

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Caner ÖZTORUN

**ADANA İL MERKEZİNDEKİ BAZI SAĞLIK
KURUMLARINDA 2013-2017 YILLARINDAKİ ACİL ÇAĞRI
DURUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

ADANA-2019

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADANA İL MERKEZİNDEKİ BAZI SAĞLIK KURUMLARINDA
2013-2017 YILLARINDAKİ ACİL ÇAĞRI DURUMLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Caner ÖZTORUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

Bu Tez 25/09/2019 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. Ferdi TANIR
DANIŞMAN

.....
Prof. Dr. Ahmet SEBE
ÜYE

.....
Dr. Öğ. Üyesi Cem BOĞA
ÜYE

Bu Tez enstitümüz İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı'nda hazırlanmıştır.

Kod No:

**Prof. Dr. Mustafa GÖK
Enstitü Müdürü**

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

ÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADANA İL MERKEZİNDEKİ BAZI SAĞLIK KURUMLARINDA 2013-
2017 YILLARINDAKİ ACİL ÇAĞRI DURUMLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Caner ÖZTORUN

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI**

Danışman : Prof.Dr. Ferdi TANIR
Yıl: 2019, Sayfa: 79
Jüri : Prof. Dr. Ferdi TANIR
: Prof. Dr. Ahmet SEBE
: Dr. Öğ. Üyesi Cem BOĞA

Bu çalışmada amacımız, Adana il merkezindeki il sağlık müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi merkezlerinin bazılarında 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtlarını inceleyerek, acil çağrıların analizlerini yapmak ve sonuçları paylaşarak bundan sonraki çalışmalara ışık tutmaktır.

Araştırmada 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtları incelenerek analizleri yapılmıştır. Aynı zamanda katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, belirtilen altı kurumda Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında kurum çalışanlarıyla yüz yüze görüşme yapılarak anketler uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Acil Çağrı, Çağrı Kodları, Sağlık Kurumu

ABSTRACT

MSc THESIS

SOME HEALTH INSTITUTIONS IN ADANA PROVINCE INVESTIGATION OF EMERGENCY CASES IN 2013-2017

Caner ÖZTORUN

**ÇUKUROVA UNIVERSITY
INSTITUTE OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES
DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY**

Supervisor : Prof. Ferdi TANIR MD.
Year: 2019, Pages: 79
Jury : Prof. Ferdi TANIR MD.
: Prof. Ahmet SEBE MD.
: Ass. Prof. Cem BOĞA

In this study, our aim is to examine the records of emergency call cases in some of the inpatient treatment centers of Adana provincial health directorate in 2013-2017 period, to analyze the emergency calls and to share the results and to shed light on the following studies.

In this research, the records of emergency call cases for 2013-2017 period were examined and analyzed. At the same time, the interviews were conducted face-to-face with the employees of the institution between October-December 2018 and surveys were conducted in six institutions, where participation was voluntary.

Key Words: Emergency Call, Call Codes, Health Institution

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Günümüzde sağlık kurumlarında Renkli Kod uygulamaları önemli bir kalite ölçütü haline gelmiştir. Renkli kodların uygulama süreçleri; profesyonel bir ekibin oluşturulmasını, hazır durumda tutulmasını, sevk edilmesini, acil çağrı sistemlerinin kurulmasını, ekibin olay yerine ulaşınca kadar yapılacak ön hazırlıkları ve tedbirleri, ulaşma araç ve zamanını, hazır ekipmanı, etkin bir müdahaleyi, müdahale sonrası yönetimi ve kayıtları kapsamaktadır. Renkli kod uygulamaları; sağlık kurumlarında olası risklerin tespit edilerek, o risklere yönelik önlemlerin alınması ve risk yönetiminin sağlanması için acil çağrı durumları uyarı sistemlerinin kurulmasıdır. Bu çalışmada amacımız, Adana il merkezindeki il sağlık müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi merkezlerinin bazılarında 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtlarını inceleyerek, acil çağrıların analizlerini yapmak ve sonuçları paylaşarak bundan sonraki çalışmalara ışık tutmaktır.

Çalışmamız, Adana il merkezindeki il sağlık müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi merkezlerinden; 1 adet psikiyatri dal hastanesi, 1 adet eğitim ve araştırma hastanesi, 3 adet devlet hastanesi ve 1 adet üniversite hastanesini kapsayan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtları incelenerek analizleri yapılmıştır. Aynı zamanda katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, belirtilen altı kurumda Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında kurum çalışanlarıyla yüz yüze görüşme yapılarak anketler uygulanmıştır.

Araştırmamıza katılan 541 sağlık personelinden 154(%28.5)'ü erkek, 387(%71.5)'si kadın idi. Yaş dağılımı; 37.0 ± 12.6 (min:17, maks:62), ortalanca yaş 37 idi. Katılımcılardan 409'u(%75.6) evli, 118'i(%21.8) bekar, 2'si (%0.4) nişanlı ve 12'sinin(%2.2) dul olduğu belirlenmiştir. Evli olan 409 katılımcının çocuk sayısı; 2 ± 1.9 (min:1, maks:5) olarak bildirilmiştir. Günlük çalışma süresi; 8.0 ± 3.9 (min:6, maks:16) saat olduğu, haftalık çalışma süresinin ise; 41.0 ± 15.4 (min:30, maks:72) saat olduğu bildirilmiştir.

Araştırmamızda, acil çağrı durum kayıtlarının düzenli tutulmadığı, acil çağrı durumlarında mağdura verilen maddi ve manevi desteğın yeterli olmadığı, şiddet olaylarına daha çok Hekim ve Hemşire-Ebe gruplarının maruz kaldığı, şiddet olaylarının  oğ nlukla hastanelerin Klinik ve Poliklinik birimlerinde yaşandığı, şiddet olaylarını önlemeye yönelik hastanelerde yeterli güvenlik önlemlerinin alınmadığı tespit edilmiştir.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında, bilgi ve deneyimi ile bana rehberlik eden tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Ferdi TANIR' a,

Eğitimimin başlangıcında bana danışmanlık yapan Sn. Prof. Dr. Serap GÖNCÜ' ye,

Eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren Sn. Prof. Dr. Ali BAYAT' a ve Sn. Prof. Dr. Ahmet Mahmut KILIÇ' a,

Tez çalışmam esnasında bana yardımcı olan başta mesai arkadaşlarım olmak üzere çalışmama katkı sunan tüm sağlık çalışanlarına,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan ve beni destekleyen, bana göstermiş olduğu sonsuz sabır ve anlayışından dolayı eşim Emine ÖZTORUN' a,

Teşekkür Ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZ	I
ABSTRACT.....	II
GENİŞLETİLMİŞ ÖZET	III
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
ÇİZELGELER DİZİNİ	X
KISALTMALAR.....	XII
1. GİRİŞ	1
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	3
3. MATERYAL VE METOD.....	7
3.1. Materyal.....	7
3.1.1. Acil Çağrı Durumları İle İlgili Kavramlar.....	7
3.1.1.1. Acil Çağrı	7
3.1.1.2. Acil Durum	7
3.1.1.3. Acil Durum Hizmeti	7
3.1.1.4. Acil Durum Planlaması.....	8
3.1.1.5. Acil Durum Yönetimi	8
3.1.2. Renkli Kod Uygulamalarının Amacı	8
3.1.2.1. Renkli Kod Uygulamaları İle İlgili Tanımlar	10
3.1.2.2. Beyaz Kod (1111).....	11
3.1.2.3. Mavi Kod (2222)	12
3.1.2.4. Pembe Kod (3333).....	13
3.1.2.5. Kırmızı Kod (Kurumsal Kod).....	13
3.1.2.6. Renkli Kod Telefon Numaraları	14
3.1.3. Renkli Kodlarla İlgili Yasal Düzenlemeler	15

3.1.3.1. 06/04/2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik	15
3.1.3.2. Beyaz Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler	16
3.1.3.2.(1). 16.03.2016 tarih ve 11045126-010.06 sayılı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Konulu Genelge	16
3.1.3.3. Mavi Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler.....	25
3.1.3.3.(1). 11/08/2017 tarih ve 44307383/319 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Yayınladığı Mavi Kod Uygulamaları Konulu Yazısı.....	25
3.1.3.4. Pembe Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler	28
3.1.3.4.(1). 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ	28
3.1.3.5. Kırmızı Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler.....	29
3.1.3.5.(1). 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ	29
3.2. Metod.....	30
3.2.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri	30
3.2.2. Araştırmanın Tipi	30
3.2.3. Etik Kurul Onayı	30
3.2.4. Araştırmanın Evreni	30
3.2.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler.....	31

3.2.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	31
3.2.7. Anket Formu	32
3.2.8. Verilerin Analizi	32
3.2.9. Araştırmanın Uygulanması	32
3.2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.2.11. Araştırmanın Güçlü Yanları	34
3.2.12. Araştırmanın Desteği	34
4. BULGULAR VE TARTIşMA	35
4.1. Bulgular	35
4.2. Tartışma	60
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	69
5.1. Sonuçlar	69
5.2. Öneriler	75
KAYNAKLAR	77
ÖZGEÇMİş	79



ÇİZELGELER DİZİNİ

SAYFA

Çizelge 3.1. Amerika Birleşik Devletlerinde Kullanılan Acil Durum Kodları	9
Çizelge 3.2. Sağlık Bakanlığı Acil Durum Kodları	10
Çizelge 4.1. Eğitim durumu dağılımı	36
Çizelge 4.2. Meslek dağılımı	37
Çizelge 4.3. Çalışma sürelerinin dağılımı	38
Çizelge 4.4. Çalışma yeri/birimi dağılımı	38
Çizelge 4.5. Acil çağrı durumları ile ilgili bilgi düzeyi dağılımı	39
Çizelge 4.6. Acil Çağrı Durumlarının Kullanım Dağılımı	41
Çizelge 4.7. Acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin kodlara göre dağılımı	41
Çizelge 4.8. Şiddet olaylarının zamana göre dağılımı	43
Çizelge 4.9. Bildirimi yapılmayan şiddet olaylarının zamana göre dağılımı	43
Çizelge 4.10. Fiziksel veya sözel şiddete maruz kalıp bildirmeme sebeplerinin dağılımı	44
Çizelge 4.11. Acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin cinsiyete göre dağılımı	46
Çizelge 4.12. Şiddete uğrayanların mesleğe göre dağılımı	46
Çizelge 4.13. Acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların mesleğe göre dağılımı	47
Çizelge 4.14. Acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı	48
Çizelge 4.15. Acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin mesleğe göre dağılımı	49
Çizelge 4.16. Acil çağrı telefon numaralarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı	49

Çizelge 4.17. Acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı	50
Çizelge 4.18. Şiddete uğrayanların çalışma yeri/birime göre dağılımı	51
Çizelge 4.19. Acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma yerine göre dağılımı	52
Çizelge 4.20. Acil çağrı uyarı sistemlerini kullanmayı bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı	53
Çizelge 4.21. Acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenlerin çalışma yerine göre dağılımı	54
Çizelge 4.22. Acil çağrı sistemi telefon numaralarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı	55
Çizelge 4.23. Acil çağrı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı	56
Çizelge 4.24. Acil çağrı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma süresine göre dağılımı	57
Çizelge 4.25. Acil çağrı sistemini kullanmayı bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı	58
Çizelge 4.26. Acil çağrıda iletişim birimini bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı	59
Çizelge 4.27. Acil çağrı tanımlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı	60

KISALTMALAR

URK	: Ulusal Renkli Kodlar
HAP	: Hastane Afet ve Acil Durum Planı
KPR	: Kardiyo Pulmoner Resusitasyon
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
FTR	: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi
İLYAD	: İleri Yaşam Desteği
ÇİLYAD	: Çocuk ileri Yaşam Desteği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HASC	: Hospital Association of Southern California



1. GİRİŞ

İnsan yaşamının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli riskler mevcuttur. Bu risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi durumunda neler yapılması ve risk yönetiminin nasıl sağlanması gerektiğinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çerçevede, acil durumları yönetmek için çeşitli araçlara ihtiyaç duyulmuş ve bunlara yönelik bir takım uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Tüm dünyada bu amaçla en yaygın kullanıma sahip olan araçlardan birisi de renkli kodlardır.

Acil renk kodu sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır. Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de arttırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar. Tarif edilen kod sistemlerinin nasıl aktif olacağı, sistemin amacı, sistem içerisinde tanımlanan görevler, standart operasyon planları, iş akış şemaları ve acil kodun nasıl sonlanacağı belirlenmeli ve görevli personelce eksiksiz uygulanmalıdır.

Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimler verilmeli, sağlık kurum ve kuruluşuyla ilgisi bulunan herkesin haberdar olması sağlanmalı ve ortak bir dil oluşturulmalıdır.

Halen dünyada farklı kodlar kullanılmaktadır, ülkemizde de bazıları ortak, bazıları farklı kodlar kullanılmaktadır. Nasıl bir kod sistemi kullanırsak kullanalım, bu sistem hastanelerde acil durumların yönetimine rehberlik etmelidir.

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılında beyaz kod ve 2015 yılında kırmızı kodun hayata geçmesiyle birlikte 4 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır.⁹

Çalışmamızın amacı, Adana il merkezindeki il sağlık müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi merkezlerinin bazılarında 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtlarını incelemek, neden ve sonuçları ile kayıtlardaki yeterliliklerini değerlendirmek ve sonuçları belirleyerek acil çağrı sistemlerinin gerek işleyiş ve gerekse gelecek dönemlerdeki verimli organizasyonları için kaynak oluşturmak ve bu sonuçları paylaşarak bundan sonraki çalışmalara ışık tutmaktır.



2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Çalışmamıza benzer şekilde Özel ve arkadaşları 2013 yılında İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 01.05.2013/01.05.2014 tarihleri arasındaki bir yıllık mavi kod uygulamalarını değerlendirmiştir. Bulgular değerlendirildiğinde hastanede en fazla sayıda %68,9(n=62) yataklı hasta kliniklerinden mavi kod verildiği saptanmıştır.

Eyüpoğlu ve arkadaşları 2017 yılında Trabzon İl Ambulans Servisinde beyaz kod bildirim süreçleri çalışan görüşü alınması üzerine bir çalışma yapmıştır. Şiddete uğramış çalışanların yalnızca %36,3'lük kesiminin beyaz kod bildiriminde bulunduğu tespit edilmiştir. Beyaz kod bildirim yapmış olan katılımcıların %67,2'sinin mahkeme sürecinden memnun kalmadığı, %62,3'ünün ise beyaz kod bildirim hukuki sonucundan memnun kalmadığı sonucuna varılmıştır. %94.9 katılımcının beyaz kod bildirim süreciyle ilgili yüksek oranda bilgi düzeyine sahip olduğu halde, sonuçlanması zaman alan mahkeme süreçleri, saldırgan ve yakınları ile görev gereği tekrar karşılaşma durumunda tepki oluşma ihtimalinden çekinme, mahkeme sonucundan memnun kalınmayacağı düşüncesi gibi nedenlerle bildirim yapmaktan kaçındığı tespit edilmiştir.

Barın ve arkadaşları 2015 yılında panik buton uygulamasının beyaz kod çağrısına katkısı “Erciyes Tıp Örneği” üzerine bir çalışma yapmışlardır. 2015 yılının ilk yedi ayında personel tarafından panik buton uygulaması yapılan kayıtlar incelenmiş ve sonuçları analiz edilmiştir. Panik buton uygulamasına en fazla; kadınlar % 56.6, en sık çağrı yapılan saatler 10:00-10:59 %11.2, en fazla çağrı yapan meslek grubu tıbbi sekreterler %53.8, çağrının en fazla yapıldığı bölüm ise %14.7 acil tıp anabilim dalı olduğu saptanmıştır.

Şıvgın ve arkadaşları 2016 yılında Tokat Devlet Hastanesinde mavi kod uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi konulu çalışmalarında elde edilen bulgulara göre toplam 412 mavi kod çağrısının 309'unun (%83.8) doğru, 60'ının (%16.2) uygunsuz çağrı olduğu saptanmıştır. Mavi kod ekibinin hastaya ortalama

ulaşma zamanı 3,34 dakika olup tüm çağrılarının %74.6'sına 3 dakikadan daha kısa sürede ulaşıldığı tespit edilmiştir. Verilen çağrılarının %6.7'si acil servisten, %23.62'si dahiliye, %32.68'i göğüs hastalıkları, %11.32'si nöroloji, %9.3'ü kardiyoloji, %11.65'i cerrahi bilimler, %3'ü enfeksiyon hastalıkları servisleri, %1.29'unun poliklinik birimlerinden verildiği saptanmıştır.

Çelebi ve arkadaşlarının 2014 yılında sağlık tesislerinde renkli kod uygulamaları Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık tesislerinde beyaz kod uygulaması örneği konulu çalışmalarında, 2013 yılının bir yıllık beyaz kod verileri ve kayıtları incelenmiştir. 2013 yılında toplam 65 beyaz kod olayı gerçekleştiği tespit edilmiş, en fazla şiddete maruz kalan sağlık çalışanının %43 hekimler, %20 ile hemşireler ve %18.4 ile diş hekimlerinin olduğu görülmüştür. Şiddet olayının gerçekleştiği birimler incelendiğinde ise; şiddet olayının yoğun olarak görüldüğü %43 ile poliklinikler, %34 ile acil servisler ve %18 ile de servislerde meydana geldiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet türü değerlendirildiğinde ise; %70'inin sözel şiddete maruz kaldığı, %20'sinin ise fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığı, %6.1'inin sadece fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Kazandere 2016 yılında kamu hastanelerinde çalışanlara yönelik beyaz kod uygulaması konulu Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmış olduğu çalışmasında, 2015 yılında Nisan ve Mayıs aylarında 172 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmasının analizini yapmıştır. Çalışmaya katılanların %74.4'ünün şiddete maruz kaldığı, %68'inin sözel şiddete ve %8.6'sının fiziksel şiddete maruz kaldıkları, şiddete maruz kalanların %94.1'inin şikayetçi olmadıkları, şiddet olaylarının %21.5'inin acil serviste gerçekleştiği, %21.5'inin koridorda gerçekleştiği, %16.9'unun ise muayene odasında gerçekleştiği, çalışanların %81.4'ünün şiddet konusunda eğitim aldığı, %18.6'sının şiddet konusunda eğitim almadığı tespit edilmiştir.

Demirci 2016 yılında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde mavi kod çağrılarının nedenleri ve doğruluğu konulu çalışmasında Ocak 2007- Haziran 2015

tarihleri arasında verilen mavi kod anonslarını ve uygulamalarını retrospektif olarak değerlendirmiştir. Belirlenen tarihler arasında toplam 761 mavi kod anonsu verilmiştir. En yüksek kod verilme nedeni olarak senkop (n=701) ve saturasyon düşüklüğü (n=212) olduğu görülmüştür. En yüksek kod veren çalışan grubunun hemşire (n=349) ve bu grubu (n=174) doktorlar izlemektedir. En fazla mavi kod (n=376) yataklı servislerde verilmiştir. Genel toplamda yanlış verilen mavi kod anons oranının %9.2 olduğu görülmüştür.

Tosyalı ve arkadaşları 2016 yılında mavi kod uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi konulu çalışmada, Hatay Antakya Devlet Hastanesinde uygulanmakta olan mavi kod çağrı sisteminin 2013 ve 2014 yıllarına ait olan mavi kod bildirimlerini geriye dönük olarak incelemişlerdir. Belirlenen tarihlerde 222 mavi kod bildirimi yapılmıştır. Mavi kod çağrısının en çok gerçekleştiği servis dahiliye (68 adet) servsidir. Mavi kod çağrılarının %59'u mesai dışı saatlerde ve %41'i mesai içi saatlerde yapılmıştır. 2013 yılında yanlış çağrı oranı %9 olarak ve 2014 yılında bu oran %3.3 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamıza benzer çalışmalardan da görüldüğü üzere yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak beyaz kod ve mavi kod acil çağrı durumları üzerine yapıldığı, ulusal düzeyde pembe ve kırmızı kod acil çağrı durumları üzerine hemen hemen hiçbir bilimsel çalışma yapılmadığı gözlemlenmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmamızda da çalışanların büyük çoğunluğunun beyaz kod ve mavi kod acil çağrı durumlarını kullandıkları ve bu kodlar üzerine öneride bulundukları görülmektedir. Ancak ülkemizde son yıllarda artan hastane yangınları ve meydana gelen maddi ve manevi kayıplar kırmızı kod acil çağrı durumunun da en az diğer renkli kodlar kadar önemli olduğunu, bu konuda da yeterli düzeyde çalışma yapılması gerektiğini ve gerekli eksiklik ve aksaklıkların tespit edilerek ivedilikle önlem alınması gerektiğini bize göstermektedir.



3. MATERYAL VE METOD**3.1. Materyal****3.1.1. Acil Çağrı Durumları İle İlgili Kavramlar**

İnsan yaşamının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli riskler mevcuttur. Bu risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi durumunda neler yapılması ve risk yönetiminin nasıl sağlanması gerektiğinin belirlenmesi önem arz etmektedir.

3.1.1.1. Acil Çağrı

Acil durumlarda, etkilenen veya etkilenenleri gören kişi ya da acil durum algılayıcı cihazlar tarafından, telefon, telsiz, kısa mesaj, otomatik mesaj, sosyal medya, internet ve diğer iletişim araçları ile acil çağrı merkezlerine yapılan başvurudur.¹⁰

3.1.1.2. Acil Durum

Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller. 5902 sayılı kanunda, “Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hâli” olarak tanımlanmıştır.¹⁰

3.1.1.3. Acil Durum Hizmeti

Acil durumlarda insanları ve onların mal ve mülklerini korumak üzere özel sorumlulukları olan kurum ve kuruluşlarca yerine getirilen hizmetler. Bu hizmetler arasında müdahale ekiplerince yapılan arama-kurtarma, acil tıbbi yardım, yangın, güvenlik, altyapı ve üstyapı hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri sayılabilir.¹⁰

3.1.1.4. Acil Durum Planlaması

İnsanın canı ve malıyla diğer aktivitelerinin, olağan dışı olayların sonuçlarından en az kayıp ve zararla kurtulabilmesi için yapılması gereken iş ve işlemlerin, olaylar olmadan önce planlaması ve olay sırasında; zamanında, hızlı ve etkili bir şekilde uygulanmasını gerektiren tüm faaliyetlerdir.¹⁰

3.1.1.5. Acil Durum Yönetimi

Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim süreci. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir.¹⁰

3.1.2. Renkli Kod Uygulamalarının Amacı

- Hastane çalışanlarını haberdar etmek,
- Risk durumunda iletişime olanak tanımak,
- Kısa ve net mesaj vermek,
- Doğru müdahale için zaman kazandırmak,
- Panik oluşmasına engel olmak,
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmak,
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.⁹

Sağlık kurumlarında acil durumları yönetmek ve hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla, olası risklerin önceden belirlenmesi, mevcut risklere yönelik önlemlerin alınarak risk yönetiminin sağlanması için kurulan acil durum uyarı sistemleridir.

Dünyada uzun süredir kod sistemleri kullanılmakta ise de kod sistemleri oluşturulurken yan yana hastanelerde bile farklı olaylar için farklı renkler kullanılmış ve kod sistemlerinin standardize olması sağlanamamıştır.1997'de Avustralya'da bu yöndeki ilk adımlar atılarak Australian Standart, Planning for

Emergencies-Health Care Facilities kılavuzu yayımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'n de kırmızı ve mavi kodlar, hastanelerin %90'ında benzer şekilde yangın ve erişkin resusitasyon için kullanılsa da; çocuk kaçırılması için 47, silahlı saldırgan için 61 farklı kod sistemi kullanılmıştır. 1999 yılında Güney Kaliforniya'da bir acil serviste silahlı bir saldırganın 3 kişiyi öldürmesinin ardından hastanede gri kod verilmiş, ancak saldırganın silahlı olabileceği düşünülmeden gri kod verilmiş ve tehlike bölgesinde silahlı saldırganın üzerine durumdan habersiz personel yönlendirilmiştir. Bu olayın üzerine Hospital Association of Southern California (HASC) ortak bir kod sistemi önermiş ve 2003 yılından itibaren de bu kod sistemi zorunlu tutulmuştur. Amerika'da halen kullanılan ve son güncellemelerle verilen renk kodları Çizelge 3.1.'de gösterilmiştir.^{7,8}

Çizelge 3.1. Amerika Birleşik Devletlerinde Kullanılan Acil Durum Kodları

Renk Kodları	Tanımlama
Sarı	 Bomba Tehdidi – Amerika'da ülke genelinde hastanelerin çoğunluğunda bomba tehdidi için sarı kod kullanılmaktadır.
Yeşil	 Kayıp Hasta - Kendisi ya da başkaları açısından tehlikeli olarak ya da bir güvenlik riski olarak tanımlanmış hastaların kaçması ya da kaybolması durumunda uygun bir müdahale sağlamak.
Kırmızı	 Yangın - Can, mal ve hizmetlerin korunması için fildi veya şüpheli yangın durumunda uygun bir yanıt sağlamak için kullanılır.
Mavi	 Erişkin Tıbbi Acil: Yetişkin bir hasta için şüpheli veya kesin kardiyopulmoner arrest için uygun bir yanıt sağlamak için kullanılır.
Turuncu	 KBRN: Dekontaminasyon ekibinin aktivasyonu ve tehlikeli maddeye maruziyet olayları için kullanılır.
Pembe	 İnfant/Çocuk kaçırma: Kaçırılan bebek / çocuk yaşını ayırt etmek için beraberindeki sayı ile kullanılabilir (örneğin, Pembe Kod 3 - üç yaşındaki çocuk kayıp).
Trijaj	 Kod Triaj (dahili-harici): Tesisin normal çalışması üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilecek tüm potansiyel tehlikeler ve afetlere uygun bir müdahale sağlamak.
Beyaz*	 Çocuk Tıbbi Acil: Bir çocuk hasta için şüpheli veya kesin kardiyopulmoner arrest durumunda uygun bir yanıt sağlamak.
Gri	 Silahlı Kişi/Saldırı/Rehine: Tesis içinde silahlı bir kişi ya da aktif olarak ateş eden ya da rehine durumu karşısında uygun bir müdahale gerçekleştirmek.

*Ülkemizde bu kod **Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet** uyarısı için kullanılmaktadır: Saldırgan, kavgacı veya potansiyel saldırgan kişilerle ilgili durumlara uygun bir müdahale sağlar

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayınlanan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzuna göre acil renk kodları Çizelge 3.2.’de gösterilmiştir.¹

Çizelge 3.2. Sağlık Bakanlığı Acil Durum Kodları

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRİ	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba tehdidi

3.1.2.1. Renkli Kod Uygulamaları İle İlgili Tanımlar

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılında beyaz kod ve 2015 yılında kırmızı kodun hayata geçmesiyle birlikte 4 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır.⁹

3.1.2.2. Beyaz Kod (1111)

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personellere yönelik fiziksel ve/veya sözel şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Sağlık kuruluşlarında beyaz kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmuştur. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, beyaz kod için “1111” olarak belirlenen numara kullanılmaktadır. Aynı zamanda sağlık kuruluşlarında hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerinin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkinliğini, sürdürülebilirliğini ve sistemli bir şekilde uygulanabilirliğini sağlamak amacı ile mesai içi ve mesai dışı olmak üzere beyaz kod yönetiminden sorumlu ekipler oluşturulmuştur. Bu ekip içerisinde hastane yönetiminden bir kişi, çalışan hakları ve güvenliği birim sorumlusu, psikolog ve güvenlik personeli bulunmaktadır. Bu ekip gerçekleşen beyaz kod olaylarına müdahale etme, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu, gerektiğinde de düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasından sorumludur. Beyaz kodla ilgili sağlık çalışanlarına yıllık eğitimler verilmekte, beyaz kod uygulamasına yönelik olarak yıllık tatbikat gerçekleştirilmektedir. Olaya maruz kalan çalışanlara ise gerekli psikososyal ve hukuksal destek sağlanmaktadır. Beyaz kod olayının ardından, gerçekleşen olaylara ilişkin kayıtlar 113 beyaz kod sistemine aktarılmakta ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Beyaz Kod İl Koordinatörlüne yazılı olarak bildirilmektedir. Beyaz kod olayında tutulan kayıtlar; olayın olduğu tarih ve saat, olayın yaşandığı yer, olay anında yapılan iş, olayın başlama nedeni, olayın oluş şekli, varsa olayda kullanılan nesne, olay esnasında çevrede oluşan olumsuzluklar, olaya karışanların kişisel bilgileri ve olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini içermektedir. Beyaz kod kayıtları sağlık kuruluşlarında oluşturulan çalışan hakları ve güvenliği birimleri ile kalite yönetim birimleri tarafından tutulmaktadır. Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlarda (URK) yer alan her bir renkli kod için ayrı ortak bir numara belirlenmek suretiyle ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturulmuştur.⁹

3.1.2.3. Mavi Kod (2222)

Tüm dünyada aynı acil durum için aynı rengin kullanıldığı tek renkli koddur. Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil uyarı kodudur. Genellikle oluşturulan bir çağrı sistemi aracılığıyla sağlık çalışanı tarafından verilen kod, hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasını mümkün kılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında mavi kod yönetimi ile ilgili uyarı sistemi oluşturulmuştur. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, mavi kod için “2222” olarak belirlenen numara kullanılmaktadır. Hastanelerin büyüklüğü ve vermiş oldukları hizmet dallarına göre, mavi kod uygulamalarının etkinliğini, sürdürülebilirliğini ve sistemli bir şekilde uygulanmasını sağlamak amacı ile her vardiya için mavi kod yönetiminden sorumlu ekipler oluşturulmuştur, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almaktadır. Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere her ekipte kardiyo pulmoner resüsitasyon (KPR) eğitimi almış, en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı görevlendirilmektedir. Ekip tarafından uygulamalarda kullanılmak üzere, içerisinde tıbbi ilaç ve sarf malzemelerinin bulunduğu acil müdahale seti hazırlanmakta ve ilaç ve sarf malzemelerinin stok ve miat takipleri düzenli olarak yapılmaktadır. Mavi kod olayında tutulan kayıtlar; müdahale edilen kişiye ait bilgileri, kişiye yapılan uygulamaları, müdahalenin yapıldığı yeri, mavi kod çağrısının yapıldığı zamanı, mavi kod ekibinin olay yerine ulaşma zamanını, müdahalenin sonucunu ve mavi kod müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini içermektedir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yıllık olarak mavi kodla ilgili eğitimler verilmekte ve yıllık olarak mavi kod tatbikatları yapılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında mavi kod olay kayıtları kalite yönetim birimleri tarafından tutulmakta ve olayların kök-neden analizleri yapılarak düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmaktadır.⁹

3.1.2.4. Pembe Kod (3333)

Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Sağlık hizmet sunucusu kendi özgün koşulları çerçevesinde çocuk kaçırılma durumları için bir uyarı sistemi kurmaktadır. Uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde, pembe kod için “3333” olarak belirlenen numara kullanılmaktadır. Hastanelerin büyüklükleri ve vermiş oldukları hizmetlerin çeşitliliğine göre, pembe kod uygulamalarının etkinliğini, sürdürülebilirliğini ve sistemli bir şekilde uygulanmasını sağlamak amacı ile her vardiya için pembe kod yönetiminden sorumlu ekipler oluşturulmuştur, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almaktadır. Ekipte ayrıca bir sekreteryaya, psikolog ve güvenlik personeli bulunmaktadır. Ekibin sorumluluk alanı; gerçekleşen pembe kod olaylarına müdahale etmek, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmak, gerektiğinde olayların öncesinde ve sonrasında tespit edilen tehlike ve risklerin önlenmesi için düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamaktır. Pembe kodla ilgili kayıtlar da pembe kod ekibi tarafından tutulmaktadır. Tutulan kayıtlarda; olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler, olayın gerçekleştiği bölüm, olayın başlangıç - bitiş zamanı ve olayın sonucu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Olaylarla ilgili kayıtlar hastanelerin kalite yönetim birimleri tarafından arşivlenmektedir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına yıllık olarak pembe kod uygulaması ilgili eğitimler verilmekte ve yıllık olarak pembe kod tatbikatları yapılmaktadır.⁹

3.1.2.5. Kırmızı Kod (Kurumsal Kod)

Sağlık kurum ve kuruluşlarında çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Kırmızı kod için uyarı sistemi amacıyla ulusal düzeyde ortak bir telefon numarası henüz belirlenmemiştir. Kırmızı kod ile ilgili telefon numarası sağlık kuruluşları

arasında farklılıklar göstermektedir. Hastanelerde tüm alanları kapsayıcı ve adreslenebilir özellikte yangın algılama ve uyarı sistemi mevcuttur. Bu sistem ilgili kişileri uyarmaya yönelik olarak görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmakla birlikte kesintisiz güç kaynaklarına bağlıdır. Hastanelerin büyüklükleri ve vermiş oldukları hizmetlerin çeşitliliğine göre, kırmızı kod uygulamalarının etkinliğini, sürdürülebilirliğini ve sistemli bir şekilde uygulanmasını sağlamak amacı ile her vardiya için kırmızı kod yönetiminden sorumlu ekipler oluşturulmuştur. Bu ekipte hastane yönetiminden bir kişi, sivil savunma uzmanı, Hastane Afet Planı(HAP) birim sorumlusu, iş güvenliği uzmanı, güvenlik personelleri, yangın söndürme ekibi, arama-kurtarma ekibi ve ilk yardım ekibi bulunmaktadır. Ekibin sorumluluk alanı; kırmızı kod olaylarına müdahale etmek, kırmızı kodla ilgili yıllık tatbikatların ve eğitimlerin düzenlenmesini sağlamak, kırmızı kodla ilgili mevcut tehlike ve risklere yönelik düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak, kırmızı kodla ilgili kayıtların tutulmasını sağlamaktır. Kırmızı kodla ilgili kayıtlar; yangının çıktığı tarih ve saat, yangının çıktığı yer, yangının başlama nedeni, çevrede oluşan olumsuzlukları ve yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini içermektedir. Kayıtlar hastanelerin HAP birimleri ve kalite yönetim birimleri tarafından arşivlenmektedir. Kırmızı kodla ilgili sağlık çalışanlarına yıllık eğitimler verilmekte ve kırmızı kod uygulamasına yönelik olarak görüntülü ve yazılı olarak raporlanan, yılda en az bir kez masa başı ve uygulamalı tatbikat gerçekleştirilmektedir.^{1,9}

3.1.2.6. Renkli Kod Telefon Numaraları

Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlarda (URK) yer alan her bir renkli kod için bir telefon numarası belirlenmiştir. Böylece ulusal düzeyde uygulamada ortak bir dil oluşturulmuştur.⁹

Numaralar kodların baş harflerine uygun olarak alfabetik sırayla verilmiştir.⁹

- Beyaz Kod: 1111
- Mavi Kod: 2222
- Pembe Kod: 3333
- Kırmızı Kod: Kurumsal Kod

Kırmızı kod için ulusal düzeyde ortak bir telefon numarası henüz belirlenmemiştir. Kırmızı kod ile ilgili telefon numarası sağlık kuruluşları arasında farklılıklar gösterebilmektedir.

3.1.3. Renkli Kodlarla İlgili Yasal Düzenlemeler

3.1.3.1. 06/04/2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

ç) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

- 1) Mavi kod uygulamasının yapılması,
- 2) Pembe kod uygulamasının yapılması,
- 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması.³

3.1.3.2. Beyaz Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler**3.1.3.2.(1). 16.03.2016 tarih ve 11045126-010.06 sayılı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Konulu Genelge**

663 sayılı KHK'nın 54 üncü maddesi “Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukuki yardım yapılır. Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez ve taşra teşkilatı ile döner sermaye teşkilatı kadrolarında bulunan hukuk birimi amirleri, hukuk müşavirleri ve avukatlar, ayrıca vekâletname ibraz etmeksizin ilgili personeli vekil sıfatı ile temsil eder. Bu yardımın usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.” şeklinde düzenlenmiş olup, 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte ise, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir.²⁰

Bu kapsamda Beyaz Kod Uygulamasına başlanılmış, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7 gün 24 saat hizmet verecek şekilde 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş, "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet adresi oluşturulmuştur.²⁰

Konunun önemine binaen yapılan kanuni düzenleme ile sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılabilen suçlardan sayılmıştır.²⁰

Ayrıca özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel de, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılmaktadır.²⁰

27.03.2015 tarihli ve 6638 sayılı Kanunla, Polis Vazife ve Salahiyetleri Kanununun 15 inci maddesine “Polis; müşteki, mağdur ve tanık ifadelerini talepleri halinde ikamet ettikleri yerlerde ve işyerlerinde alabilir,” hükmü eklenmiştir. Sağlık personelinin ifade vermek üzere görev yerinden ayrılmasının sağlık hizmeti sunumunu aksattığı ve dolayısıyla sağlık hizmetinden faydalanan vatandaşların mağduriyetine sebep olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, sağlık personeline yönelik şiddet olayları sonrasında, talebi hâlinde mağdurun ifadesi görev yaptığı yerde alınabilecektir.²⁰

Bakanlığımıza yapılan başvurulardan “Beyaz Kod” başvurusu ve hukuki yardım konusunda yaşanması muhtemel tereddütleri gidermek, uygulamaya açıklık kazandırmak ve çalışanlarımızın bu hizmete erişimini kolaylaştırmak amacıyla aşağıdaki açıklamaların yapılmasına lüzum görülmüştür.²⁰

- 1) Beyaz kod başvurusu
 - a) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle yapılacak vaka bildirimlerinde kamu veya özel bütün sağlık kuruluşlarında gerçekleşen vakaların tamamı beyaz kod sistemine bildirilecektir. Bu bildirimler aşağıda belirtilen yollardan biri ile yapılacaktır.²⁰
 - aa) “<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr>” adresine giriş yapılarak.
 - ab) Telefonla 113 numaralı çağrı merkezi aranarak.
 - ac) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine veya bu amaçla kurulmuş birime veya görevlendirilen personele müracaat edilerek,

- 2) Hukuki yardım yapılacak personelin kapsamı
 - a) Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında hizmet sunan aşağıdaki personele hukuki yardımda bulunulacaktır.
 - aa) Kadrolu personel (memur),
 - ab) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı KHK eki (ID) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda istihdam edilen sözleşmeli personel,
 - ac) 663 sayılı KHK'nın 52 nci maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler,
 - aç) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun (4/B) maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personel,
 - ad) 657 sayılı Kanunun 86 ncı maddesine göre açıktan vekil olarak atananlar,
 - ae) 10/07/2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanun'a tabi olarak görev yapan sözleşmeli personel,
 - af) 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlar,
 - ag) 097705/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunun Ek 1 inci maddesine göre sözleşme ile çalışan eğitim görevlileri,
 - ağ) 3359 sayılı Kanun'un Ek 9 uncu maddesine göre, üniversiteler ile birlikte kullanımdaki Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlarda görev yapan üniversite personeli,
 - ah) Kadro veya pozisyonları diğer kamu kurum ve kuruluşlarında olup, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında görevlendirilen personel,
 - b) Söz konusu personelin hukuki yardım talepleri, suç, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı işlenmiş ise karşılanabilecektir. Hizmetin sunumu veya göreviyle ilgili olmak kaydıyla, görev mahalli veya çalışma saati dışında gerçekleşen suçlar için de hukuki yardım verilecektir.

- c) İl Beyaz Kod koordinatörlüğü, suçun mağduru olan personelin vefatı hâlinde kanuni mirasçılarına, hukuki yardım isteyip istemediğini soracaktır. Talep etmeleri hâlinde, hukuki yardım yapılacaktır.

3) Hukuki yardım kapsamında bulunmayan kişiler ve durumlar

- a) Aşağıda belirtilen kişiler ve/veya durumlar, Beyaz Kod kapsamında değerlendirilmeyecektir.
- aa) Hizmet satın alma yoluyla çalıştırılanlar.
 - ab) Stajyerler ve intörnler,
 - ac) Hizmet verme, hizmet alma ilişkisinden kaynaklanmayan sağlık çalışanları arasında vuku bulan fiiller.
 - aç) Sağlık kuruluşunda çalışanlar arasında mevcut gücün ya da pozisyonun kötüye kullanılarak ve sistematik olarak psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, aşağılama, tehdit ve benzeri şekillerde tecelli eden mobbing (bezdirme, yıldırma) vakalarından kaynaklı fiiller,
 - ad) Personelin hizmet verdiği sırada yaşanmış olsa dahi, kişisel meselelerden kaynaklanan ve hizmetle ilişkisi kurulamayan fiiller.
 - ae) Hukuki yardım yapılacak personel kapsamında olanlardan görevi sona eren veya erdirilenler.
 - af) Hukuki yardım talebinde bulunmakla birlikte, gerçekleşen olaya ilişkin gerekli bilgi ve belgeleri vermeyerek dava takibini imkansız kılanlar.
- b) Özel bir vekil tâyin etmesi durumunda, hukuki yardımdan faydalananlara ayrıca Beyaz Kod kapsamındaki hukuki yardımdan faydalanmaya devam edip etmeyeceği sorulacaktır.
- ba) Kamu görevlisine karşı görevi nedeniyle işlenen suçlar, şikâyet tabi suçlardan olmadığından; şikâyetten vazgeçilmesi veya kovuşturma aşamasında dâvâya katılmak istenmediği yolunda beyan verilmesi

durumunda, söz konusu dâvâ kamu dâvâsı olarak devam edecek olmakla birlikte, vekilin yetkisi asilin yetkisine bağı olduğu cihetle şikâyetinden vazgeçen veya dâvâya katılmak istemediğini beyan eden personelin/katılanın vekili olan avukatın da vekillik sıfatı ve takip yetkisi kalmayacağından hukuki yardım verilemeyecektir.

- 4) 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi
 - a) Hukuk Müşavirliği bünyesinde faaliyet gösteren Beyaz Kod çağrı merkezi, 7 gün 24 saat esasına göre hizmet verecektir. Bu kapsamda;
 - aa) Alo 113 Beyaz Kod telefon hattına gelen çağrıları karşılar.
 - ab) Telefon görüşmesine göre sağlık çalışanının yaşamış olduğu sözel veya fiziksel şiddet başvurularının Beyaz Kod web sistemine kaydını gerçekleştirir.
 - ac) Arşiv ve kayıtların düzenli tutulmasını sağlar ve raporlamalarını yapar.
 - aç) Bakanlığın ilgili birimlerine aylık ve yıllık olarak toplam verileri gönderir.
 - b) Yapılan görüşmeler, ispat hukuku bakımından kayıt altına alınır.
- 5) Bakanlık ve bağı kuruluşlarının sağlık kurum ve kuruluşlarında Beyaz Kodun işleyişi
 - a) Hastane, ağız ve diş sağlığı merkezleri, il ambulans servisi başhekimlikleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bir başhekim yardımcısının başkanlığında kurulmuş olan Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri, Beyaz Kod kapsamında, aşağıdaki iş ve işlemleri yürütecektir:
 - aa) Personelin şikayetçi olup olmadığına bakmaksızın, gerçekleşen bütün şiddet olayları için sistem kaydı yapar. Bir olayda birden çok mağdur var ise, bu kayıtların sistem üzerinden birleştirilmesi sağlar.
 - ab) Başvuruya ilişkin;

- şiddete maruz kalan kişi ve kişilerin doldurması gereken “olay tutanağı”,
- şiddet başvurusunda bulunan sağlık çalışanı tarafından doldurulması gereken “hukuki yardım talep formu”,
- şiddete uğrayan sağlık çalışanının şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın, yöneticileri tarafından doldurulup imzalanan “ihbar dilekçesi”,
- şiddete maruz kalan sağlık çalışanına imzalatılan “kişisel veri paylaşım bilgilendirme formu”,

ve olayı doğrulayan kanıtlar ve mevcut diğer bilgi ve belgeleri toplar ve sisteme girilmesini sağlar.

- ac) Bütün bilgi ve belgelerin asıllarını, bir sureti kendisinde kalacak şekilde 24 saat içerisinde il koordinatörlüğüne intikal ettirir, Sonradan elde edilen bilgi belgelerde aynı usulle intikal ettirilir.
- b) Çalışan hakları ve güvenliği birimleri bulunan kurumlarda;
 - ba) Kurum yöneticisi, çalışan hakları ve güvenliği biriminden bir personel ile güvenlik görevlilerinden oluşan Beyaz Kod müdahale ekibi oluşturulur.
 - bb) Acil durumlarda Beyaz Kod müdahale ekibine hızla haber verilmesini ve ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasını sağlayan “1111” çağrı sistemi, acil yardım butonu ve/veya benzeri Beyaz Kod çağrı sistemleri kurularak sistemden bir çağrı alındığında, müdahale ekibinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanır ve bu kapsamda tutulan tutanaklar çalışan hakları ve güvenliği birimine intikal ettirilir.
- c) 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 91 inci maddesinin dördüncü fıkrasında bir kısım suçlarda suçüstü halleriyle sınırlı olmak kaydıyla mülki amirlerce belirlenecek kolluk amirleri tarafından şüpheli hakkında yirmidört saate kadar gözaltına alınma kararı verilebileceği düzenlenmiştir.

Bu suçlardan, kasten öldürme, kasten yaralama ve cinsel saldırı suçları Beyaz Kod kapsamındadır. Bu suçlardan gözaltı kararı verilebilmesi suçüstü şartına bağlandığı cihetle bu durumlarda suçüstü olayının tespiti ehemmiyet arz etmektedir. Suçüstü; işlenmekte olan veya henüz işlenmiş olan fiil ile fiilin işlenmesinden hemen sonra takip edilerek yakalanan kişinin işlediği veya fiilin pek az önce işlendiğini gösteren eşya veya delille kişinin yakalanması halidir. Kişiye suç işlerken rastlanması veya suçüstü işlenen bir fiilden dolayı izlenen kişinin kaçması olasılığının bulunması ve hemen kimliğini belirleme olanağının bulunmaması halinde herkes tarafından geçici olarak yakalama yapılabilmesi anılan kanun gereğidir. Bu itibarla; sağlık çalışanına karşı yukarıda belirtilen suçlardan birinin işlenmesi ve suçüstü şartlarının mevcudiyeti halinde gözaltı kararı verilebilmesini teminen şüphelinin yakalanması ve hadisenin gecikmeksizin kolluk görevlilerine bildirilmesi gerekmektedir.

- 6) Üniversiteler ve özel sağlık kuruluşlarında Beyaz Kodun işleyişi
 - a) Beyaz kod kapsamında personele karşı işlenen suçlarla etkin bir mücadele için ülkedeki tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarında meydana gelen vakaların tam ve zamanında bildirilmesi ve buna göre gerekli değerlendirmelerin yapılarak tedbirlerin alınması büyük önem arz etmektedir.
 - b) Üniversiteler ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen olaylar da, yöneticiler tarafından geciktirilmeksizin 113 numaralı telefonla veya www.beyazkod.saglik.gov.tr web adresi üzerinden Bakanlık Beyaz Kod sistemine bildirilecektir.
 - c) Söz konusu sağlık kuruluşlarında da Beyaz Kod sistemine veri girişi yapılacak ve bildirimde bulunacak bir birim oluşturulacak ve/veya personel görevlendirmesi yapılacaktır.

- ç) Bu birim ve/veya personel tarafından olay tutanağı, kişisel veri paylaşımı bilgilendirme formu ve olayı doğrulayan diğer bilgi ve belgelerin Beyaz Kod sistemine girişi sağlanacaktır, Aynı zamanda, keyfiyet ilgili adli ve idari mercilere intikal ettirilecektir.
- d) Yapılan kanuni düzenleme ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel de, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılmıştır. Bunun neticesi olarak özel sağlık kuruluşlarında çalışanlara karşı işlenen suçlar suçun nitelikli hali olarak değerlendirilerek verilecek cezada artırım sağlanmıştır. Ayrıca, bu suçlar takibi şikayete bağlı olmaktan çıkarılarak resen soruşturulur/kovuşturulur hale getirilmiştir. Dolayısıyla, özel sağlık kuruluşlarında çalışan personele karşı işlenen Beyaz Kod kapsamındaki suçlar bakımından da mağdurun şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın, yöneticileri tarafından olayın adli mercilere intikali sağlanacaktır.
- 7) İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü
- a) Her ilde, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde görev yapmak ve Beyaz Kod kapsamında aşağıda belirtilen iş ve işlemleri yapmak üzere Beyaz Kod koordinatörlüğü kutulur.
- b) İl sağlık müdürü tarafından bir avukat, Beyaz Kod koordinatörü olarak görevlendirilir. İhtiyaç hâlinde yeterli sayıda avukat da Beyaz Kod iş ve işlemlerinde görevlendirilir.
- c) İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü için İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde gerekli çalışma mekanı ve donanım (dış hatta açık telefon, faks, internet bağlantılı bilgisayar, tarayıcı ve uygun görüşme ortamı) temin edilir.
- ç) İl Beyaz Kod koordinatörü; yapılan başvuruları inceleyerek başvurunun Beyaz Kod kapsamında olup olmadığını değerlendirir. Beyaz Kod

kapsamında olan başvurulara ilişkin bilgi ve belgeleri savcılığa intikal ettirir ve işlenen suçtan mağdur olan personele veya vefatı hâlinde kanuni mirasçılarına, ilgili mevzuatı çerçevesinde hukuki yardımda bulunur. Bu yardımla ilgili gerekli bilgilerin Beyaz Kod sistemine girilmesini sağlar.

- d) İl sağlık müdürü, il Beyaz Kod koordinatörü ile birlikte kurumlarda Beyaz Kod sürecine ilişkin hususlarda yapılan çalışmaları izleyerek talep hâlinde Bakanlığa rapor eder.
 - e) Beyaz kod iş ve işlemlerinin yoğunluğuna göre Hukuk Müşavirliğince belirlenecek illerde, Beyaz Kod başvurularını inceleyerek süreci takip etmek ve gerekli durumlarda çalışan hakları ve güvenliği birimi veya personeli ile iletişime geçerek gerekli bilgi ve dokümanları temin etmek üzere bağlı kuruluşların taşra teşkilatı yöneticileri tarafından yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirilir. Bu personel Beyaz Kod il koordinatörü sevk ve idaresinde görev yapar.
- 8) Diğer Hususlar
- a) İllerde Beyaz Koda ilişkin tereddüte düşülen hususlarda il Beyaz Kod koordinatörlüğü koordinasyonunda, İl Sağlık Müdürü imzasıyla, Hukuk Müşavirliğinden mukteza tayini istenilecek ve Hukuk Müşavirliği muktezasına göre işlem tesis edilecektir.
 - b) Hukuki yardımda bulunulan personelden, bu yardım sebebiyle herhangi bir masraf ve ücret talep edilmeyecektir.
 - c) Hukuki yardıma ilişkin harcamalar ile bu yardım neticesinde hükmolunan vekâlet ücretlerinin takip ve tahsiline yönelik harcamalar döner sermaye bütçesinden karşılanacaktır.²⁰

3.1.3.3. Mavi Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler**3.1.3.3.(1). 11/08/2017 tarih ve 44307383/319 sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Yayınladığı Mavi Kod Uygulamaları Konulu Yazısı**

Mavi kod uygulamasının temel amacı; sağlık tesisinde tedavi görmekte olan hastaların kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) uygulamalarının KPR tecrübesi olan bir ekip aracılığı ile mümkün olan en uygun şekilde gerçekleştirilmesidir. Bu amaçla aşağıda belirtilen hususlara uygun olarak işlem tesis edilmesi gerekmektedir.²¹

- 1- Sağlık tesisinde 7/24 esasına göre en az bir mavi kod ekibinin görev yapması sağlanır. Tek bir ekip tarafından ulaşımı zor olan farklı hizmet binaları veya birbirinden bağımsız olan yataklı servisler için ihtiyaca göre mesai içi ve dışı görevli ekip sayısı arttırılabilir, mesai içi ve dışı zaman dilimleri için ayrı ayrı ekipler belirlenebilir. Ekip üyelerinin KPR eğitimi alması sağlanır.
- 2- Mavi kod ekibi; biri ekip sorumlusu tabip (tabip, diş tabibi, uzman tabip, uzman diş tabibi), diğer sağlık personeli (hemşire, anestezi teknisyeni/teknikeri, sağlık memuru vb.) olmak üzere en az iki kişiden teşekkül ettirilir. Ağız ve diş sağlığı tesislerinde tabip yerine KPR sertifikası bulunan diş tabibi görevlendirilebilir. İhtiyaca göre ekipteki sağlık personeli sayısı arttırılabilir. Mümkün olduğunca ekibe güvenlik görevlisi veya yönlendirme personeli gibi hizmetine ihtiyaç duyulan diğer personel dahil edilir.
- 3- İdarece belirlenecek olan ve sıklıkla KPR uygulama gereksinimi olan acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi birimlerde mavi kod çağrısı verilmez, bu birimlerde tedavi gören hastalar için gerekli olan KPR müdahalelerinin birim içerisinde gerçekleştirilmesi sağlanır. Bu amaçla bu birimlerde görev yapan personelin KPR ve /veya temel-ileri yaşam desteği eğitimlerinin tamamlanması sağlanır.

- 4- Yukarıdaki maddede sayılan birimler haricindeki birimlerde ihtiyaç duyulacak KPR uygulamaları için öncelikle anesteziyoloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, dahiliye, nöroloji, aile hekimi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi branşlarındaki uzman tabipler arasından ekip sorumlusu görevlendirilir. Bu uzmanların bulunmaması ya da sayılarının yetersiz olması halinde hastane yönetimince uygun görülen tabip veya uzman tabiplerde ekiplere görevlendirilir. Görevlendirilen personele görevli oldukları tarihleri ve zaman dilimlerini gösterir belge imza karşılığı tebliğ edilir, görevli personelin yıllık izin veya saatlik mazeret izni alması durumunda yerlerine hastane yönetimi tarafından görevlendirme yapılır, bu görevlendirmeler tutanak ile kayıt altına alınır. Tebliğ ve kayıt belgelerinin saklanması ve lüzumu halinde ilgili makamlara ibrazı hastane yönetiminin sorumluluğundadır.
- 5- Mesai saatleri haricinde sağlık tesisi/hizmet binaları genelinde acil servis haricinde ayrıca bir nöbet hizmeti düzenleniyor olması halinde mavi kod ekibinin yukarıda sayılan branşlar başta olmak üzere, acil serviste görevli olmayan personelden oluşturulması tercih edilir. Sağlık tesisinde/biriminde/binasında acil servis haricinde nöbet hizmeti verilmemesi halinde ise mavi kod ekibine acil servis personeli dahil edilir.
- 6- Mavi kod uygulaması kapsamında KPR işlemlerinde kullanılmak üzere her ekip için yeterli miktarda malzeme içeren acil müdahale seti/çantası temin edilir. Bahse konu setin ekipler arasında devri zimmet defteri/tutanak karşılığı ve malzemelerin uygun çalışır durumda olduğu tespit edilerek gerçekleştirilir. Zimmet işlemi ve malzemelerin eksiksiz ve çalışır halde olmalarından miat ve kritik stok seviyelerinin takibinden ekip sorumlusu veya görevlendireceği ekip üyesi sorumludur. KPR ekibi teklifi ve başhekimliğin uygun görmesi halinde yataklı servislerde KPR uygulaması yapılacak vakalarda ekibin kullanımı için her servise ayrı ayrı veya birden fazla yataklı servis için uygun olan ortak bir alanda, gerekli ilaç teçhizat

- vb. malzemelerin kilitli acil arabalarında (crash cart) bulunması sağlanabilir, bu durumda ekip için ayrıca bir acil müdahale seti/çantası oluşturulmaz ve acil arabasının zimmet, stok takibi, malzeme girişi vb. hususlar serviste görevli personel eliyle yürütülür. Acil arabasında bulunması gereken malzemelerle ilgili olarak KPR ekibinin görüşü alınır.
- 7- Mavi kod çağrısı/uyarısı verilmesi amacıyla hastane yönetimi tarafından anons, çağrı cihazı, telefon, sms vb. şekilde uygun yöntemler oluşturularak ekip üyelerinin kullanımına sunulur. Çağrı sonrası ekibin 3 dakika içerisinde KPR vakasına ulaşması amacıyla gereken önlemler alınır. Vakanın yattığı servis personeli gerekli durumlarda ilk müdahaleyi yapar ve 2222 telefon numarası ile mavi kod çağrısını yapar, KPR ekibine yardımcı olur ve talimatlarını yerine getirir. Hastayı yatıran hekim veya bu hekimin branşına ait yataklı servis nöbetçi hekimi/yataklı servis sorumlu hekimi KPR işlemlerine eşlik eder.
- 8- KPR uygulaması kapsamında, çağrının yapıldığı zaman, ekibin olay yerine ulaşma zamanı, müdahale ekibinde yer alanların bilgileri, müdahale edilen kişiye ait bilgiler, müdahalenin yeri, yapılan uygulama, müdahalenin sonucu kayıt altına alınır. Bu amaçla gerekli düzenlemeler hastane yönetimi tarafından gerçekleştirilir, kayıtların saklanması hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Bu kayıtlar aylık olarak kalite yönetim birimine gönderilir.
- 9- KPR uygulaması başarılı olamamış ve hasta eksitus olmuş ise ölüm bildirim sistemine (ÖBS) dair süreçlerin sırasıyla; hastayı yatıran hekim veya bu hekimin branşına ait yataklı servisinin nöbetçi hekimi veya nöbetçi idari uzman hekim tarafından yapılması gereklidir. ÖBS işlemlerinin KPR sorumlu hekimi tarafından gerçekleştirilmesi tercih edilmemekle beraber bu tercihin adli vaka olarak kabul edilen vakalar hariç defin işlemlerinin aksatmasına müsaade edilmez ve bu hususta gerekli tedbirler hastane yönetimince alınır.

10- KPR uygulamasını yaygınlaştırmak ve geliştirmek için uygun görülen personel için eğitim ve tatbikatlar düzenlenir. Eğitimler 4. maddede zikredilen branş uzmanları tarafından verilir. Anılan maddede zikredilen uzmanlık dallarında uzman hekimi bulunmayan sağlık tesislerindeki personel için birliklerin bünyesindeki diğer hastanelerden görevlendirme yapılabilir. Bu husus genel sekreterlik tarafından koordine edilir. Ayrıca, lüzum görülmesi halinde ekip üyelerine veya eğitim verecek personele İLYAD, ÇİLYAD, Temel Yaşam Desteği vb. eğitimler aldırılabilir veya eğitimlerin bu alanda eğitim sertifikası bulunan personel tarafından verilmesi sağlanabilir. Ayrıca sağlık tesisindeki tüm personele mavi kod süreçleri ve uygulamaları hakkında farkındalık ve temel uygulama eğitimleri verilebilir.²¹

3.1.3.4. Pembe Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler

3.1.3.4.(1). 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması;

MADDE 17 – (1) Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir.
- b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için hastane müdürünün sorumluluğunda başhemşire veya başhemşire yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve güvenlik elemanlarından oluşan bir ekip kurulur.

- c) Ekip üyelerinin görev tanımları sağlık kurum veya kuruluşu yönetimince yapılır ve ekibe tatbikat yoluyla gerekli eğitim verilir.
- ç) Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturulur.²²

3.1.3.5. Kırmızı Kod İle İlgili Yasal Düzenlemeler

3.1.3.5.(1). 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ

Afetler ve olağan dışı durumlarda alınacak tedbirler;

MADDE 19 – (1) Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Kurum bir afet planı oluşturur.
- b) Afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır. 1.derece deprem bölgesinde olan kurumlar yılda en az iki kez deprem tatbikatı yapar.
- c) Afet planında insanların toplanma alanları belirlenir ve tatbikatlar bu toplanma alanları üzerinde gerçekleştirilir.
- ç) Toplanma alanında o gün kurumda yatan hastaların ve o gün kurumda görev yapan tüm personelin listesi kontrol edilerek kişiler, mekândan tahliye edilir.
- d) Özürlü ve yatan hastaların tahliyesini sağlayacak araçlar, kurumda hazır bulundurulur.
- e) Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır.
- f) Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir.
- g) Yangın söndürme tesisatı beş senede bir genel kontrolden geçirilir.²²

3.2. Metod**3.2.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri**

Çalışmamız Adana İli Sağlık Müdürlüğü ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinden alınan bilimsel çalışma izni doğrultusunda; Adana il merkezinde bulunan Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana Yüreğir Devlet Hastanesi, Adana Seyhan Devlet Hastanesi, Adana Çukurova Devlet Hastanesi, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmamızda sağlık kuruluşlarının 2013-2017 dönemine ait olan acil çağrı durumları (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod) incelenmiştir ve aynı zamanda yüz yüze görüşme ile çalışanlara 21 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana il merkezindeki il sağlık müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi merkezlerinin bazılarında ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde 2013-2017 dönemi acil çağrı durumlarının kayıtlarının incelendiği kesitsel-tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2.3. Etik Kurul Onayı

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır.

3.2.4. Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evreni, Adana il merkezindeki; İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı yataklı tedavi kurumlarından 1 adet psikiyatri dal hastanesi, 1 adet eğitim ve araştırma hastanesi, 3 adet devlet hastanesi ve 1 adet kamu üniversite hastanesini kapsamaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan tüm evren üzerinde çalışılmıştır. Çalışmamızda 2013-2017 dönemlerine ait olan acil çağrı durumları(beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod) incelenmiştir ve aynı zamanda isteğe bağlı

olarak sağlık çalışanları ile gündüz mesai saatleri içerisinde yüz yüze görüşme ile 21 sorulu anket uygulaması yapılmıştır. Çalışanların en az %20'sine ulaşılması hedeflenmiş, anket çalışmasını kabul eden tüm çalışanlar ile görüşülmüştür. Bu sağlık kuruluşlarında yaklaşık 9369 kişi sağlık çalışanı bulunmakta, bunların ise yaklaşık %60'ı gündüz mesaisinde bulunmaktadır, buda yaklaşık 5616 kişidir. Gündüz çalışan sağlık personelinden çalışmamıza katılmayı kabul eden 541 (%9.6) kişiye anketimiz uygulanmıştır. Çalışanların yaklaşık 561'i (%10) ise iş yoğunluğundan dolayı anket uygulamasına katılmamıştır.

3.2.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

- Sağlık kurumlarındaki acil çağrı durumları sistem uygulamaları
- Beyaz kod sayıları ve kayıtları
- Mavi kod sayıları ve kayıtları
- Pembe kod sayıları ve kayıtları
- Kırmızı kod sayıları ve kayıtları

3.2.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Sağlık kurumlarına ait bilgiler
 - Kurumun tipi
 - Kurumun yapısı
 - Personel sayısı
 - Hizmet içeriği
- Çalışanlara ait bilgiler
 - Cinsiyet
 - Yaş
 - Medeni durum ve çocuk sayısı
 - Eğitim durumu
 - Meslek dalları
 - Çalışma yılları

- Çalışma birimleri
- Günlük ve haftalık çalışma süreleri
- Acil çağrı durumları ile ilgili bilgiler
 - Acil çağrı durumları ile ilgili düzenlemelerin varlığı
 - Acil çağrı durumlarının tüm yönleri ile uygulanabilirliği
 - Acil çağrı durumları ile ilgili sistemlerin yeterliliği
 - Acil çağrı durumlarının kullanım sıklığı
 - Acil çağrı durumları ile ilgili eğitimlerin yeterliliği
 - Acil çağrı durumları ile ilgili öneri ve görüşler

3.2.7. Anket Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan ankete; katılan kişilerin kişisel bilgilerini, çalışma alanları ve sürelerini, kurumlarındaki acil çağrı durumları ile ilgili düzenlemeleri, çalışanların acil çağrı durumları ile ilgili bilgi düzeylerini, acil çağrı durumlarının kullanım sıklığını, acil çağrı durumları ile ilgili görüş ve önerileri sorgulayan ve toplamda 21 sorudan oluşan anket, araştırma yapılan kurumların tüm sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

3.2.8. Verilerin Analizi

Katılımcılara anket uygulanırken sorulan çok yanıt seçenekli ve açık uçlu sorular istatistik analizler için tekrar gruplandırılmıştır. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı dağılımlar ve ki-kare testi yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 22.0 for Windows paket programı kullanılmıştır.

3.2.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, Adana İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinden alınan izinler ile

2018 yılı Temmuz-Aralık aylarında toplanmıştır. Araştırmanın anketi sağlık kurumlarındaki tüm sağlık çalışanlarına yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılmıştır. Çalışanların mesai saatleri dikkate alınarak görüşmeler 08.00-17.00 arasında yapılmıştır. Anketler yaklaşık 10-15 dakikada tamamlanmıştır.

Anketi uygulamaya başlamadan önce, yapılacak çalışmanın yöntemi ve amacı anlatılmıştır. Anket ile elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı konusunda bilgi verilerek katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır:

- Araştırma İl Sağlık Müdürlüğünden alınan izin doğrultusunda sadece Adana il merkezinde bulunan bazı yataklı tedavi kurumlarına gidilerek yapılmıştır.
- Araştırma yapılan sağlık kurumlarında acil çağrı durumları ile ilgili kayıtların düzenli bir dokümantasyonunun olmaması ve dijital ortama aktarımının yapılmaması verilerin elde edilmesini güçleştirmiştir.
- Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacının kendisinin hazırlamış olduğu sorulardan elde edilmiş olan verilere dayanmaktadır.
- Ankete katılan bazı katılımcılar anket sorularını cevaplama konusunda isteksiz davranmıştır.
- Anket yönteminde sorulara farklı kişilerce farklı cevaplar verilebilir. Ayrıca cevapların ne derece bilinçli ve samimi verildiğinden tam olarak emin olunamaz.

3.2.11. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Araştırmanın yapıldığı sağlık kurumları Adana il merkezinde bulunan üniversite hastaneleri sayısının %50'sini ve kamuya ait yataklı tedavi kurumları sayısının %80,5'ini oluşturmaktadır.
- Adana il merkezinde bulunan 7 adet kamu hastanesi içerisinde 5 adeti ve 2 adet üniversite hastanesi içerisinde 1 adeti çalışmaya alındığı için çalışmanın sonuçları evreni temsil etme yeteneği fazladır.
- Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır.

3.2.12. Araştırmanın Desteği

Araştırmamız, herhangi bir fon desteği alınmadan tamamen araştırmacının kendi imkanları ve bütçesi doğrultusunda yapılmıştır.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA**4.1. Bulgular**

Adana il merkezinde bulunan 1 adet psikiyatri dal hastanesi, 3 adet devlet hastanesi, 1 adet eğitim ve araştırma hastanesi ve 1 adet üniversite hastanesinin 2013-2017 dönemine ait olan acil çağrı durumları(beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod) verileri ve sağlık çalışanlarına uygulanan anket sonuçları analizleri derlenerek sunulmuştur.

Çalışmamızı yaptığımız hastanelerin 2013-2017 dönemine ait olan acil çağrı durumları(beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod) verileri: Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2013 yılı beyaz kod sayısı; 18, mavi kod sayısı; 14, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2014 yılı beyaz kod sayısı; 14, mavi kod sayısı; 20, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2015 yılı beyaz kod sayısı; 21, mavi kod sayısı; 28, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2016 yılı beyaz kod sayısı; 15, mavi kod sayısı; 30, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2017 yılı beyaz kod sayısı; 13, mavi kod sayısı; 47, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 2 olarak tespit edilmiştir. Seyhan Devlet Hastanesi 2013 yılı beyaz kod sayısı; 13, mavi kod sayısı; 311, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2014 yılı beyaz kod sayısı; 21, mavi kod sayısı; 348, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2015 yılı beyaz kod sayısı; 12, mavi kod sayısı; 335, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2016 yılı beyaz kod sayısı; 15, mavi kod sayısı; 416, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2017 yılı beyaz kod sayısı; 28, mavi kod sayısı; 423, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0 olarak tespit edilmiştir. Yüreğir Devlet Hastanesi 2013 yılı beyaz kod sayısı; 17, mavi kod sayısı; 0, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2014 yılı beyaz kod sayısı; 18, mavi kod sayısı; 70, pembe kod sayısı; 1, kırmızı kod sayısı; 0, 2015 yılı beyaz kod sayısı; 14, mavi kod sayısı; 121, pembe kod sayısı; 1, kırmızı kod sayısı; 0, 2016 yılı beyaz kod sayısı; 10, mavi kod sayısı; 44, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2017 yılı beyaz kod sayısı; 18, mavi kod sayısı; 54, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 1 olarak tespit edilmiştir. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı

Hastanesi 2013 yılı beyaz kod sayısı; 12, mavi kod sayısı; 13, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2014 yılı beyaz kod sayısı; 18, mavi kod sayısı; 23, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2015 yılı beyaz kod sayısı; 14, mavi kod sayısı; 16, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2016 yılı beyaz kod sayısı; 19, mavi kod sayısı; 41, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0, 2017 yılı beyaz kod sayısı; 64, mavi kod sayısı; 29, pembe kod sayısı; 0, kırmızı kod sayısı; 0 olarak tespit edilmiştir. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çukurova Devlet Hastanesi 2018 yılında hizmete açıldığından dolayı bu hastanelerden veri alınamamıştır.

Araştırmamıza katılan 541 sağlık personelinden 154(%28,5)'ü erkek, 387(%71,5)'si kadın idi. Yaş dağılımı; $37,0 \pm 12,6$ (min:17, maks:62), ortalanca yaş 37 idi. Katılımcılardan 409'u(%75,6) evli, 118'i(%21,8) bekar, 2'si (%0,4) nişanlı ve 12'sinin(%2,2) dul olduğu belirlenmiştir. Evli olan 409 katılımcının çocuk sayısı; $2 \pm 1,9$ (min:1, maks:5) olarak bildirilmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; 9'u (% 1,7) İlkokul, 5'i (% 0,9) Ortaokul, 73'ü (% 13,5) Lise, 131'i (% 24,2) Ön Lisans, 277'si (% 51,2) Lisans, 34'ü (% 6,3) Yüksek Lisans, 3'ü (% 0,6) Doktora ve 9'u (% 1,7) Uzmanlık eğitime sahip olduklarını bildirmişlerdir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumları dağılımı Çizelge 4.1'de verilmiştir.

Çizelge 4.1. Eğitim durumu dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	%
İlkokul	9	1,7
Ortaokul	5	0,9
Lise	73	13,5
Ön Lisans	131	24,2
Lisans	277	51,2
Yüksek Lisans	34	6,3
Doktora	3	0,6
Uzmanlık	9	1,7
Toplam	541	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; 11'i (% 2,0) Uzman Hekim, 300'ü (% 55,5) Hemşire, 4'ü (% 0,7) Eczacı, 14'ü (% 2,6) Ebe, 55'i (% 10,2) Sağlık Memuru, 3'ü (% 0,6) ATT- Paramedik, 23'ü (% 4,3) Teknisyen, 43'ü (% 7,9) Tekniker, 9'u (% 1,7) İdari Personel, 24'ü (% 4,4) Hizmetli Personel, 55'i (%10,3) Psikolog, Biyolog, Sosyolog, Veteriner Hekim, Laboratuvar Teknisyeni, Tıbbi Sekreter, İşçi ve Personel unvanlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının mesleki dağılımı Çizelge 4.2'de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Meslek dağılımı

Meslek	Sayı	%
Uzman Hekim	11	2,0
Hemşire	300	55,5
Eczacı	4	0,7
Ebe	14	2,6
Sağlık Memuru	55	10,2
ATT- Paramedik	3	0,6
Teknisyen	23	4,3
Tekniker	43	7,9
İdari Personel	9	1,7
Hizmetli Personel	24	4,4
Diğer(Psikolog, Biyolog, Sosyolog, Veteriner Hekim, Laboratuvar Teknisyeni, Tıbbi Sekreter, İşçi, Personel)	55	10,3
Toplam	541	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; 13'ü (% 2,4) çalışma süresinin 0-12 ay olduğunu, 17'si (% 3,1) çalışma süresinin 13-24 ay olduğunu, 40'ı (% 7,4) çalışma süresinin 25-60 ay olduğunu, 105'i (% 19,4) çalışma süresinin 61-120 ay olduğunu, 139'u (% 25,7) çalışma süresinin 121-240 ay olduğunu, 120'si (% 22,2) çalışma süresinin 241-300 ay olduğunu ve 107'si ise (% 19,8) çalışma süresinin 301 ay ve üstünde olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri Çizelge 4.3'de verilmiştir.

Çizelge 4.3. Çalışma sürelerinin dağılımı

Çalışma süresi (Ay)	Sayı	%
0-12	13	2,4
13-24	17	3,1
25-60	40	7,4
61-120	105	19,4
121-240	139	25,7
241-300	120	22,2
301 ve üstü	107	19,8
Toplam	541	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; 25'i (% 4,6) Acil Serviste, 269'u (% 49,7) Kliniklerde, 28'i (% 5,2) Polikliniklerde, 27'si (% 5,0) Görüntüleme, 44'ü (% 8,1) Laboratuvar, 16'sı (% 3,0) Ameliyathanede, 1'i (% 0,2) FTR' de, 28'i (% 5,2) İdari birimlerde ve 103'ü ise (% 19,0) EKT, Eczane, Yoğun bakım, Sterilizasyon, Kan alma ve Sosyal hizmetler birimlerinde çalıştıklarını bildirmişlerdir. Çalışma yeri/birimi dağılımları Çizelge 4.4'de verilmiştir.

Çizelge 4.4. Çalışma yeri/birimi dağılımı

Çalışma Yeri/Birimi	Sayı	%
Acil Servis	25	4,6
Klinikler	269	49,7
Poliklinikler	28	5,2
Görüntüleme	27	5,0
Laboratuvar	44	8,1
Ameliyathane	16	3,0
FTR	1	0,2
İdari Birimler	28	5,2
Diğer(EKT, Eczane, Yoğun bakım, Sterilizasyon, Kan alma, Sosyal Hizmetler)	103	19,0
Toplam	541	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları günlük çalışma süresinin; $8,0 \pm 3,9$ (min:6, maks:16) saat olduğunu, haftalık çalışma süresinin ise; $41,0 \pm 15,4$ (min:30, maks:72) saat olduğunu bildirmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; 529'u (% 97,8) çalıştıkları hastanede acil çağrı durumları ile ilgili düzenleme olduğunu bildirmiştir. Bunlardan 464'ü (% 85,8) beyaz kod sisteminin tam olarak uygulandığını, 490'ı (% 90,6) mavi kod sisteminin tam olarak uygulandığını, 401'i (%74,1) pembe kod sisteminin tam olarak uygulandığını ve 418'i ise (% 77,3) kırmızı kod sisteminin tam olarak uygulandığını belirtmiştir. 422'si (% 78,0) çalıştıkları kurumlarda acil çağrı durumları ile ilgili sistemlerin (telefon, anons, buton vb.) yeterli olduğunu, 490'ı (% 90,5) acil çağrı durumları ile ilgili yıllık eğitimlerin kendilerine verildiğini, 503'ü (% 93,0) acil çağrı bildirimi yapılması gereken durumları bildiğini, 490'ı (% 90,6) acil çağrı bildirimi için iletişime geçeceği birimi bildiğini, 192'si (%35,5) acil çağrı durumlarında mağdura verilen maddi ve manevi desteğin yeterli olduğunu, 319'u ise (% 59,0) acil çağrı durumlarından (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) herhangi birini kullandığını bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının acil çağrı durumları ile ilgili bilgi düzeyleri Çizelge 4.5'de verilmiştir.

Çizelge 4.5. Acil çağrı durumları ile ilgili bilgi düzeyi dağılımı

Acil Çağrı Durumları ile ilgili Yanıtlar		Sayı	%
Hastanede acil çağrı durumları (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) ile ilgili düzenleme varlığı	Evet	529	97,8
	Hayır	5	0,9
	Bilmiyorum	7	1,3
	Toplam	541	100,0
Hastanede beyaz kod sisteminin tam olarak sağlanması	Evet	464	85,8
	Hayır	30	5,5
	Bilmiyorum	47	8,7
	Toplam	541	100,0
Hastanede mavi kod sisteminin tam olarak sağlanması	Evet	490	90,6
	Hayır	20	3,7
	Bilmiyorum	31	5,7
	Toplam	541	100,0

Çizelge 4.5. devamı

Hastanede pembe kod sisteminin tam olarak sağlanması	Evet	401	74,1
	Hayır	51	9,4
	Bilmiyorum	89	16,5
	Toplam	541	100,0
Hastanede kırmızı kod sisteminin tam olarak sağlanması	Evet	418	77,3
	Hayır	35	6,5
	Bilmiyorum	88	16,2
	Toplam	541	100,0
Hastanede acil çağrı durumları (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) ile ilgili sistemlerin (telefon, anons, buton vb.) yeterliliği	Evet	422	78,0
	Hayır	73	13,5
	Bilmiyorum	46	8,5
	Toplam	541	100,0
Hastanede acil çağrı durumları (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) ile ilgili yıllık eğitimlerin verilmesi	Evet	490	90,5
	Hayır	26	4,8
	Bilmiyorum	25	4,7
	Toplam	541	100,0
Hangi durumlarda acil çağrı bildirimi yapılacağıının bilinmesi	Evet	503	93,0
	Hayır	16	3,0
	Bilmiyorum	22	4,0
	Toplam	541	100,0
Hangi durumlarda acil çağrı bildirimi ile ilgili hangi birimle iletişime geçileceğinin bilinmesi	Evet	490	90,6
	Hayır	26	4,8
	Bilmiyorum	25	4,6
	Toplam	541	100,0
Acil çağrı durumlarında mağdura verilen maddi ve manevi desteğin yeterliliği	Evet	192	35,5
	Hayır	182	33,6
	Bilmiyorum	167	30,9
	Toplam	541	100,0
Hastanede acil çağrı durumlarından (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) herhangi birinin kullanılması	Evet	319	59,0
	Hayır	203	37,5
	Bilmiyorum	19	3,5
	Toplam	541	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından 319'u(%59,0) çalıştıkları kurumlarda acil çağrı durumlarından bir yada birden fazlasını kullandıklarını bildirmişlerdir. Bunlardan 86'sı (%15,9) beyaz kodu kullandığını; 202' si (%37,4) mavi kodu kullandığını; 19'u (%3,5) pembe kodu kullandığını; 12'si (%2,2) ise kırmızı kodu kullandığını belirtmiştir. 222'si (%41,0) ise acil çağrı durumlarından

herhangi birini kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Acil çağrı durumlarının kullanım dağılımı Çizelge 4.6’da verilmiştir.

Çizelge 4.6. Acil Çağrı Durumlarının Kullanım Dağılımı

Acil Çağrı Durumları	Sayı	%
Beyaz Kod	86	15,9
Mavi Kod	202	37,4
Pembe Kod	19	3,5
Kırmızı Kod	12	2,2
Toplam	319	59,00

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından 478’i (%88,3) acil çağrı durum uyarı sistemlerinden bir veya birden fazlasının tanımlarını bildiklerini bildirmişlerdir. 63’ü (%11,7) ise bu tanımlamaları bilmediklerini bildirmişlerdir. 11’i (%2,0) sadece beyaz kodu; 4’ü (%0,7) sadece mavi kodu; 1’i (%0,2) sadece kırmızı kodu; 16’sı (%3,0) beyaz kod ve mavi kodu; 1’i (%0,2) mavi kod ve kırmızı kodu; 12’si (%2,2) beyaz kod, mavi kod ve pembe kodu; 4’ü (%0,7) beyaz kod, mavi kod ve kırmızı kodu; 429’u ise (%79,3) beyaz kod, mavi kod, pembe kod ve kırmızı kodu bildikleri tespit edilmiştir. Acil çağrı durum uyarı sistemlerinin tanımlarını bilenlerin dağılımı Çizelge 4.7’de verilmiştir.

Çizelge 4.7. Acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin kodlara göre dağılımı

Acil çağrı durum uyarı sistemleri	Sayı	%
Beyaz Kod	11	2,0
Mavi Kod	4	0,7
Kırmızı Kod	1	0,2
Beyaz Kod ve Mavi Kod	16	3,0
Mavi Kod ve Kırmızı Kod	1	0,2
Beyaz Kod, Mavi Kod, Pembe Kod	12	2,2
Beyaz Kod, Mavi Kod, Kırmızı Kod	4	0,7
Beyaz Kod, Mavi Kod, Pembe Kod, Kırmızı Kod	429	79,3
Toplam	478	88,3

Katılımcılardan 456'sının (%84,3) acil çağrı durum uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde kullanılan telefon numaralarından bir veya birden fazlasını bildikleri tespit edilmiştir. 85'inin (%15,7) ise kullanılan telefon numaralarının hiçbirini bilmedikleri tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından hastanelerde kullanılan acil çağrı durum ve telefon numaralarını bilenlerden: 446'sının (%97,8) Beyaz Kod (1111) telefon numarasının kullanıldığını; 447'sinin (%98,0) Mavi Kod (2222) telefon numarasının kullanıldığını; 412'sinin (%90,4) Pembe Kod için (3333) telefon numarasının kullanıldığını; 291'inin (%63,8) Kırmızı Kod için ise kurumsal özel telefon numaralarını kullanıldığını bildirmişlerdir. Kırmızı Kod için kullanılan telefon numaralarının hastaneler arasında farklılık gösterdiği ve ulusal düzeyde de bir standardizasyon olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından 273'ü (%50,4) fiziksel ya da sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Şiddete maruz kalanlardan 203'ünün (%74,4) kadın, 70'inin (%25,6) erkek çalışan olduğu tespit edilmiştir. 268'i (%49,5) fiziksel veya sözel şiddete maruz kalmadıklarını bildirmiş, bunlardan 184'ünün (%68,7) kadın, 84'ünün (%31,3) ise erkek çalışan olduğu saptanmıştır.

Bunlardan 143'ü (%52,4) son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10) şiddete maruz kaldığını, 72'si (%26,4) son üç yılda; Son üç yılda; 1 ± 4 (min:1; maks:5) şiddete maruz kaldığını, 58'i ise (%21,2) son beş yılda; 1 ± 5 (min:1; maks:10) şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Şiddet olaylarının zamana göre dağılımı Çizelge 4.8'de verilmiştir.

Çizelge 4.8. Şiddet olaylarının zamana göre dağılımı

Zaman(Yıl)	Sayı	%
Son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10)	143	52,4
Son üç yılda; 1 ± 4 (min:1; maks:5)	72	26,4
Son beş yılda; 1 ± 5 (min:1; maks:10)	58	21,2
Toplam	273	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından 208'i (% 38,5) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, 333'ü(%61,5) ise maruz kaldığı şiddet olaylarının bildirimini yaptığını belirtmiştir. Bunlardan 118'i (%56,7) son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, 51'i (%24,5) son üç yılda; 4 ± 14 (min:1, maks:100) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, 39'u (%18,8) son beş yılda; 2 ± 6 (min:1, maks:30) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını belirtmiştir. Bildirimi yapılmayan şiddet olaylarının zamana göre dağılımı Çizelge 4.9'da verilmiştir.

Çizelge 4.9. Bildirimi yapılmayan şiddet olaylarının zamana göre dağılımı

Zaman (yıl)	Sayı	%
Son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10)	118	56,7
Son üç yılda; 4 ± 14 (min:1, maks:100)	51	24,5
Son beş yılda; 2 ± 6 (min:1, maks:30)	39	18,8
Toplam	208	100,0

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları fiziksel veya sözel şiddete maruz kaldıkları halde, bildirim yapmamalarının bir veya birden çok sebeplerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan 38'i (%10,3) şiddet olayından etkilendiği için bildirim yapmadığını, 13'ü (%3,5) şiddet bildirim süreci ile ilgili yeterli bilgiye

sahip olmadığı için bildirim yapmadığını, 28'i (%7,6) bildirim yapmak için zaman ayırmak istemediğini, 90'ı (%24,5) saldırganın davranışlarını hastalığı nedeni ile hoşgörü ile karşıladığını, 48'i (%13,0) mahkeme sürecinde saldırgan ile karşılaşmak istemediğini, 57'si (%15,5) mahkeme sonucundan memnun kalmayacağını düşündüğünü, 26'sı (%7,1) görev icabı saldırgan ya da yakınları ile tekrardan karşılaşabileceğini, 50'si (%13,6) hasta veya yakınlarının hastalığı nedeni ile o anda ne yaptığını bilmediklerini düşündüğünü, 18'i ise (%4,9) diğer nedenlerle (çalıştığı klinik gerekçesiyle, iş yoğunluğu nedeni ile mahkeme sürecinde adresinin açığa çıkabileceğini düşünmesi nedeni ile alışmışlık ve şiddetin oransal olarak düşüklüğü) bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir. Maruz kalınan şiddet olaylarının bildiriminin yapılmamasının sebepleri Çizelge 4.10'da verilmiştir.

Çizelge 4.10. Fiziksel veya sözel şiddete maruz kalıp bildirmeme sebeplerinin dağılımı

Fiziksel veya sözel şiddete maruz kalıp bildirmeme sebepleri	Sayı	%
Olaydan etkilendiğim için	38	10,3
Bildirim süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığım için	13	3,5
Bildirim yapmak için zaman ayırmak istemediğim için	28	7,6
Saldırganın(kendi veya yakını) hastalığı nedeni ile tepkisini hoşgörüye karşıladım	90	24,5
Mahkeme sürecinde saldırgan ile karşılaşmak/yüzleşmek istemediğim için	48	13,0
Mahkeme sonucundan memnun kalmayacağımı düşündüğüm için bildirim yapmadım	57	15,5
Saldırgan/yakınları ile tekrar görevim nedeni ile karşılaşacağım için	26	7,1
Hasta veya hasta yakınının hastalığı nedeni ile o anda ne yaptığını bilmemesi	50	13,6
Diğer nedenler	18	4,9
Toplam	368	100,0

Sağlık çalışanlarının acil çağrı bildirimlerini hangi durumlarda vereceğini bilmesinin cinse göre dağılımında; Erkek:142 (%92,2), Kadın:361(%93,3) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,65$).

Sağlık çalışanlarının acil çağrı bildirimi durumlarında iletişime geçeceği birimi bilmesinin cinse göre dağılımında; Erkek:142 (%92,2), Kadın:348(%89,9) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,41$).

Sağlık çalışanlarının acil çağrı durumu uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin cinse göre dağılımında; Erkek:126 (%81,8), Kadın:330 (%85,3) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,31$).

Sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalanların cinse göre dağılımında; Erkek:70 (%45,5), Kadın:203(%52,5) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,14$).

Sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalanların çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:5 (%38,5), 13-24 ay:7 (%41,2), 25-60 ay:17 (%42,5), 61-120 ay:56 (%53,3), 121-240 ay:70 (%50,4), 241-300 ay:64 (%53,3), 301 ay üzeri:54 (%50,5) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,79$).

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:9 (%69,2), 13-24 ay:13 (%76,5), 25-60 ay:38 (%95,0), 61-120 ay:90 (%85,7), 121-240 ay:119 (%85,6), 241-300 ay:97 (%80,8), 301 ay üzeri:90 (%84,1) olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,24$).

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin cinsiyete göre dağılımı; Erkek 130 (%84,4), Kadın 356 (%92,0) olarak saptanmış ve cinsiyet ile acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenler arasında kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir (Çizelge 4.11, $p=0,009$).

Çizelge 4.11. Acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Erkek	130	84,4	24	15,6	154	28,5
Kadın	356	92,0	31	8,0	387	71,5
Toplam	486	89,8	55	10,2	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=6,92$ df=1

p=0,009

**Satır %

Sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların mesleğe göre dağılımı; Hekim 9 (%75,0), Hemşire-Ebe 182 (%58,0), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 57 (%42,2), Psikolog-Biyolog-Eczacı 4 (%28,6), İdari Personel 6 (%30,0), Hizmetli-İşçi 15 (%32,6) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe gruplarının diğerlerine göre daha fazla şiddet mağduru olduğu ve farkın buradan kaynaklandığı belirlenmiştir (Çizelge 4.12, p=0,0001).

Çizelge 4.12. Şiddete uğrayanların mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Şiddet mağduru		Şiddet mağduru olmayan		Toplam*	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	9	75,0	3	25,0	12	2,2
Hemşire-Ebe	182	58,0	132	42,0	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	57	42,2	78	57,8	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	4	28,6	10	71,4	14	2,6
İdari Personel	6	30,0	14	70,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	15	32,6	31	67,4	46	8,5
Toplam**	273	50,5	268	49,5	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=25,52$

df=5

p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarından acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların mesleğe göre dağılımı; Hekim 6 (%50,0), Hemşire-Ebe 237 (%75,5), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 52 (%38,5), Psikolog-Biyolog-Eczacı 1 (%7,1), İdari Personel 6 (%30,0), Hizmetli-İşçi 17 (%37,0) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hemşire-Ebe grubunun diğer meslek gruplarına göre acil çağrı uyarı sistemlerini kullanmalarının farkı oluşturduğu saptanmıştır (Çizelge 4.13, $p=0,0001$).

Çizelge 4.13. Acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	6	50,0	6	50,0	12	2,2
Hemşire-Ebe	237	75,5	77	24,5	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	52	38,5	83	61,5	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	1	7,1	13	92,9	14	2,6
İdari Personel	6	30,0	14	70,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	17	37,0	29	63,0	46	8,5
Toplam	319	59,0	222	41,0	541	100,0

*Sütun %

$\chi^2=90,79$

df=5

$p=0,0001$

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim 11 (%91,7), Hemşire-Ebe 310 (%98,7), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 127 (%94,1), Psikolog-Biyolog-Eczacı 10 (%71,4), İdari Personel 12 (%60,0), Hizmetli-İşçi 33 (%71,7) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyenler gruplarının acil çağrı uyarı sistemlerini hangi durumlarda kullanacaklarını diğer meslek gruplarına göre daha yüksek oranda

bildikleri ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır (Çizelge 4.14, $p=0,0001$).

Çizelge 4.14. Acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	11	91,7	1	8,3	12	2,2
Hemşire-Ebe	310	98,7	4	1,3	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	127	94,1	8	5,9	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	10	71,4	4	28,6	14	2,6
İdari Personel	12	60,0	8	40,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	33	71,7	13	28,3	46	8,5
Toplam	503	93,0	38	7,0	541	100,0

*Sütun %

$\chi^2=91,20$

df=5

$p=0,0001$

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim 12 (%100,0), Hemşire-Ebe 302 (%96,2), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 120 (%88,9), Psikolog-Biyolog-Eczacı 11 (%78,6), İdari Personel 9 (%45,0), Hizmetli-İşçi 36 (%78,3) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen gruplarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla acil çağrı iletişim birimini bildikleri saptanmıştır (Çizelge 4.15, $p=0,0001$).

Çizelge 4.15. Acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	12	100,0	0	0,0	12	2,2
Hemşire-Ebe	302	96,2	12	3,8	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	120	88,9	15	11,1	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	11	78,6	3	21,4	14	2,6
İdari Personel	9	45,0	11	55,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	36	78,3	10	21,7	46	8,5
Toplam	490	90,6	51	9,4	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=72,43$

df=5

p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemindeki telefon numaralarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim 10 (%83,3), Hemşire-Ebe 296 (%94,3), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 110 (%81,5), Psikolog-Biyolog-Eczacı 8 (%57,1), İdari Personel 8 (%40,0), Hizmetli-İşçi 24 (%52,2) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen gruplarının diğerlerine göre acil çağrı numaralarını anlamlı olarak daha fazla bildikleri saptanmıştır (Çizelge 4.16, p=0,0001).

Çizelge 4.16. Acil çağrı telefon numaralarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	10	83,3	2	16,7	12	2,2
Hemşire-Ebe	296	94,3	18	5,7	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	110	81,5	25	18,5	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	8	57,1	6	42,9	14	2,6
İdari Personel	8	40,0	12	60,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	24	52,2	22	47,8	46	8,5
Toplam	456	84,3	85	15,7	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=97,65$

df=5

p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim 11 (%91,7), Hemşire-Ebe 303 (%96,5), Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen 117 (%86,7), Psikolog-Biyolog-Eczacı 13 (%92,9), İdari Personel 7 (%35,0), Hizmetli-İşçi 27 (%58,7) olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT- Teknisyen, Psikolog-Biyolog – Eczacı gruplarının diğer meslek gruplarına göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır (Çizelge 4.17,p=0,0001).

Çizelge 4.17. Acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı

Meslek Grubu	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Hekim	11	91,7	1	8,3	12	2,2
Hemşire-Ebe	303	96,5	11	3,5	314	58,0
Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen	117	86,7	18	13,3	135	25,0
Psikolog-Biyolog-Eczacı	13	92,9	1	7,1	14	2,6
İdari Personel	7	35,0	13	65,0	20	3,7
Hizmetli-İşçi	27	58,7	19	41,3	46	8,5
Toplam	478	88,4	63	11,6	541	100,0

*Sütun %

$\chi^2=115,67$ df=5 p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 205 (%61,6), Poliklinikler 15 (%53,6), Görüntüleme-Laboratuvar 24 (%31,6), İdari Birimler 7 (%25,0), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 22 (%28,9) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile şiddete uğrayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler ve Polikliniklerde çalışanların diğer çalışma yerlerine göre daha çok şiddet olaylarına maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Çizelge 4.18, p=0,0001).

Çizelge 4.18. Şiddete uğrayanların çalışma yeri/birime göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Uğrayan		Uğramayan		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	205	61,6	128	38,4	333	61,6
Poliklinikler	15	53,6	13	46,4	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	24	31,6	52	68,4	76	14,0
İdari Birimler	7	25,0	21	75,0	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	22	28,9	54	71,1	76	14,0
Toplam	273	50,5	268	49,5	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=48,69$

df=4

p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 231 (%69,4), Poliklinikler 14 (%50,0), Görüntüleme-Laboratuvar 26 (34,2), İdari Birimler 13 (%46,4), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 35 (%46,1) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durum uyarı sistemlerinden en az birini kullananların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmektedir. Klinikler ve Polikliniklerde çalışanların diğer birimlere göre acil çağrı sistemlerini daha fazla oranda kullandıkları saptanmıştır. (Çizelge 4.19,p=0,0001).

Çizelge 4.19. Acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma yerine göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	231	69,4	102	30,6	333	61,6
Poliklinikler	14	50,0	14	50,0	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	26	34,2	50	65,8	76	14,0
İdari Birimler	13	46,4	15	53,6	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	35	46,1	41	53,9	76	14,0
Toplam	319	59,0	222	41,0	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=42,13$ df=4 p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 325 (%97,6), Poliklinikler 25 (%89,3), Görüntüleme-Laboratuvar 70 (%92,1), İdari Birimler 25 (%89,3), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 58 (%76,3) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durum uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme-Laboratuvar ve idari birimlerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumları ile ilgili bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.120,p=0,0001).

Çizelge 4.20. Acil çağrı uyarı sistemlerini kullanmayı bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	325	97,6	8	2,4	333	61,6
Poliklinikler	25	89,3	3	10,7	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	70	92,1	6	7,9	76	14,0
İdari Birimler	25	89,3	3	10,7	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	58	76,3	18	23,7	76	14,0
Toplam	503	93,0	38	7,0	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=44,44$ df=4 p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 320 (%96,1), Poliklinikler 25 (%89,3), Görüntüleme-Laboratuvar 62 (%81,6), İdari Birimler 26 (%92,9), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 57 (%75,0) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme- Laboratuvar ve idari birimlerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimle ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.21,p=0,0001).

Çizelge 4.21. Acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenlerin çalışma yerine göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	320	96,1	13	3,9	333	61,6
Poliklinikler	25	89,3	3	10,7	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	62	81,6	14	18,4	76	14,0
İdari Birimler	26	92,9	2	7,1	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	57	75,0	19	25,0	76	14,0
Toplam	490	90,6	51	9,4	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=40,90$

df=4

p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 323 (%97,0), Poliklinikler 19 (%67,9), Görüntüleme-Laboratuvar 52 (%68,4), İdari Birimler 20 (%71,4), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 42 (%55,3) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kliniklerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir (Çizelge 4.22,p=0,0001).

Çizelge 4.22. Acil çağrı sistemi telefon numaralarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	323	97,0	10	3,0	333	61,6
Poliklinikler	19	67,9	9	32,1	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	52	68,4	24	31,6	76	14,0
İdari Birimler	20	71,4	8	28,6	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	42	55,3	34	44,7	76	14,0
Toplam	456	84,3	85	15,7	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=112,61$ df=4 p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler 317 (%95,2), Poliklinikler 23 (%82,1), Görüntüleme-Laboratuvar 64 (%84,2), İdari Birimler 26 (%92,9), Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler 48 (%63,2) olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme-Laboratuvar ve idari birimlerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir (Çizelge 4.23,p=0,0001).

Çizelge 4.23. Acil çağrı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı

Çalışma yeri/birimi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Klinikler	317	95,2	16	4,8	333	61,6
Poliklinikler	23	82,1	5	17,9	28	5,2
Görüntüleme-Laboratuvar	64	84,2	12	15,8	76	14,0
İdari Birimler	26	92,9	2	7,1	28	5,2
Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler	48	63,2	28	36,8	76	14,0
Toplam	478	88,4	63	11,6	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=64,91$ df=4 p=0,0001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:6 (%46,2), 13-24 ay:6 (%35,3), 25-60 ay:25 (%62,5), 61-120 ay:53 (%50,5), 121-240 ay:80 (%57,6), 241-300 ay:71(% 59,2), 301 ay üzeri:78 (%72,9) olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananlar ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 25 yıl üzeri çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (Çizelge 4.24,p=0,010).

Çizelge 4.24. Acil çağrı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma süresine göre dağılımı

Çalışma süresi	Kullanan		Kullanmayan		Toplam*	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
0-12 ay(0-1 yıl)	6	46,2	7	53,8	13	2,4
13-24 ay(1-2 yıl)	6	35,3	11	64,7	17	3,1
25-60 ay(2-5 yıl)	25	62,5	15	37,5	40	7,4
61-120 ay(5-10 yıl)	53	50,5	52	49,5	105	19,4
121-240 ay(10-20 yıl)	80	57,6	59	42,4	139	25,7
241-300 ay(20-25 yıl)	71	59,2	49	40,8	120	22,2
301 ay üzeri(25 yıl üzeri)	78	72,9	29	27,1	107	19,8
Toplam**	319	59,0	222	41	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=16,85$ df=6 p=0,010

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:12 (%92,3), 13-24 ay:15 (%88,2), 25-60 ay:39 (%97,5), 61-120 ay:97 (%92,4), 121-240 ay:121 (%87,1), 241-300 ay:117 (%97,5), 301 ay üzeri:102 (%95,3) olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 2-5 yıl ve 20-25 yıl arası çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır (Çizelge 4.25,p=0,029)

Çizelge 4.25. Acil çağrı sistemini kullanmayı bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı

Çalışma süresi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
0-12 ay(0-1 yıl)	12	92,3	1	7,7	13	2,4
13-24 ay(1-2 yıl)	15	88,2	2	11,8	17	3,1
25-60 ay(2-5 yıl)	39	97,5	1	2,5	40	7,4
61-120 ay(5-10 yıl)	97	92,4	8	7,6	105	19,4
121-240 ay(10-20 yıl)	121	87,1	18	12,9	139	25,7
241-300 ay(20-25 yıl)	117	97,5	3	2,5	120	22,2
301 ay üzeri(25 yıl üzeri)	102	95,3	5	4,7	107	19,8
Toplam	503	93,0	38	7,0	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=14,04$ df=6 p=0,029

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:12 (%92,3), 13-24 ay:16 (%94,1), 25-60 ay:35 (%87,5), 61-120 ay:91 (%86,7), 121-240 ay:116 (%83,5), 241-300 ay:115 (%95,8), 301 ay üzeri:105 (%98,1) olarak saptanmış ve acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 25 yıl üzeri çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir (Çizelge 4.26,p=0,001).

Çizelge 4.26. Acil çağrıda iletişim birimini bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı

Çalışma süresi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
0-12 ay(0-1 yıl)	12	92,3	1	7,7	13	2,4
13-24 ay(1-2 yıl)	16	94,1	1	5,9	17	3,1
25-60 ay(2-5 yıl)	35	87,5	5	12,5	40	7,4
61-120 ay(5-10 yıl)	91	86,7	14	13,3	105	19,4
121-240 ay(10-20 yıl)	116	83,5	23	16,5	139	25,7
241-300 ay(20-25 yıl)	115	95,8	5	4,2	120	22,2
301 ay üzeri(25 yıl üzeri)	105	98,1	2	1,9	107	19,8
Toplam	490	90,6	51	9,4	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=21,91$ df=6 p=0,001

**Satır %

Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay:12 (%92,3), 13-24 ay:15 (%88,2), 25-60 ay:37 (%92,5), 61-120 ay:100 (%95,2), 121-240 ay:123 (%88,5), 241-300 ay:89 (%74,2), 301 ay üzeri:102 (%95,3) olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 5-10 yıl ve 25 yıl üzeri çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha fazla oranda bildikleri saptanmıştır (Çizelge 4.27,p=0,0001).

Çizelge 4.27. Acil çağrı tanımlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımı

Çalışma süresi	Bilen		Bilmeyen		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
0-12 ay(0-1 yıl)	12	92,3	1	7,7	13	2,4
13-24 ay(1-2 yıl)	15	88,2	2	11,8	17	3,1
25-60 ay(2-5 yıl)	37	92,5	3	7,5	40	7,4
61-120 ay(5-10 yıl)	100	95,2	5	4,8	105	19,4
121-240 ay(10-20 yıl)	123	88,5	16	11,5	139	25,7
241-300 ay(20-25 yıl)	89	74,2	31	25,8	120	22,2
301 ay üzeri(25 yıl üzeri)	102	95,3	5	4,7	107	19,8
Toplam	478	88,4	63	11,6	541	100,0

*Sütun %

 $\chi^2=34,23$ df=6 p=0,0001

**Satır %

4.2. Tartışma

Çalışmamıza katılan sağlık personellerinden %28,5'i erkek, %71,5'i ise kadın idi. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı faaliyet raporuna göre Türkiye'de fiili çalışan sağlık personellerinin %44'ünün erkek, %56'sının ise kadın olduğu belirtilmiştir.¹³ Bizim çalışmamızdaki kadın oranının yüksek olmasının nedeni araştırmamıza katılan çalışanlar içerisinde Hemşire sayısının fazla olmasından kaynaklandığını düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımı; $37,0 \pm 12,6$ (min:17, maks:62), ortalanca yaş 37 idi. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de sağlık çalışanlarının yaş dağılımı; %12'si 21-25 yaş, %16'sı 26-30 yaş, %16'sı 31-35 yaş, %19'u 36-40 yaş, %27'si 41-50 yaş, %10'u ise 51 yaş ve üzeri olarak belirtilmiştir.¹³ Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması Türkiye'de çalışan sağlık çalışanlarının yaş dağılımında %19'luk kısma karşılık gelmektedir. Çalışmamıza katılanlardan %75,6'sı evli, %21,8'i bekar, %0,4'ü nişanlı ve %2,2'si dul olduğunu belirtmiştir. Evli olan 409 katılımcının çocuk sayısı; $2 \pm 1,9$ (min:1,

maks:5) olarak bildirilmiştir. 2013 yılında Türkiye’de 25 ilde yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında ise katılımcıların %76,6’sı evli, %23,4’ü ise bekar olduklarını belirtmişlerdir.¹¹ Mevcut çalışma ile çalışmamız arasında katılımcıların evli ve bekar çalışan oranları birbirine çok yakınlık göstermektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; % 1,7’si İlkokul, % 0,9’u Ortaokul, % 13,5’i Lise, % 24,2’si Ön Lisans, % 51,2’si Lisans, % 6,3’ü Yüksek Lisans, % 0,6’sı Doktora ve % 1,7’si Uzmanlık eğitime sahip olduklarını bildirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de fiili çalışan sağlık personellerinin %18’inin İlköğretim, %17’sinin Lise, %14’ünün Ön Lisans, %33’ünün Lisans, %17’sinin ise Yüksek Lisans eğitime sahip oldukları belirtilmiştir.¹³ Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının Türkiye genelindeki sağlık çalışanlarına oranla eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; % 2’si Uzman Hekim, % 55,5’i Hemşire, % 0,7’si Eczacı, % 2,6’sı Ebe, % 10,2’si Sağlık Memuru, % 0,6’sı ATT-Paramedik, % 4,3’ü Teknisyen, % 7,9’u Tekniker, % 1,7’si İdari Personel, % 4,4’ü Hizmetli Personel, %10,3’ü Psikolog, Biyolog, Sosyolog, Veteriner Hekim, Laboratuvar Teknisyeni, Tıbbi Sekreter, İşçi ve Personel unvanlarına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Türkiye’de ise 2018 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre fiili çalışan sağlık personellerinden %6,8’inin Uzman Hekim, %20’sinin Hemşire, %0,4’ünün Eczacı, %8,4’ünün Ebe,%11,3’ünün Sağlık Memuru, %6,2’sinin Sağlık Teknikeri, %5’inin Genel İdare Hizmetleri Sınıfı, %1,8’inin Sağlık Hizmetleri Sınıfı, %3,4’ünün ise Yardımcı Hizmetler Sınıfında olduğu belirtilmiştir.¹³ Türkiye geneli sağlık çalışanları meslek gruplarına göre çalışmamıza katılan sağlık meslek mensuplarının çeşitliliğini ve oransal olarak ta yüksek olduğunu görülmüştür.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; % 2,4’ü çalışma süresinin 0-1 yıl olduğunu, % 3,1’i çalışma süresinin 1-2 yıl olduğunu, % 7,4’ü çalışma süresinin 2-5 yıl olduğunu, % 19,4’ü çalışma süresinin 5-10 yıl olduğunu, % 25,7’si çalışma

süresinin 10-20 yıl olduğunu, % 22,2'si çalışma süresinin 20-25 yıl olduğunu ve % 19,8'i ise çalışma süresinin 25 yıl ve üstünde olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de fiili çalışan sağlık personellerinin hizmet sürelerinin ise %40'ının 0-3 yıl, %11'inin 4-6 yıl, %15'inin 7-10 yıl, %5'inin 11-15 yıl, %7'sinin 16-20 yıl, %21'inin 21 yıl ve üzerinde olduğu belirtilmiştir.¹³ Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin Türkiye'de çalışan sağlık personellerinin hizmet sürelerine oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; % 4,6'sı Acil Serviste, % 49,7'si Kliniklerde, % 5,2'si Polikliniklerde, % 5'i Görüntüleme, % 8,1'i Laboratuvar, % 3'ü Ameliyathanede, % 0,2'si FTR' de, % 5,2'si İdari birimlerde ve % 19'u EKT, Eczane, Yoğun bakım, Sterilizasyon, Kan alma ve Sosyal hizmetler birimlerinde çalıştıklarını bildirmişlerdir. 2013 yılında Türkiye'de 25 ilde yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında ise katılımcıların %18,7'si Acil Serviste, %33,3'ü Kliniklerde, %3,2'si Polikliniklerde, %8'i Laboratuvar/Röntgen/Radyoloji birimleri, %12,2'si Ameliyathane/Yoğun Bakım ve %13,2'si ise İdari birimlerde çalıştıklarını belirtmişlerdir.¹¹ Mevcut çalışmaya oranla çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı Kliniklerde görev yapmaktadır.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları günlük çalışma süresinin; $8,0 \pm 3,9$ (min:6, maks:16) saat olduğunu, haftalık çalışma süresinin ise; $41,0 \pm 15,4$ (min:30, maks:72) saat olduğunu bildirmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından; %97,8'i çalıştıkları hastanede acil çağrı durumları ile ilgili düzenleme olduğunu bildirmiştir. Bunlardan %85,8'i beyaz kod sisteminin tam olarak uygulandığını, % 90,6'sı mavi kod sisteminin tam olarak uygulandığını, %74,1'i pembe kod sisteminin tam olarak uygulandığını ve %77,3'ü kırmızı kod sisteminin tam olarak uygulandığını belirtmiştir. % 78'i çalıştıkları kurumlarda acil çağrı durumları ile ilgili sistemlerin (telefon, anons, buton vb.) yeterli olduğunu, % 90,5'i acil çağrı durumları ile ilgili yıllık eğitimlerin kendilerine verildiğini, % 93'ü acil çağrı bildirimi yapılması gereken durumları

bildiğini, % 90,6'sı acil çağrı bildirimini için iletişime geçeceği birimi bildiğini, %35,5'i acil çağrı durumlarında mağdura verilen maddi ve manevi desteğin yeterli olduğunu, % 59'u ise acil çağrı durumlarından (beyaz kod, mavi kod, pembe kod, kırmızı kod vb.) herhangi birini kullandığını bildirmiştir. Bunlardan %15,9'u beyaz kodu kullandığını, %37,4'ü mavi kodu kullandığını, %3,5'i pembe kodu kullandığını, %2,2'si ise kırmızı kodu kullandığını belirtmiştir. %41'i ise acil çağrı durumlarından herhangi birini kullanmadıklarını bildirmişlerdir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından %88,3'ü acil çağrı durum uyarı sistemlerinden bir veya birden fazlasının tanımlarını bildiklerini bildirmişlerdir. %11,7'si ise bu tanımlamaları bilmediklerini bildirmişlerdir. %2'si sadece beyaz kodu, %0,7'si sadece mavi kodu, %0,2'si sadece kırmızı kodu, %3'ü beyaz kod ve mavi kodu, %0,2'si mavi kod ve kırmızı kodu, %2,2'si beyaz kod, mavi kod ve pembe kodu, %0,7'si beyaz kod, mavi kod ve kırmızı kodu, %79,3'ü beyaz kod, mavi kod, pembe kod ve kırmızı kodu bildikleri tespit edilmiştir.

Katılımcılardan %84,3'ü acil çağrı durum uyarı sistemi amacıyla telefon üzerinden uygulama yapan hastanelerde kullanılan telefon numaralarından bir veya birden fazlasını bildikleri tespit edilmiştir. %15,7'si ise kullanılan telefon numaralarının hiçbirini bilmedikleri tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından hastanelerde kullanılan acil çağrı durum ve telefon numaralarını bilenlerden: %97,8'i Beyaz Kod (1111) telefon numarasının kullanıldığını; %98'i Mavi Kod (2222) telefon numarasının kullanıldığını; %90,4'ü Pembe Kod için (3333) telefon numarasının kullanıldığını; %63,8'i Kırmızı Kod için ise kurumsal özel telefon numaralarının kullanıldığını bildirmişlerdir. Kırmızı Kod için kullanılan telefon numaralarının hastaneler arasında farklılık gösterdiği ve ulusal düzeyde de bir standardizasyon olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamıza benzer şekilde 2013 yılında Türkiye'de 25 ilde yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında katılımcıların %63,3'ü güvenlik önlemlerinin(güvenlik görevlileri, beyaz kod, çalışan hakları birimi, kamera sistemleri) yeterli olmadığını, %43,5'i ise şiddet olaylarını nasıl rapor edeceği

konusunda bilgilendirilmediğini ifade etmişlerdir.¹¹ Mevcut çalışmaya oranla bizim çalışmamızda beyaz kod uygulamalarının, acil çağrı durumları ile ilgili eğitimlerin ve katılımcıların acil çağrı durumları ile ilgili bilgi düzeylerinin fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından %50,4'ü fiziksel ya da sözel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Şiddete maruz kalanlardan %74,4'ü kadın, %25,6'sının erkek çalışan olduğu tespit edilmiştir. %49,5'i fiziksel veya sözel şiddete maruz kalmadıklarını bildirmiş, bunlardan %68,7'sinin kadın, %31,3'ünün ise erkek çalışan olduğu saptanmıştır. Bunlardan %52,4'ü son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10) şiddete maruz kaldığını, %26,4'ü son üç yılda; 1 ± 4 (min:1; maks:5) şiddete maruz kaldığını, %21,2'si son beş yılda; 1 ± 5 (min:1; maks:10) şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde 2013 yılında Türkiye'de 25 ilde yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında ise katılımcıların %86,8'inin meslek hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığı, %13,2'sinin ise hiç şiddete maruz kalmadığı belirtilmiştir. Meslek hayatı boyunca hiç şiddete maruz kalmadığını belirten kadın sağlık çalışanlarının oranı %9,5, erkek sağlık çalışanlarının oranı ise %20,9 olarak belirtilmiştir. Şiddet mağdurlarının %30'u 1-3 kez, %16,5'i 4-6 kez, %9'u 7-10 kez, %30,8'i ise 11 kez ve daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.¹¹ Mevcut çalışmada ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere şiddet mağduru olanların büyük çoğunluğunun kadın sağlık çalışanları olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin ise Türkiye genelinde fiili çalışan sağlık personelleri içerisinde kadın çalışan oranının fazla olması ve kadın çalışanların fiziksel yapıları itibarı ile daha kolay hedef olarak görülmeleri olabilir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarından %38,5'i şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, %61,5'i ise maruz kaldığı şiddet olaylarının bildirimini yaptığını belirtmiştir. Bunlardan %56,7'si son bir yılda; 2 ± 8 (min:1, maks:10) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, %24,5'i son üç yılda; 4 ± 14 (min:1,

maks:100) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını, %18,8'i son beş yılda; 2 ± 6 (min:1, maks:30) şiddete maruz kalıp bildirim yapmadığını belirtmiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanları fiziksel veya sözel şiddete maruz kaldıkları halde, bildirim yapmamalarının bir veya birden çok sebeplerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bunlardan %10,3'ü şiddet olayından etkilendiği için bildirim yapmadığını, %3,5'i şiddet bildirim süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı için bildirim yapmadığını, %7,6'sı bildirim yapmak için zaman ayırmak istemediğini, %24,5'i saldırganın davranışlarını hastalığı nedeni ile hoşgörü ile karşıladığını, %13'ü mahkeme sürecinde saldırgan ile karşılaşmak istemediğini, %15,5'i mahkeme sonucundan memnun kalmayacağını düşündüğünü, %7,1'i görev icabı saldırgan ya da yakınları ile tekrardan karşılaşabileceğini, %13,6'sı hasta veya yakınlarının hastalığı nedeni ile o anda ne yaptığını bilmediklerini düşündüğünü, %4,9'u ise diğer nedenlerle (çalıştığı klinik gerekçesiyle, iş yoğunluğu nedeni ile mahkeme sürecinde adresinin açığa çıkabileceğini düşünmesi nedeni ile alışmış olma ve şiddetin oransal olarak düşüklüğü) bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza benzer şekilde Eyüpoğlu ve arkadaşları 2017 yılında Trabzon İl Ambulans Servisinde beyaz kod bildirim süreçleri çalışan görüşü alınması üzerine bir çalışma yapmıştır. Şiddete uğramış çalışanların yalnızca %36,3'lük kesiminin beyaz kod bildiriminde bulunduğu tespit edilmiştir. Beyaz kod bildirim yapmış olan katılımcıların %67,2'sinin mahkeme sürecinden memnun kalmadığı, %62,3'ünün ise beyaz kod bildirim hukuki sonucundan memnun kalmadığı sonucuna varılmıştır. %94,9 katılımcının beyaz kod bildirim süreciyle ilgili yüksek oranda bilgi düzeyine sahip olduğu halde, sonuçlanması zaman alan mahkeme süreçleri, saldırgan ve yakınları ile görev gereği tekrar karşılaşma durumunda tepki oluşma ihtimalinden çekinme, mahkeme sonucundan memnun kalınmayacağı düşüncesi gibi nedenlerle bildirim yapmaktan kaçındığı tespit edilmiştir.¹⁴ Mevcut çalışmada görüldüğü üzere bizim çalışmamızda da şiddet mağdurlarının beyaz kod bildirim yapmamalarının nedenleri arasında mahkeme sonucundan memnun

kalınmayacağı düşüncesinin, mahkeme sürecinde saldırgan ile karşılaşmak istememe düşüncesinin, görevi gereği saldırgan ve yakınları ile tekrardan karşılaşabileceği düşüncelerinin oransal olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların mesleğe göre dağılımında; Hekim %75, Hemşire-Ebe %58, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %42,2, Psikolog-Biyolog-Eczacı %28,6, İdari Personel %30, Hizmetli-İşçi %32,6 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda Hekim, Hemşire-Ebe gruplarının diğerlerine göre daha fazla şiddet mağduru olduğu ve farkın buradan kaynaklandığı belirlenmiştir (p=0,0001).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların çalışma yeri/birime göre dağılımında ise; Klinikler %61,6, Poliklinikler %53,6, Görüntüleme-Laboratuvar %31,6, İdari Birimler %25,0, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %28,9 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile şiddete uğrayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler ve Polikliniklerde çalışanların diğer çalışma yerlerine göre daha çok şiddet olaylarına maruz kaldıkları tespit edilmiştir (p=0,0001).

Çalışmamıza benzer şekilde 2013 yılında Türkiye’de 25 ilde yapılan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet araştırmasında meslek hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarından %94,9’unun Doktor, %93,3’ünün Hemşire ve %89,8’inin Ebe olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada şiddete uğrayanların çalışma yerine göre dağılımı ise %95,2 Acil servis, %92,5 Klinikler, %88,9 Laboratuvar/Röntgen/Radyoloji, %88,1 Ameliyathane/Yoğun Bakım, %87,5 Poliklinikler ve %57,9 idari birimler olarak belirtilmiştir.¹¹

Çalışmamıza benzer şekilde Çelebi ve arkadaşlarının 2014 yılında sağlık tesislerinde renkli kod uygulamaları Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı sağlık tesislerinde beyaz kod uygulaması örneği konulu çalışmalarında, 2013 yılının bir yıllık beyaz kod verileri ve kayıtları incelenmiştir. 2013 yılında toplam 65 beyaz kod olayı gerçekleştiği tespit edilmiş, en fazla şiddete maruz kalan sağlık çalışanının %43 hekimler, %20 ile hemşireler ve %18,4

ile diş hekimlerinin olduğu görölmüştür. şiddet olayının gerçekleştiği birimler incelendiğinde ise; şiddet olayının yoğun olarak gözlendiği %43 ile poliklinikler, %34 ile acil servisler ve %18 ile de servislerde meydana geldiği görölmüştür.¹⁵

Çalışmamıza benzer şekilde Kazandere 2016 yılında kamu hastanelerinde çalışanlara yönelik beyaz kod uygulaması konulu Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmış olduğu çalışmasında, 2015 yılında Nisan ve Mayıs aylarında 172 sağlık çalışanı ile yapmış olduğu çalışmasının analizini yapmıştır. şiddet olaylarının %21,5'inin acil serviste gerçekleştiği, %21,5'inin koridorda gerçekleştiği, %16,9'unun ise muayene odasında gerçekleştiği tespit edilmiştir.¹⁶

Mevcut çalışmalarda göröldüğu gibi bizim çalışmamızda da Hekim ve Hemşire-Ebe gruplarının diğer sağlık çalışanı gruplarına göre daha yüksek oranda şiddet mağduru olduğu, şiddet olaylarının yaşandığı çalışma alanları içerisinde Kliniklerin ve Polikliniklerin diğer birimlere göre daha fazla oranda olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin ise hasta ve hasta yakınları ile ilgilenen ve daha fazla zaman geçiren sağlık meslek mensuplarının Hekimler ve Hemşire-Ebe grupları olmasından kaynaklanabileceğini ve hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşlarında en fazla başvurduğu birimlerin Klinikler ve Poliklinikler olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Barın ve arkadaşları 2015 yılında panik buton uygulamasının beyaz kod çağrısına katkısı “Erciyes Tıp Örneği” üzerine bir çalışma yapmışlardır. 2015 yılının ilk yedi ayında personel tarafından panik buton uygulaması yapılan kayıtlar incelenmiş ve sonuçları analiz edilmiştir. Panik buton uygulamasına en fazla; kadınlar % 56.6, en sık ağrı yapılan saatler 10:00-10:59 %11.2, en fazla ağrı yapan meslek grubu tıbbi sekreterler %53.8, çağrının en fazla yapıldığı bölüm ise %14.7 acil tıp anabilim dalı olduğu saptanmıştır.¹⁷

Demirci 2016 yılında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde mavi kod çağrılarının nedenleri ve doğruluğu konulu çalışmasında Ocak 2007- Haziran 2015 tarihleri arasında verilen mavi kod anonslarını ve uygulamalarını retrospektif

olarak değerlendirmiştir. Belirlenen tarihler arasında toplam 761 mavi kod anonsu verilmiştir. En yüksek kod verilme nedeni olarak senkop (n=701) ve saturasyon düşüklüğü (n=212) olduğu görülmüştür. En yüksek kod veren çalışan grubunun hemşire (n=349) ve bu grubu (n=174) doktorlar izlemektedir. En fazla mavi kod (n=376) yataklı servislerde verilmiştir. Genel toplamda yanlış verilen mavi kod anons oranının %9.2 olduğu görülmüştür.¹⁸

Tosyalı ve arkadaşları 2016 yılında mavi kod uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi konulu çalışmada, Hatay Antakya Devlet Hastanesinde uygulanmakta olan mavi kod çağrı sisteminin 2013 ve 2014 yıllarına ait olan mavi kod bildirimlerini geriye dönük olarak incelemişlerdir. Belirlenen tarihlerde 222 mavi kod bildirimi yapılmıştır. Mavi kod çağrısının en çok gerçekleştiği servis dahiliye (68 adet) servsidir. Mavi kod çağrılarının %59'u mesai dışı saatlerde ve %41'i mesai içi saatlerde yapılmıştır. 2013 yılında yanlış çağrı oranı %9 olarak ve 2014 yılında bu oran %3.3 olarak tespit edilmiştir.¹⁹

Ulusal çaptaki literatür taramalarında, ağırlıklı olarak mavi kod ve beyaz kod üzerine yapılan çalışmalar dikkat çekmektedir. Özellikle mavi kodun aynı zamanda uluslararası bir acil çağrı durum kodu olması itibarı ile mavi kod üzerine yapılan çalışmaların daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamıza benzer çalışmalardan da görüldüğü üzere yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak beyaz kod ve mavi kod acil çağrı durumları üzerine yapıldığı, ulusal düzeyde pembe ve kırmızı kod acil çağrı durumları üzerine hemen hemen hiçbir bilimsel çalışma yapılmadığı gözlemlenmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmamızda da çalışanların büyük çoğunluğunun beyaz kod ve mavi kod acil çağrı durumlarını kullandıkları ve bu kodlar üzerine öneride bulundukları görülmektedir. Ancak ülkemizde son yıllarda artan hastane yangınları ve meydana gelen maddi ve manevi kayıplar kırmızı kod acil çağrı durumunun da en az diğer renkli kodlar kadar önemli olduğunu, bu konuda da yeterli düzeyde çalışma yapılması gerektiğini ve gerekli eksiklik ve aksaklıkların tespit edilerek ivedilikle önlem alınması gerektiğini bize göstermektedir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER**5.1. Sonuçlar**

Adana il merkezindeki bazı sağlık kurumlarında 2013-2017 yıllarındaki acil çağrı durumlarını araştırmak amacıyla yapmış olduğumuz çalışmamızda tespit edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Sağlık çalışanlarının acil çağrı bildirimlerini hangi durumlarda vereceğini bilmesinin cinse göre dağılımında; Erkek %92,2, Kadın %93,3 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,65$).
- Sağlık çalışanlarının acil çağrı bildirim durumlarında iletişime geçeceği birimi bilmesinin cinse göre dağılımında; Erkek %92,2, Kadın %89,9 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,41$).
- Sağlık çalışanlarının acil çağrı durumu uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin cinse göre dağılımında; Erkek %81,8, Kadın %85,3 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,31$).
- Sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalanların cinse göre dağılımında; Erkek %45,5, Kadın %52,5 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,14$).
- Sağlık çalışanlarında şiddete maruz kalanların çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %38,5; 13-24 ay %41,2; 25-60 ay %42,5; 61-120 ay %53,3; 121-240 ay %50,4; 241-300 ay %53,3; 301 ay üzeri %50,5 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,79$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %69,2; 13-24 ay %76,5; 25-60 ay %95,0; 61-120 ay %85,7; 121-240 ay %85,6; 241-300 ay %80,8; 301 ay üzeri %84,1 olarak saptanmış ve istatistiksel fark bulunmamıştır ($p=0,24$).

- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin cinsiyete göre dağılımı; Erkek %84,4; Kadın %92,0 olarak saptanmış ve cinsiyet ile acil çağrı durum uyarı sistemi tanımlarını bilenler arasında kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p=0,009$).
- Sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların mesleğe göre dağılımı; Hekim %75,0, Hemşire-Ebe %58,0, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %42,2, Psikolog-Biyolog-Eczacı %28,6, İdari Personel %30,0, Hizmetli-İşçi %32,6 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe gruplarının diğerlerine göre daha fazla şiddet mağduru olduğu ve farkın buradan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarından acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların mesleğe göre dağılımı; Hekim %50,0, Hemşire-Ebe %75,5, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %38,5, Psikolog-Biyolog-Eczacı %7,1, İdari Personel %30,0, Hizmetli-İşçi %37,0 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hemşire-Ebe grubunun diğer meslek gruplarına göre acil çağrı uyarı sistemlerini kullanmalarının farkı oluşturduğu saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim %91,7, Hemşire-Ebe %98,7, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %94,1, Psikolog-Biyolog-Eczacı %71,4, İdari Personel %60,0, Hizmetli-İşçi %71,7 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyenler gruplarının acil çağrı uyarı sistemlerini hangi durumlarda kullanacaklarını diğer meslek gruplarına göre daha yüksek oranda bildikleri ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,0001$).

- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim %100,0, Hemşire-Ebe %96,2, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %88,9, Psikolog-Biyolog-Eczacı %78,6, İdari Personel %45,0, Hizmetli-İşçi %78,3 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Çalışmamızda, Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen gruplarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla acil çağrı iletişim birimini bildikleri saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemindeki telefon numaralarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim %83,3, Hemşire-Ebe %94,3, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %81,5, Psikolog-Biyolog-Eczacı %57,1, İdari Personel %40,0, Hizmetli-İşçi %52,2 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen gruplarının diğerlerine göre acil çağrı numaralarını anlamlı olarak daha fazla bildikleri saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin mesleğe göre dağılımı; Hekim %91,7, Hemşire-Ebe %96,5, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen %86,7, Psikolog-Biyolog-Eczacı %92,9, İdari Personel %35,0, Hizmetli-İşçi %58,7 olarak saptanmış ve istatistiksel olarak fark gözlenmiştir. Hekim, Hemşire-Ebe, Sağlık Memuru-ATT-Teknisyen, Psikolog-Biyolog – Eczacı gruplarının diğer meslek gruplarına göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında şiddete uğrayanların çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %61,6, Poliklinikler %53,6, Görüntüleme-Laboratuvar %31,6, İdari Birimler %25,0, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %28,9 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile şiddete uğrayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir.

Klinikler ve Polikliniklerde çalışanların diğer çalışma yerlerine göre daha çok şiddet olaylarına maruz kaldıkları tespit edilmiştir ($p=0,0001$).

- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %69,4, Poliklinikler %50,0, Görüntüleme-Laboratuvar 34,2, İdari Birimler %46,4, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %46,1 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durum uyarı sistemlerinden en az birini kullananların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmektedir. Klinikler ve Polikliniklerde çalışanların diğer birimlere göre acil çağrı sistemlerini daha fazla oranda kullandıkları saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durum uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %97,6, Poliklinikler %89,3, Görüntüleme-Laboratuvar %92,1, İdari Birimler %89,3, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %76,3 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durum uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme-Laboratuvar ve idari birimlerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumları ile ilgili bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçeceği birimi bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %96,1, Poliklinikler %89,3, Görüntüleme-Laboratuvar %81,6, İdari Birimler %92,9, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %75,0 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme- Laboratuvar ve idari birimlerde

çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimle ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır ($p=0,0001$).

- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %97,0, Poliklinikler %67,9, Görüntüleme-Laboratuvar %68,4, İdari Birimler %71,4, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %55,3 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını bilenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kliniklerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinde kullanılan telefon numaralarını daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma yeri/birime göre dağılımı; Klinikler %95,2, Poliklinikler %82,1, Görüntüleme-Laboratuvar %84,2, İdari Birimler %92,9, Eczane-EKT-Sterilizasyon-Yardımcı Hizmetler %63,2 olarak saptanmış ve çalışma yeri/birimi ile acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Klinikler, Poliklinikler, Görüntüleme- Laboratuvar ve idari birimlerde çalışanların diğer birimlerde çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir ($p=0,0001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananların çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %46,2; 13-24 ay %35,3; 25-60 ay %62,5; 61-120 ay %50,5; 121-240 ay %57,6; 241-300 ay % 59,2; 301 ay üzeri %72,9 olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemlerinden en az birini kullananlar ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 25 yıl üzeri çalışanların

diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir ($p=0,010$).

- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %92,3; 13-24 ay %88,2; 25-60 ay %97,5; 61-120 ay %92,4; 121-240 ay %87,1; 241-300 ay %97,5; 301 ay üzeri %95,3 olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 2-5 yıl ve 20-25 yıl arası çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemlerinin kullanılma durumlarını daha yüksek oranda bildikleri saptanmıştır ($p=0,029$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %92,3; 13-24 ay %94,1; 25-60 ay %87,5; 61-120 ay %86,7; 121-240 ay %83,5; 241-300 ay %95,8; 301 ay üzeri %98,1 olarak saptanmış ve acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 25 yıl üzeri çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı durumunda iletişime geçilecek birimi daha yüksek oranda bildikleri tespit edilmiştir ($p=0,001$).
- Sağlık çalışanlarında acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenlerin çalışma süresine göre dağılımında; 0-12 ay %92,3; 13-24 ay %88,2; 25-60 ay %92,5; 61-120 ay %95,2; 121-240 ay %88,5; 241-300 ay %74,2; 301 ay üzeri %95,3 olarak saptanmış ve acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını bilenler ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. 5-10 yıl ve 25 yıl üzeri çalışanların diğer çalışanlara göre acil çağrı uyarı sistemi tanımlarını daha fazla oranda bildikleri saptanmıştır ($p=0,0001$).

5.2. Öneriler

- Araştırmamızı yaptığımız hastanelerin 2013-2017 yılları acil çağrı kayıtlarını yıllara göre incelendiğinde; beyaz kod, mavi kod, pembe kod ve kırmızı kod kayıtlarının düzenli tutulmadığı, kayıtlarla ilgili istatistik bilgilerin oluşturulmadığı ve dijital ortama aktarım yapılmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle acil çağrı durum kayıtları daha düzenli tutulmalı, dijital ortama aktarım yapılarak aylık ve yıllık istatistikler yapılmalı eksiklikler giderilmelidir.
- Son yıllarda yapılan beyaz kod ve mavi kodla ilgili yasal düzenlemelere rağmen çalışmamızı yaptığımız hastanelerde yıllara göre beyaz kod ve mavi kod sayılarında artış olduğu görülmüştür. Bunlarla ilgili kök-neden analizleri yapılarak düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılması sağlanmalıdır.
- Acil çağrı durumları ile ilgili yıllık tatbikatlar düzenli yapılmalı ve kayıtları düzenli tutulmalıdır.
- Acil çağrı durumları ile ilgili yıllık eğitimlerin çalışanlara teorik ve uygulamalı olarak düzenli verilmesi sağlanmalıdır.
- Acil çağrı durumlarında mağdura verilen maddi ve manevi destekle ilgili yasal düzenlemeler iyileştirilmeli, hastane idareleri tarafından mağdura sahip çıkılmalıdır.
- Beyaz Kod, Mavi Kod ve Pembe Kod çağrıları için kullanılan telefon numaralarının araştırmamızı yaptığımız hastanelerde standart olmasına rağmen Kırmızı Kod için kurumsal özel telefon numaralarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Kırmızı Kod için kullanılan telefon numaralarının da tüm hastanelerde standardizasyonu sağlanmalıdır.
- Şiddete büyük oranda maruz kalan sağlık meslek mensuplarına hasta ve yakınlarına yaklaşımla ilgili, acil durumlarda yapılması gerekenler ve öfke kontrolü ile ilgili eğitimler verilmelidir.

- Şiddet olaylarının çoğunlukla yaşandığı çalışma alanlarına yönelik fiziksel düzenlemeler(kaçış kapıları, panik buton vb.) yapılmalıdır.
- Hastanelerde özellikle şiddet olaylarının yaşandığı birimlerdeki güvenlik sayıları arttırılmalıdır.
- Şiddet olaylarına daha hızlı müdahale için gerekli ekip ve ekipmanla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastanelerde görev yapan güvenlik personellerinin yetkileriyle ilgili kapsamlı bir yasal düzenleme yapılmalıdır
- Beyaz kod uygulamasındaki prosedürler azaltılmalı, kısa ve net olmalı, şiddete uğrayan sağlık çalışanı daha çok mağdur edilmemelidir.
- Şiddet mağdurunun mahkeme sürecinde saldırgan ve yakınları ile yeniden karşılaşmaması için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır
- Görevi gereği şiddet mağdurunun saldırganla yeniden karşılaşmaması için hastane idarelerince gerekli önlemler alınmalıdır.
- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına danışmanlık ve psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Şiddeti uygulayan kişilere maddi ve manevi caydırıcı uygulamalar getirilmelidir.

Sonuç olarak, acil çağrı durumu sistemlerinin hasta ve çalışan sağlığının korunması, sürdürülmesi, sağlık hizmetinin devamlılığının ve çalışma ortamı güvenliğinin sağlanması açısından çok önemli olduğu bir gerçektir. Bu nedenle acil çağrı sistemleri ilgili sağlık kuruluşlarındaki eksiklikler ve aksaklıklar tüm yönleriyle ele alınmalı ve sağlık camiası içerisinde bulunan bütün tarafların katkıları ile gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği. 20.03.2015 tarih ve 29301 sayılı Resmi Gazete.
- 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. 16.05.2014 tarih ve 29002 sayılı Resmi Gazete.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete.
- Çalışan Güvenliği Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, 14.05.2012, 30.09.2015-Güncelleme.
- Biçer S, Kızmaz S. Antalya 112 Acil Çağrı Merkezi Personellerinin Hedef Kitle İle İletişim Sürecinde Yaşadıkları Problemler: Nitel Bir Araştırma. Atatürk İletişim Dergisi Sayı 14/2017 Sağlık İletişimi Özel Sayı, s. 231-60.
- Apak A, Üstüoğlu İ. Türkiye İçin Yeni Nesil Acil Çağrı Sistemi. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, GU J Sci, Part C, 2017;5(3): s.127-37.
- The Hospital Incident Command System (HICS) Guidebook, 2015.
- Healthcare Emergency Codes: A Guide for Standardization, İnternet: http://www.hasc.org/sites/main/files/fileattachments/2014_emergency_codes_final_5_15_14_0.doc, Erişim: 08.08.2019.
- Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme, İnternet: www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_aralik_2011/0912kalite.pdf, Erişim: 10.08.2019.
- Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Ar-Ge Birimi, Yayın No: 20, Kasım 2013, Ankara
- Eğici M.T., Öztürk G.Z. Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ankara Med J, 2018;(2):224-31_Doi: 10.17098/amj. 436537

- T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 yılı Faaliyet Raporu İnternet: <https://www.saglik.gov.tr/>, Erişim: 14.08.2019.
- Eyüpoğlu S.M., Kuru E., Karaca R., Uslu Y.E. Trabzon İl Ambulans Servisinde Beyaz Kod Bildirimi Süreçleri Çalışan Görüşü Alınması Üzerine Bir Çalışma, 2017.
- Çelebi B., Kara F. G. Sağlık Tesislerinde Renkli Kod Uygulamaları Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne Bağlı Sağlık Tesislerinde Beyaz Kod Uygulaması Örneği, 2014.
- Kazandere H. Kamu hastanelerinde Çalışanlara Beyaz Kod Uygulaması: Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Uygulama, 2016.
- Barın İ., Yenisu M., Doğru K., Borlu M., Özyurt Ö. Panik Buton Uygulamasının Beyaz Kod Çağırısına Katkısı “Erciyes Tıp Örneği”, 2015.
- Demirci M. A. Mavi Kod Çağrılarının Nedenleri ve Doğruluğu Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, 2016.
- Tosyalı C., Numanoglu M. Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi Hatay Antakya Devlet Hastanesi, 2016.
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Konulu Genelge. T.C. Sağlık Bakanlığı, 16.03.2016/ 11045126-010.06.
- Mavi Kod Uygulamaları Konulu Yazı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 11.08.2017 /44307383/319.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29/04/2009 tarih ve 27214 sayılı Resmi Gazete.
- <https://www.afad.gov.tr>, Erişim: 11.08.21019.

ÖZGEÇMİŞ

01.01.1983 Kozan/ADANA doğumlu olan araştırmacı ilk , orta ve lise öğrenimini aynı şehirde, tamamlamıştır. 2000 yılında kazandığı Niğde Üniversitesi, Aksaray Sağlık Yüksek Okulundan 2004 yılında Sağlık Memuru ünvanı ile mezun olmuştur. 2010 yılında Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi, Zootečni Bölümüne başlamış ve 2014 yılında Ziraat Mühendisi ünvanı ile mezun olmuştur 2017 yılında Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans öğrenimine başlamıştır 2008 yılından bu yana Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Sağlık Memuru olarak görev yapmaktadır.