinin ne zaman kullanılacağı ve karşılığında ne kadara mal olacağı önceden kestirilemez.

• Sağlık Hizmetinin İkamesi Yoktur: Bir malın fiyatı yükseldiğinde, tüketiciler, ikame edebileceği aynı amaç için başka malları ikame etmeye çalışırlar. Örneğin kırmızı et fiyatları yükselirse tüketiciler beyaz ete geçebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin yerini başka bir hizmet alamaz, yani ikamesi yoktur. Hasta, doktorunun önerdiği hizmeti veya tedaviyi almalıdır.

• Sağlık Hizmeti Sonraya Bırakılamaz Yani Ertelenemez: Sağlık hizmetleri dışındaki sektörlerde tüketiciler çeşitli nedenlerle istek ve ihtiyaçlarını erteleyebilmektedir. Sağlık hizmetleri doğası gereği ertelenemez. Ağrılı ve akut semptomların ertelenmesi, kişilerin sağlığının daha da bozulmasına neden olabilir. Ayrıca hastalığın tedavisi için erken teşhisin önemi göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerinde gecikme maddi ve manevi kayıplara yol açabilmektedir.

• Sağlık Hizmetinin Boyutunu ve Kapsamını Hizmetten Yararlanan Değil, Doktor Belirler: Sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim ve hasta arasında bilgi asimetrisi vardır. Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunucular hizmet alanlara göre daha fazla bilgiye sahiptir, yani aralarında bilgi simetrisi yoktur.

• Sağlık Hizmetleri Tüketicilerinin Davranışları İrrasyoneldir: Genellikle tüketicilerin mal ve hizmetleri seçerken rasyonel davrandıkları varsayılır. Diğer bir deyişle, tüketicinin bedelini ödemek istediği ürün veya hizmetten maksimum faydayı elde edeceğine inanılmaktadır. Ancak sağlık sisteminde bilgi asimetrileri olduğu için sağlık hizmeti sunumu ertelenemez, hizmet önemsiz ve ölçülebilir değildir, tüketici kullandığı hizmetin

kendisi için ekonomik olup olmadığına karar veremez. Bu durum tüketicilerin mantıksız davranmalarına neden olmaktadır.

• Hizmetten Sağlanan Doyum ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Çok Zordur: Tüketicilerin beklediği ve algıladığı sağlık hizmetinin kalitesi farklılık göstermektedir. Hizmet önemsiz olduğu için kaliteyi ölçmek ve ona yönelik performans göstergeleri geliştirmek zordur. Bu durumda hizmet alıcıları hizmet sağlayıcıya güvenmek zorundadır.

• Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Özelliği Taşımaktadır: Kamu mal ve hizmetleri kategorisinde özellikle koruyucu sağlık hizmetleri değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin piyasa koşullarına bırakılması bazı sorunlar yaratmaktadır. Kamu mallarından kaynaklanan pozitif dışsallıkların halk sağlığı üzerinde olumlu etkileri vardır.

• Alınan sağlık yardımları sonucunda kişilerin hastalıktan kurtulması ve eski sağlığına kavuşması için parasal bir değeri yoktur. Sağlık, parayla ölçülemeyen ve bu nedenle ekonomik önlemlerin dışında tutulması gereken bir kavramdır.

2.2.2 Sağlık hizmetleri düzeyleri

Sağlık hizmetlerinin düzeyleri, sağlık hizmetlerinin kapsamı, sayısı ve yoğunluğu, sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik kaynaklar ve sunulan hizmetlerin çeşitliliği olarak anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetleri üç seviyeye ayrılır. Bunlar; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

• Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi hizmetlerini değil, koruyucu sağlık hizmetlerini içerir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık hizmetleriyle ilk buluşma noktasıdır. Bu hizmetler tipik olarak uzman olmayan tıbbi personel ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanır. Türkiye'de temel sağlık hizmeti veren tesislere örnek olarak sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve eczaneler gösterilebilir. Bu düzeyde verilen hizmetlerin temel amacı koruyucu sağlık hizmetleri sunmak olmakla birlikte kısmi tedavi hizmetleri de vermektedir.

• İkinci basamak sağlık hizmetleri sağlık profesyonelleri ve sağlık çalışanları da dahil olmak üzere çeşitli büyüklükteki hastanelerden terapötik hizmetleri kapsar. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin birincil amacı tedavi hizmetleri sunmaktır. Birinci basamak sağlık hizmeti ile tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

• Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de tedavi hedefi ön plandadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, birinci ve ikinci basamak sağlık bakım ortamlarında öğretilemeyen veya tedavi edilemeyen yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren karmaşık ve ciddi vaka hizmetleri sağlar. Üçüncü basamak sağlık tesislerine örnek olarak özel branş hastaneleri, bölge hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri verilebilir. Ayrıca, üçüncü basamak sağlık hizmetinde eğitim kursları sunulmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde, derinlemesine bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı olmamakla birlikte, derinlemesine bilgi ve teknoloji gerektirmeyen tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim, toplumun ihtiyaç duyduğu bir hizmet kaynağına kolay erişim gibi diğer sağlık hizmetlerine göre daha yüksektir. Maliyet karşılaştırmasında, temel sağlık hizmetlerinin maliyeti, diğer düzeylerde sağlanan hizmetlerin maliyetinden daha düşüktür. Bunun nedeni, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlanan tedavi hizmetlerinin diğer sağlık düzeylerindeki hizmetlerden daha karmaşık olmaması, ancak daha yoğun teknoloji ve bilgi gerektirmemesidir. Sağlık sisteminin etkin, verimli ve ekonomik olması ve performansının artması için sevk zincirine dikkat edilmesi gerekmektedir. Birinci basamakta tedavi edilebilecek hastalıklar için ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvurularak tedaviye başvurulması, sağlık yararlarını ve maliyetlerini artırmaktadır. Adımlar arasında uyum sağlandığında sağlık tesisi iş gücünden ve zamandan tasarruf sağlayacaktır. Bu nedenle bakım seviyeleri arasında hastanın hareketlerinin uygun şekilde tasarlanması gerekmektedir. Sevk zinciri sisteminin uygulanması halinde bireyler öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanacaktır. Birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında kişinin sağlık ihtiyacı karşılanamıyorsa kişi ikinci basamak sağlık hizmetine başvurur. Bu düzeyde ihtiyaçların

karşılanmaması durumunda hasta üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

2.2.3 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri dört ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığı geliştirme hizmetleridir.

2.2.3.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

Hastalıkları ortaya çıkmadan yok etmek ve toplumu patojenlerden korumak için verilen tüm hizmetler bu kapsamda değerlendirilir. Bu amaçla hastalık veya sakatlığa neden olan faktörlerle mücadele edilmektedir. Bu hizmetler topluma sunulduğundan, bu hizmetler kamusal mal ve hizmet olarak kabul edildiğinden, devlet tarafından sağlanması ve piyasaya sürülmemesi gerekir. Toplumdaki sağlık düzeyinin yükseltilmesi için bu tür hizmetlerin ödeme gücü ne olursa olsun toplumun tamamına eşit olarak sunulması gerekmektedir (Tengelimoğlu vd., 2015).

Beslenme durumunu iyileştirmek için aşılama, ilaç ve serumla koruma, erken teşhis, aile planlaması, gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması, sağlık eğitimi ve olumsuz fiziksel, biyolojik ve sosyal çevreden kaynaklanan sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik önlemler, sağlık hizmetleri gibi önlemler koruyucu sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

2.2.3.2 Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmasını sağlamak amacıyla, başta uzman bir doktorun sorumluluğunda olmak üzere, diğer sağlık çalışanları ile iş birliği içinde sunulan sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015). Sağlığı bozulan kişilere yönelik tanı ve tedavi hizmetleri sunularak tekrar sağlıklarına kavuşmaları kapsamında yürütülen hizmetlerdir (Öztek, 2019).

Tedavi hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özellik tamamen kişiye özel olarak sunulmasıdır. Sağlık açısından bakıldığında, kişinin yalnızca bir sağlık kuruluşuna kabul edilerek tedavi edilmesi, bulaşıcı hastalıkların toplumun diğer üyelerine

bulaşmasını önleyebilir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri de dolaylı olarak tedavi edici sağlık hizmetleri tarafından desteklenmektedir (Tengelimoğlu vd., 2015).

2.2.3.3 Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, insanların hastalık veya kaza sonrasında fiziksel ve zihinsel yeteneklerini yeniden kazanmalarına yardımcı olan hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, kazalar ve hastalıklar sonucu engelli kişilere uyumlu ve bütünleşik tıbbi, sosyal, eğitimsel ve mesleki faaliyetlerle yüksek fonksiyonel beceriler kazandırmayı ve bu kişileri birinden bağımsız yaşayabilmeleri için topluma yeniden kazandırmayı ve ekonomik olarak güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Öztek, 2019).

2.2.3.4 Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığı geliştirme hizmetleri, sağlıklı insanların sağlığını iyileştirmek için sağlanan hizmetlerdir. Bu, toplumdaki sağlık düzeyini artıracaktır. Bu hizmetlerin ulusal ve uluslararası boyutu vardır. Sorumluluk bireye ait olsa da sağlık eğitimini içerdiği için hükümetlerin de sorumluluğunu içerir (Schulz ve Johnson, 2003).

2.3 Sağlık Sektörünün ve Sağlık Hizmetlerinin Amacı, Hedefleri, Nitelikleri

Sağlık hizmetleri, yaşam gereksinimlerine ve hasta haklarına saygı duyan, bireyleri, aileleri ve toplumu bilgilendiren, bilinçlendiren ve toplum sağlığının korunmasını, geliştirilmesini ve iyi bir şekilde korunmasını sağlar (Tengilimoğlu vd., 2015). Dawson'a (2001) göre;

- Birey ve toplum için sağlıklı yaşam bilgisi, farkındalık, istek ve davranış kazanma,
- Sağlıklı bir kişisel, sosyal ve ekolojik çevre oluşturma,
- Bu amaç ve hedeflere yönelik iyi bir sağlık sektörünün ürünü olan sağlık hizmetlerinin nitelikleri: bireylerin, toplumun ve nihayetinde dünyanın sağlığı için çalışmak,

• Özünde “Birincil Sağlık Hizmetleri” olarak adlandırılan ve doğrudan bireylere verilen sağlık hizmetleri sunma,

• Hizmetleri ve ürünleri arasında, kurumlar ve kesimler arasında, arz ve talep sistemleri arasında ve ilgili sektörler arasında “bütünleşik” bir kalite sunma,

• Kendileri dışındaki tüm sektörleri, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücü güçlü ve doğrudan etkileyen,

• Sosyal ve hizmet yönleri baskın,

• Çok yönlü ve karmaşık (s.237)

Sargutan’a (2005) göre de;

“• Sürekli ve hızlı bir şekilde değişmek ve gelişmek,

• Kamu malı ve kamu hizmeti olarak tanımlanabilir (s.405)”.

2.4 Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru

2.4.1 Sağlık insan gücü

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel unsur olan başta doktorlar olmak üzere yeterli sayıda ve nitelikte sağlık çalışanına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık sisteminin dört temel unsurundan “olması gereken” sağlık personeli ve her şeyden önce doktordur. Bu nedenle günümüz batı tıbbının anlaşılması için genel olarak şöyle söylenebilir: "Doktor yok, sağlık hizmeti yok" (Sargutan, 2003).

2.4.2 Yardımcı unsurlar

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunması için gerekli olan her türlü bilgi, altyapı, fiziki mekân, enerji, ilaç, teçhizat (makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme), diğer ihtiyaçlar, personel giderleri, mali kaynaklar ve benzerleridir. Kuruluş, işletme, üretim, pazarlama, sunum ve talep/tüketim faaliyetleri için gerekli olan yeterli yardımcı unsurların bulunması zorunludur.

2.4.3 Arz ve talep düzenleri

Sağlık çalışanlarının sağlık ürünlerini üretmek ve sunmak için yardımcı unsurları kullandığı, ihtiyaç sahiplerinin ise talep ettiği ve tükettiği yeterli arz ve talep sistemleri (mekanizmaları) ayrı ayrı oluşturulmalıdır (Sargutan, 2003).

2.4.4 Yönetim yapıları

Sargutan'a (2005) göre;

Sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek üzere

• Sağlık hizmetleri için en uygun sağlık ürünlerini.

• Kaynakları en etkin ve verimli şekilde kullanmak ve geliştirmek,

• Tıp biliminin gereklerine göre,

• İhtiyaç ve amaçlara en uygun şekilde

• Yeterli miktar ve kaliteye sahip,

• Yönetim eksiklikleri ve görev ihlallerinin olmadığı sistemlerde,

• Sağlık yönetimi bilim alanı kurallarına göre

• Sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talep sistemlerini üretmek ve sağlamak ve/veya talep etmek ve tüketmek amacıyla kuran ve işleten, işleten ve yöneten profesyonel sağlık yöneticileri

• En üst düzeyde sağlık yönetimi,

• Birinci basamak/birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetimi,

• İkincil / ikincil ve üçüncül / üçüncül (ikincil bakım, yatan hasta, tedavi)

Sağlık Kurumları İdaresi yönetim yapılarına gerek duyulmaktadır (s.405).

2.5 Hastaneler

"*Hastaneler; Hasta ve yaralıların, şüphelilerin ve sağlık durumlarının kontrol edilmesini isteyen kişilerin gözlendiği, muayene edildiği, teşhis edildiği, tedavi edildiği, rehabilite edildiği ve doğum yaptığı tesisleri ifade eder"(Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).*

Sistem açısından bakıldığında hastaneler, sürekli değişen çevre koşullarında hasta, işçi, maddi, fiziksel ve finansal kaynakları girdi olarak alır, hastanedeki ilgili hizmet birimlerinin süreçlerinden geçerler, hastaların tedavisi gibi çıktılar sunar ve personel eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini kapsar. Ayrıca hastanelerin sistemik açıdan da bir geri bildirim mekanizması vardır (Seçim, 1991).

2.5.1 Hastanelerin tarihsel gelişimi

Tıp tarihi, insanlık tarihi ile eş zamanlı olarak gelişir. Antik Yunan kültürünün gelişmesinden önce, eski uygarlıklar hastalıkların doğaüstü güçlerden kaynaklandığına inanıyorlardı. Ayrıca fiziksel ve ruhsal hastalıkların fırtına, gök gürültüsü, yıldırım, deprem, sel gibi doğa olaylarından kaynaklandığı ve bunların doğaüstü güçlerden gelen öfke belirtileri olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde hastalıkların teşhis ve tedavisinde dini yöntemlere başvurulmuştur. Kullanılan dini yöntemler toplumdan topluma farklılık göstermiştir. Hastalıkların tedavisi için büyü, tılsım, sihir vb. gibi yöntemlerin bu dönemde din adamlarının ve büyücülerin doktor olarak kabul edilmesi umuluyordu (Dirican, 1990). İnsanoğlunun bilgi üretimi, bilgi paylaşımı ve edindiği bilgiler dini sistemin sınırlarını aşmıştır. Bu durumun bilime dayalı kuram ve ilkelerin uygulandığı hastanelere zemin hazırladığı söylenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Modern hastanelerin gelişmesinde en önemli rol, tıbbi bir gelişme olarak anestezinin keşfedilmesi ve buna bağlı olarak cerrahi tedavi yöntemlerinin keşfedilmesi ve uygulanması olmuştur. Bu bilimsel gelişmenin yanı sıra patojen mikropların saptanması, antiseptiklerin ve sterilizasyon yöntemlerinin keşfedilmesi de hastanelerin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. 19. yüzyılda, cerrahların karmaşık cerrahi prosedürleri gerçekleştirmesini sağlamak için anatomi ve fizyoloji hakkında yeterli bilimsel bilgi yoktu. Bununla birlikte, cerrahlar ağrı çekenleri rahatlatmak için bir dizi cerrahi prosedür

uygulamışlardır, ancak bu cerrahi prosedürler etkili sonuçlar vermemiştir. Enfeksiyon, cerrahi prosedürlerde yaygın bir sorun olmuştur. Eter ilk olarak 1842'de Long ve 1846'da Morton tarafından cerrahi prosedürlerde kullanıldı. Sonraki yıllarda eter kullanımı yaygınlaştı ve cerrahide büyük gelişmeler kaydedildi. Mikroplarla ilgili teoriler geliştirilmeden önce ABD'de Holmes ve Avusturya'da Semmelweis, temiz bir çevre yaratılarak ateş, enfeksiyon ve ölümlerin azaltılabileceğini gözlemlemiş ve açıklamıştır. Her iki araştırmacıda, o dönemde bebek ölümlerinin önde gelen nedeni olan yatalak hastalığın, annelere doğum sırasında doktorlar, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanlarından bulaşan bir enfeksiyondan kaynaklandığını gösterdi. 1861'de Pasteur, bakteri ve mikroorganizmaların ellerden, havadan, giysilerden vb. sürüklendiğini ortaya çıkardı. 1900 yılında cerrahi bölümlere başvuran hastalar toplam yatan hasta sayısının %40'ını oluşturuyordu. Gerek sterilizasyon gerekse cerrahi bilimindeki gelişmeler hastane hizmetlerinin kalitesini ve hastanelere olan talebi artırmıştır.

1901'deki kan grubu bulgusu, kan naklini güvenli hale getirdi. 1903'te elektrokardiyografi (EKG) makineleri ve 1929'dan itibaren elektroensefalografi (EEG) makineleri kullanıldı. Teknolojik gelişmeler, tıbbi bakımın organizasyonunu ve ortamını değiştirmiş ve tıbbi bakımın etkinliğini artırmıştır.

Özellikle ABD'de 1940-1960 yılları arasında sağlık sigortası önemli ölçüde gelişmiş, sigortalı sayısı, sigorta sistemine dahil olan sağlık hizmetlerinin türü ve kapsamı önemli ölçüde artmıştır. Sağlık sigortasının gelişmesine birçok faktör katkıda bulunmuştur. Hastane tedavileri hasta için oldukça pahalıdır. 1930'daki büyük ekonomik kriz sırasında sağlık sigortası önemli ölçüde arttı. Bu süre zarfında çoğu hasta hastane faturalarını ödeyemedi ve hastane hizmetlerinin kullanımı önemli ölçüde azaldı. Hastanelerin mali durumu bozuldu ve 1928'de 6852 hastane faaliyetteyken bu sayı 1937'de 6189'a düştü. 1935'te kâr amacı gütmeyen hastaneler üzerinde yapılan bir araştırma, toplam hastane gelirinin toplam harcamadan %3 daha az olduğunu buldu. Sağlık sigortasının gelişimi, hastaneler üzerinde çeşitli şekillerde büyük bir etkiye sahip olmuştur. Başlangıçta sigorta şirketlerinin ve hastanelerin mali durumu istikrarlıydı (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

2.5.2 Genel olarak ve organizasyon açısından hastanelerin özellikleri

Hastane organizasyonlarında yönetim kademeleri üst, orta ve alt kademelerden oluşmaktadır. Üst yönetim, hastane yönetim hiyerarşisinin en üstünde yer alır. Yönetim tüm hastaneden sorumludur ve stratejik amaç ve hedefler belirler ve geleceğe yönelik kararlar alır. Yürütme organları, yönetim kurulu ve başhekimden oluşur. Fonksiyonel yöneticiler başhekime rapor verirler ve orta düzey yöneticiler olarak ifade edilirler. Orta yönetim, üst yönetim düzeyinde alınan kararların uygulanmasından sorumludur ve üst ve alt düzeyler arasındaki uyum ve iletişimi sağlar. Alt yönetim, ürün veya hizmetlerin üretimi ve tesliminden doğrudan sorumludur. Örneğin görevden sorumlu hemşireler sağlanabilir (Can ve İbicioğlu, 2008).

Hastanelerin bir organizasyon olarak değerlendirilmesi, aşağıdaki özelliklere sahip olduklarını göstermektedir. Seçim'e (1991) göre:

"• Hastaneler hizmet kuruluşlarıdır.

• Hastaneler karmaşık, açık dinamik sistemlerdir.

• Hastaneler matris yapıda çalışan kuruluşlardır.

• Hastaneler 24 saat hizmet veren kuruluşlardır.

• Hastaneler, çalışanlarının önemli bir bölümünün kadınlardan oluştuğu kuruluşlardır" (s.24-25).

Hastanelerde temel sorun yönetim sorunu yani profesyonel bir yönetim anlayışının olmamasıdır. Sağlık harcamalarındaki artış, hastanelerin büyümesi, değişen toplumsal beklentiler, verimlilik ve kalite arayışı hastane yönetiminin de değişmesi gerektiğini gösteriyor. Hastanelerde tıp ve yönetim birbirinden ayrılmalı ve doktorlar hastane yönetimini bir bilim olarak kabul etmelidir. Profesyonel yöneticiler bunu bir meslek olarak yaparlar. Hastane işletmeciliğinin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de profesyonelleşmesini ve kurumsallaşmasını gerçekleştirmek bir zorunluluktur (Can ve İbicioğlu, 2008).

2.5.3 Hastanelerin işlevleri

Hastaneler bünyesinde dört temel faaliyeti yürütmektedir. Akar ve Özalp'e (2002) göre

"• Tedavi hizmetleri,

• Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,

• Eğitim,

• Araştırmadır"(s.58).

Tedavi hizmetleri, hastanelerin en eski ve en temel görevidir. Hastaneler, hasta ve yaralılar ile hasta, ayakta veya yatarak tedavi gördüğünden şüphelenilen hastalara teşhis ve tedavi hizmetleri sunmaktadır. Hastaneler, hasta ve yaralılar için koruyucu sağlık ve tedavi sağlar. Çevre ve insan için koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Hastaneler ayrıca alkol, sigara ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklarla mücadelede aktif rol oynamaktadır. Anne-çocuk sağlığı hizmetinde aşı vb. verdiği hizmetler ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine ve geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır. Hastaneler, hasta ve yaralıları, öğrencileri, asistanları, hastane personelini ve halkı sağlık konularında eğittikleri için eğitim kurumlarıdır. Araştırma hastanelerin bir diğer görevidir. Bu görev kapsamında yeni tedavi yöntemleri, yeni ilaçlar, klinik çalışmalar vb. (Tengelimoğlu vd., 2015).

2.5.4 Hastane yönetimi

Yönetim, kar odaklı ve fiziksel performansa dayalı organizasyonlarda kullanılan bir anlayıştan ziyade, fiziksel performansa dayanmayan ve hizmetlerin verimliliğini artırmaya yönelik adımlar atan bir fonksiyon haline gelmiştir. Yönetim tarihine toplum tarihi kadar eski gelişen bir bilim olarak bakıldığında, onu süreç yönetimi, sanat yönetimi ve bilim yönetimi olmak üzere üç ana boyutta incelemek gerekir (Balcı vd., 2011).

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ise "Hastalara, topluma gerekli sağlıklı ortamın ve tıbbi hizmetlerin sağlanması, gerekli çalışmaların, gerekli kaynakların sunulması, planlanması,

düzenlenmesi, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesi" olarak tanımlanabilir. Basitçe söylemek gerekirse, yöneticiyi diğer insanları işe getiren kişi olarak tanımlayabiliriz. Yönetim sürecinde yönetici, şirket ve çalışanlar için hedeflere ulaşmak için gerekli planlama, organizasyon, yönlendirme ve iş birliğini sağlamalıdır. Yöneticinin başarısı, örgütün başarısıdır ve yöneticinin başarısı, hedeflerden kaç tanesine ulaşılabileceği ile ölçülebilir (Kutun vd., 2019).

Sağlık tesislerinde yöneticilik, karmaşık şirketleri uzmanlıkla yöneten ve başarıyla yöneten meslektir. Günümüz koşullarında dünya çapında saygın ve popüler mesleklerden biridir. Sağlık yönetimi çok fazla bilgi, deneyim ve bilgi birikimi gerektirir. Sağlık tesislerinin yönetilmesinin zor olmasının birkaç nedeni vardır. Bunlardan biri büyük miktarlarda üretilmez, depolanmaz ve bakımı yapılmaz. Her kişi için farklı hizmetler sunulmaktadır. Buna hem hizmet hem de yönetim dahildir. Sağlık kurumlarının büyük, orta ve küçük yapıları farklı kuruluşlarla uyumlu olmasına ve her birinin rol ve sorumlulukları farklı olmasına rağmen diğer mesleklerde görülmeyen bu yönetim yapısı ile uyumlu niteliklere ihtiyaç vardır. Sağlık liderleri ekipler halinde çalışmalı ve doktorlar, asistanlar, ebeler, hemşireler, sağlık memurları, teknisyenler, destek hizmetleri ve yerel yöneticilerle iş birliği yapmalıdır. Sağlıkta en önemli temel unsurlar kaliteli ve sağlıklı çalışanlar, zaman, tıbbi ekipman, tıbbi maddi olmayan varlıklardır. Kaliteli ve sağlıklı işleyen bir sağlık sistemi şarttır. Sistemin ve işin devamlılığı ve istikrarı için donanımlı personel şarttır. Sağlık sektörü insan merkezli bir sektör olduğu için hem hizmet verenler hem de hizmet alanlar insandır. Emek yoğun bir sektör olduğu için planlama ve fiyatlandırma sorunları ortaya çıkabilmektedir (Ateş, 2012).

Hastaneler, birçok meslek grubunun birlikte çalıştığı karmaşık organizasyonlardır. Hastanelerin faaliyetlerini yetkin bir şekilde sürdürebilmeleri için nitelikli sağlık, idari, mali ve destek kadrolarına sahip olmaları gerekir. Özellikle 1980 yılından sonra uygulamaya açılan özel ve kamu hastanelerinin bütçelerinin azalması, hastanelerin hasta beklentilerinin artması, teknolojik yenilikler ve gelişmeler, sağlık çalışanlarından beklenen özelliklerin değişmesi ve hastaneler arasındaki rekabetin artması nedeniyle hastane yönetiminde başarı gerektirmektedir. (Saldamlı ve Andsoy, 2019).

Günümüzün en karmaşık operasyonları olan hastanelerin sunduğu hizmetler, sadece doğuştan gelen bir insan hakkı değil, aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik ve ilerleme düzeylerini belirleyen bir ölçüttür (Saldamlı ve Andsoy, 2019). Bu kapsamda ABD ve İngiltere hastanelerinde yapılan bir çalışmada, hastane yönetiminin kliniklerin kalitesine doğrudan etkisi olduğu, hizmet sunum kalitesi ile hastane yönetiminin doğru orantılı olarak arttığı, yönetim süreçleri ile kalitenin örtüştüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla gelişmişlik düzeyi, hastanelerde yönetim kalitesi üzerinde doğrudan etkili bir faktör olarak kendini göstermektedir (Tsai vd., 2015). İyi yöneticiler tarafından birimler ve hastanenin kalitesi, hastane yönetimindeki kişilerin bireysel olarak ortaya koydukları önlemlerle önemli ölçüde artırılabilir (Tsai vd., 2015).

2.6 Ameliyathane

Ameliyathane, hastane içinde kapalı bir alanda aseptik kurallara uygun cerrahi müdahalelerin yapıldığı bir odadır. Ameliyathaneler genellikle geniş ve temizlemesi kolay odalar, ameliyat lambaları ve tepegözleri olan iyi aydınlatılmış odalardır. Anestezi makineleri, izleme ekranları (monitörler), ameliyat masaları ve cerrahi malzeme yardımcılarının bulunduğu odalardır. Ameliyathaneler penceresizdir ve kontrollü sıcaklık ve nem alanlarının sürekli izlenmesi ve kayıtlarının tutulduğu izole alanlardır. Havalandırma için özel ve ayrı havalandırma cihazları bulunmaktadır. Bu tesisler havayı filtreler ve biraz yüksek basınç sağlar. Hastanede elektrik kesintisi olması durumunda elektrik sisteminde yedek sistemler bulunmaktadır. Ameliyathane duvarlarında duvar aspirasyonu, oksijen, vakum, temiz hava ve anestezik gazlar ile bağlantılar bulunmaktadır (Arslanoğlu ve Köser, 2020).

Ameliyathaneler, süreklilik ve dikkat gerektiren, ileri teknoloji alet ve ekipmanların kullanıldığı, sürekli gelişen ve güncellenen bilgiler sayesinde birçok farklı cerrahi tekniğin uygulandığı, koordineli ekip çalışması gerektiren, doğru kararların hızlı ve eksiksiz olarak uygulandığı ortamlardır (Arslanoğlu ve Köser, 2020).

Operasyona giren personelin performansı, doğrudan organizasyonun rasyonelliğine ve disiplinine bağlıdır. Organizasyondaki eksiklikler birçok rahatsız edici durum hasta için hayati tehlike oluşturabilir. Ameliyathanede verimliliği sağlamak ve artırmak için

yönetimi diğer birimlerden farklı olmalı ve faaliyetleri özerk olarak düzenlenmelidir (Weiss ve Tappen, 2015).

Hastanedeki diğer bölümler arasında farklılıklar olduğu gibi cerrahi hemşireliği de diğer bölümlerdeki hemşirelik faaliyetlerinden çok farklıdır.

Ameliyathane hemşireleri, temel hemşirelik faaliyet ve uygulamalarının yanı sıra hastayı cerrahi hastalarının ihtiyaçlarına göre konumlandırmalı, operasyona hazırlamalı, hastayı ve operasyonu gözden geçirmeli, hastanın ameliyat edilecek tarafını gözden geçirmeli, cerrahi formu doldurmalı. Bakım verenlerin ameliyat sırasında müdahale ve sorumluluk düzeyi arttıkça yetki ve sorumlulukları da artmaktadır. Bu nedenle ameliyathane hemşirelerinin yetki, sorumluluk ve rollerinin yasal düzenlemelerle önceden tanımlanması sağlanmalıdır (Arslanoğlu ve Köser, 2020).

Yüksek çalışma temposu gerektiren stresli, kapalı ameliyathaneler, hastanedeki diğer bölümlerden iş ve ekipman açısından farklılık göstermektedir. Aynı zamanda ameliyathaneler yüksek düzeyde teknoloji ve beceri gerektiren alanlardır. Bu alanda çalışmak büyük sorumluluk taşır. Hastanelerde olduğu gibi ameliyathane çalışanları da bu alanda oluşabilecek risklerden etkilenmektedir. Çalışma ortamındaki olumsuzluklar iş tatminini, başarısını, üretkenliğini ve personelin sağlığını etkiler. Ameliyathanede ortaya çıkabilecek risklerin psikolojik etkileri olabileceği gibi ameliyathane personelinin sağlığını doğrudan tehlikeye atabilir (Burlingame vd., 2007).

2.6.1 Ameliyathanenin yönetim ve organizasyonu

Sağlık tesisleri, diğer işletmeler gibi, başkaları için değer yaratan faaliyetleri kapsayan ve başkalarının ihtiyaçlarını karşılayan sağlık hizmetleri sunan bir işletme organizasyonudur (Koçel, 2015). Hastaneler artan maliyet baskısı altındadır. Özellikle ameliyathane alanları hastanelerde en pahalı alanlar arasındadır. Cerrahi uzmanlıklar hastanenin cirosunu belirler. Cerrahi bölümler için maliyet baskıları, vaka sayılarının artması ve hastanede kalış sürelerinin kısalması, personel yönetimi gibi birçok konu var. Bu sorunların çözülmesi cerrahi alanda kalite ve organizasyon sağladığı için hastane performansını artıracaktır.

Ayrıca cerrahi alanda organizasyon, iletişim, koordinasyon ve planlama, mevcut ve gerekli ihtiyaçların belirlenmesi ve karşılanması için önemli olacaktır (Geldner vd., 2014).

Perioperatif süreci maliyet etkin bir şekilde yönetmek için;

• Ameliyathane yönetimi, hastanenin üst yönetimine doğrudan bağlı ve sorumlu olmalıdır.

• Yönetim süreci, objektif verimlilik verilerine dayanmalıdır.

• Bilgi teknolojilerine önemli yatırımlar yapılmalıdır.

• Perioperatif sürece dahil olan herkesi motive etmek için teşvik sistemleri uygulanmalıdır. Ameliyathanenin esnekliği, standartlaştırılmış malzemeler, yapılandırılmış süreçler, ameliyathane bakımındaki modern kavramlar ve verimlilik odaklı yönetim, ameliyathane operasyonlarının verimliliğini artırabilir.

• Toplam Kalite Yönetimi gibi takım odaklı kalite çalışmaları maliyetleri düşürebilir ve kaliteyi artırabilir.

2.6.2 Ameliyathanede yönetim alanları

Ameliyathaneler, hastanın fiziksel ve psikolojik kontrolünün sağlık profesyonelleri tarafından tam olarak değerlendirildiği, bilgi, beceri, deneyim, sanat, vicdani sorumluluk ve ekip çalışması ile cerrahi aseptik kurallara uyulması gereken alanlardır. Ameliyathanede planlama ve organizasyon, ameliyathane personelinin memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Malzeme yönetimi, enfeksiyon yönetimi, atık yönetimi, çevre koruma, risk yönetimi ve kalite yönetimi gibi birçok süreç de bulunmaktadır. Bu süreçlerde hastane yönetimi ve bölüm başkanları arasındaki koordinasyon ve iş birliği, ameliyathane gibi karmaşık yapıların iyi yönetilmesini sağlar.

Ameliyathaneler, farklı sektörlerden insanların aynı amaç için multidisipliner bir şekilde birlikte çalıştığı birimlerdir. Aşırı kalabalık ameliyathane ve şubelerin çeşitliliği yönetim noktasında zorluklar yaratmaktadır. Yönetim, planlama, organizasyon, kontrol ve izleme fonksiyonlarının etkisi ile mevcut kaynakların mümkün olan en iyi şekilde

kullanılmasıyla hedefe ulaşılmasıdır. Ameliyathane yönetiminin amacı, yönetimin başarısı ile daha pratik, daha ucuz ve daha iyi hale gelmek için planlama, organizasyon, yönetim ve izleme yardımıyla mevcut kaynakları etkin bir şekilde kullanmaktır (Tengilimoğlu, 2015).

2.6.3 Ameliyathane yönetimi

Hastanelerde ve merkezi ameliyathanelerde "zaman" verimlilik ve etkinliğin kaynağıdır ve zamanı doğru kullanmamak pahalı bir kaynak israfıdır. Bunun ödenebilmesi için atanacak ameliyathane koordinatörünün iyi bir yönetim becerisine sahip olması gerekir (Gebhard vd., 2003). Ameliyathane yöneticisinin yapması gerekenler:

• Ameliyathane kapasitesini dağıtmak (yapılan operasyonların iş hacmine göre kodlandığından emin olma)

• Ameliyat planlama ilkelerinin tanımlanması (ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hasta bakım sürecinin planlanması)

• Süreç organizasyonunun belirlenmesi (malzeme siparişi, envanter sistemi oluşturma, dağıtım sürelerini kontrol etme ve dağıtım talimatları oluşturma)

• Bilgi akışı (tüm belgeler için gerekli formların doğru ve eksiksiz doldurulması ve doldurulmasının sağlanması)

• İş sürekliliği yönetimi ve tanımlarının oluşturulması.

• Hijyen (hijyen kurallarının planlanması, organizasyonu, uygulanması ve kontrolü)

• Denetim (tüm iş süreçlerinin planlanması, organizasyonu, uygulanması ve kontrolü)

• Şikayet yönetimi (iş ortamında farklı kurumsal gruplar arasında iş birliği oluşturmak, bu gruplar arasında doğabilecek sorunları çözmek)

• Kalite yönetimini uygulamak.

2.6.3.1 Ameliyathane ünitesinin yönetim alanlarının yönetimi

Ameliyathaneler genellikle merkezi tek veya çift koridorlardan ve bu koridorları açan ameliyathanelerden oluşur. Ameliyathanelerde; Ameliyathaneler, premedikasyon ve derlenme odaları, ameliyathane yöneticileri için çalışma odaları, tıbbi ve cerrahi malzeme mağazaları, cerrahi el yıkama alanları, teknik servis alanları, çalışanların sosyal ihtiyaçları için dinlenme odaları, soyunma odaları ve duşlar bulunur. Tüm bu birimlerin işlevlerinin tanımlanması, ameliyathanedeki trafiğin düzenlenmesi, temiz ve kirli maddelerin birbirinden ayrılması ve çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi idari açıdan önemlidir (Passard-Debrand ve Wunderle- Luce, 2003).

2.6.3.2 Ameliyathanede insan kaynakları yönetimi

Birimde çalışan tüm personelin rol, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı ve birimde iş süreçleri hazırlanmalıdır. Personel yönetimine bir süreç olarak bakıldığında, merkezi ameliyathane ünitesinde bu süreci oluşturan evreler şu şekilde sıralanmaktadır (Yeşilyaprak ve Özşaker, 2018).

• Sağlık çalışanlarının yasal haklarını ve işle ilgili özlük haklarını bilme ve uygulama,

• Personel gereksinimlerini belirlemek, uygun personeli seçmek, bilgi, beceri ve yeteneklerini değerlendirmek ve personel işe alma,

• Personel oryantasyon programının oluşturulması,

• Oryantasyon programları tek bir alanı kapsıyorsa, birden fazla alanda 1-3 aydır.

• Oryantasyon aşaması, personel zorunlu ise 6 ay veya daha uzun sürer.

• Personelin eğitiminin yarı zamanlı ve sürekli ileri eğitim olarak planlanması,

• Personelin performans değerlendirmesi (muayene / kayıt raporları ile birlikte),

• Personeli ödüllendirmek / takdir etmek,

• İletişim.

2.6.3.3 Ameliyathanede yönetsel sorunlar

Ameliyathaneler hasta trafiğinin çok yoğun olduğu, stresli, izole ve farklı meslek gruplarının birlikte çalışmak zorunda olduğu ve aynı anda birçok yönetim sorununun ortaya çıktığı birimlerdir. Kaymakçı'ya (2005) göre bu birimlerdeki başlıca yönetsel sorunlar şunlardır;

- Çalışma ortamının ve fiziki koşulların uygunsuzluğu ile ilgili sorunlar,
- Zaman Yönetimi ile İlgili Sorunlar,
- Ekip Çalışmasıyla İlgili Sorunlar,
- İletişim Problemleri,
- Görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği ile ilgili sorunlar,
- Yetersiz eğitimle ilgili sorunlar,
- Araç ve malzeme eksikliği ile bakım sorunları,
- Hukuki alacakların belirsizliği ile ilgili sorunlar,
- Etik konular (s.546-547).

Tüm organizasyonlar belirli bir amaca ulaşmak için oluşturulur. Verilen hedeflere ulaşmak için örgütte çalışan kişiler arasında iş bölümü yapılması ve sorumlulukların, görevlerin ve yetkilerin belirlenmiş ilkelere göre nasıl dağıtıldığının belirlenmesi gerekmektedir. Kuruluşun amaçlanan amacına ulaşması için çalışanlarının başarısı; iletişim, roller, yetkiler ve sınırlar tanımlanarak mümkündür. Çalışanlar arasında görev ve sorumlulukların dengeli dağılımının sağlanması da önemlidir (Kaymakçı, 2005).

Ameliyathanede kimin ne yaptığının belirsizliği hasta bakımını olumsuz etkiler. Cerrahi hemşirelerinin ekipteki yeri, yetki ve sorumluluklarını, kıdemli hemşireler ve diğer personel ile ilişkilerini belirlemek için gerekli yasa, yönetmelik ve tüzüklerin oluşturulmasına artan bir ihtiyaç vardır (Kaymakçı, 2005).

Ameliyathane hemşireleri görev, yetki ve sorumluluklarının tam olarak bilincinde olmalıdır. Ameliyathanedeki çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarını yeterince bilmemeleri ekipte çatışma ve iletişim bozukluklarına yol açabilir. Ameliyat sırasında işin kesin dağılımının bilinmemesinden kaynaklanan kafa karışıklığı ve belirsizlik hasta bakım kalitesini düşürmektedir. Hemşirelerin yapacağı işte güvensizlik, çatışmayı, kişisel stresi ve iş doyumsuzluğunu artırmaktadır (Kaymakçı, 2005).

Bir kişinin zamanını verimli kullanmak isteyip istemediği kişisel bir karardır. Bu plandaki hedeflerin zamanlaması ve elde edilmesi tamamen yöneticinin davranışına ve kullanılan yöntemlere bağlıdır. Zaman parayla eşit bir ilişki olduğu için, iyi zaman yönetimi, tüm yöneticilerin zamanı zamanında görme biçimini son 20-30 yılda değiştirdi ve bu, iyi zaman yönetiminin iyi yönetimde kritik bir faktör haline gelmesine yol açtı. Bir yönetici için iyi zaman yönetiminin en önemli bilgisi, görev ve sorumluluklarını zamanında ve kaliteli bir şekilde yerine getirebilmektir (Yeşilyaprak ve Özşaker, 2018).

2.6.4 Ameliyathane kapasitelerinin verimli kullanılması

Literatür incelendiğinde ameliyathane verimliliğine yönelik çalışmaların teorik değerlendirme aşamasında olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda verimlilik kavramına vurgu yapılmış ve simülasyon çalışmaları ile ameliyathane kullanımı ölçülmüştür (Tyler vd., 2003; Fei vd., 2010), ameliyathane ünitelerini verimlilik açısından etkileyen kriterleri belirleyerek en önemli sorunları analiz etmiştir, hastanede tedavi ettikleri ünite için performans kriterleri oluşturmuşlardır (Persson, 2010). Bu birimlerde randevusunu kaçıran hasta sayısı ve bu randevulu hastaların bekleme sürelerinin performansa etkisini incelediler. Hastane yöneticileri sağlık kuruluşlarına bakıldığında fayda boyutu için pek çok farklı kriterin iş başında olduğuna dikkat çekiyor bu odağı ele almış ve performans kavramını araştırmıştır (Niu vd.,2011; Lin vd., 2013). Hastane birimlerinden biri olan ameliyathanelerin etkin kullanım oranı, personelin etkin çalışma saatleri ve o birim ve personel için yapılan harcamaları değerlendirdiler.

Pandit vd. 2018 yılında ameliyathanelerin gider kalemleri içindeki yerine değinerek önemini belirtmiştir. Ameliyathane kullanımının etkinliğini bir vaka çalışmasına dayanarak incelediler. Gomez-Ríos vd. 2019 yılındaki çalışmalarında hastanelerdeki

ameliyathanelerin oranını bir kez daha vurgulayarak bir ünitenin önemine dikkat çekmiştir.

2.6.5 Ameliyathanede çalışan kişiler ve görev tanımları

Ameliyathanede çalışan kişiler ve görev tanımları şu şekildedir:

Uzman Doktor

• Tıp ve uzmanlık eğitiminde edindiği bilgi, beceri ve tutumlar çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemlerin uygulanması yoluyla bireylerin ve toplumun sağlık sorunlarına, hastalıklarına ve yaralanmalarına karşı önleyici tedbir ve tedbirler alır, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun gereklerini yerine getirir. Olası komplikasyonları önlemek için gerekli prosedürleri yerine getirmektedir. Komplikasyonlar ortaya çıkarsa uygun şekilde müdahale edin ve gerekirse hastayı sevk etmektedir. Tıp ve uzmanlık eğitiminde kazandıkları bilgi ve becerilerin yanı sıra meslekleri ile ilgili eğitim ve bilimsel çalışmalar sonucunda kazandıkları bilgi ve beceriler çerçevesinde sanatlarını icra ederler. Birlikte çalıştığı diğer sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

Anestezi teknikeri / teknisyeni

• Anestezide kullanılan tüm alet ve ekipmanları kontrol eder ve anesteziye hazırlar. Merkezi gaz kaynağı, oksijen, azot oksit, dolum ve silindir bağlantılarını doğruluk açısından kontrol eder. Anestezi yöntemine göre gerekli ilaç ve malzemeleri hazırlar. Anestezi makinesindeki arızaları, anestezik ihtiyacını ve anestezide kullanılan tüm yardımcı ekipmanları zamanında anesteziyoloji ve resüsitasyon uzmanına bildirir. Hastayı anestezi uygulamalarına ve monitörizasyonuna hazırlar.

Ameliyathane sorumlu hemşiresi

• Hemşireleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenen politika, amaç, kural ve yönetmeliklere uygun olarak yönetmek, hastane ve ameliyathane politikalarını, hemşire ve hastalara yönelik amaç, kural ve yönetmelikleri benimsemek, ameliyathane üyesinin çalışmalarını koordine etmek, yapmak vb. ameliyathane hemşiresi görevlerini yerine getirir.

Ameliyathane dolaşan (sirküle) hemşiresi

• Ameliyathanede hasta bakımından sorumludur. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında ameliyat ekibinin fiziksel ihtiyaçlarını karşılar. Hastanın kaygısını azaltmak için psikolojik destek sağlar. Ziyaret ekibi hastaya güvenli ve rahat bir ortam sağlamaya yardımcı olur. Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gerekli tüm uygulamaları yapar.

Ameliyathane personeli

• Ameliyathanede her vardiya başında ve sonunda her odayı denetler, bölüm standartlarına ve bölüm ortamına göre ameliyathaneyi günlük olarak temizler, ameliyathanenin ameliyat öncesi ve sonrası temizliğini sağlar, hazırlar ve organize eder. Buna ameliyathaneler, soyunma odaları, yıkım ve ameliyathane rafları, giysi malzemeleri, sayı kontrolü, temizliğin sağlanması, ortak alanlar, soyunma odaları, tuvaletler, ofisler, koridorlar, kirli alanlar (kirli odalar, dekontaminasyon, anestezik ilaç hazırlama odaları dahildir) temizler. Hasta Danışma Merkezleri zamanında, rutin olmayan izleme ve temizlik için belirli standartlar ve gereksinimler belirler (Demirbaşlar, Mobilya vb.).

Sterilizasyon personeli

• Merkez Sterilizasyon Ünitesinin düzenini sağlar. Kullanıma hazır olan çamaşır odasından temiz çarşafları katlatır. Cerrahi örtü setlerinin ve bireysel ambalajların sterilizasyonunu sağlar. Kullanıma hazır cerrahi önlüklerin katlanması ve sterilize edilmesi için uygun ambalaj sağlar. Sterilizasyon hemşiresinin bilgisine uygun bir dizi alet yapar. Cerrahi alet setini gerektiğinde el altında tutar. Bu, sterilizatörün iç temizliğinin talimatlara göre yapılmasını sağlar.

Depo görevlisi

• Depo, ilgili birimin depolarında malzeme yönetimi ve depolama operasyonlarının öngörülen yasal düzenlemeler, sağlık güvenliği kalite standartları ve tesisin kalite politikası gereği eksiksiz olarak uygulanmasından sorumludur. Depoda tanımlı bir stoğun

(tıbbi sarf malzemeleri, temizlik malzemeleri, kırtasiye, basılı belgeler vb.) kalite kontrolü, kabulü, depolanmasından sorumludur.

Ameliyathane –yoğun bakım sekreteri

• Sağlık kurumları ilgili yasal mevzuata uygun olarak ameliyathane –yoğun bakım sekreterliği hizmetlerinin verilmesinden sorumludur.

2.7 Yoğun Bakım

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), mümkün olan en kısa sürede ve maksimum verimlilikle mümkün olan en yüksek faydayı sağlamak için kullanılan çok sayıda hayati teknolojik araç ve ekipmanın kullanıldığı, disiplinler arası bir ekip yaklaşımı gerektiren tıbbi birimler olarak tanımlanmaktadır (Terzi vd., 2011).

Yoğun bakım, işlevi bozulmuş organ veya organ gruplarının belirli bir süre yapay veya tıbbi yöntemlerle işlevselliğini sürdürmek ve organların işlevselliğini bozan hastalık faktörlerini ortadan kaldırmak için yapılan işlemlerin tümü olarak ifade edilebilir. Kazaların neden olduğu yaralanmalar ve ameliyattan kaynaklanan komplikasyonlar gibi birçok neden yoğun bakım sürecini tetikleyebilir. Bu nedenlerle yoğun bakıma yatırılan kişilerde hastalığa neden olan faktörlerden çok dolaşım ve solunum gibi yaşamsal fonksiyonlara odaklanılmaktadır (Hatipoğlu, 2002).

Yoğun bakım, kritik hastaların daha hızlı ve yoğun tedavi gördüğü benzersiz bir yerdir (Sungurtekin, 2006). Yoğun bakım üniteleri, sağlık kurumlarının gelişmiş ekipmanlarla donatılmış, görünüm ve atmosfer olarak izole edilmiş özel alanlarıdır (Kavaklı, Uzun ve Arslan, 2009). Yoğun bakım, genel durumu kötü olan kritik hastaları tedavi eden bir koğuştur. Yoğun bakım hasta grubu, invaziv müdahalelerin ve izleme cihazlarının en çok kullanıldığı, hastanede kalış süresi daha uzun olan ve diğer hastalara göre daha fazla antibiyotik kullanan hastanede en ağır hasta olan gruptur (Aytaç, Naharcı ve Öztunç, 2008).

2.7.1 Yoğun bakım çeşitleri

YBÜ fizyolojik olarak kritik durumda olan hastaların tedavisinin sağlandığı çeşitli biyomedikal cihazlarının yer aldığı, deneyim ve ciddi efor gerektiren bir birimdir

(Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013). YBÜ'de, herhangi bir akut ya da kronik hastalık ya da travma kaynaklı hayati bulguları değişkenlik gösteren bireyler, teknolojik cihazlar ile 24 saat yaşam bulguları takip edilerek, disiplinler arası bir ekip tarafından tedavi ve bakım hizmeti alırlar (Aybar ve Kılıç, 2020)

Birinci basamak yoğun bakım ünitesi

"Temel hasta monitörizasyonuna olanak sağlayan, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon işlemi, arrest hastaya kardiyopulmoner resüsitasyonu ve stabilizasyonu yapabilen, 2. veya 3. basamak yoğun bakım ünitelerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım üniteleridir". En az iki yataklıdır ve her vardiyada bir hemşire görev almaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

İkinci basamak yoğun bakım ünitesi

Birinci basamak yoğun bakım ünitelerine kıyasla daha yakından takip ve müdahale gerektiren, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapıldığı, sorumlu uzmanı olan ancak belirlenen saatler arasında hekim gözetimi olanağı sağlayan, lüzum halinde uzun süreli yapay solunum desteği sunan, en az dört yataklı ve her dört yatak için en az bir hemşirenin görev yaptığı, 3. basamak yoğun bakım ünitelerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım üniteleridir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

Üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi

Yüksek hayati riskli hastalığı sebebiyle yakın takibi gereken hastaların tedavi gördüğü birimlerdir. Ağır solunum yetmezliği ve çoklu organ yetmezliği gibi bütün komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin tümünün verildiği, tam donanımlı tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım üniteleridir. Minimum altı yataklı ve her üç yatak için minimum bir hemşire görev almaktadır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

2.7.2 Yoğun bakımda çalışan kişiler ve görev tanımları

Yoğun bakım sorumlu hemşiresi

• Yoğun bakım hastalarının 24 saat bakımını ve güvenliğini sağlamak için tüm kritik bakım uygulamalarını, bakım yönetimi girişimlerini ve diğer yönetim faaliyetlerini planlar, yönlendirir, koordine eder ve değerlendirir ve hastane geliştirme ve uygulaması ile ilgili kararlara katılır. Politikalar, prosedürler ve performans artacaktır. Tüm çalışanlarla yapıcı ve açık iletişim kurar. Tesis ve sorumlu bakıcı tarafından belirlenen politika, amaç, kural ve düzenlemelere uygun olarak yoğun bakım hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur. Başhemşire tarafından belirlenen politikalara, hedeflere, kurallara ve düzenlemelere uyulmasını sağlar. Hizmet sunumuyla ilgili politikaların/prosedürlerin geliştirilmesine ve uygulanmasına katılır. Acil durumları tespit eder, hastane politikalarına göre aksiyon alır, kayıt altına alır ve acil durum malzemelerinin hazır olmasını sağlar. Astlarına iş emirleri sağlar.

Yoğun bakım hemşiresi

• Yoğun bakım hemşireleri ve süpervizörleri, yoğun bakım ünitesindeki bakım hizmetleri, ihtiyaçlar ve sorunlar hakkında hemşireye tavsiyelerde bulunur ve bilgi verir. Hastane, Hemşirelik Hizmetleri Departmanı ve Servis'in politikalarına, amaçlarına, kurallarına ve düzenlemelerine uyar. Sorumluluğu altındaki personel ve hastaları açıklar ve sahiplenir. Hastayı aldığı hizmete kabul eder, kendisine ayrılan oda ve yatakta tutar, hasta ve ailesinin uyumunu sağlar. Her işlemden sonra ameliyat öncesi formu kontrol eder. Hemşire hastaya empati ile yaklaşmalıdır. Bu, hasta için rahat ve güvenli bir ortam sağlar, odadaki gerekli malzemelerin yeterli ve çalışır durumda olduğunu teyit eder. Bu, hastanın odasının temiz ve düzenli olmasını sağlar. Hasta için hazırlanan bakım kayıt formları ve hasta kimlik bilgilerinin formlara girilmesi gerekmektedir.

3. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırmada İstanbul'da bir vakıf üniversite hastanesinde retrospektif olarak 2019 yılına ait ameliyathane kayıtları incelenmiştir. 2019 yılına ait ameliyathane kullanım durumu, ameliyat türleri, süreleri, anestezi kullanımı ve ayılma süreleri, klinik ve doktor ayrımının incelendiği çalışma retrospektif kesitsel bir çalışmadır.

2019 yılı boyunca bir vakıf üniversitesi hastanesi ameliyathanesinde gerçekleştirilen operasyonlarda hastanın ameliyathaneye girişi ile ameliyat sonrası derlenme işlemlerin tamamlanmasına kadar olan süreçler incelenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı vakıf üniversitesi hastanesi birbirine yakın iki ayrı binadan oluşmaktadır. Bunlardan birinde kadın hastalıkları ve doğum ameliyathane ve poliklinikleri, psikiyatri polikliniği, çocuk acil ve polikliniği bulunmaktadır. İki salonlu ameliyathanede yalnızca kadın hastalıkları ve doğum ameliyatları yapılmaktadır. Ana bina ameliyathanesi 6 salonlu olup genel ameliyatlar yapılmaktadır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni, 2019 yılında bir üniversitesi hastanesi ameliyathanesinde gerçekleştirilen tüm operasyonlara ait bilgilerdir. Örneklem seçilmeyerek 2019 yılında araştırmanın yapıldığı üniversitesi hastanesin ana bina ameliyathanelerinde yapılan tüm operasyonlar değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın yapıldığı hastanenin, 146 kişiden oluşan akademik kadrosunda 59 profesör, 12 doçent, 41 doktor öğretim üyesi, 3 uzman doktor, 29 araştırma görevlisi görev yapmaktadır.

3.3 Veriler ve Toplanması

Veriler, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin değerlendirileceği veri toplama formu ile toplanmıştır. 2019 takvim yılında gerçekleştirilen tüm operasyonlara ait hasta kayıt dosyaları taranarak veri toplama formu doldurulmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri departmanlar, operasyonu gerçekleştiren hekimler, bazı ameliyat türleri, anestezi uzmanları, hemşire ve anestezi teknikerleridir. Araştırmada ameliyathanede görev alan kişilerin isimleri kodlanarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bağımlı değişkenler ise ameliyat süreleri ve ameliyat sonrası ayılma süreleridir. Bu çalışmaya jinekolojik operasyonlar ve lokal yapılan operasyonlar eklenmemiştir.

Ameliyat süresi hastanın ameliyat salonuna alınıp anestezinin verilmesiyle başlamakta, hastanın ekstübe edilip ameliyat sonrası derlenmeye alındığı süre aralığıdır. Ayılma süresi ise ameliyat sonrası derlenmeye geldiği ve ameliyathaneden servise teslim edildiği süre aralığıdır.

2019 yılında ana bina ameliyathanesinde 1540 ameliyat gerçekleştirilmiştir. Hastanede ayrı bir binada kadın hastalıkları ve doğum kliniği ve ameliyathaneleri faaliyet gösterdiğinden dolayı araştırma konusu ameliyat istatistiklerine kadın hastalıkları ve doğum kliniği ameliyatları dahil edilmemiştir.

3.4 Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Verilerin analiz edilmesinde, hastaneden elde edilen veriler kapsamında SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Yapılan analizler neticesinde verilerin normal dağılmadığı tespit edildi bu nedenle bağımsız değişkenlerin frekans tabloları, Kruskal Wallis ve Man Whitney U testleri uygulanmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1 Bulgular

2019 yılında araştırmanın yapıldığı vakıf üniversitesi hastanesinde ameliyat olan hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ameliyat olan hastaların yaş ve cinsiyet durumu

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	803	52,1
Kadın	737	47,9
Yaş		
0-10 yaş	132	8,6
11-20 yaş	63	4,1
21-30 yaş	122	7,9
31-40 yaş	172	11,2
41-50 yaş	205	13,3
51-60 yaş	232	15,1
61-70 yaş	279	18,1
71 ve üzeri yaş	335	21,8

Ameliyat olan hastaların %52,1'i erkek, %47,9'u kadındır. Ameliyat olan hastaları %8,6'sı 0-10 yaş, % 4,1'i 11-20 yaş, %7,9'u 21-30 yaş, %11,2'si 31-40 yaş, %13,3'ü 41-50 yaş, %15,1'i 51-60 yaş, %18,1'i 61-70 yaş ve %21,8'i 71 yaş üzeridir. İstatistikler incelendiğinde erkeklerin ve 71 yaş üzeri katılımcıların ameliyat olma durumu diğer gruplara göre daha yüksektir.

2019 yılında araştırmanın yapıldığı vakıf üniversitesi hastanesinde yapılan ameliyatların uygulandığı hastaların yaş, operasyon süresi ve anestezi sonrası ayılma süreleri Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ameliyat olan hastaların yaş, operasyon süresi ve ayılma süresi açısından değerlendirilmesi

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Tepe değeri
Yaş	51,13	22,71	55	64
Operasyon Süresi (dakika)	117,25	75,70	100	45
Ayılma süresi (dakika)	23,66	15,20	20	20

2019 yılında ameliyat olan hastaların ortalama yaşları 51,13±22,71, operasyon süresi 117,25±75,70 dakika ve ayılma süresi 23,66±15,20 dakika olarak tespit edilmiştir.

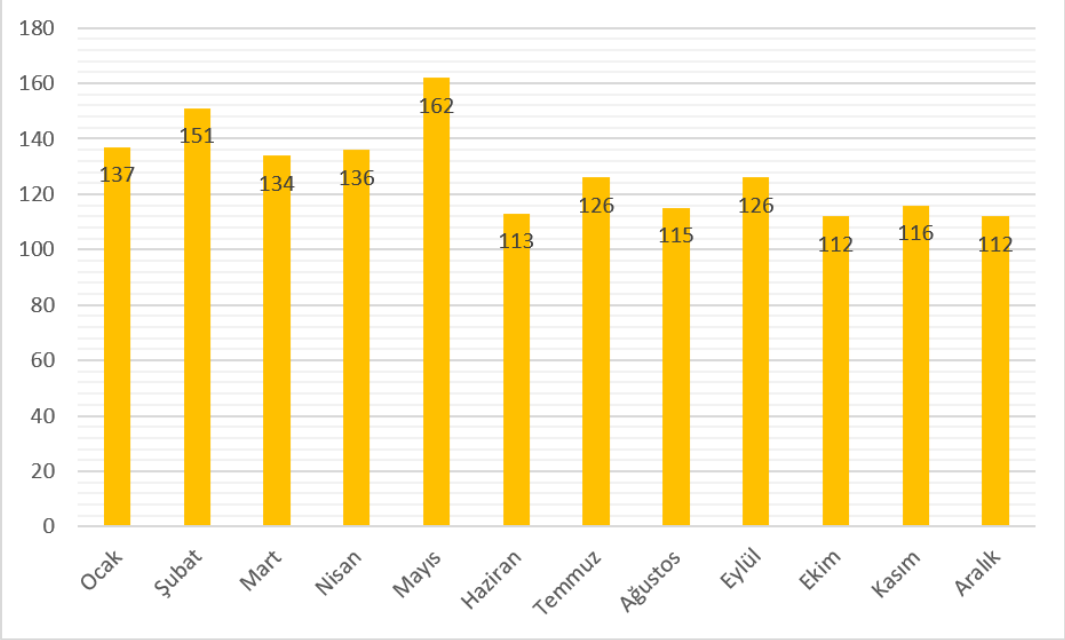
Yapılan ameliyatların kliniklere göre dağılımı Tablo 3 de gösterilmiştir.

Tablo 3. Ameliyatların kliniklere göre dağılımı

	N	%
Genel Cerrahi	514	33,4
Üroloji	267	17,3
Ortopedi	204	13,2
KBB	145	9,4
Beyin Cerrahi	139	9,0
KVC	63	4,1
Göğüs Cerrahisi	51	3,3
Çocuk Cerrahisi	49	3,2
Plastik Cerrahi	42	2,7
Göz	36	2,3
Gastroenteroloji	30	1,9
Toplam	1540	100,0

Ameliyatların kliniklere göre dağılımı incelendiğinde ameliyatların %33,4'ü genel cerrahi, %17,3'ü üroloji, %13,2'si ortopedi, %9,4'ü KBB, %9'u beyin cerrahi, %4,1'i KVC, %3,3',ü göğüs cerrahi, %3,2'si çocuk cerrahi, %2,7'si plastik cerrahi, %2,3'ü göz ve %1,9'u gastroenteroloji kliniğine bağlı olarak gerçekleştirilmiştir.

Yapılan ameliyatların 1 yıllık dönemde aylara göre dağılımı Şekil 1'deki görselde yer almaktadır.



Şekil 1. 2019 yılında hastanede yapılan ameliyatların aylık dağılımı

Hastanede yapılan ameliyatların aylık olarak dağılımı incelendiğinde, 162 ameliyat sayısı ile en fazla mayıs ayında ameliyat yapılmışken, 112 ameliyat ile en az ekim ve aralık aylarında ameliyat yapılmıştır.

Yapılan ameliyatların süre olarak sınıflandırılmış dağılımları Tablo 4 de gösterilmiştir.

Tablo 4. Ameliyatların sürelere göre dağılımı (dakika)

	N	%
0 – 60 dakika	453	29,4
61 – 120 dakika	472	30,6
121 – 180 dakika	349	22,7
181 dakika ve üzeri	266	17,3
Toplam	1540	100,0
Ortalama±ss: 117,25±75,70		

Ameliyatların sürelere göre dağılımı incelendiğinde ameliyatların %29,4'ü 0-60 dakika, %30,6'sı 61-120 dakika, %22,7'si 121-180 dakika ve %17,3'ü 181 dakika ve üzeri sürmüştür.

Yapılan ameliyatlar sonrası ayılma sürelerinin dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir. 91 hastanın ameliyat sonrası kayıtları yapılmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 5. Ameliyatlar sonrası ayılma sürelerine göre dağılımı (dakika)

	N	%
0 – 15 dakika	293	26,9
16 – 30 dakika	630	57,9
31 dakika ve üzeri	165	15,2
Toplam	1449	100,0
Ortalama±ss: 177,26±16,41		

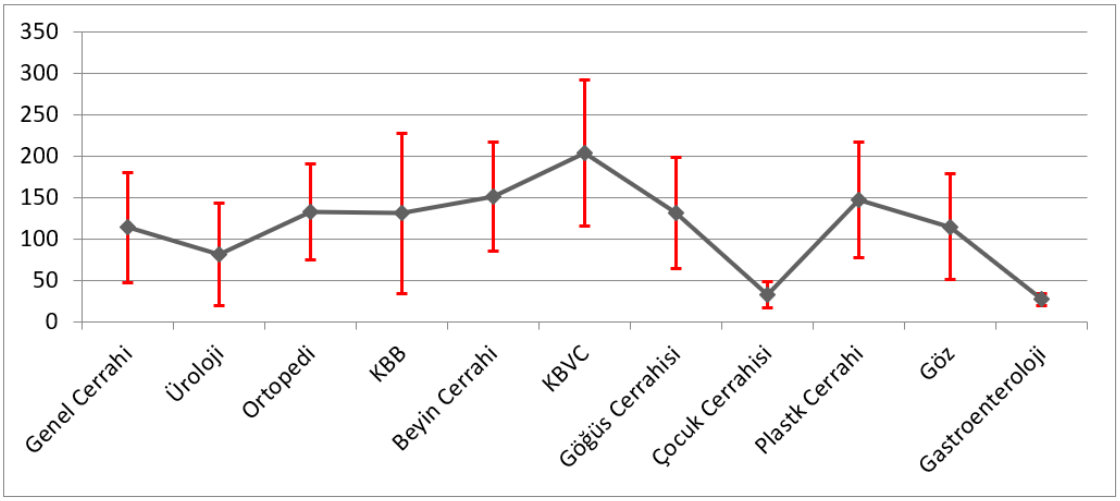
Ameliyatlar sonrası ayılma sürelerine göre dağılım incelendiğinde ameliyat sonrasında %26,9 oranında 0-15 dakika, %57,9 oranında 16-30 dakika ve %15,2 oranında 31 dakika üzerinde ayılma süresi gerçekleşmiştir. Ayılma sürelerinin hesaplanmasında yoğun bakıma giden hastalar değerlendirilmemiştir.

Yapılan ameliyatların kliniklere göre yaş, ameliyat süresi, ayılma süreleri açısından değerlendirilmesi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Ameliyatların kliniklere göre durumları incelendiğinde, operasyon süresi ortalama 27,67±7,74 dakika ile en kısa Gastroenteroloji kliniğine aittir. En yüksek operasyon süresi ise 204,92±88,82 ile KVC kliniğine aittir. Ayrılma süresi incelendiğinde ise, ayrılma süresi ortalaması en yüksek 20,71±12,43 ile göz kliniği sahipken, en düşük ortalamaya 5,15±3,46 ile KVC sahiptir.

Tablo 6. Ameliyatların kliniklere göre yaş, ameliyat süresi, ayılma süreleri açısından değerlendirilmesi

	YAŞ				OPERASYON SÜRESİ				AYILMA SÜRESİ			
	Ort	StSp	Ortanca	Mod	Ort	StSp	Ortanca	Mod	Ort	StSp	Ortanca	Mod
Genel Cerrahi	53,68	18,02	55	59	114,40	67,51	102,50	45	21,12	18,05	20	20
Üroloji	56,44	22,08	63	69	82,21	62,60	60	45	19,71	15,97	20	20
Ortopedi	58,82	22,09	63	86	133,92	58,64	135	180	20,12	17,24	20	20
KBB	34,59	24,53	30	19	131,14	97,03	85	45	18,05	12,63	20	20
Beyin Cerrahi	56,54	16,00	59	64	151,12	66,31	145	180	18,57	16,64	20	20
KVC	58,73	15,84	60	40	204,92	88,82	230	270	5,15	3,46	3	3
Göğüs Cerrahi	62,33	13,64	64	60	132,45	67,94	135	165	18,20	4,16	4	4
Çocuk Cerrahisi	16,92	23,40	7	1	33,57	16,40	30	20	12,50	9,55	10	10
Plastik Cerrahi	40,76	21,19	35	61	147,26	70,61	140	135	20,39	13,22	20	20
Göz	35,11	23,66	35,5	5	115,14	64,53	107,5	30	20,71	12,43	20	20
Gastroenteroloji	17,30	13,31	11	5	27,67	7,74	30	30	16,25	15,00	10	10



Şekil 2. Ameliyatların kliniklere göre ortalama süreleri ve ayılma süreleri

Genel cerrahi kliniğinde 2019 yılında yapılan ameliyatların tanısal dağılımları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Buna göre araştırmanın yapıldığı hastanede genel cerrahi kliniğinde yapılan ameliyatların %15,40'ı laparoskopik kolesistektomi, %7,60'ı inguinal herni, %,60'ı laparoskopik nissen ve %6,40'ı tiroidektomi en sık uygulanan türlerdir.

Genel cerrahi kliniğinde 2019 yılındaki ameliyatları yapan hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 8 de değerlendirilmiştir.

Buna göre GC4'nin operasyon süre ortalaması 134,83±59,30 dakika, GC2'nin operasyon süre ortalaması 97,96±50,21 dakikadır. GC1 ve GC3 operasyon süre ortalamaları ise sırasıyla 121,44±76,37 dakika ve 112,75±66,36 dakikadır. Genel cerrahi kliniğindeki hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 7. Genel cerrahi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Laparoskopik Kolesistektomi	79	15,40
İnguinal Hernie	39	7,60
Laparoskopik Nissen	34	6,60
Tiroidektomi	33	6,40
Laparotomi	26	5,10
ERCP	26	5,10
Hemokolektomi	23	4,50
Sfinkterektomi	23	4,50
Segmental Mastektomi	19	3,70
Mastektomi	17	3,30
Apendektomi	15	2,90
Ventral Hernie	14	2,70
Anal Fistül	13	2,50
Kolesistektomi	12	2,30
Plonidal Sinüs	11	2,10
İnsizyonel Hernie Onarımı	10	1,90
Diğer	124	23,40
Toplam	514	100,00

Tablo 8. Genel cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
GC1	153	121,44	76,37	25-525	X^2: 10,857
GC2	76	97,96	50,21	30-225	p<0,05
GC3	256	112,75	66,36	20-360	
GC4	29	134,83	59,30	65-315	

Genel cerrahi kliniğinde 2019 yılında yapılan ameliyatlarda hastaların, operasyonu yapan hekimlere göre ameliyat sorası ayılma süre ortalamaları Tablo 9'da değerlendirilmiştir.

Buna göre GC1'in hastalarının ayılma süre ortalaması 21,31±16,33 dakika, GC3'ün hastalarının ayılma süre ortalaması 20,11±19,66 dakikadır. GC2 ve GC4'ün hastalarının ayılma süre ortalamaları ise sırasıyla 18,84±16,35 dakika ve 16,07±13,63 dakikadır. Genel cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyonu yapan hekime göre operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 9. Genel cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hastaların operasyonu yapan hekime göre operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
GC1	153	23,43	16,33	15-90	X^2: 4,205
GC2	76	21,84	16,35	15-90	p>0,05
GC3	256	21,31	19,66	15-150	
GC4	29	18,22	13,63	15-45	

Genel cerrahi kliniğinde yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında cerrahların operasyon süre ortalamaları Tablo 10'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Genel cerrahi departmanındaki operatörlerin laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sürelerinin karşılaştırılması

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	p
GC1	15	94,33	24,41	60-140	X^2:20,41
GC2	23	84,13	24,84	45-145	p<0,05
GC3	36	97,36	28,77	45-195	
GC4	5	122,00	27,52	105-170	

Cerrahların laparoskopik kolesistektomi operasyon süre ortalamaları incelendiğinde GC4 122,0 ±27,52 dakika, GC2 ise 84,13±24,84 dakika olarak belirlenmiştir. Genel cerrahi kliniğindeki hekimlerin laparoskpopik kolesistektomi operasyonu süre ortalamaları karşılaştırıldığında hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,0$).

Üroloji kliniğinde yapılan ameliyatların tanısal dağılımları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11 Üroloji anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR P)	60	22,5
Sistoskopi	43	16,1
Üreteroskopik Böbrek Taşı (URS)	29	10,9
Trasüretral Mesane Kanseri Rezeksiyonu (TUR M)	20	7,5
Sünnet	16	6,0
Diğer	99	37,1
Toplam	267	100,0

2019 yılında Üroloji kliniğinde yapılan ameliyatların %22,5'i TUR prostat, %16,1'i Sistoskopi, %10,9'u URS dir.

2019 yılında Üroloji kliniğinde yapılan ameliyatlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 12'de değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Üroloji departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ÜR1	109	100,37	77,69	15-435	X^2: 9,210
ÜR2	158	69,69	77,64	10-225	p<0,05

ÜRC 1 operasyon süre ortalaması 100,37±77,69 dakika iken ÜR2 operasyon süre ortalaması 69,69±77,64 dakikadır. Üroloji Kliniğinde yapılan ameliyatlarda hekimlerin süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Üroloji Kliniğinde ameliyat olan hastaların, operasyonu yapan hekimlere göre ameliyat sonrası ayılma süre ortalamaları Tablo 13 de incelenmiştir.

Tablo 13. Üroloji departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ÜR1	109	20,28	17,25	10-90	X^2:1,294
ÜR2	158	21,48	15,82	10-110	p>0,05

2019 yılında Üroloji Kliniğinde ameliyat olan hastaların hekimlere göre ayılma süre ortalamaları incelendiğinde ÜR1 hastalarının ayılma süre ortalaması 20,28±17,25 dakika iken ÜR2 hastalarında bu süre 21,48±15,82 dakikadır. Hekimlerin yaptıkları operasyon sonrası hastalarının ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Üroloji Kliniğinde yapılan TUR-P ameliyat süre ortalamaları Tablo 14'de karşılaştırılmıştır. Cerrahların TUR-P operasyon süre ortalamaları incelendiğinde ÜR1 90,42±75,58 dakika, ÜR2 ise 82,79±75,84 dakika olarak belirlenmiştir. Üroloji Kliniğindeki hekimlerin TUR-P operasyonu süre ortalamaları karşılaştırıldığında hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 14. Üroloji departmanı tarafından yapılan TUR-P operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ÜR1	22	90,42	75,58	30-235	X^2:14,810
ÜR2	38	82,79	75,84	35-245	p<0,05

2019 yılında ortopedi kliniğinde yapılan ameliyatların tanısal dağılımı Tablo 15 de gösterilmiştir.

Tablo 15. Ortopedi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Parsiyel Kalça Protezi	35	17,2
Diz Protezi	24	11,8
Ayak Bileği Kırığı	13	6,4
Açık Redüksiyon İnternal Fiksasyon (ARİF)	11	5,4
Diğer	121	59,2
Toplam	204	100,0

2019 yılında ortopedi kliniğinde %17,2 oranında parsiyel kalça protezi, %11,8 oranında diz protezi ve %6,4 oranında ayak bileği kırığı ameliyatı yapmıştır.

2019 yılında araştırmanın yapıldığı hastanede ortopedi kliniğinde yapılan ameliyatlara katılan hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 16'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 16. Ortopedi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ORT1	46	130,00	58,15	25-250	X^2: 4,672
ORT2	1	135,00	0,00	135-135	p>0,05
ORT3	63	138,57	63,88	15-320	
ORT4	83	129,46	56,69	25-270	
ORT5	2	192,50	17,67	180-205	

Ortopedi kliniğinde yapılan ameliyatlarda operasyon süre ortalamaları, hekimlerden ORT1 için 130,0±58,15 dakika, ORT2 için 138,57±63,88 dakika ve ORT 4 için 129,46±56,69 dakikadır. Ortopedi kliniğindeki hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 17. Ortopedi kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ORT1	46	20,24	18,115	10-75	X^2: 5,612
ORT2	1	20,18	12,28	10-20	p>0,05
ORT3	63	18,45	18,64	10-75	
ORT4	83	16,36	15,45	10-75	
ORT5	2	32,50	17,67	20-45	

Ortopedi kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları Tablo 17'de değerlendirilmiştir. Ortopedi kliniğinde yapılan operasyonlar sonrası ORT4 hekimin hastalarında ayılma süre ortalaması 16,36±15,45 dakika iken ORT1 hekimin hastalarında bu süre 20,24±17,17 dakikadır. Hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 18. Ortopedi kliniğinde yapılan kalça protezi operasyonlarında hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
ORT1	13	132,00	48,15	50-200	X^2: 5,805
ORT2	10	136,00	52,00	35-185	p>0,05
ORT3	7	137,57	25,88	45-220	
ORT4	3	131,46	55,69	45-270	
ORT5	2	130,50	56,67	80-205	

Ortopedi kliniğinde yapılan kalça protezi ameliyatlarında ORT1 hekimin operasyon süre ortalaması 132,00±48,15 dakika iken ORT2 hekim için bu süre 136,00±48,15 dakikadır (Tablo 18). Kalça protezi ameliyatlarında hekimlere göre operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 19. Plastik cerrahi ameliyatlarının tanısal dağılımı

	N	%
Meme Dikleştirme Mastopeksi	4	11,1
Mamoplasti (Meme Protezi)	3	8,3
Jinekomasti	4	11,1
Abdominaplasti	3	8,3
Flep Çevirme	2	5,6
Dermoid Kist Eksizyonu	3	8,3
Maling Tm Eksizyon	3	8,3
Kepçe Kulak	3	8,3
Septorinoplasti	4	11,1
Blefaroplasty	2	5,6
Kitle Eksizyonu	1	2,8
Toplam	36	100,0

Plastik cerrahi kliniğinde yapılan operasyonların tanısal dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir. Buna göre 2019 yılında yapılan operasyonların %11,1'i meme dikleştirme mastopeksi, %11,1'i jinekomastidir. %8,3 oranında mamoplasti, %8,3 oranında ise abdominoplasti operasyonu gerçekleştirilmiştir.

Plastik cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 20'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 20. Plastik cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
PC1	22	146,40	75,07	35-335	X^2: 0,187
PC2	16	143,33	66,31	35-305	p>0,05

Plastik cerrahi kliniğinde hekim PC1 in yaptığı ameliyatlarda süre ortalaması 146,40±75,07 dakika olarak gerçekleşirken hekim PC2'nin yaptığı ameliyatlarda bu süre

143,33±66,31 dakika olmuştur. Plastik cerrahi kliniğinde hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 21. Plastik cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	MeanRank	Ort.	St Sapma	Ortanca	
PC1	22	856,64	22,04	15,48	5-55	X^2: 0,346
PC2	16	807,57	18,12	9,28	5-30	p>0,05

Plastik cerrahi kliniğinde hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süreleri karşılaştırıldığında PC1 hekimin yaptığı ameliyatlardan sonra hastaların ayılma süre ortalaması 22,04±15,46 dakika iken PC2 hekimin yaptığı ameliyatlardan sonra hastaların ayılma süre ortalaması 18,12±9,28 dakikadır (Tablo 21). Hekimlerin yaptığı ameliyatlardan sonra hastaların ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 22. KBB anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Septorinoplasti (SRP)	49	33,8
Adenoidektomi	21	14,5
Septoplasti(SMR)	20	13,8
Trakeostomi Açılması	16	11,0
Tonsillektomi	11	7,6
Diğer	28	19,3
Toplam	145	100,0

KBB kliniğinde 2019 yılında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı incelendiğinde %33,8 oranında septorinoplasti, %14,5 oranında adenoidektomi, %13,8 oranında ise septoplasti ameliyatı yapıldığı görülmektedir (Tablo 22).

KBB alanında yalnızca 1 hekimin operasyonları vardır.

2019 yılında beyin cerrahisi kliniğinde yapılan ameliyatların tanısal dağılımlarına göre yapılan ameliyatların %48,9'u lomber disk hernisi, %15,1'i ise lomber vida ameliyatlarıdır (Tablo 23).

Tablo 23. Beyin cerrahi anabilim dalında yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Lomber disk hernisi	68	48,9
Lomber vida	21	15,1
Servikal disk hernisi	13	9,4
Laminektomi	7	5,0
Diğer	30	21,6
Toplam	139	100,0

Beyin cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 24'de karşılaştırılmıştır. Buna göre BC3 hekimin operasyon süre ortalaması 142,89±77,90 dakika iken BC2 hekimin operasyon süre ortalaması 160,36±43,16 dakikadır. Beyin cerrahisi kliniğinde hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Beyin cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
BC1	78	153,22	64,13	40-330	X^2: 3,043
BC2	12	160,36	43,16	85,210	p>0,05
BC3	36	142,89	77,90	50-290	

Beyin cerrahisi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları Tablo 25'da gösterilmiştir.

Tablo 25. Beyin cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
BC1	78	19,03	17,60	5-90	X^2: 15,47
BC2	12	14,16	10,83	5-30	p<0,05
BC3	36	19,02	16,20	5-90	

Beyin cerrahisi kliniğinde BC2 hekimin hastalarında operasyon sonrası ayılma süre ortalaması 14,16±10,83 dakika iken BC3 hekimin hastalarında bu süre 19,02±16,20 dakika ve BC1 hekimin hastalarında 19,03±17,60 dakikadır. Hekimlerin hastalarında operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Tablo 26. Beyin cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin Lomber disk hernisi operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
BC1	35	144,21	54,23	50-230	X^2: 4,251
BC2	20	156,35	51,26	55,240	p>0,05
BC3	13	152,86	69,82	40-250	

Beyin cerrahisi kliniğinde yapılan lomber disk ameliyatlarında BC1 hekimin operasyon süre ortalaması 144,21±54,23 dakika iken BC2 hekim için bu süre 156,35±51,26 dakikadır (Tablo 26). Hekimlerin lomber disk ameliyatı süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Göz kliniğinde yapılan operasyonların tanısal dağılımı Tablo 27 de gösterilmiştir. 2019 yılında Göz Kliniğinde yapılan operasyonların %12,9'unu pitozis ameliyatları oluşturmaktadır.

Tablo 27. Göz kliniğinde yapılan ameliyatların tanısal dağılımı

	N	%
Pitozis	4	12,9
Göz Kapağı Dolgu	2	6,5
Bilateral Frontal Askılama	3	9,7
Sağ Soket Rekonstrüksiyon	2	6,5
Evisserasyon	3	9,7
Kapak Kesisi	3	9,7
Fako (Katarakt)	3	9,7
Flep Çevirme	2	6,5
DSR (Göz Yaşı Kanalı)	2	6,5
Şalazyon	2	6,5
Probing	1	3,2
Keratoplasti	1	3,2
Toplam	31	100,0

Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları Tablo 28'de incelenmiştir. GZ3 hekimin operasyon süre ortalaması 78,18±32,19 dakika iken GZ1 hekimin operasyon süre ortalaması 150,00±58,73 dakikadır. Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo 28. Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
GZ1	9	150,00	58,73	75-255	X^2: 8,322
GZ2	12	113,75	82,21	30-300	p<0,05
GZ3	10	78,18	32,19	30-135	

Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda GZ3 hekimin hastaları operasyon sonrası 15,50±5,98 dakikada, GZ2 hekimin hastaları ise 23,33±18,38 dakikada ayılmaktadır

(Tablo 29). Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 29. Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamalarının değerlendirilmesi

Hekim Adı	N	Ort.	St Sapma	Ortanca	
GZ1	9	20,55	8,45	10-35	X^2: 3,945
GZ2	12	23,33	18,38	0-60	p>0,05
GZ3	10	15,50	5,98	10-25	

4.2 Tartışma

T.C. Sağlık Bakanlığı ameliyatları küçük, orta, büyük ve özellikli olmak üzere başlıca 4 gruba ayırmaktadır. Bu gruplama başlıca ameliyat sürelerine dayanmakla birlikte literatürde ameliyat sürelerinin araştırıldığı ve doktorlar bazında incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Ameliyat süreleri, hastane yönetiminin sağlıklı maliyet analizi yapabilmesi adına önemlidir. Yönetim çalışmaları, özellikle ameliyathanelerde zaman kullanımındaki verimliliği artırmaya odaklanmıştır. Boşa harcanan zamanı belirlemek ve verimliliği en üst düzeye çıkarmak için hemşirelik ve tıbbi uygulamaların gözetimine odaklanırlar. Dexter ameliyathane çizelgelerini iyileştirmeye odaklanmış, Mathias işten ayrılma süresini veya bir vaka bittikten sonra temizlemek ve bir sonraki vakaya hazırlanmak için gereken zamanı azaltmaya odaklanmıştır (Dexter, 1999; Mathias, 2000). Weinbroum ve arkadaşları çalışmalarında planlanmış ameliyatların değerlendirilmediği zamanın maliyetine bakmıştır. Ancak, yalnızca birkaç çalışma, zamanı en üst düzeye çıkarmanın bireyler ve klinik uygulama üzerindeki pratik etkisini incelemiştir (Weinbroum vd., 2003).

Ameliyatların kliniklere göre dağılımı incelendiğinde üçte birinin genel cerrahi, üçte birinin üroloji ve ortopedi, kalan üçte birinin de KBB, beyin cerrahi, KVC, göğüs cerrahi, çocuk cerrahi, plastik cerrahi, göz ve gastroenteroloji kliniklerine bağlı olarak gerçekleştirilmiştir.

Ameliyatların sürelere göre dağılımı incelendiğinde %29,4'ü 0-60 dakika, %30,6'sı 61-120 dakika, %22,7'si 121-180 dakika ve %17,3'ü 181 dakika ve üzeri sürmüştür. Chen yaptığı çalışmasında ameliyat süreleri üzerinde çeşitli faktörlerin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu kapsamda özellikle deneyim, komplikasyon ve ameliyat süresi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Ameliyat süresi deneyimle beraber azalırken aynı zamanda ameliyat süresinin artması, komplikasyonu arttırmakta önemli bir faktör olarak görülmektedir (Chen vd., 2007). Méndez-Gallart ve arkadaşları çalışmalarında kullanılan tekniğin farklılık göstermesi ameliyat süresinin belirlenmesinde önemli bir etken olarak görülmektedir (Méndez-Gallart vd., 2009). Stepaniak çalışmasında iki büyük Avrupa hastanesi üzerinde çalışma yapmış ve geriye dönük veriler değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonrasında ameliyatlara yönelik yapılan planlamaların, ameliyat sırasında ve sonrasında oluşabilecek hataların önüne geçtiğini ve verimliliği olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir. Bu nedenle ameliyat öncesi planlamanın önemli olduğu üzerinde durulmuştur (Stepaniak, 2009). Alici vd. çalışmalarında ameliyat süresi üzerinde etkili olabilecek birçok faktörün olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmalarında hastaların klinik ve demografik özelliklerinin ameliyat süresi üzerinde etkili olabileceği ifade edilmiştir (Alici vd., 2014).

Ameliyat sonrası ayılma sürelerine göre dağılım incelendiğinde ameliyat sonrasında %26,9 oranında 0-15 dakika, %57,9 oranında 16-30 dakika ve %15,2 oranında 31 dakika üzerinde ayrılma süresi gerçekleşmiştir. Ayılma sürelerinin hesaplanmasında yoğun bakıma giden hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bolsoy ve Okuyan çalışmalarında ameliyat sonrasında hastaların ameliyathaneden ayrılma sürelerinde uygulanan tekniklerin önemli olduğunu belirtmiştir (Bolsoy ve Okuyan, 2019). Gürel ve Koçaşlı çalışmalarında hastaya uygulanan yöntemler ve doktorun niteliklerinin ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar üzerinde etkili olabileceğini ve bu durumun ameliyattan ayrılma süresini etkileyebileceğini belirtmiştir (Gürel ve Koçaşlı, 2022).

Ameliyatların kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, operasyon süresi ortalama 27,67±7,74 dakika ile en kısa Gastroenteroloji kliniğine aittir. En yüksek operasyon süresi ise 204,92±88,82 ile KVC kliniğine aittir. Ayılma süreleri incelendiğinde ise, ayılma süresi ortalaması en yüksek 20,71±12,43 ile göz kliniğinde iken en düşük ortalama 5,15±3,46 ile KVC kliniğindedir. Orman ve arkadaşlarının Taksim Eğitim ve Araştırma

Hastanesi'nde yaptıkları çalışmalarında ameliyat masasını en yüksek oranda ortopedi kliniğinin kullandığını belirtirken, kadın doğum kliniğinin en düşük kullanım oranına sahip olduğunu belirtmiştir (Orman vd., 2012). Öztaş vd. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürüttükleri çalışmalarında hastanede ameliyat masasının kullanım oranlarını incelemişler ve en yüksek kullanım oranını beyin cerrahisi kliniği sahipken, en düşük kullanım oranına da kulak burun boğaz kliniği sahiptir (Öztaş vd., 2015). Yine Köksal ve Yavaşi bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürüttükleri çalışmalarında beyin cerrahisi kliniğinin en yüksek ameliyat masası kullanım oranına sahip olduğunu belirlemişlerdir (Köksal ve Yavaşi, 2019). Ameliyathanelerde, cerrahlara seans süresi tahsisi kullanıma göre yapılır. Tahsis edilen ameliyat seanslarını tam olarak kullanamayan cerrahların yerini, verimliliği artırabilecek cerrahlar alır (Walker & Adam 2001, Weinbroum vd. 2003). Cerrahlar için, yönetimsel verimlilik hedeflerine ve ameliyathanenin günlük işleyişine aykırı olabilen, profesyonel yargı ve klinik özerkliğe yönelik tehdit nedeniyle zamanla çatışmalar ortaya çıkar. Bu çalışmada, ortopedi kliniğine bağlı olarak yapılan ameliyatlar genel cerrahi ve ürolojiden sonra 3. Sırada gelmektedir.

Genel cerrahi kliniğinde 2019 yılında ameliyatları yapan hekimlerin operasyon süre ortalamaları değerlendirilmiştir. Buna göre GC4'nin operasyon süre ortalaması 134,83±59,30 dakika, GC2'nin operasyon süre ortalaması 97,96±50,21 dakikadır. GC1 Ve GC3 operasyon süre ortalamaları ise sırasıyla 121,44±76,37 dakika ve 112,75±66,36 dakikadır. Genel Cerrahi Kliniğindeki hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ucuzal ve Aldanmaz çalışmalarında genel cerrahi hastalarının ameliyatlarında operasyon süresinin hekime göre farklılık gösterdiğini ve ameliyata bağlı olarak konstipasyon riskinin ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Ucuzal ve Aldanmaz, 2015). Erkol ve Ağırbaş çalışmalarında hekimlerin operasyon sürelerinin ve hekimlerin ücretlerinin, ameliyathane maliyeti üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Hekimlerin ameliyat süreleri üzerinde etkili olan çeşitli demografik ve ekonomik faktörler söz konusu olabilmektedir. Hekimin ücreti veya hekimin yaş, kıdem gibi demografik özellikleri, ameliyat süreleri üzerinde etkili olmaktadır (Erkol ve Ağırbaş, 2011).

Genel Cerrahi Kliniğinde 2019 yılında yapılan ameliyatlarda hastaların, operasyonu yapan hekimlere göre ameliyat sonrası ayılma süre ortalamaları değerlendirilmiştir. Buna göre GC1'in hastalarının ayılma süre ortalaması 21,31±16,33 dakika, GC3'ün hastalarının ayılma süre ortalaması 20,11±19,66 dakikadır. GC2 ve GC4'ün hastalarının ayılma süre ortalamaları ise sırasıyla 18,84±16,35 dakika ve 16,07±13,63 dakikadır. Genel cerrahi Kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyonu yapan hekime göre operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Cerrahların laparoskopik kolesistektomi operasyon süre ortalamaları incelendiğinde GC4 (122,00±27,52) dakika, GC2 ise 84,13±24,84 dakika olarak belirlenmiştir. Genel cerrahi kliniğindeki hekimlerin laparoskopik kolesistektomi operasyonu süre ortalamaları karşılaştırıldığında hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Cihan ve arkadaşları çalışmalarında yıllar içerisinde artan deneyim ile özellikle laparoskopik kolesistektomilerde majör komplikasyon oranlarının gerilediği, açığa geçilme oranlarını azaldığı, ameliyat sürelerinin kısalmakta olduğu vurgulanmaktadır. (Cihan vd., 2004). Ağalar vd. (1996), 500 laparoskopik kolesistektomi hastasını içeren çalışmalarında operasyonların %16 (n=78)' sının 4. ve 5. yıl araştırma görevlileri tarafından gerçekleştirildiğini, ameliyat sürelerindeki uzama dışında morbidite ve mortalite açısından fark olmadığını saptamışlardır (Ağalar vd.,1996).

2019 yılında üroloji kliniğinde yapılan ameliyatlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları değerlendirilmiştir. Buna göre üroloji kliniğindeki ameliyatları yapan hekimlerin süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Üçer ve Gümüş çalışmalarında üroloji cerrahisinde değişen tekniklerin operasyon sürelerinde farklılığa neden olduğunu belirtmişlerdir (Üçer ve Gümüş 2015).

2019 yılında üroloji kliniğinde ameliyat olan hastaların hekimlere göre ayılma süre ortalamaları incelendiğinde hekimlerin yaptıkları operasyon sonrası hastalarının ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Üçer ve Gümüş çalışmalarında üroloji cerrahisinde kullanılan robotik tekniklerle beraber ayılma süresinin ve ameliyat sonrası komplikasyonların önemli düzeyde azaldığını ifade etmişlerdir. Üroloji kliniğinde yapılan robotik operasyonların operasyon süresi ve ayılma

süresinde avantajlar yaratığı belirtilmiştir. Bununla beraber robotik cerrahinin maliyetler açısından dezavantajlı durumda olduğu belirtilmiştir (Üçer ve Gümüş, 2015).

Ortopedi kliniğinde yapılan ameliyatlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Öztaş vd. çalışmalarında hastanede ameliyat masasının süre olarak en fazla kullanıldığı kliniğin ortopedi kliniği olduğunu tespit etmişlerdir (Öztaş vd., 2015).

Ortopedi kliniğinde yapılan kalça protezi ameliyatlarında hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Sancheti'nin çalışmalarında intertrokanterik femur kırıklarına yaptıkları parsiyel kalça protezi ameliyat süresini 71 dakika (55–88 dk) olarak belirlemişlerdir (Sancheti vd., 2010). Malkoç vd. çalışmalarında ise intertrokanterik kırıklara parsiyel kalça protezi ameliyat süresi ortalama 103 dakikadır (78–186 dk) (Malkoç vd., 2013).

Ortopedi kliniğinde yapılan operasyonlarda hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları i arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Malkoç ve arkadaşları ortopedi kliniğindeki çalışmalarında operasyon sonrası ayılma süresinin gelişen komplikasyonlara bağlı olduğunu belirtmişlerdir (Malkoç vd., 2013).

Plastik cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Gül vd. çalışmalarında plastik cerrahi operasyonlarında komplikasyonun, hastanın operasyon süresi üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir (Gül vd., 2008).

Plastik cerrahi kliniğinde hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Gül vd. çalışmalarında plastik cerrahi operasyonlarının günü birlik yapıldığını ve operasyon sonrası ayılma sürelerinin kısa olduğunu ifade etmiştir (Gül vd., 2008).

Beyin cerrahi kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Akgün çalışmasında beyin cerrahi kliniğinde operasyon sürelerinin farklılık gösterdiğini bununla beraber operasyon sürelerinin komplikasyon gelişme sürecinde etkili olmadığını ifade etmiştir (Akgün, 2012).

Beyin cerrahi departmanı tarafından yapılan operasyonlarda hekimlerin lomber disk hernisi operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Erbaş vd. (2011) çalışmalarında lomber disk hernisi operasyon sürelerinin farklılık gösterdiği belirtmiştir.

Beyin cerrahisi kliniğinde BC2 hekimin hastalarında operasyon sonrası ayılma süre ortalaması 14,16±10,83 dakika iken BC3 hekimin hastalarında bu süre 19,02±16,20 dakika ve BC1 hekimin hastalarında 19,03±17,60 dakikadır. Hekimlerin hastalarında operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Saraç, Bakal, Tartar ve Kazez, A. çalışmalarında hekimlerin operasyon sonrası ayılma sürelerinde, hastaya yönelik ameliyat öncesi yapılan tetkiklerin önemli olduğunu ifade edilmiştir. Hekimlerin ameliyat öncesinde yaptıkları muayene ve tanı durumu, ameliyatta karşılaşılabilecek beklenmedik durumların önüne geçecektir. Bu nedenle ameliyat öncesi hekim tarafından yapılan tetkikler, ameliyat süresi üzerinde etkili olmaktadır (Saraç, Bakal, Tartar ve Kazez, A., 2014).

Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlerin operasyon süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Uyar, çalışmasında göz kliniğinde yürütülen operasyon sürelerinde hastaların demografik ve biyometrik özelliklerin etkili olduğunu belirtmiştir (Uyar, 2019).

Göz kliniğinde yapılan operasyonlarda hekimlere göre hastaların operasyon sonrası ayılma süre ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kohnen ve Lotfipour çalışmalarında ameliyat süresini kısaltmak adına yüksek vakum ve yüksek ultrason enerjisi kullanılması da arka kapsül yırtılması, vitreus kaybı, korneal yara yanığı, korneal ödem gibi intraoperatif ve postoperatif komplikasyon riskini arttırabildiğini ve bu durumun operasyon sonrası ayılma süresini arttırdığını belirtmiştir (Kohnen ve Lotfipour, 2019).

Ameliyathanelerde verimliliğin sağlanmasında, zamanın en iyi şekilde kullanılması gerekmektedir. Araştırmada farklı bölümler için farklı ameliyat sürelerinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı bölüme ait farklı doktorların gerçekleştirdiği ameliyatlarda da farklı süreler elde edilmiştir. Ameliyat süreleri, ameliyat türüne, kullanılan teknolojiye, hekimin ve hastanın özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Tüm bu durumlar

ameliyatlara yönelik maliyetler üzerinde etkili olmaktadır. Yönetim çalışmaları, özellikle ameliyathanelerdeki zaman kullanımındaki verimliliği artırmaya odaklanmıştır. Boşa harcanan zamanı belirlemek ve verimliliği en üst düzeye çıkarmak için hemşirelik ve tıbbi uygulamaların gözetimine odaklanırlar. Dexter, ameliyathane çizelgelerini iyileştirmeye odaklanmış, Mathias, işten ayrılma süresini veya bir vaka bittikten sonra temizlemek ve bir sonraki vakaya hazırlanmak için gereken zamanı azaltmaya odaklanmıştır ve Weinbroum ve arkadaşları, planlanmış oturumların değerlendirilmediği zamanın maliyetine bakmıştır (Dexter, 1999; Mathias, 2000; Weinbroum, 2003). Walker ve Adam, ameliyathanelerde vaka karışımı finansmanının uygulanmasının etkisini inceleyen bir çalışmada, hastaların iş hacminin artması ve vakalar arasındaki sürenin azalması gibi verimliliği artırmayı amaçlayan zaman yönetiminde uygulanan değişikliklerin, deneyimli hemşireler için sorumluluk düzeyinin önemli olduğunu belirtmiştir. Ancak, hemşirelerin sosyal yapısını veya mesleki sorumluluklarını desteklemede buna uygun bir değişiklik olmamıştır. Hemşireler, yönetimin desteğinin olmamasının, faaliyetlerin hızıyla güvenlik üzerinde bir etkisi olduğunu, potansiyel olarak hastaların ve personelin yaralanmasının yanı sıra ekipman hasarıyla sonuçlandığını gördüler (Walker ve Adam, 2001).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma yapılan hastanede kliniklere göre ameliyat dağılımları ve ameliyat süreleri farklılık göstermektedir. Her ameliyatın ve her hekimin kendine has özellikleri bulunmaktadır. Bu durum ameliyat süreleri üzerinde etkili olmaktadır. Literatürde bu tür sonuçlar var (Alici vd., 2014).Yapılan bu araştırmada hekimlerin demografik özellikleriyle ilgili veri toplanmamıştır. Hekimlerin demografik özelliklerinin yanı sıra hastaların demografik özellikleri de ameliyat süreleri üzerinde etkili olabilmektedir. Hastanın ileri yaşı ve ek hastalıkları ameliyat süresini uzatan nedenler arasında sayılabilir. Hastanın cinsiyeti veya yaşı, ameliyat süresi üzerinde etkili olabilmektedir. Yine hekimlerin yaşları ve kıdemleri ameliyat süreleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Araştırmada hasta ve hekimden ziyade, anestezi teknikeri ve hemşirelerinde ameliyat sürelerinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tüm bu sonuçlar, ameliyat süreleri üzerinde birçok faktörün etkili olduğunu göstermekte ve bu durumun ameliyathanelere yönelik maliyet hesaplamalarında önemli olduğunu göstermektedir.

Hastane yönetiminde en önemli alanlardan biri ameliyathane yönetimidir. Ameliyathane yönetimi, hastanın işgal edeceği yatak kapasitesinden başlayarak harcanacak tıbbi malzeme, sağlık insan gücü, ek personel ihtiyaçları, bütçe yönetimi, gerekirse SUT yönetimi gibi birçok alanda ek hizmet yönetimleri ihtiyacının doğmasına neden olabilir.

Belirli ameliyatlarda daha fazla deneyimi olan hekimlerin ve ameliyathane personelinin branşlaşmış operasyon ekipleri olarak çalışması önerilebilir. Sadece cerrah değil, anestezi uzmanı ve ameliyathane yardımcı sağlık personeli de özellikle sık uygulanan bazı vakalarda uzmanlaşabilir. Örneğin kardiyovasküler cerrahi ekibinin ve bu ekibin yaptığı bazı ameliyatların uzmanlaşmış ekipler tarafından yapılması pratik, zaman kazandırıcı, mortalite ve morbidite sonuçlarını etkileyici sonuçlar doğurabilir.

Bu araştırmada cerrahların ve diğer sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile mesleki deneyimleri sorgulanamamıştır. Ancak sonuçlar bize ameliyat ekibine göre ameliyat ve anestezi sürelerinin değişebildiğini göstermektedir. Neden sonuç analizi yapabilmek için sağlık çalışanlarının özellikleri ile ameliyat süreleri veya ayılma sürelerinin karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca kamu hastaneleri

ile özel hastanelerin yaklaşımları da karşılaştırmalı olarak sorgulanmalıdır. Personel, ekipman vb. diğer imkanların farklı olduğu hastane türleri arasında ameliyat süresi ve ayılma sürelerinde farklılıklar beklenebilir.

Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda vakıf ve devlet hastanelerinden veriler alınarak karşılaştırmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

Agalar, F., Özdemir, A., Yek, İ. S., Öner, Z., Çakmakçı, M., Yanaroglu, V. K. ve Onat, D. (1996). Laparoskopik kolesistektomi: 500 olgunun incelenmesi-Hacettepe deneyimi. *Eıd.-L.ıp. ve Miıiiııa/ lıvaı.iv Cerrahi*, 3, 100-106

Akar, Ç., ve Özalp, H. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Songür Eğitim Hizmetleri ve Yayıncılık, Ankara.

Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, 1. Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara

Akgün, M. (2012). Hastanede yatan yaşlı hastalarda iletişim güçlükleri ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 51-56.

Alıcı, U., İlhan, H., Bal, C., ve Tokar, B. (2014). Çocuk Cerrahisi Ameliyatlarında Ameliyat Sürelerinin Belirlenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15 (3) , 288-296. Retrieved from https://dergipark.org.tr/en/pub/kocatepetip/issue/17401/182180.

Arslanoğlu, A., ve Köser E. (2020). Ameliyathane hemşirelerinin sorunlarını inceleyen nitel bir araştırma, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 1-14.

Ateş, M. (2012). *Sağlık İşletmeciliği*, 2.Baskı, Beta Basım Yayım, İstanbul.

Aybar, D. Ö., ve Kiliç, S. P. (2020). The Effect on Their Stress Levels of Ethical Problems Faced by Intensive Care Nurses Working in a University Hospital. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergi*si, 10(1), 29–35.

Aytaç, N., Naharcı H., ve Öztunç G. (2008) Adana'da eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9 (3), 9-15.

Bakanligi, T. C. S. (n.d.). Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53). Retrieved 15 December 2022, from https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html

Balcı, E., Çakıl E., Durak A. H., Gün İ., Çetinkaya F., ve Günay O. (2011). Kayseri ilinde görev yapan sağlık yöneticilerinin genel özellikleri ve uygulamada karşılaştıkları sorunlar, *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20(3), 174-183.

Black, N., & Gruen, R. (2005). *Understandinghealthservices*. McGraw-Hilleducation United Kingdom

Bolsoy, N., ve Okuyan, Y. Ç. (2019). Türkiye'de Refleksoloji İle İlgili Yapılmış Deneysel Araştırmaların İncelenmesi: *Sistematik Derleme. Life Sciences*, 14(2), 48-63.

Burlingame, B. J. B., Kleiner C., & Pashley H. S., (2007). Standard srecommendedpractices, and guidelines. Clinical Editor: Conner R., AornPerioperatı ve NursıngPractice. London.

Can, A., ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253-275.

Chen, W., Sailhamer, E., Berger, D. L., & Rattner, D. W. (2007). Operative time is a poor surrogate for the learning curve in laparoscopic colorectal surgery. *Surgical endoscopy*, 21(2), 238-243.

Ciĥan, A., Cömert, M., Uçan, B., Acun, Z., Cesur, A., Üstündağ, Y., ve Ulukent, S. C. (2004). Laparoskopik kolesistektomide komplikasyonları önleme prosedürlerimiz. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor, 10(4), 408–414.

Çetinkaya Kutun, F., Yıldırım, A., ve Yılmaz, S. (2019). Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi. *EKEV Akademi Dergisi*, 0 (80), 151-172.

Dawson, D., Goddard, M., & Street, A. (2001). Improving Performance in Public Hospitals: a Role For Comparative Costs? Health Policy 57, s.235–48.

Dexter, F., Macario, A., Traub, R. D., Hopwood, M., & Lubarsky, D. A. (1999). An operating room scheduling strategy to maximize the use of operating room block time: computer simulation of patient scheduling and survey of patients' preferences for surgical waiting time. *Anesthesia & Analgesia*, 89(1), 7-20.

Dikmetaş, E. (2008). Sağlık Kurumlarında Verimlilik ve Veri Zarflama Analizi. *Verimlilik Dergisi*, 55-77

Dirican, R., (1990). *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

Erkol, Ü., ve Ağırbaş, İ. (2011). Hastanelerde maliyet analizi ve faaliyet tabanlı maliyetleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(2), 87-95.

Ersoy, K. (1989). *Apandisit Vakalarının İncelenmesi Yoluyla Yatış Süresi Kontrol Modeli Geliştirme.* (Yayın no. 6218) [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Fei, H., Meskens N. & Chu C. (2010). A Planning and Scheduling Problem for an Operating Theatre Using an Open SchedulingStrategy. *Computers & Industrial Engineering*, 58, 221-230.

Gebhard, F., Hartwig E., Isenmann R., Triebsch K., Gerstner H., Bailer M., & Brinkmann A. (2003) OP-Management: ChirurgoderAnasthesist. *Unfallchirurg* 106, 427-432 (Readaktion L. Kinzl, Ulm)

Geldner, G., Eberhart, L. H. J., Trunk, S., Dahmen, K. G., Reissmann, T., & Weiler, T., … für den gemeinsamen Arbeitskreis Anästhesie und Ökonomie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten. (2002). Effizientes OP-Management Vorschläge zur Optimierung von Prozessabläufen als Grundlage für die Erstellung eines OP-Statuts. Der Anaesthesist, 51(9), 760–767. Retrieved from https://doi.org/10.1007/s00101-002-0362-1

Gómez-Ríos, MA, Abad-Gurumeta, A, Casans-Francés, R., & Calvo-Vecino, JM. (2019). Keysto Optimize the Operating RoomEfficiency. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación.* 66, 104-112.

Gül, R., Göksu, S., Mızrak, A., Koruk, S. ve Öner, Ü. (2008). Günübirlik cerrahi ünitemizde ilk sekiz aylık uygulamalarımız. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 23-27.

Gürel, B., ve Koçaşlı, S. (2022). Ameliyat Sonrası Hastaların Derlenme Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 12-30.

Hatipoğlu, S. (2002) Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44 (4), 475 – 479.

Karakoç Kumsar, A., ve Taşkın Yılmaz, F. (2013). Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri Ve Hemşirelik Bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD),* 10(2), 56–60.

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009). Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168-173.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kaymakçı, Ş. (2005). *Ameliyathanede görev yetki ve sorumluluklar,* Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 545-548.

Koçel, T., (2015). *Yönetim ve organizasyon*, İşletme Yöneticiliği, Beta Yayınları, İstanbul.

Kohnen, S., ve Lotfipour, S. (2019). Kapselruptur und Vitrektomie bei Phakoemulsifikation. *Der Ophthalmologe*, 116(3), 267-272.

Köksal, V., ve Yavaşi, Ö. (2019). Acil serviste hafif kafa travmalı hastaların beyin tomografilerindeki insidental bulgular. *FÜ Sağ. Bil. Tıp. Dergisi*, 33(2), 101-5.

Lin, Q. L., Liu, L., Liu, H. C., ve Wang, D. J. (2013). Integrating hierarchical balanced scorecard with fuzzy linguistic for evaluating operating room performance in hospitals. *Expert Systems with Applications*, 40(6), 1917-1924.

Malkoç, M., Korkmaz, Ö., Sever, C., Oltulu, İ., ve Genç, Y. (2013). *İleri yaş hastalarda kalça kırığı cerrahisi ve sonrası kan transfüzyonu*. Haseki Tıp Bülteni.

Mathias, A. J., Somashekar, R. K., Sumithra, S., & Subramanya, S. (2000). An assessment of reservoirs of multi-resistant nosocomial pathogens in a secondary care hospital. *Indian Journal of Microbiology*, 40(3), 183-190.

Méndez-Gallart, R., Bautista-Casasnovas, A., Estevez-Martínez, E. & Varela-Cives, R. (2009). Laparoscopic Palomo varicocele surgery: lessons learned after 10 years'

follow up of 156 consecutive pediatric patients. *Journal of pediatric urology*, 5(2), 126-131.

Niu, Q., Peng, Q., El Mekkawy, T., Tan, Y. Y., Bruant, H., & Bernaerdt, L. (2011). Performance Analysis Of The Operating Room Using Simulation. Proceedings of the Canadian Engineering Education Association (CEEA). Retrieved 19 December 2022 from https://doi.org/10.24908/pceea.v0i0.3794.

Orman, H., Erkuş, S., Erdemir, F., Erkuş, N., ve Parmaksızoğlu, A. S. (2012). Kliniklerin Ameliyat Masa Kullanım Sürelerinin Değerlendirmesi. Presented at the 1. Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon (SAD) Sempozyumu, Gaziantep.

Öztaş, D., Güzeldemirci, G. B., Sanisoğlu, Y., Yıldızbaşı, E., Topuz, T. G., Aksoy, M., ve Üstü, Y. (2015). Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ameliyat Masası Kullanım Oranlarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 9(1), 51-65.

Öztek, Z. (2019). *Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri Kavramlar-İlkeler-Politikalar*. Maltepe Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Pandit, A. P., Dive, Tushar, G.,ve Karmakar, A. (2018). A Study of Factors affecting Utilization of OT., 9(8), 91–95.

Passard-Debrand, A., & Wunderle-Luce G. (2003) *Tipsfürarbeit im op,* Klinikleitfaden OP- Pflege, P. 5-26 Urban &Fischer.

Persson, M. J., & Persson, J. A. (2010). Analysing management policies for operating room planning using simulation. Health Care Management Science, 13(2), 182–191.

Saldamlı, A., ve Işık Andsoy, I. (2019). Cerrahi süreçteki sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumları. Cukurova Medical Journal, 44, 483–491. Retrieved from https://doi.org/10.17826/cumj.557579

Sancheti, K. H., Sancheti, P. K., Shyam, A. K., Patil, S., Dhariwal, Q., & Joshi, R. (2010). Primary hemiarthroplasty for unstable osteoporotic intertrochanteric fractures in the elderly: A retrospective case series. *Indian journal of orthopaedics*, 44(4), 428-434.

Saraç, M., Bakal, Ü., Tartar, T., ve Kazez, A. (2014). Apandisitlerin perfore olmasında hekimlerin rolü. *FiratMed* J, 19, 126-29.

Sargutan, A. E. 2003. *Sosyal Politika Bilimi- Sosyal Politikalar, Sosyal Devlet, Sosyal Güvenlik,* Başaran Teknik, Ankara.

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.

Schulz, R. R., ve Johnson, A. C. (2003). *Management of Hospitals and Health Services: Strategic* Issuesand Performance, Beard Books

Seçim, H. (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu-Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, Yayın No: 252, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Solmaz S. (2001). *Ameliyathane infeksiyonları ve önlenme kuralları*, 2.Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, 16-17 Eylül, İzmir, 55-61.

Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, Mehtap Tatar* (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi-I içinde (s. 2-25), Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir

Stepaniak, P. S., Heij, C., Mannaerts, G. H., Quelerij, M., & Vries, G. (2009). Modeling procedure and surgical times for current procedural terminology-anesthesia-surgeon combinations and evaluation in terms of case-duration prediction and operating room efficiency: a multicenter study. *Anesthesia & Analgesia*, 109(4), 1232-1245.

Sungurtekin, H. (2006) Yoğun bakımda analjezi. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi,* 4 (1), 58-64.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., ve Işık, O., (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 7. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara.

Terzi, B., ve Kaya N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., & Sadun, R. (2015). Hospital Board And Management Practices Are Strongly Related To Hospital Performance On Clinical Quality Metrics. Health Affairs, 34(8), 1304–1311. Retrieved from https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1282

Türk Dil Kurumu Cerrahi operasyon. Erişim adresi: https://www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi:16.12.2022, https://sozluk.gov.tr/cerrahi adresinden alınmıştır.

Tyler, D. C., Pasquariello, C. A., & Chen, C.-H. (2003). Determining Optimum Operating Room Utilization: Anesthesia & Analgesia, 1114–1121. Retrieved from https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000050561.41552.A6

Ucuzal, M., ve Aldanmaz, N. (2015). Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konstipasyon riski. *Annals of Health Sciences Research*, 4(2), 17-22.

Uyar, E. (2019). Demografik ve Biyometrik Özellikler ile Fakoemülsifikasyon Aşamasında Kullanılan Süre ve Gücün Katarakt Ameliyatı Süresi Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 8(3), 128-133.

Üçer, O., ve Gümüş, B. (2015). Ürolojik cerrahide teknikler değişiyor mu?. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(2), 186-192.

Walker, R., ve Adam, J. (2001). Changing time in an operating suite. *International journal of nursing studies*, 38(1), 25-35.

Weinbroum, A. A., Ekstein, P., & Ezri, T. (2003). Efficiency of the operating room suite. *The American Journal of Surgery*, 185(3), 244-250.

Weiss, S. A., Tappen, R. M., & Grimley, K. A. (2019). Essentials of nursing leadership & management (Seventh edition). Philadelphia: F.A. Davis.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. (13.1.1983). Resmi Gazete (17927) Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.85319.pdf Erişim Tarihi: 16.11.2022.

Yeşilyaprak, T., ve Özşaker, E. (2018). Hastaların Ameliyathane Ortamına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11 (4), 315-321. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46759/586472

ÖZGEÇMİŞ

Samet OKAY

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Ana sanat Dalı
Y. Lisans	2019 - ….	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisans	2011-2015	Anadolu Üniversitesi, işletme
Ön lisans	2008-2010	İstanbul Bilim Üniversitesi, Anestezi
Ön lisans	2006-2008	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Muhasebe

İş/İstihdam (Varsa)

Yıl	Görev
2010- 2011	Pendik Bölge Hastanesi, Anestezi
2011-….	Maltepe Üniversitesi Hastanesi, Anestezi