

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIKTA ULUSAL KODLAR: SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEYHAN ERTOSUN

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



SAĞLIKTA ULUSAL KODLAR: SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEYHAN ERTOSUN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İtir ERKAN
Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Yunus ADIGÜZEL
Jüri Üyesi: Doç. Dr. Serkan ETİ

İSTANBUL, 2025

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 22111103014 numaralı öğrencisi Seyhan ERTOSUN'un “Sağlıkta Ulusal Kodlar: Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri Üzerine Araştırma ” adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunu 29.07.2025 tarih ve 2025/18 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliğiyle Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19.08.2025

Doç. Dr. İtir ERKAN
Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serkan ETİ
Jüri Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Yunus ADIGÜZEL
Jüri Üyesi

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tezde;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

19.08.2025

Seyhan ERTOSUN

ÖNSÖZ

Bazı çalışmalar, hazırlayanlardan çok, hazırlayana destek olanlara aittir. Bu çalışmada, benden daha çok bana destek olan kişilerin sayesinde ortaya çıkmıştır. Yüksek lisans yapma kararını verdiğim dönem benim açımdan duygusal ve stresli bir dönemdi. Bu dönemde bir çok kişi destek oldu ama özellikle iki kişinin adının daha fazla anılması gerektiğini düşünüyorum.

Bu kişilerden ilki, Annem Semiha ERTOSUN'dur. Hastalığı sürecinde sağlık alanında yüksek lisans eğitim almamı ve kendisine olduğum gibi insanlara yardımcı olmamı istemişti. Bu isteği ile yüksek lisans eğitimine başladım. Ancak kendisi ne yazık ki ilk dönemin bittiğini göremeden vefat etti. Ancak inanıyorum ki bu gün bu çalışma ile birlikte eğitimi tamamladığımı görecektir.

İkinci olarak hocam Doç. Dr. İtir ERKAN'dır. İtir hocam çalışmamın sağlıklı ve hızlı tamamlanabilmesi için her türlü yardımı esirgemediği gibi yüksek lisans eğitimim sırasında da çok büyük destekleri olmuştur. Özellikle annemin rahatsızlığının arttığı ve vefat ettiği dönemde ders sürecinde de verdiği destekleri unutmayacağım.

Çalışmanın ortaya çıkmasında etkisi olan kardeşim Cihan ERTOSUN, arkadaşım Cenk Ali NEVRUZ ve destek olan tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2025

Seyhan ERTOSUN

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Sistemi Kavramı, Sınırları ve Kapsamı.....	4
2.2. Sağlık Sisteminin Amaçları.....	5
2.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	7
2.3.1. Sağlık Sistemin Hizmet Bileşenleri	8
2.3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
2.3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10
2.3.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	10
2.3.2. Sağlık Sistemi Çalışanları.....	11
2.3.2.1. Sağlık Profesyonelleri.....	11
2.3.2.2. Sağlık Sisteminde Görev Alan Diğer Çalışanlar	12
2.4. Sağlık Sisteminin Karşılaştığı Tehlike ve Riskler	12
2.4.1. Biyolojik Riskler.....	13
2.4.2. Kimyasal Riskler	14
2.4.3. Fiziksel Riskler	14
2.4.4. Psiko-Sosyal Riskler.....	14
2.4.5. Sağlıkta Şiddet.....	15
2.4.5.1. Şiddetin Türleri	16
2.4.5.2. Şiddetin Boyutları.....	18

2.5. Renkli Kod Uygulaması Gerekçesi ve Dünyada Renkli Kod Uygulama Örnekleri.....	22
2.5.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD).....	22
2.5.2. Kanada	23
2.5.3. Avusturalya.....	24
2.6. Türkiye’de Uygulanan Renkli Kod Uygulaması ve Hukuki Dayanağı	25
2.6.1. Beyaz Kod	27
2.6.2. Mavi Kod.....	30
2.7.3. Pembe Kod	32
2.7.4. Kırmızı Kod	33
2.7.5. Turuncu Kod	33
2.7.6. Sarı kod	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Önemi ve Literatüre Katkısı.....	35
3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi Sınırları.....	35
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	36
3.4. Veri Toplama Aracı ve Süreci.....	37
3.5. Verilerin Analizi	37
3.5.1. Verilerin Analize Elverişli Hale Getirilmesi	37
3.5.1.1. Uç Değer Analizi.....	37
3.5.1.2. Normal Dağılıma Uygunluk	38
3.5.2. Örneklem Ait Demografik Özellikler	44
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
3.8. Araştırmanın Bütçesi	45
4. BULGULAR	46
4.1. Anket Sorularına Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi	46
4.2. İstatistik Analizler	51
4.2.1. Renkli Kod Eğitimi Almanın Bölümlere Göre Farklılığının Analizi	51
4.2.2. Renkli Kod Eğitimi Alınan Yerin Bölümlere Göre Farklılığının Analizi	51

4.2.3. Renkli Kodun Veriliş Şekillinin Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi.....	52
4.2.4. Kodların Doğru Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi	53
4.2.5 Önermelere Verilen Yanıtların Bölümlere Göre Fark Analizleri	53
4.2.6. Önermelere Verilen Yanıtların Renkli Kod Eğitim Alam Durumuna Göre Homojenliği	56
5. TARTIşMA VE SONUÇ.....	58
6. KAYNAKLAR	64
EKLER.....	75



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: ABD’de Renk Kodları	22
Tablo 2.2: Kanada’da Renk Kodları	23
Tablo 2.3: Avusturalya’da Renk Kodları	24
Tablo 2.4: Türkiye’de Renkli Kodlar	25
Tablo 4.1: Renkli Kod Telefon Kodları	49
Tablo 4.2: Sağlıkta Ulusal Kodlar Formu Sonuçları.....	49
Tablo 4.3: Renkli Kod Eğitimi Almanın Bölümlere Göre Farklılığının Analizi	51
Tablo 4.4: Renkli Kod Eğitimi Alınan Yere Göre Farklılığının Analizi	52
Tablo 4.5. Renkli Kodun Veriliş Şeklinin Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi.....	53
Tablo 4.1. Kodların Doğru Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi.....	54
Tablo 4.7. Devam Edilen Bölüme Göre Fark Analizi.....	55
Tablo 4.8: Renkli Kod Eğitim Alma Durumuna Göre Yanıtların Homojenliği.....	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. WHO Sağlık Sistemi Çerçevesi.....	6
Şekil 2.2. Kardiyak Arrest Yaşam Zinciri.....	32



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
HASC	: Güney Kaliforniya Hastaneler Birliği
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
KA	: Kardiyak Arrest
KPA	: Kardiyopulmoner Arrest
NIOSH	: Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (The National Institute for Occupational Safety and Health)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

SAĞLIKTA ULUSAL KODLAR: SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Renkli kodların amacı personele kesin acil durum bildirimi sağlamak, panik ortamı oluşmadan hızlı ve etkili müdahaleyi koordineli olarak sağlamaktır. Bu çalışmada, sağlık bilimleri lisans öğrencilerinin renkli kodlar konusundaki bilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Sağlık çalışanları açısından önemli bir uygulama olan ulusal kod uygulamasının, sağlık alanında eğitim göre ve kısa süre sonra sağlık çalışanı olacak genç meslek adaylarının algısını tespit edebilmek amacı ile anket uygulaması yapılmıştır. Anket çalışması 01.04.2024 – 01.06.2024 tarihleri arasında, İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesinde eğitim alan 124 öğrenciye uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 24.0 programında analiz edilmiş olup Kruskal-Wallis ve Normal Dağılım testleri uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin renkli kodların gerekliliğine olan düşüncelerinde bölümlere göre fark yoktur. Öğrencilerin beyaz kod bilgisinin diğer kodlara göre daha yüksek seviyede olduğu tespiti edilmiştir. katılımcıların %96,7'si, renkli kod uygulamasının önemli olduğunu, %91,1'i sağlık personeline karşı şiddet eylemine karşı gerekli kod bildirimini yapabileceğini ifade etmektedir. bebek / çocuk kaçırılma durumu ile karşılaşıldığında katılımcıların %3,2'si bildirim konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir. Araştırma sonuçlarına göre analizin gerçekleştiği Üniversitenin öğrencilerinin renkli kodlar konusunda bilgilerinin olduğu tespit edilmiş ancak bazı öğrencilerde kararsızlık ve endişe taşındığı tespit edilmiştir. Konu hakkında sağlıkla ilgili bölüm öğrencilerine yeterli bilgilendirmenin yapılması ve eğitimlerin davranış değişikliğine yol açacak ölçüde olması, sağlık kurumlarında yaşanacak acil vakalarının çözümlenmesinde büyük önem taşıyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ulusal Kod, Renkli Kod, Beyaz Kod, Pembe Kod, Mavi Kod.

Seyhan ERTOSUN, 2025

ABSTRACT

NATIONAL CODES IN HEALTH: A STUDY ON FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

The purpose of color codes is to provide definitive emergency notification to personnel and to ensure rapid and effective coordinated response without creating panic. This study was conducted to determine the knowledge level of health sciences undergraduate students regarding color codes. A survey was conducted to determine the perceptions of young candidates studying in the health field and soon to be healthcare professionals regarding the implementation of the national code, a crucial practice for healthcare professionals. The survey was administered to 124 students studying at the Faculty of Health Sciences at a university in Istanbul between April 1, 2024, and June 1, 2024. The data were analyzed using SPSS 24.0, and Kruskal-Wallis and Normal Distribution tests were applied. According to the analysis results, there was no difference in health sciences faculty students' perceptions of the necessity of color codes across departments. It was determined that students' knowledge of the white code was higher than that of other codes. 96.7% of participants stated that the implementation of the color code was important, and 91.1% stated that they would report the necessary code in case of violence against healthcare personnel. In the event of a baby/child abduction, 3.2% of participants indicated they were hesitant to report it. The study results indicated that students at the university where the analysis was conducted were familiar with color codes, but some students expressed uncertainty and concerns. Providing adequate information to students in health-related departments on the subject and ensuring that training is sufficient to lead to behavioral changes will be crucial for resolving emergencies in healthcare institutions.

Keywords: National Code, Color Code, White Code, Pink Code, Blue Code.

Seyhan ERTOSUN, 2025

1. GİRİŞ

I. Sanayi Devrimi ile birlikte sadece bazı ayrıcalıklı kesimlerin sahip olduğuna inanılan sağlıklı olma hakkına dair görüşler, aradan geçen sürede tüm insanlara ait bir hak olduğu şeklinde evrilmiştir. Tarihsel süreçte öncelikle soylulara, daha sonrasında ise aristokrat ve seçkin askeri yöneticiler ile dini önderlerin sahip olduğu düşünülen sağlıklı olma hakkı, sanayi devriminin yayılması ve gelişmesi ile ortaya çıkan yeni düşünsel evrim neticesinde artık anne karnında cenin olmakla kazanılan bir hak olarak görülmeye başlamıştır (Nevruz, 2021). Bu nedenledir ki sağlık hiçbir din, mezhep, dil, ırk, politik düşünce, maddi - manevi durum ayırımı fark gözetmeksizin, insanın “insan” olmasından kazandığı en temel haklardan biri olduğu kabul edilmiştir. Bu düşünsel evrim neticesinde sağlık hakkı, ilk kez 1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) anayasasında; hukuki olarak önemli, güçlü ve etkili bir belgede yer verilmiştir (Metin, 2017).

Sağlıklı olma hakkı, sağlık hizmetlerinin gelişmişliğine bağlı olarak güçlü ve istenilen ölçülerde kullanılabilmektedir. Sağlık hizmetleri, hastalıklara tanı ve teşhis koymaktan, hastalıkların tedavisini uygulamaya; hastaların ve hastalıkların rehabilite edilmesinden, hastalıkların önlenmesini sağlayacak tedbirlerin alınmasına kadar geniş çalışma alanını kapsamaktadır. Başka deyişle ifade edilecek olunursa sağlık hizmetleri; toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyon edilmesi amacı ile sağlık personelinin sağlık kurumlarında sunmuş olduğu hizmetlerin bütünü tanımlamak için kullanılmaktadır (Yıldırım & Kavuncubaşı 2010). Sağlık hizmetleri sağlık kurumları aracılığı ile sunulmaktadır. Sağlık kurumlarının amaçları; insanların öncelikle hayatını korumak ve kurtarmak daha sonra kendi kurumsal otoritesini ve birimlerini iyi bir şekilde organize ederek sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlamak, sağlık hizmeti vermeyi engelleyecek durumları ortadan kaldırılmak olarak sıralandığı görülmektedir (Karahüseyinoğlu, 2021).

Çalışan Güvenliği kavramı, WHO tarafından “çalışan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunun üst düzeye çıkartılması, çalışanın sağlığında meydana gelebilecek risklerin en aza indirilmesi için koruyucu önlemlerin alınması ve uygulanması, çalışanın işine, işin çalışana uygun olması” olarak tanımlamaktadır (Metin, 2017).

Modern iş hayatında iş süreçlerinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için çalışanların ve çalışanların çevrelerinin sağlık durumlarının takibi ve kontrolü büyük önem taşımaktadır. Konunun önemi, farklı alan araştırmacıların bu konuya olan ilgisini arttırmıştır. Böylece hastanelerden hizmet alan hastaların ve bu hastalara hizmet veren iş görenlerin güvenlik ve sağlıklarının takibi daha çok önem veren araştırmalar hazırlanmaya başlamıştır. Bu çalışmaların neticesinde süreçlerin takibi ve ortaya çıkabilecek acil durumların idaresini sağlayabilmek amacı ile farklı uyarıcı ve önleyici hizmetler ve sistemler geliştirilmiştir. Dünya genelinde uygulama alanı bulan yaygın yöntemlerden biri de renkli kodlardır. Renkli kodlar, mevcut sistemler arasında “uyarıcı” nitelikteki sistemler arasında görülmektedir. Geliştirilmiş olan renkli kodlar sistemi ile birlikte, mavi kodda olduğu gibi hastaların hayatlarını kurtaracak veya beyaz kodda olduğu gibi çalışanların güvenliklerini sağlayacak çağrılar ilgili tüm hastane personeline hızlı ve etkili bir şekilde yayılmasını sağlamaktadır. Böylece bir yandan ortaya çıkan risk barındıran ve olağan dışı olaylar ilgili personellere bildirilmesini sağlarken, diğer yandan çağrıyı duyan ancak konu hakkında bilgisi olmayan diğer kişilerin panik yaşamalarını etkilemektedir. Böylece riskli olaylara etkili ve hızlı müdahale imkanı yaratılmaktadır (Yavaş, 2014; Kurien ve Choudhary, 2019).

Türkiye’de renkli kodlar uygulaması zorunluğuna, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3’üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43’üncü maddesine dayanılarak hazırlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”te yer verilmiştir. Bu yönetmelikle birlikte, “Sağlıkta Kalite” faaliyetleri yeniden düzenlenmiştir. Bu faaliyetler kapsamında öncelikle mavi kod uygulamaya alınmıştır. Bu kod ile birlikte, kardiyak arrest yaşayan hastalara hızlı ve etkili müdahale yapılabilmesi sağlanmıştır. 2009 Yılı itibari ile bebek ve çocukların ebeveynlerinin bilgisi dışında yabancılar tarafından alınması / kaçırılması durumlarına karşılık pembe kod ikinci sırada uygulamaya başlamıştır. 2011 Yılında ise çalışma alanı fark gözetmeksizin sağlık emekçilerine karşı ortaya çıkan her türlü şiddetin önlenmesini sağlamak amacıyla geliştirilen beyaz kod uygulanması kullanılmaya açılmıştır. En son uygulamaya alınan kod ise kırmızı olup, uygulama yılı 2015’dir. Bu kod ile birlikte sağlık kurumlarında ortaya çıkmış veya çıkması muhtemel yangın risklerinin bildirilmesi sağlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık çalışanları açısından önemli bir uygulama olan ulusal kod uygulamasının, sağlık alanında eğitim göre ve kısa süre sonra sağlık çalışanı olacak genç meslektaş adaylarında algısını tespit edebilmek amacı ile hazırlamış olduğumuz “Ulusal kod uygulamasının önemin tespiti açısından “Sağlıkta Ulusal Kodlar: Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri Üzerine Araştırma” çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde Sağlık sistemi ve ulusal kod sistemi hakkında tartışmalara yer verilmiştir. İkinci bölümde saha araştırması hakkında teknik bilgilere sunulmuştur. Üçüncü ve Dördüncü bölümlerde araştırma bulgularına yer verilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

İlk insandan günümüze yapılan çalışmaların temelinde insanların yaşam kalitesinin artırma amacı olduğu görülmektedir. İçsel ve çevresel faktörler değerlendirildiğinde bireyin hayatını etkileyen, hatta yaşam kalitesini belirleyen en önde gelenin sağlık olduğu görülmektedir. Modern toplumda oluşan bilgi birikimi ile birlikte günümüzde sağlık hizmetleri belirli bir sistematik içerisinde sunulmaktadır. Bu sistematikte öncelik bireylerin sağlık durumlarının korunmasını sağlamaktır. İkinci öncelik ise bireyin sağlığını olumsuz etkileyecek olan faktörlerin ortadan kaldırılması ve çevrenin düzenlenmesi için bir sistematik oluşturulmasıdır. Ayrıca sağlığını ve / veya vücut bütünlüğünü kaybeden kişilerin topluma entegre ederek bu bireylerin topluma katılmasını sağlamak, sağlık sisteminden beklenenler arasındadır. Bu hususlar dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin bireysel ve toplumsal boyutları olduğu görülmektedir.

Çalışmanın bu bölümünde sağlık sistemi hakkında bilgiler sunulacak, sağlık sisteminin daha sağlıklı ve güvenli işlemesi için geliştirilen renk kodu sistemleri hakkında bilgiler sunulacaktır.

2.1. Sağlık Sistemi Kavramı, Sınırları ve Kapsamı

Literatürde, farklı disiplinlerden gelen araştırmacıların kendi çalışma alanları açısından yaklaştıkları sağlık sistemini farklı şekillerde tanımladıkları görülmektedir. Bu tanımlardan en çok atıf yapılanı Freeman ve Frisina'a (2010) aittir. Araştırmacılar sağlık sistemini bir süreçler birleşimi olarak tanımlanmış ve birleşenleri sosyal, ekonomik ve siyasi olarak sıralamışlardır.

Uluslararası alanda sağlık konusunda en önemli kurum olan WHO, sağlık sistemini tanımlarken amaçlara ve hiyerarşiye atıfta bulunarak sağlık sisteminin önceliklerini belirtmiştir. Buna göre sağlık sisteminin öncelikli amacı sağlığı tesis etmekte. Sağlık sistemi ise sağlık korunması ile ilgili tüm kurumları kapsamaktadır. Bu tanımın sınırlarının oldukça geniş olduğu görülmektedir. Gerçekten sağlığın korunması ile ilgili ana kurumların yanında bu amaca hizmet eden tüm yapılarında sağlık sistemi içerisinde değerlendirilmesi, sağlık sistemi sınırlarının son derece geniş bir alana yayılmasına neden olmaktadır. Böylece sağlık sistemi hastaneler ile sınırlı kalmamakta; sağlık sigorta kurumlarından, iş sağlığı ve güvenliği görevlilerine; sağlık

ürünleri yapan kurumlardan, regülatör kurumlara; hatta evde çocuğa bakım hizmet veren kişilere kadar sınırları genişlemektedir (WHO, 2007)

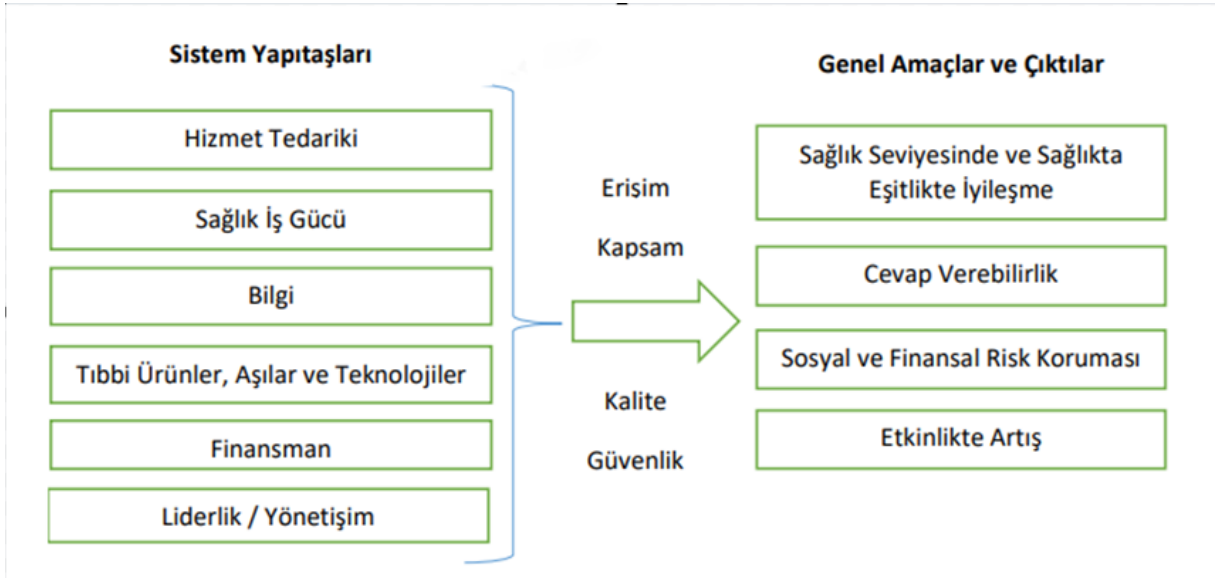
Teknik olarak incelendiğinde, sağlık sistemi bir hizmet sununu içermektedir. Ancak bu hizmetleri diğer hizmetlerden ayıran temel faktör, bu hizmetlerin direk insan yaşam kalitesine etkiye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle süreçler tam olarak planlanmadan sunulması mümkün olmamaktadır. Bir başka deyişle ifade etmek gerekirse, iyi planlanmadan ve idari / yönetim süreçleri açık, tam ve sürdürülebilir olarak tanımlandığı sürece istenilen olumlu sonuçların elde edilmesini sağlamak bir yana, pek çok durumda eksik / hatalı planlamalardan dolayı olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bu nedenle sağlık sistemi tasarlanırken pek çok unsurun bir aradan değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu unsurlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir (Pekkaya ve İmamoğlu, 2017):

- Uygun çevresel şartların tesis edilmesi.
- Belirli kalite standartlarını taşıyan, ihtiyaçları karşılama yeterliliğine sahip tıbbi ekipman.
- Yeterli eğitimi almış, teknik beceriye sahip kalifiye personel.

Gerekli nitelikleri taşıyan sağlık hizmetlerinin sunumu aşamasında ortaya çıkan kritik husus ise sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyulan şekilde ve ihtiyaç duyanlar arasında bir ayrım gözetmeksizin tüm toplumun hizmetine sunulmasıdır. Ayrıca bu sunum sürecinin mümkün olduğu kadar kısa sürede ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması esas olmalıdır. Tosun ve Aktan'ın da (2010) çalışmalarında ifade ettikleri üzere zamanında ve ihtiyaca uygun olarak sunulmayan sağlık hizmeti, doğru olmayan bir sağlık sistemine işaret etmektedir ve düzeltilmesi gerekmektedir.

2.2. Sağlık Sisteminin Amaçları

Dünya Sağlık Örgütü'nce sağlık sistemi çerçevesi Şekil 2.1'de yer almaktadır.



Şekil 2.1: WHO Sağlık Sistemi Çerçevesi (WHO, 2007)

Şekil 2.1'de sistemin sol tarafında yapı taşları sıralandığı görülmektedir. Sağ tarafında ise sistemin amaçları ve çıktıları yer almaktadır. Buna göre sistem bileşenleri kullanılırken verimlilik ve etkinlik gösterilerek planlama yapılmalıdır. Bu amaçla tüm kaynaklar adil bir şekilde toplumun tüm kesimlerine dağıtılmasının sağlanması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün çerçeve tanımının, üye ülkelerce kabul edildiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkelerin sağlık politikaları ve sistemleri incelendiğinde; ulusal sağlık politikalarının bu çerçevede düzenlemeye çalıştıkları, farklı ve eksik gördükleri yerlerde reform çalışmaları ile özellikle sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlamaya çalıştıkları görülmektedir.

Sağlık sistemlerinden bahsederken özellikle belirtilmesi gereken hususlardan birinde sağlık sisteminin, ülkeler özelinde benzersiz ve biricik olmalarıdır. Ülkelerin toplumsal yapıları, normları, kültürleri, iktisadi güçleri, coğrafi yapıları ve siyasi yapıları birbirinden farklıdır. Bu fark sağlık sistemine bakışı ve dolayısıyla organizasyonu önemli derecede etkilemektedir. Örneğin bazı ülkelerde meslek birlikleri son derece güçlüdür. Bu örgütlerin temel önceliği sosyal refahın sağlanmasıdır. Özellikle Kara Avrupa'sında görülen bu sistem zaman içerisinde Otto von Bismarck'ın sosyal sigorta modeline dönüştüğü görülmektedir. Başka bazı ülkelerde ise merkezi yapılar üzerinde sağlık kurumları tesis edilmiştir. Bu ülkelerde hazırlanan sağlık

planlarına esas olan sağlık politikalarının ana gayesinin ülke vatandaşlarını evrensel standartlarından kabul edilen sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu sistem literatürde genel olarak “İngiliz Sağlık Sistemi” olarak tanımlanmaktadır (Kulesher, 2014)

Politik açıdan değerlendiğinde ulusal sağlık faaliyetlerinin icrası için arz ve talebi yönlendirmek için araçlar ve fırsatların çok olduğu görülmektedir. Örneğin sağlık sistemi kamu kesimince belirlenmiş bir hiyerarşide organize edilebilir. Böyle bir durumda hizmetler kamu kesimince verilmektedir ve fiyatlama araçlarının idaresi kamu yönetimin tekelinde bulunmaktadır. Veya hizmetlerin sunumu kolektif bir mutabakat çerçevesinde organize edilebilir. Örneğin hastalar için kamu kesimi yanında özel sektör bir tercih olarak sunulabilmektedir. Kamu sigorta sistemi ile birlikte özel sigortalar düzenlenebilir. Açıkıtır ki günümüz ekonomik sistemleri içerisinde kamu kesiminin egemen olduğu hiyerarşik yapıların etkin ve verimli olması beklenemez. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı kesimlerin mutabakatı pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır (Böhm ve diğerleri, 2013; Joumard ve diğerleri, 2010).

2.3. Sağlık Sisteminin Yapısı

Literatür incelendiğinde, sağlık sistemleri üzerinde yapılan araştırmaların iki ana gruba ayrıldığı tespit edilmektedir. İlk grup araştırmalar inceledikleri sağlık sistemlerini tanımlanan amacı ile gerçekleştirilen çalışmaları içermektedir. İkinci grup araştırmalar ise sağlık sistemi ile birlikte sağlığı ilgilendiren unsurlar ile sağlığın neden olduğu sonuçları da dikkate alan analitik çalışmalardır. Özellikle son 20 yılda yapılan araştırmaların ağırlıklı kısmını analitik çalışmaların oluşturduğu görülmektedir. Benzer şekilde OECD’de yönlendirdiği çalışmalarda, analitik araştırmalara önem verdiği tespit edilmektedir (Bureau ve diğerleri, 2015; Reibling ve diğerleri, 2019).

Sağlık sistemi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların farklı bileşenler üzerinde bina edildiği tespit edilmektedir. Sıklıkla atıf yapılan çalışmalarda ise üç boyutun öne çıktığı tespit edilmektedir: Finansman, hizmet tedariki, regülasyon (Wendt ve diğerleri, 2009).

- Finansman: Ulusal boyutta değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin finansmanında asıl belirleyici unsurun vergi gelirleri olduğu görülmektedir. Vergi

ödemelerini, sosyal / özel sağlık sigortaları ile şahsi ödemelerin takip etmektedir. Gelişmiş ülkelerde tüm kaynakların aktif olarak kullanıldığı görülmektedir. Örneğin Almanya’da yüksek gelire sahip bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanırken ödedikleri vergiler ile zorunlu sigortalarına ilave olarak özel sağlık sigortalarını kullanmakta hatta özel tedavi süreçlerinde ilave şahsi katkı yaptıkları görülmektedir. Benzer durum Fransa, İngiltere, ABD gibi sosyo ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde sıklıkla rastlanmaktadır (Kulesher, 2014).

- Hizmet tedariki: Sağlık sistemi içerisinde ihtiyaç duyulan hizmetler her gün geçtikçe çeşitliliği artmaktadır. Bu nedenle ihtiyaç duyulan hizmet tedarikçisi bir dönem sadece kamu olabilir iken, artık günümüzde yeterli olamamaktadır. Sağlık sektörünün hizmet tedarikinde en az kamu kesimi kadar özel sektör firmaları ile kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütlerinin büyük rolü bulunmaktadır (Wendt ve diğerleri, 2009).
- Regülasyon: Düzenleyici hizmetlerin önemi, sağlık sisteminin karmaşık yapısına bağlı olarak her geçen gün artarak devam etmektedir. Sanayi devriminin ilk yıllarından 1. Dünya Savaşına kadar olan dönemde bu hizmetlerin tamamı kamu kesimi ya da kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca karşılandığından regülasyon çok önem atfedilen bir konu olarak karşımıza çıkamamaktadır. Bu dönemdeki regülasyon hizmetlerin ülke geneline yayılması ve herkesin ulaşabilmesi konularında ağırlık kazanıyordu. Günümüzde ise sağlık sisteminin karmaşık yapısının artması, özel sektörün tarihin hiçbir döneminde olmadığı kadar sistemi merkezine yaklaşması regülasyon konusun önem kazanmasına neden olmuştur. Geniş halk kitleleri özellikle sağlık sisteminin finansmanı başta olmak üzere, regülasyona büyük önem vermekte ve yakından takip etmektedir. Zira iyi regüle edilemeyen piyasalarda özellikle işini hakkı ile yapan özel sektör işlemlerinin piyasadan çekilmesi sağlık sisteminin işleyişini ve kalitesinin çok ciddi derecede olumsuz etkilemektedir (Wendt ve diğerleri, 2009).

2.3.1. Sağlık Sistemin Hizmet Bileşenleri

Çalışmanın bu kesiminde sağlık sisteminin hizmet bileşenleri hakkında bilgiler arz edilecektir.

2.3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sistemi içerisinde katma değeri en yüksek olan sağlık politikası araçlarının başında gelmektedir. Toplumu ve toplumu oluşturan bireylerin sağlığının korunması için tedbirlerin alınmasına dayanan bu politika hizmetleri ile birlikte ortaya çıkma riski bulunan hastalıkların olumsuz etkisi, ortaya çıkmadan durdurulmaya veya en az seviyeye indirilmesine çalışılmaktadır. Tedbir aldığı hastalığa karşı bireysel çözümler üretilebileceği gibi, çevresel veya toplumsal düzenlemeleri de konu edebilir. Bu amaçla doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık personelleri ile diğer branşlardan personellerde görevlendirilebilir. Beslenme politikalarından, erken teşhise; nüfus planlamasından, kişisel bakıma; sağlık eğiminden, aşılama hizmetlerine kadar çok geniş alanda icra edilebilir (Çınarlı, 2013).

Bu hizmetlerin amaçları ana amacı sağlığı korumak ve ortaya çıkması muhtemel hastalıkları engellemektir. Koruyu sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Tıraş, 2013):

- Tedavi sürecini içeren sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile karşılaştırıldığında son derece cüz'î kaldığı görülmektedir.
- Tedavi sürecini içeren sağlık hizmetlere nazaran etkisi çok daha yüksektir.
- Sağlık personeline oluşturduğu iş yükü açısından tedavi edici sağlık hizmetlerine göre çok daha kolaydır.
- Tedavi içeren sağlık hizmetlerine nazaran koruyucu sağlık hizmetlerini uygulamak için gerekli olan teknik araç miktarı son derece düşüktür.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinde istihdam edilmesi gereken personel sayısı diğer sağlık hizmetlerine nazaran çok daha düşüktür.

- Görevlendirilecek personelin nitelik ve kabiliyet olarak tedavi edici sağlık hizmetlerinde olduğu kadar yüksek seviyede olması gerekmez.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan araç – gereç için teknoloji yatırım maliyeti düşüktür.
- Başarılı uygulanan koruyucu sağlık hizmeti ile hastanelerin iş yükü düşürölür, işgücü kaybı azaltılır, sosyal faaliyetlerin devamlılığına katkıda bulunur.

2.3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı faaliyet gösteren 1., 2., ve 3. Basamak sağlık birimleri tarafından sunulan sağlık hizmetleridir. Muayenehane, poliklinik ve yataklı tedavi hizmetlerinin tamamı tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bir başka deyişle ifade etmek gerekirse, kişinin hastalık emarelerini göstermesinden itibaren ve hastalığın tamamen ortadan kalkmasına kadar geçen sürede kişiye sunulan hizmetlerin tamamı tedavi edici sağlık sistemleri sınırları içerisinde kalmaktadır. Bu sınırlar içeresine tedavi hizmetleri ile birlikte, tedavi için gerekli olan tüm ilaçlar ile ilaç dışı medikal araçlar da dahildir (Kurtulmuş, 1998).

Hasta açısından hizmet alınacak birimin yeri, büyüklüğü ve kapsamı; hastanın konumuna ve hastalığının seyrine göre farklılıklara neden olabilir.

2.3.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetler

Yaşanılan olaylar bireylerde psikolojik izler bırakırken; hastalık ya da yaralanma sonrasında ortaya çıkan durumlar hem fiziksel hem de psikolojik izler bırakabilir. Bu izler neticesinde bireyler günlük yaşamlarını idame etme imkân ve kabiliyetini geçici ya da kalıcı olarak kaybedebilirler. Bu kayıpların telafi edilerek yeteneklerin geri kazandırılması faaliyetleri, sağlık sistemi içerisinde “rehabilite edici sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır.

Kaybedilen yeteneklerin yeniden kazandırılması ile alakalı olması nedeniyle rehabilite edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin pek çoğundan farklılaşmakta ve kişiye özel niteliğe kavuşmaktadır. Diğer hizmetlerden

ayrıldığı bir başka nokta ise sadece bireyi esas almamaktadır. Ayrıca bireyin ailesi de bu süreçte incelenmeye alınmakta ve gerekli destekler sağlanmaktadır (Aktan ve Işık, 2007).

2.3.2. Sağlık Sistemi Çalışanları

Bu kesimde, sağlık sisteminin çalışanları hakkında bilgiler arz edilecektir.

2.3.2.1. Sağlık Profesyonelleri

Doktor, hemşire, ebe ve sağlık memurları sağlık profesyonelleri olarak tanımlanmaktadır.

Doktor, “insan sağlığının korunması için önlemler alan, hastalıklara tanı koyan, tıbbi ve cerrahi girişimlerde bulunarak hastalığın tedavisini sağlayan kişi” olarak tanımlanmaktadır. Türk mevzuatında doktorlar iki sınıfta değerlendirilmektedir: “Uzman Doktor” ve “Doktor”. Doktorların temel görevleri şunlardır:

- Hasta bakımı.
- Tahlil ve kontrol.
- Muayene ve tedavi.
- Bulaşıcı hastalık tespitlerinde bildirim.
- Özellikli durumlarda ilaç ve diğer tıbbi malzemenin teminini sağlamak.
- Aile planlaması hizmeti.
- Mevzuatta belirtilen diğer görevler.

Hemşireler, Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından yapılan tanıma göre hemşirelik; “kişisel ve toplumsal sağlığı koruma ve geliştirme görevini üstlenen, hastalığın vuku bulduğu durumda iyileştirme ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunan mesleki grup” olarak tanımlamıştır. (Ünal, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü ebeliği , “gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişi” olarak tanımlamaktadır (Aslankoç vd., 2001).

Sağlık Memurları, “Ruh ve beden sağlığını korumanın önemini bireylere aktaran, hastalara hekimin koyduğu tanıyı uygulayan, hastaların gözetimini yapan kimsedir. Sağlık memurları hemşirelerle aynı görev statüsünde, resmi veya özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan” kimselerdir (www.csgeb.gov.tr).

2.3.2.2. Sağlık Sisteminde Görev Alan Diğer Çalışanlar

Sağlık Bakanlığınca 22.05.2014 tarih ve 29007 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” hükümlerine göre sağlık sisteminde görev alan diğer sınıfta sıralanan meslek mensupları şunlardır:

- Psikolog.
- Biyolog.
- Çocuk gelişimcisi.
- Sosyal çalışmacı.
- Sosyal hizmet uzmanı.
- Sağlık eğitimcisi.
- Tıbbi teknolog.
- Sağlık idarecisi.
- Çevre sağlığı teknisyeni / teknikeri.
- Yaşlı bakım teknikeri.
- Evde hasta bakım teknikeri.
- Tıbbi sekreter.
- Biyomedikal cihaz teknikeri.

2.4. Sağlık Sisteminin Karşılaştığı Tehlike ve Riskler

Sağlık hizmetleri sunumu kompleks bir yapıda sunulmaktadır. Bu kompleks yapı içerisinde, sağlık hizmetlerini sunulabilmesi için çok farklı eğitim sistemlerine sahip meslek gruplarının bir arada çalışmasını gerektirmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine disiplinler arası bir nitelik kazandırmaktadır. Bu itibarla sağlık alanında çalışanların karşılaştıkları risklerde çok farklı

şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Her ne kadar teknoloji ve altyapı yatırımı ile sağlık hizmetleri sunuluyor olsa da bu teknik altyapıyı kullanacak olan sağlık personelidir. Bu nedenle hizmetlerin aksamadan sürdürülebilmesi için sağlık çalışanlarını karşı karşıya kaldıkları risklerden korunması, sistemin devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır (Meydanlıoğlu, 2013).

Sağlık hizmetleri sunulurken kullanılan iş gücü özellikle ekonomik finansman gerekleri dikkate alınarak diğer pek çok sektörde olduğu üzere minimum düzeyde tutulmaya çalışılmaktadır. Bu durumun doğal sonucu hali hazırda çalışan personelin haftalık çalışma saatlerinin uzamasına neden olmaktadır. Bu durum iş kazası olasılığını arttırmaktadır. Ayrıca iş kazalarına dair eğitimler sağlık sektöründe henüz yeterli seviyeye ulaşmamıştır. Bu durum iş kazası geçirme olasılığını arttırırken, karşılaşılan durumlarda nasıl hareket edilmesi gerektiğinin tam bilinmemesi iş kazası sonuçlarının daha ağır olmasına neden olabilmektedir (Azap vd., 2005).

Sağlık hizmeti sunan çalışanları iş saatlerinin uzaması ve günümüzde gittikçe yaygınlaşan salgın hastalıklar neticesinde, diğer sektörlerde çalışanlara nazaran daha fazla riskle karşı karşıya kalmaktadır. Bu riskler şu şekilde sırlanabilir (Özkan ve Emiroğlu, 2006):

- İskelet sistemi hastalıkları.
- Bulaşıcı hastalıklar.
- Enfeksiyon
- İğne yaralanmaları.

Sağlık hizmetlerinde çalışanların karşılaştıkları riskler, farklı şekillerde sınıflandırılarak değerlendirilebilir. Ancak bu çalışmanın alanı ve hacmi dikkate alındığında, sağlık alanında çalışanların karşılaştığı riskler üzerinde tartışma aşağıdaki ana başlıklar altında sunulacaktır:

- Biyolojik Riskler.
- Fiziksel Riskler.
- Kimyasal Riskler.

2.4.1. Biyolojik Riskler

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler, işin niteliği itibarıyla biyolojik riskler barındırmaktadır. Sağlık çalışanları, insan sağlığını ciddi şekilde tehlikeye sokan kan, madde, sıvı veya virüsler ile çalışmak zorundadır: Human Immunodeficiency Virus, Hepatit B Virüsü, Hepatit C Virüsü, Covid 19 gibi virüsler veya patojenlere, tüberküloz ve enfeksiyonlar sağlık çalışanların karşı karşıya kaldıkları ciddi risklerden sadece bir kaçıdır (İnci vd., 2009).

2.4.2. Kimyasal Riskler

Sağlık kurumları gerek tedavi ve gerekse tedavi sonrasında temizlik amacı ile dezenfektanlar, antibiyotik, kanser ilaçları gibi kimyasal bileşiklerin yoğun olarak kullanıldıkları yerlerdir. Bu kimyasal araçlardaki maddeler ağız, solunum yolu, enjektör kazası gibi farklı şekillerde sağlık çalışanları ile temas edebilir. Sağlık kurumları çalışanları bu tür risklerden korumak için gerekli önlemleri almak zorundadır (Aravacık, 2014).

2.4.3. Fiziksel Riskler

Sağlık kurumlarından hizmet almak isteyen hastaların nakli sırasında sağlık çalışanları fiziki olarak zorlanmakta ve neticesinde kas ve iskelet sisteminde yaralanmalarla neticelenecek kazalar yapabilmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründe çalışan bireylerde kas ve iskelet bozulmaları ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak sıklıkla rastlanan rahatsızlıklardan biri olarak tespit edilmektedir. Gerçekten de yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre gelişmiş veya gelişmekte olan ülke ayrımı olmaksızın sağlık sektörü çalışanlarından kas ve iskelet rahatsızlıklarına sıklıkla rastlanmaktadır. Örneğin Türkiye’de yapılmış bir çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre hemşirelerin %52,9’unda bel ağrısı tespit edilmiştir. Ayrıca %38,2 hemşire omuz ağrısı olduğunu ifade ederken, %30,8’i kol ağrısı olduğunu belirtmiştir. (Alçelik vd., 2005).

2.4.4. Psiko-Sosyal Riskler

Sağlık kurumları, Türkiye’de bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarının barındırdığı riskler bölgesel olarak değişiklikler göstermektedir. Ayrıca sağlık kurumu çalışanları yaşadıkları bölgeye bağlı olarak mesleki ve kişisel gelişim olanaklarına

erişimde fırsat eşitliğinden uzaktır. Ayrıca tüm sağlık meslek mensuplarının örgütlerinin de yeterli organizasyonel yapıya ulaştıkları söylenemez Yeterli organizasyonel yapıya ulaşamamış örgütlerin, meslek mensuplarının haklarını savunmada yeterli başarıyı göstermeleri mümkün değildir (İzgia ve Öztürk, 2012).

Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları en önemli risklerin başında “çalışma süreleri” gelmektedir. Çalışma sürelerinin uzaması, sağlık iş görenlerinin risklerle karşı karşıya kalma olasılıklarının ciddi derecede artmasına neden olmaktadır. İş görenin karşı karşıya kaldığı riskin artması, üzerinde psikolojik baskı oluşturmaktadır. Psikolojik baskının artması iş performansını negatif etkilemekte, iş tatminin düşmesine neden olmaktadır. Uzayan mesai saatleri sağlık iş göreninin bir yandan risklerle karşı karşıya bırakırken, diğer yandan sosyal ilişkilerinin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca yeterli mesleki gelişim alamayan sağlık iş göreni, kısa sürede kendini kısır döngü içerisinde bulmaktadır (Fişek, 2013).

2.4.3. Sağlıkta Şiddet

Latince dilinde “violentia” kelimesine dayanan şiddet acımasızlık, güç kullanma anlamlarına gelmektedir. Kelimenin fiil hali ise “Violare”. Bu fiil ile kast edilmek istenirse “şiddet kullanarak davranmak” “değer bilmemek” olarak sıralanabilir (Sarcan, 2013: 13).

Latince dilinde “Violare” kelimesinin karışlığı Türkçeye, Arapça kökü “şdd” olan kelimeden geçmiştir ki bu kelimenin anlamı sertlik ve güçlük ifade etmektedir. (Ergil)

Literatür incelendiğinde şiddet kavramının tanımı konusunda bir fikir birliğinin olmadığı görülmektedir. Her ne kadar literatürde kavram tanımı mutabakatı olmasa da şiddetten etkilenen grupların toplumunun güçsüz ve dezavantajlı grupları olduğu yönünde görüş birliği bulunmaktadır. (Ergil).

Herhangi bir davranışın, şiddet olarak nitelendirilebilmesi şu unsurları barındırması gerekmektedir (Wynne vd., 1997):

- Eylemin fiziki ya da psikolojik bir güç içermesi.

- Muhatabı zorlaması.
- Dayatmaya neden olması.

Alan yazınında sıklıkla atıf yapılan tanımlardan biri Sosyal Bilimler Ansiklopedisi'nde yer almaktadır. Bu çalışmada şiddet “bir kişinin ya da bir grubun hedeflerine ulaşmak için uyguladığı fiziksel baskı durumudur.” olarak tanımlandığı görülmektedir. (Ergil).

WHO tarafından kişinin maddi ve / veya manevi bütünlüğüne yönelik olarak ortaya çıkan her türlü eylemi şiddet olarak tanımladığı görülmektedir. Bu tanıma göre yaralama ile zedeleme arasında bir fark gözetmediği anlaşılmaktadır. Bu ve benzeri eylemlerin tehdit amacı ile kullanılması şiddet olarak kabul etmektedir (Ayrancı, 2002).

2.4.3.1. Şiddetin Türleri

Şiddet konusu hemen her disiplin tarafından incelenen ve incelenen disiplin ilkelerine göre farklı şekillerde tasnif edilen sosyal bilim kavramları arasında yer almaktadır (Rippon, 2000).

Şiddet farklı yerlerde ortaya çıkabilir. Şiddetin sıklıkla ortaya çıktığı yerlerden biri iş yerleridir. İletişimin yüksek olduğu işyerlerinde iş görenler birçok zaman şiddete açık hale gelmektedir. Alan araştırmalarından elde edilen sonuçlara göre, işyeri şiddeti her geçen gün Türkiye’de ve dünya genelinde artmaktadır. Bu durum işyerlerinde çalışma barışını olumsuz etkilediği gibi, çözülmesi gereken bir dizi ciddi sorunun ortaya çıkmasına da neden olmaktadır (Ergil)

Şiddet bireyler arasında, bireyle toplum arasında ve bireyin kendi kendisine karşı ortaya çıkabilir (Foege, 1995).

Şiddet olarak kabul edilebilecek bazı davranışlar şunlardır (Erten, 1996):

- Yasalara aykırı davranmak.
- Bireylere zarar vermek.
- Hakaret etmek.
- Bireysel veya toplumsal onuru kırmak.

- Huzursuzluk kaynağı olmak.
- Bireylerin haklarını çiğnemek.
- Zarar vermek amacıyla zor kullanmak, hırpalamak.

İş yeri şiddeti konusuna değinen Avrupa Komisyonunun, netice olarak iş yerinin ve iş görenin iyiliği ve esenliğini alan; sağlık ve güvenlik rutinini bozmasına neden olan her türlü sözel ya da fiziksel davranışı şiddet olarak tanımladığı görülmektedir (Wynne vd., 1997)

İş yeri şiddeti üzerine çalışan araştırmacılar, bu şiddet türünü farklı gruplar altında değerlendirdikleri görülmektedir. Örneğin Kaliforniya İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresine göre iş yeri şiddeti 4 farklı tipte ortaya çıktığını ifade etmektedir (Yeşilbaş, 2016; Pınar ve Pınar, 2013):

- i. İlk Tip, şiddeti uygulayanın kurum ile doğrudan bir bağının olmadığı durumdur. Genellikle hırsızlık amaçlı faaliyetlerde ortaya çıkmaktadır.
- ii. İkinci tip şiddeti uygulayan kişi kurum içerisin olmamakla birlikte bu kurumda hizmet alan kişi veya bu kişinin yakınıdır. En yaygın görülen şiddet tipidir. Sağlık sektöründe ortaya çıkan şiddetin önemli kısmını oluşturmaktadır.
- iii. Üçüncü tip şiddet çalışanlar arasında görülen şiddettir. Daha çok ast – üst ilişkilerinde psikolojik şiddet olarak tespit edilmektedir.
- iv. Dördüncü tip şiddette, çalışanın kurum dışındaki sorunlarını işe yansıtmasından dolayı ortaya çıkan şiddeti ifade etmektedir. Günümüzde en sık rastlanan iş yeri şiddeti tipinin ikinci tip olduğu gözlemlenmektedir. Sağlık çalışanlarının en çok maruz kaldığı şiddet tipinin de ikinci tip olduğu bildirilmektedir.

Şiddet kendini farklı şekillerde gösterebilir. Bazı şiddetler vurma, itme vb. fiziki olabileceği gibi, bazı durumlarda daha çok manevi ve ruhsal olabilir. Psikolojik şiddet, bireyi neticede olumsuz fiziksel sonuçlar ortaya çıkması ile korkutmaktadır. Özellikle tehdit içeren söz ve eylemlerde kendini göstermektedir. Bu durum bireyin psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir (Akyön, 2008).

Gerek fiziksel ve gerekse psikolojik şiddet, günümüzde hemen her ülkede ortaya çıkmaktadır ve sektör farkı göstermemektedir (Topçu vd, 2011).

İş yeri şiddetinin en çok ortaya çıktığı sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Her ne kadar sağlık sektörü fiziksel ya da psikolojik açıdan normal olmayan ve yardıma muhtaç kişilere hizmet veriyor olmasından dolayı farklı bir konumda olsa da, sağlık sektöründe çalışanlar başta hasta ve hasta yakınları olmak üzere pek çok kesimin şiddeti altında çalışmalarını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Analitik araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre, diğer sektörlerle nazaran sağlık sektöründe şiddetin ortaya çıkma ihtimali 4 ile 16 kat daha fazladır. Bu oranlar ile sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma olasılıkları polis ya da güvenlik görevlisi gibi toplumda daha riskli görülen iş kollarına nazaran daha yüksek çıkmaktadır. Bu durum ABD’de yapılan araştırmalarda da kendini göstermektedir (Cooper ve Swanson, 2002, Elliott, 1997, Hostiuc vd., 2014).

Sağlık sektöründe şiddetin ortaya çıkmasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Cooper ve Swanson, 2002):

- Standart mesai saatleri üzerinde ortaya çıkan çalışma süreleri.
- Çalışmaları sırasında sağlık personellerinin taraflar veya tarafların ilişkili kişiler ile diğer iş alanlarında görülenden daha yakın ve fazla iletişimde bulunulması.
- Güvenlik ve fiziki koruma hizmetlerinde yetersizlik.
- Hasta ve hasta yakınlarının sosyo kültürel seviyeleri.
- Hastaların bir kısmının türlü bağımlılıkları olması.
- Şiddeti teşvik eden medya haberleri.
- Sağlık çalışanlara yönelik şiddetin yeterli seviyede cezalandırılmaması.

2.4.3.2. Şiddetin Boyutları

Diğer ülkelerde görüldüğü gibi Türkiye’de sağlıkta ortaya çıkan şiddet olaylarının yaşanması daha sık hale gelmiştir. İstatistik sonuçlarından anlaşıldığı üzere, yargıya taşınan olaylar genellikle fiziki sonuçları olan şiddet eylemlerini içermektedir. Buna karşın hakaret, korkutma vb. psikolojik şiddetin istatistiklere tam olarak yansımadağı bilinmektedir (Gates, 1995).

Bununla birlikte şiddet mağduru olan personel aynı yerde psikolojik baskı altında çok uzun zaman çalışmak zorunda kalabilmektedir. Hatta sağlık çalışanlarına karşı uygulanan fiziksel şiddet neticesinde birçok sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir (Pınar ve Pınar, 2013)

Dünya çapında yapılan araştırmalar, sağlıkta şiddetin geldiği seviyeyi açıkça göstermektedir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır:

- Avusturalya'da yapılan bir araştırmaya 9449 doktor katılmıştır. Katılan doktorlar, son bir yıl içerisinde fiziksel (%32,3) ve sözel (%70,6) şiddete uğradıklarını ifade etmişlerdir (Hills vd., 2012).
- 2002 -2003 Yılları arasında Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilmiş araştırmada hemşirelerin %22'sinin şiddete uğradığı tespit edilmiştir (Estryn-Beha vd., 2008).
- İspanya'da yapılan bir araştırma, İspanyol sağlık çalışanlarının uğradığı şiddeti tespit etmiştir. Buna göre 2008 yılında birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık görevlilerinin %11'i fiziksel şiddete, %24'ü ise psikolojik şiddet yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Gascón vd., 2009).
- Japonya'da yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının önemli kısmının şiddete maruz kaldığını tespit etmiştir (Fujita vd., 2012).
- 142 Sağlık kurumu üzerinden yapılan bir araştırma da ise ABD'de sağlık personeli şiddete uğrama oranı %13 olarak belirlenmiştir. Bu oran acil servis çalışanları için %28'e kadar yükselmektedir (Hodgson vd., 2004).
- İngiltere'de yapılan araştırmalarda oranların daha da yüksek çıktığı tespit edilmektedir. Buna göre 1 yıl içerisinde sağlık çalışanlarının %27'si fiziksel, %68'inin psikolojik şiddet yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Winstanley ve Whittington, 2004)

- Şiddet oranlarının en yüksek olduğu ülkelerden biri de Almanya'dır. 39 farklı sağlık kuruluşu üzerinde yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre sağlık hizmetlerinde çalışan personelin %56'sının fiziksel şiddete, %78'i psikolojik şiddetle karşılaşmıştır (Schablon vd., 2012).
- Sosyo kültürel ve ekonomik yapısı diğer ülkelere nazara daha iyi olan Finlandiya'da sağlıkta şiddete rastlanmaktadır. Buradaki istatistiklere göre sağlık çalışanlarının %10 şiddete uğramaktadırlar (Saarela ve Isotalus, 1999).
- Araştırma sonuçlarına göre İtalya'da sağlıkta şiddet çok yüksek seviyelerdir. İtalya'da çalışan hemşirelerin %49'unun şiddete uğradığı beyan etmiştir. İtalya'da görülen şiddet vakalarının %82'sinin psikolojik niteliktedir (Saarela ve Isotalus, 1999)

Türkiye'de de sıklıkla görülen sağlıkta şiddet vakalarının artışı karşısında sağlık çalışanları muhtelif eylemlerle konuyu gündeme taşımaya çalışmakta ve çözüm yollarının bulunması için ilgili kurumlardan yardım talep etmektedir. Türkiye'de sağlıkta şiddet temalı araştırmalardan elde edilen sonuçlardan bazıları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- 2002 Yılında Orta Anadolu'da yapılan bir araştırmaya göre, sağlık sektörü iş görenlerinin, iş yaşamları süresince en az bir kez şiddet içeren olay yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Ayrancı ark. 2002).
- İzmir'de görev yapan hemşireler üzerinde 2004'te gerçekleştirilen bir çalışmada, %98'inin psikolojik şiddet yaşadığını ifade etmiştir (Senuzun Karadakovan, 2005).
- 1998 – 2005 Arasındaki dönemde Bolu'da gerçekleştirilen araştırmalarda sağlık personellerinin %87,1'inin şiddet mağduru olduğu ortaya çıkmıştır (Erkol ve Gökdoğan, 2007).

- 2007 Yılında 7 hastanede düzenlenen bir çalışmada sağlık personelinin % 68'i şiddete uğradığı ifade etmiştir. Toplam şiddet vakalarının %84'ü psikolojik ve %16'sı fizikidir (Açık vd., 2008)
- Ankara'daki bir çocuk hastanesinde yapılan bir alan araştırmasında önemli sonuçlara ulaşılmıştır. 2012 Mart ayında gerçekleştiren bu araştırmaya, 253 sağlık çalışanı katılmıştır. Bu çalışmada Türkiye'de sağlıkta şiddetin, diğer diğer hizmet sektörlerine nazaran 16 kat daha fazla ortaya çıkmıştır. Çalışmada katılımcılar özellikle yasal düzenlemelerin ve uygulamaların yetersizliğinden şikayetçi oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Yakut vd., 2012).

Yukarıdaki sıralanan araştırma sonuçlarında da görülebileceği üzere, sağlıkta şiddete, ülkenin gelişmişlik düzeyinden bağımsız bir şekilde her ülkede rastlanmaktadır. Sağlık personeline uygulanan şiddet gerek çalışanı ve gerekse ekip arkadaşlarını olumsuz etkilemektedir. Bazı çalışanlar psikolojik şiddete dayanamayıp işinden ayrılırken, bazıları da uğradığı fiziksel şiddet nedeni ile çalışamaz hale gelmektedir. Zor yetişilen ve mesleki tecrübenin büyük önem arz ettiği sağlık sektöründe yetişmiş olan kalifiye personelin bu şekilde çalışamaz hale getirilerek, iş piyasasının dışına itilmesi sağlık sektöründe iş saatlerinin uzamasına, iş kazalarının artmasına, hizmet kalitesinin düşmesine, tanı / teşhis ve tedavi süreçlerinin uzamasına neden olmaktadır (Erten ve Öztora, 2019).

Sağlıkta şiddet sadece sağlık çalışanı veya bu çalışandan hizmet alan hasta ve yakınlarını değil, tüm toplumu olumsuz etkilemektedir (Pınar ve Pınar, 2013). Şiddetin olumsuz ekonomik sonuçları arasında en az dile getirilen kısa süreli iş kayıpları incelendiğinde sorunun ekonomik olarak ne seviyeye yükseldiğini göstermektedir. Örneğin NIOSH, araştırmasından tespit edilen istatistiklere göre ABD'de sağlıkta şiddeti 876 bin çalışma gününün kaybolmasına neden olmaktadır (Harrell, 2011).

Sağlıkta şiddetin ekonomik zararlarına bir başka önemli örneğe İngiliz Kolombiya'sında rastlanmaktadır. Örneğin burada sağlık sektöründe çalışanların oranı tüm çalışanlar arasında sadece %5'tir. Ancak şiddet neticesinde ortaya çıkan tazminat yükümlülüğünün %40 sağlık

alışanlarına aittir. Bu tazminatlara ek olarak yıllık iş gücü kaybının da 35 Milyon Dolar civarında olduğu hesaplanmaktadır (WorkSafeBC, 2005)

2.5. Renkli Kod Uygulaması Gerekçesi ve Dünyada Renkli Kod Uygulama Örnekleri

Renkli kod uygulamaları Amerika Birleşik Devletleri, Avusturalya, Yeni Zelanda gibi pek çok ülkede farklı amaçlarla kullanıldığı görülmektedir. Kod uygulamalarının temelinde klinik durumu olumsuz seyir gösteren hastalara hızlı ulaşım sağlama olduğu görülmektedir. Örneğin 2018 yılında yapılan araştırmalarda Avusturalya’da bu yolla müdahale edilen hasta sayısının 15.000’e yaklaştığı görülmektedir. (Birbiçer ve Keleş, 2018; Bogaert ve Clarke 2018)

Zamanla hastanelerde ortaya çıkan risk ve tehlikeler dikkate alınarak ülkeden ülkeye değışiklik gösteren kodlar uygulanmaya alınmış ve bu surette sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve hızlı bir şekilde sürdürülebilmesi amaçlanmıştır.

2.5.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

1999 Yılında ABD’de başlayan renk kodu çalışmaları 2000 yılından itibaren Güney Kaliforniya Hastaneler Birliği (HASC) çalışmanın önemi konusunda kamuoyunu bilgilendirmiş ve neticede bölümün önemi toplumda daha fazla idrak edilmesini sağlanmıştır. ABD’de yapılan çalışmalarda riskler Hasta güvenliği, Çalışan güvenliği ve İşletme güvenliği olarak sınıflandırılmıştır (Wall, 2014).

2000 Yılında yayınlan standartlar uygulamada ortaya çıkan ihtiyaçlar dikkate alınarak; 2009, 2011 ve 2014 yılından tekrar elden geçirilmiş ve yayınlanmıştır (Wall, 2014). ABD’de uygulanan güncel renk kodları Tablo 2.1’de sunulmuştur.

Tablo 2.1: ABD’de Renk Kodları

Renk Kodu	Acil Durum Nedeni
------------------	--------------------------

Kırmızı	: Yangın
Mavi	: Yetişkin Acil Destek
Beyaz	: Çocuk Acil Destek
Pembe	: Bebek Kaçırma
Mor	: Çocuk Kaçırma
Sarı	: Bomba Tehdidi
Gri	: Şiddet
Gümüş	: Silahlı Rehin Alma
Turuncu	: Tehlikeli Sızıntı
Yeşil	: Yüksek Riskli Hasta Hasta Kaçırılması
İç Tiraj	: İç Felakete Bağlı Durumlar
Dış Tiraj	: Dış Felakete Bağlı Durumlar

Kaynak: P. Wall, Hospital Emergency Codes, Hospital Association of Southern California, 2014

2.5.2. Kanada

Kanada'nın Alberta eyaletinde ilk kez uygulanmaya başlayan renk kodu uygulamaları zaman içerisinde bir sistematığe kavuşturulamaya çalışılmıştır. Özel bir danışman firma gözetiminde sürdürülen çalışmalar nihayetinde Ontario Hastane Derneği/Birliği çalışmaları ile son şeklini almıştır (Ministry of Health Service, 2011).

Kanada'da uygulanan renk kodları Tablo 2.2'de sunulmaktadır:

Tablo 2.2: Kanada'da Renk Kodları

Renk Kodu	Acil Durum Nedeni
Kırmızı	: Yangın
Mavi	: Tıbbi Acil Durum

Turuncu	: Afet
Yeşil	: Tahliye
Sarı	: Kayıp / Kaybolan hasta
Amber	: Bebek ya da Çocuk Kaçırma
Siyah	: Kişisel Tehdit
Beyaz	: Şiddet / Taciz
Kahverengi	: Tehlikeli Sızıntı
Gri	: Sistem Arzası
Pembe	: Pediatrik Acil veya Obstetrik Acil

2.5.3. Avusturalya

Avusturalya’da renkli kod uygulaması çalışmalarına 1992 yılında başlanmıştır. “Hastane Acil Durum Prosesi” (HT/13) olarak başlanılan çalışmalar 1995 yılında uygulanmaya başlanmış (AS 3745-1995) ve gerekli eksiklikler tespit edildikten sonra 1997 yılında tekrar düzenlenmiş ve bazı yeni ihtiyaçlar eklenmiştir (AS 3745-2010).

Avusturya’da uygulanan kodlar Tablo 2.3’te sunulmaktadır.

Tablo 2.3: Avusturalya’da Renk Kodları

Renk Kodu	: Acil Durum Nedeni
Kırmızı	: Yangın / Duman
Mor	: Bomba Tehdidi

Mavi	: Tıbbi Acil Durum
Siyah	: Kişisel Tehdit
Sarı	: İç Acil Durum
Kahverengi	: Dış Acil Durum
Turuncu	: Tahliye

Kaynak: AS 3745-2010 Australian Standards: Planning for emergencies in facilities, Australia, 2010, s.3

2.6. Türkiye’de Uygulanan Renkli Kod Uygulaması ve Hukuki Dayanağı

Renkli kod sistemi, basit herkesçe uygulanabilir olup; acil durumu bilgisinin ilgili birimlere hızlı bir şekilde aktarılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla bütün hastanelerde dahili numara sistemi içerisinde önceden belirlenmiş kolay tuşlanabilir numaralar kullanılmaktadır. Bu kodlama işlemi ile birlikte sağlık iş göreni, hızlı, güvenli ve ekonomik olarak ilgili birimlere bilgi verebilmektedir. Sisteme sağlık iş görenleri dışındaki kişiler ulaşamamaktadır. İş gören tarafından girilen kod, bilgisayar ağı sayesinde ilgili birimlere ulaştırılmaktadır. Sistemin etkin ve verimli çalışıp çalışmadığı, başka bir deyişle “kalite” ve “performans” istatistikleri takip edilmektedir. Bu amaçla renkli kodun kullanıldığı tarih ve saatler denetlenmektedir (URL: www.kalite.saglik.gov.tr).

Tablo 2.4: Türkiye’de Renkli Kodlar

ULUSAL RENK KOD UYGULAMASI	
BEYAZ Kod (1111)	Çalışana Saldırı
MAVİ Kod (2222)	Yetişkin/ Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/ Hayati Risk
PEMBE Kod (3333)	Bebek/ Çocuk Kaçırma
KIRMIZI Kod (4444)	Yangın
TURUNCU (0) Santral Üzerinden	Tehlikeli Madde Sızıntısı/ Yayılması
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
SİYAH	Bomba Tehdidi
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
GRI	Saldırgan Kişi/ Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi / Rehine
SARI	Tahliye
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma

Yukarıda da ifade edildiği üzere, Renk Kodu Sistemi, hastane içerisinde ve sadece sağlık iş görenleri tarafından kullanılabilen ve yetkili uzmanların müdahalesini gerektiren olaylarda hızlı iletişim kurulmasını sağlamaktadır. Bu itibarla renkli kod sistemi bir uyarı sistemi olarak kabul edilebilir. Renkli kodlar hızlı ve kullanışlı olmaları nedeni ile tüm dünyada tercih edilen bir sistemdir. Böylece bir yandan iş görenlerin ve diğer yandan hasta ve ziyaretçilerin karşılaşılabilecekleri stresli durumlara hızlı müdahale imkânı sağlamaktadır. Renk kodları

genellikle dil bilmesine gerek olmadan renkler aracılığı ile kullanılabilir olduğunda, özellikle farklı etnik kökene sahip iş görenlerin bulunduğu sağlık kurumlardan herkesin hızlı bir şekilde öğrenmesine ve gerekli hallerde kullanabilmesine olanak vermektedir. (Eroğlu vd., 2014; Sağlık Bakanlığı, Lee ve Lee, 2018).

Renkli kod uygulaması hemen her ülkede olup, ihtiyaçlara göre ortaya çıkmaktadır. Örneğin Türkiye’de renkli kod uygulama tarihleri şu şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı):

- 2008 yılında mavi kod. Acil tıbbi müdahale solunumsal ya da kardiyak arrest gerektiren hastalar için geliştirilmiştir. Amacı tüm tıbbi personelin en erken zamanda hastaya ulaşmasını sağlamaktır. Bu kod renginin bir diğer özelliği ise acil tıbbi müdahale konusunda tüm dünyada renginin aynı amaçla kullanılmasıdır.
- 2009 yılında pembe kod. Sağlık kurumları içerisinde ortaya çıkabilecek bebek / çocuk kaçırma eylemlerinden kaynaklan riskin azaltılması ve böyle bir durumun vuku bulması halinde hızlı bir şekilde müdahalenin organize edilebilmesi için geliştirilmiştir.
- 2011 yılında beyaz kod. Sağlık kurumlarında çalışan iş görenlerin karşılaştığı şiddet olayları için geliştirilmiştir.
- 2015 yılında kırmızı kod. Sağlık kurumlardaki yangın riskine karşı geliştirilmiş renk kodudur.

2.6.1. Beyaz Kod

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının artması üzerine Beyaz Kod uygulaması başlatılmıştır. Bu kod ile sağlık kurumu iş göreninin uğrayacağı şiddet eyleminin önlenmesi için acil durum prosedürünün uygulanmasını sağlar. Tüm kodlar içerisinde iş görenleri ile alakalı olan tek koddur ve 2012 yılından itibaren akit olarak kullanılmaya başlanmıştır. Sadece kamu sağlık kurumları ile sınırlı olmayıp, özel sağlık kurumlarında da beyaz kod uygulaması tanımlanmıştır. Bu kod sistemi ile birlikte sağlık iş görenlerine karşı şiddet eylemlerine bir yandan hızlı müdahale edilirken, diğer yandan oluşan istatistikler ile bu durumun kaynağı irdelenebilmektedir (Arslan, 2019, Yeşiltaş, 2018, Arıkan, 2019)

Mesai saatleri içerisinde Beyaz Koddan sorumlu olan görevliler şunlardır (Arıkan, 2019; Aydın, 2019):

- Hastane müdürü.
- Müdür yardımcısı.
- Başhekim yardımcısı.
- Başhemşire.
- Sosyal çalışmacı.
- Psikolog
- Güvenlik amiri.

Mesai saatleri sonrasında gerçekleşen beyaz kod bildiriminden mesul personel şunlardır (Arslan, 2019):

- Nöbetçi uzman hekim.
- Nöbetçi gözetmen hemşire.
- Nöbetçi güvenlik amiri.

Özel veya kamu ayırımı gözetmeksizin sağlık kurumları içerisinde, sağlık hizmeti sunumu sırasında; sağlık iş görenlerine karşı gerçekleştirilen fiili şiddet eylemleri beyaz kod ile birlikte kayıt altına alınmaktadır. Bu kayıtlar daha sonra cezai işlemlerde kanıt olmakta ayrıca sağlıkta şiddetin önlenmesi konulu çalışmalarda dikkate alınacak veri setlerinin oluşmasını sağlamaktadır (Tokgöz, 2019).

Beyaz kod uygulamasının yanında artan şiddet olayları ile mücadele kapsamında Sağlık Bakanlığının, aynı yıl içerisinde ilave tedbirler aldığı görülmektedir. Bu amaçla “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması” konulu genelge 14.05.2012 Tarihinde yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan bu genelge ile birlikte 7/24 hizmet veren 113 numaralı çağrı merkezi şiddet eylemlerinin ihbarı için tesis edilmiştir (Arslan, 2019).

Ayrıca Beyaz Kod uygulamasının sağlıklı bir şekilde takip edilebilmesini sağlamak amacı ile Bakanlığın, İl Müdürlükleri görevlendirilmiştir. Bu amaçla il müdürlüklerinde Beyaz Kod Koordinatörlüğü tesis edilerek, kod sonrası idari ve hukuki sürecin takibi maksadıyla avukat görevlendirilmiştir. Böylece verilen beyaz kod vakalarından gerekli olanlar dosya haline getirilerek savcılığa gönderilmektedir. Böylece adli sürecin hızlı ve doğru bir şekilde yürütülmesi sağlanmaktadır (Tokgöz, 2019; Arslan, 2019).

Beyaz kod uygulaması, sağlık iş görenine şiddet eyleminin ortaya çıkmasını takiben hastane telefonlarından “1111” tuşlanması ile gerçekleştirilmektedir. Yanlış / hatalı ihbarların önüne geçmek bazı sağlık kuruluşlarında ilave tedbirler alındığı görülmektedir. Bu konuda bazı örnekler şu şekildedir (Aydın, 2019):

- “1111” tuşlandıktan sonra bir kez “*” tuşuna basılması.
- “1111” tuşlandıktan sonra bir kez “#” tuşuna basılması.
- Çağrı kod girişi tamamlandıktan sonra telefon görüşmesi yapılmakta ve iki kez sıra ile aşağıdaki bilgiler verilmektedir ve karşı taraf ta aynı cümleyi iki defa tekrarlar.
 - Beyaz Kod
 - Poliklinik adı
 - Servis Adı
 - Kat.

Beyaz kodu alan yetkili derhal güvenlik birimlerini olay yerine sevk eder. Güvenlik birimleri olay mahalline varmalarını takiben ilk olarak ortam güvenliğini sağlarlar ve gerektiği hallerde delillerin bozulmadan korunması için tedbir alırlar. Ortam güvenliğini sağlayan ve delilleri koruma altına alan güvenlik personeli durum geciktirmeksizin hastanenin idari birimlerine bildirir ve gerektiği hallerde kolluk birimlerine haber verir.

Beyaz kod her zaman tek başına verilmek zorunda değildir. Beyaz kod gerektiği hallerde mavi kod, pembe kod veya kırmızı kod ile birlikte verilebilir. Kodun diğer kodlarla birlikte verilmesi halinde alınacak tedbirler değişiklik gösterebilir. Örneğin Pembe kod ile birlikte beyaz kod verilmesi halinde, sağlık kurumuna tüm giriş ve çıkışlar tedbirden kapatılabilir.

Beyaz koddan yetkili personel, beyaz koda konu olayın neticelendirilmesini takiben bir dosya oluşturulur ve akabinde Sağlık İl Müdürlüğündeki Beyaz kod Koordinatörlüğüne bildirilir. Bildirim dosyası muhteviyatında aşağıdaki belgelere yer verilir (Sağlık Bakanlığı, 2020):

- İhbar dilekçesi.
- Olay tutanağı.
- Hukuki yardım talep formu.
- Onam formu.
- Konu hakkında varsa diğer delil ve kanıtlar.

Beyaz kodla alakalı olarak belirtilmesi gereken bir diğer hususta eylemlerin niteliğidir. Koda konu eylemler, niteliği itibari ile ayrıca ihbara konu olmayan suçlardan olup, savcılıkça resen takip gerektirir. Bu nedenle gerçek beyaz kodların savcılığa aktırılmaması gibi bir durum söz konusu değildir (Sağlık Bakanlığı, 2020; Kazandere, 2016).

Hukuki olarak dikkat edilmesi gereken bir diğer hususta olayların anonimleştirilmesidir. Beyaz kod mağduru iş görenin yaşadığı kötü deneyimin analiz edilebilmesi ve eksikliklere karşı tedbir alınması için iş görenden muvaffakiyet alınması gerekmektedir. Bu işlem onam formu ile yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

İl müdürlüğüne tevdi edilen beyaz kod dosyası bir kez de il müdürlüğünde görevlilerce dikkatli bir şekilde incelenmekte ve gerçekleştirilen eylemin gerçekten beyaz kod kapsamında olup olmadığı değerlendirilir. İl müdürlüğünde yapılan inceleme neticesinde, eylemin beyaz kod kapsamında değerlendirilmesinin akabinde dosya gerekli işlemler yapılarak adli makamlara sevk edilir. Ayrıca şiddet mağduru iş görene hukuki destek sağlanır.

2.6.2. Mavi Kod

Mavi Kod, sağlık kurumunda ortaya çıkan Kardiyak Arrest (KA)¹, Kardiyopulmoner Arrest (KPA)² vakaları için kullanılmaktadır. Tüm dünyada farklı renklerde kodlar uygulanmasına karşın, sadece mavi kod tüm ülkelerde aynı amaçla kullanılmaktadır. Mavi kod ile birlikte acil tıbbi müdahale ihtiyaç olduğu ilan edilir (Tosyalı ve Numanoglu, 2015).

KPA, için önerilen yaşam zinciri Şekil 2.2’de gösterilmektedir.



Şekil 2.2: Kardiyak Arrest Yaşam Zinciri

Kaynak: <https://alibestamikepekci.com/kardiyopulmoner-resusitasyon-cpr/>

Mavi kodun ABD’de ortaya çıkmıştır. ABD’de faaliyet gösteren “Bentham Tıp Merkezinde” uygulanmıştır. Türkiye’de 2008 yılında yayınlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği”

¹ Kardiyak Arrest: Muhtelif nedeler neticesinde kardiyak aktivitenin sonlanması, hastanın yanıtızsız olması, solunum ve dolaşım belirtisinin bulunmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Olasveengen vd., 2021).

² Kardiyopulmoner Arrest: KPR ile ilgili ilk tanımlama 1960 yılında yapıldığı görülmektedir. Kardiyak Arrest geçiren bir hastada hastanın exitus olmasını önlemek veya ertelemek için yapılan hızlı ve acil müdahalelerin tamamını kapsamaktadır (Eisenberg, 2009, Shahrakivahed vd., 2015; Başcı vd., 2011).

ile birlikte kamu / özel farkı gözetmeksizin hastanelerde tatbiki mecburi hale getirilmiştir. 7 / 24 esasına dayalı tecrübeli ekiplerin vakalara en kısa sürede müdahale edilmesini hedeflenmektedir (İncesu, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2011)

Mavi Kod ekipleri, şu görevlilerden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019):

- Uzman hekim,
- Hemşire.
- Anestezi teknisyeni.
- Hizmetli.
- Güvenlik personeli.

Mavi Kod, sağlık kurumu telefon sisteminden “2222” tuşlanarak verilir. Kod verildikten sonra hastanın takip edilerek kaydedilen bilgileri şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2011):

- Demografik bilgiler.
- Vital parametreleri.
- Çağrı sonlanım şekli.
- Yapılan müdahaleleri zamanı (saati).

Kodu veren personel, ekip gelene kadar gerekli müdahaleyi yapmak zorundadır. Görevli ekip çağrı sonrası 3 dakika içerisinde müdahale etmesi gerekmektedir. Çağrı sonucu gelen ekipte gelen doktor, resüsitasyon koordinatörü olur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.7.3. Pembe Kod

Pembe Kod, bebek ve çocuklara karşı; kaçırma, kaybolma vb. risklere karşı yetkili personelin bilgilendirilmesi ve olaya müdahale edilmesini sağlayan sistemdir. Kod, dahili telefon sisteminden “3333” tuşlanması ile birlikte aktif edilir. Bu alarmin verilmesi ile bildikte giriş ve çıkışlar kontrol altına alınır ve gerekli müdahalelerde bulunur (Pembe Kod Uygulama Talimatı, 2013).

Pembe kod ile ilgili mevzuat, ilk önce 05.08.2009 tarihinde yayınlanmış ve 05.11.2013 tarihinde revize edilmiştir. Bu mevzuatta görevli olarak tanımlanan personeller şunlardır:

- İdari hizmet yöneticisinden bir temsilci.
- Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci
- Teknik servis elemanı.
- Güvenlik amiri.
- Pediatri servis hemşiresi.

Pembe Kod verildikten sonra, hastane sisteminden şu anonslar yapılabilir:

- “Bulunduğunuz yerdeki merdiven, asansör, giriş ve çıkışları mümkünse bir arkadaşınızla beraber tutunuz.”
- “Etrafınızda bir bebek taşıyan ya da saklayan bir kişiyi tespit etmeye çalışın.”
- “Eğer bir Şüpheli tespit ederseniz, sakince Şüpheliye bebeğin kimliğini sorun ve varsa bebeğin bilekliğinden kimliğini doğrulayın.”
- “Şüpheliyi siz meşgul ederken diğer arkadaşınızın dâhili: 3333 aramasını sağlayın.”

Pembe kod uygulamasında, ayrıca anne – baba sorunu yaşayan ailelerin bebekleri için farklılık yaratmak amacıyla çeşitli işaretler kullanılabilir. Örneğin ilgili hasta kapısına hemşirelerin anlayabileceği belirteçler konabilir. Bu amaçla genellikle kırık yumurta tercih edilir.

2.7.4. Kırmızı Kod

Kırmızı kod, sağlık bakanlığınca şu şekilde tanımlanmaktadır:

“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.” (Sağlık Bakanlığı Web Sitesi)

2.7.5. Turuncu Kod

“Hastanelerde Turuncu Kod, kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik (KBRN) madde sızıntısı veya bu tür maddelere maruz kalma gibi tehlikeli madde acil durumlarında aktive edilen bir acil durum kodudur.” Hastane telefonunda 6666 tuşlanarak verilen turuncu kod, aşağıdaki risklerin ortaya çıkması halinde kullanılmaktadır:

- Olası kimyasal madde sızıntılarında.
- Kimyasal maddelerin olduğu kazalarda.
- Biyolojik maddelerin karıştığı kazalarda
- Biyolojik / Radyolojik sızıntıların ortaya çıkması halinde.

2.7.6. Sarı kod

Sarı Kod, doğal afet vb. felaket durumlarında kullanılan bir koddur. Sarı kod verilecek bazı olaylar şunlardır (<https://cevrehastanesi.com.tr/>):

- Deprem.
- Sel.
- Heyelan.
- Su baskını.

Diğer kodlardan farklı olduğu husus, olasılıksal olarak tahmin edilmesinin oldukça zor olmasıdır. Örneğin depremin ne zaman olacağı bilinmez. Tahmin edilme çalışmaları olsa da henüz başarı sağlanamamıştır. Buna mukabil örneğin aile içi şiddet eylemi yaşayan kadınlar için pembe kod verilme ihtimali oldukça yüksektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma ile İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi son sınıf öğrencilerinin sağlık kurumlarında uygulama eğitimleri sırasında karşılaştıkları ulusal renkli kodlar ile ilgili bilgi düzeyleri ve konu hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi amaçlamaktadır.

3.1. Araştırmanın Önemi ve Literatüre Katkısı

Renkli kodlar oluşturulan sistemlerin özü, sağlık personelinin karşılaştığı risk ve tehlikelere karşı; basit olarak uygulanabilen, uygulama açısından herkese açık olan ve gerekli bilgiyi kısa sürede karşı tarafa ileten bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Renkli kodlar fiziki ve sözlü şiddet başta olmak üzere, ülkemizde pek çok risk ile karşı karşıya kalan sağlık sektöründe; personelin güvenliğinin sağlanması ile hastalara ve olaylara erken müdahaleyi sağlayan renkli kodların uygulanması, sonuçları itibari ile pek çok istenmeyen ve telafisi güç sorunlara neden olabilecek olayların olumsuz etkilerini en alt düzeye indirecek önemli araçlar arasındadır.

Geleceğin sağlık personeli olacak, sağlık bilimleri disiplinlerinde okuyan öğrencilerin konuya eğilimleri önem taşımaktadır. Kısa süre sonra sağlık sektörünün farklı kurum ve birimlerine katılacak genç meslek adaylarının konuya bakış açıları; sağlık sektöründeki risk ve tehlikelere olan ilgilerini göstermeleri açısından da önemlidir.

3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi Sınırları

Araştırma, İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesinde 01.04.2024 - 01.06.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, İş Sağlığı ve Güvenliği 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Anket soruları öğrencilere yazılı ve Google formlar aracılığı ile çevrimiçi olmak üzere iki şekilde uygulanmıştır. Fakültenin 4. Sınıf öğrencilerinin sayısının 167 olduğu bilinmektedir. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılacak olup; örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde 2014 yılında Karagöz tarafından geliştirilmiş formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2023). Yapılan hesaplamaya göre örneklemin en az 69 kişiden oluşması halinde evreni temsil edeceği tespit edildiğinden bu araştırmada 127 kişiye anket uygulanmış ancak tezin 3.5.1.1. bölümünde detayları verildiği üzere 3 anket değerlendirme dışı bırakılmış olduğundan toplam 124 anket değerlendirmeye alınmıştır.

$$n = \frac{N * p * q * Z\alpha^2}{[(N - 1) * d^2] + (p * q * Z\alpha^2)}$$

$$n = \frac{167 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(167 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{160,3868}{2,3358} = 68,66 \cong 69$$

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında kurulan hipotezler şu şekildedir:

- H_a : Renkli kod eğitimi alma hususunda bölümler arasında fark yoktur.
- H_b : Öğrencilerin renkli kod eğitimi aldıkları yerler arasında fark yoktur.
- H_c : Kodların kullanım şekli bilmeleri bölümler arasında fark yoktur.
- H_c ; Bebek / Çocuk kaçırma durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.
- H_d : Fiziksel / psikolojik şiddet yaşanması durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur
- H_e : Solunum / Kardiyakarrest durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.

H_f : Yangın durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.

H_g : Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin renkli kodların gerekliliğine olan düşüncelerinde bölümlere göre fark yoktur.

H_h : Beyaz kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.

H_i : Pembe kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.

H_k : Mavi kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Süreci

Araştırmada veriler Nigar Ünlüsoy Dinçer ve arkadaşları (2023) tarafından kalem alınan “Klinik Uygulama Deneyimi Yaşayan Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Hakkındaki Farkındalıkları” makalesinden yararlanılarak, hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Soru Formu” ile toplanmıştır. Anket formları ile anketin kullanılmasına yönelik alınan izinler eklerde yer almaktadır.

3.5. Verilerin Analizi

Farklı ortamlarda temin edilen anket formları, öncelikle dijital ortama aktarılmıştır. Dijitalleştirilen veriler, SPSS 24.0 programına aktarılmış ve tüm analizler bu program ile gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Verilerin Analize Elverişli Hale Getirilmesi

Toplanan verilerin hangi analizlere uygun olduğunun tespiti amacıyla, veriler analize uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Bu amaçla uç değer analizi, normallik analizi ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir.

3.5.1.1. Uç Değer Analizi

Toplanan verilerin uç değer barındırıp barındırmadığı incelenmiştir. Bu amaçla önce veriler değerlendirilmiş ve akabinde Mahalanobis uzaklıkları kullanılmıştır.

Toplanan 127 adet anket verisi üzerinde yapılan uç değer analizi neticesinde;

- a. Toplam sorulara verilen yanıtların aynı olması nedeniyle 1 anket formu analiz dışına çıkartılmıştır.
- b. Soruların yarısından fazlasına cevap verilmemesi nedeni ile 1 soru formu analizden çıkartılmıştır.
- c. 1 Adet anket formundan elde edilen Mahalanobis uzaklığı dikkate alınarak anketten çıkartılmıştır.

Özetle ifade etmek gerekirse uç değer analizi neticesinde, toplanan 127 adet anket formundan 124'ünün kullanılmasının uygun olacağına karar verilmiştir.

3.5.1.2. Normal Dağılıma Uygunluk

Verilerin analizinde kullanılacak analiz tekniğinin belirlenmesi sırasında önemli araştırma konularının başında normal dağılıma uygunluk gelmektedir.

Anket maddelerinin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile sınanmıştır. Bu analizlerde;

H_0 : “Veriler normal dağılıma uymaktadır” hipotezine göre değerlendirilmekte olup, sonuçlar Tablo 3.1’de sunulmuş olup, her iki teste göre de verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.1: Avusturalya’da Normal Dağılım Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a				Shapiro-Wilk	
	Anlamlılık	İstatistik	Anlamlılık	İstatistik	Anlamlılık	Sig.
Devam edilen bölüm	,158	124	,000	,885	124	,000
En son mezun olunan okul	,426	124	,000	,660	124	,000
Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alma durumu	,431	124	,000	,589	124	,000
Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alınan kurum	,214	124	,000	,801	124	,000
Ulusal renkli kodlarla ilgili tatbikatlara katılma durumu	,520	124	,000	,394	124	,000
Ulusal renkli kod uygulamasına tanık olma durumu	,517	124	,000	,407	124	,000
Tanık olunan sağlıkta ulusal renkli kod uygulaması	,500	124	,000	,397	124	,000
Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	,397	124	,000	,740	124	,000
Sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele veya hastaya yönelik fiziksel/psikolojik şiddet durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	,459	124	,000	,419	124	,000
Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyakarrest durumlarında hangi acil durum kodu kullanılır?	,432	124	,000	,608	124	,000

Hastanede oluşabilecek bir yangın durumunda hangi acil durum kodu kullanılır	,442	124	,000	,609	124 ,000
Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?	,426	124	,000	,616	124 ,000
Kırmızı Kod	,419	124	,000	,601	124 ,000
Pembe Kod	,427	124	,000	,593	124 ,000
Beyaz Kod	,494	124	,000	,482	124 ,000
Mavi Kod	,501	124	,000	,463	124 ,000
Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi mavi kod ekibi içinde yer almaz?	,368	124	,000	,614	124 ,000
Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi beyaz kod ekibi içinde yer almaz?	,353	124	,000	,756	124 ,000
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğin sağlanması için gerekli olduğunu düşünüyorum.	,409	124	,000	,634	124 ,000
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	,408	124	,000	,627	124 ,000
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	,499	124	,000	,370	124 ,000
Hastanede karşılaştığım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	,249	124	,000	,821	124 ,000
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	,292	124	,000	,783	124 ,000

Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	,258	124	,000	,810	124 ,000
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	,285	124	,000	,789	124 ,000
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.	,329	124	,000	,731	124 ,000
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	,235	124	,000	,888	124 ,000
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım.	,333	124	,000	,711	124 ,000
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım Acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	,322	124	,000	,680	124 ,000
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	,235	124	,000	,854	124 ,000
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.	,514	124	,000	,404	124 ,000

Çalışmada kullanılan anket verilerinin toplandığı sorular likert tipi ölçek ile hazırlanmıştır. Bu husus dikkate alındığında normallik testlerinin sağlıklı sonuçlar vermeyeceği açıktır. Bir başka deyişle ifade etmek gerekirse, verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri tek başına yeterli bir kriter olamamaktadır (Nevruz, 2017).

Verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları basıklık, çarpıklık, değişim katsayısı, histogram gibi farklı yöntemlerle de incelenmiştir (Tablo 3.2). Yapılan incelemelerde verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.2: Basıklık ve Çarpıklık

Madde	Çarpıklık (S.H.: ,22)		Basıklık (S.H.: ,43)	
	İst.	Katsayı	İst.	Katsayı
Yaşınız	1,01	4,64	1,61	3,74
Devam edilen bölüm	0,04	0,16	- 1,32	- 3,05
En son mezun olunan okul	1,27	5,85	0,71	1,65
Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alma durumu	- 0,77	- 3,53	- 1,43	- 3,32
Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alınan kurum	0,03	0,13	- 1,42	- 3,29
Ulusal renkli kodlarla ilgili tatbikatlara katılma durumu	2,24	10,31	3,07	7,11
Ulusal renkli kod uygulamasına tanık olma durumu	2,14	9,83	2,60	6,04
Tanık olunan sağlıkta ulusal renkli kod uygulaması	3,21	14,75	10,21	23,67
Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	- 0,88	- 4,07	- 0,33	- 0,76
Sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele veya hastaya yönelik fiziksel/psikolojik şiddet durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	2,73	12,56	21,64	50,16

Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyakarrest durumlarında hangi acil durum kodu kullanılır?	1,63	7,48	1,59	3,69
Hastanede oluşabilecek bir yangın durumunda hangi acil durum kodu kullanılır	- 1,27	- 5,85	4,06	9,42
Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?	1,64	7,53	1,74	4,02
Kırmızı Kod	- 0,65	- 3,00	- 1,60	- 3,71
Pembe Kod	- 0,73	- 3,35	- 1,49	- 3,46
Beyaz Kod	- 1,57	- 7,22	0,47	1,10
Mavi Kod	- 1,71	- 7,86	0,94	2,17
Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi mavi kod ekibi içinde yer almaz?	- 2,01	- 9,27	3,31	7,68
Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi beyaz kod ekibi içinde yer almaz?	0,74	3,42	1,66	3,85
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğinin sağlanması için gerekli olduğunu düşünüyorum.	- 1,55	- 7,15	2,80	6,50
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	- 1,94	- 8,95	4,69	10,87
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	- 4,16	- 19,15	21,92	50,81
Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	- 0,15	- 0,68	- 0,93	- 2,14
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	- 1,07	- 4,93	0,62	1,44
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	1,00	4,58	1,09	2,52
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	0,99	4,58	0,61	1,41
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.	- 1,26	- 5,80	0,79	1,83
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	0,25	1,16	0,14	0,33

Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım.	1,59	7,31	3,23	7,49
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	- 1,94	- 8,92	5,53	12,82
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	0,37	1,71	0,04	0,09
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.	- 2,80	- 12,87	7,65	17,72

3.5.2. Örneklemeye Ait Demografik Özellikler

Katılımcılar ait demografik özellikler Tablo 3.3’te sunulmaktadır.

Tablo 3.3. Katılımcıların demografik özellikleri

Tanıtıcı Özellik	n=124	%
Bölüm		
Sağlık Yönetimi	27	21,8
Hemşirelik	24	19,4
Beslenme ve Diyetetik	25	20,2
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	19,4
İş Sağlığı ve Güvenliği	24	19,4
Mezun Olunan Okul		
Fen Lisesi	3	2,4
Anadolu Lisesi	88	71,0
Sağlık Meslek Lisesi	18	14,5
Diğer	15	12,1
Renkli Kod Eğitimi Alınma Durumu		
Almayan	40	32,3
Alan	84	67,7
Renkli Kod Alınan Kurum		
Okul	46	54,7
Hastane	38	45,2
Renkli Kod Tatbikatlarına Katılım Durumu		
Katılmadı	108	87,1
Katıldı	16	12,9

Renkli Koda Tanık Olma Durumu		
Tanık Olmayan	107	86,3
Tanık Olan	17	13,7
Tanık Olunan Renkli Kod		
Mavi	2	11,7
Beyaz	10	58,8
Pembe	2	11,7
Birden Çok	3	17,6

Katılımcıların %71'i Anadolu lisesi mezunudur. %32,3'ü renkli kod eğitimi almadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %54,7'si okulda renkli kod eğitimi aldığını, 12,9'u renkli kod tatbikatlarına katıldığını, 86,3'ü renkli koda tanık olmadığını, %58,8'i ise en fazla beyaz renk koduna tanık olduğunu ifade etmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

- İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'na 04.03.2024 tarihli 2024/03-1239 sayılı kararla etik kurul onayı verilmiştir.
- Araştırmanın yapıldığı üniversiteden kurum izni 15.03.2024 tarihinde alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yapıldığı tarih itibari ile araştırmanın yapıldığı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanı tamamen araştırmacı tarafından sağlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Anket Sorularına Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi

Katılımcıların %20,7'si okulda, %39,1'i hastanede olmak üzere toplam %62,1'i renkli kod eğitimi aldığını ifade etmiştir. 14 Katılımcı renkli kod tatbikatlarını katıldığını / tanık olduğunu belirtmiştir. Buna karşın hangi renk kodunun hangi durumda kullanıldığı konusunda yeterli cevaplar alınamamıştır. Katılımcıların somut olaylar karşısında kodları belirtmeleri istenmiş ve sonuçları Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Vakalara Göre Renk Kodunun Belirtilmesi

	Mavi Kod	Beyaz Kod	Kırmızı Kod	Pembe Kod	Sarı Kod
Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	%1,7	%17,3	%10,0	%97,5	%37,5
Sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele veya hastaya yönelik fiziksel/psikolojik şiddet durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?	%4,0	%70,5	%10,0	-	%4,2
Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyakarrest durumlarında hangi acil durum kodu kullanılır?	%50,9	%2,6	%36,7	%2,5	%29,2
Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?	%43,4	%9,6	%43,3	-	%29,2

Buna göre katılımcıların;

- Bebek veya çocuk kaçırılma durumunda kullanılan kodu %63,7'si,
- Sağlık personeli veya hastaya yönelik fiziksel/psikolojik şiddet durumunda kullanılan kodu %88,7'si,
- Solunum veya kardiyak arrest durumlarında kullanılan kodu %71,7'si,
- Tüm dünyada kullanılan ortak renk kodunu %61,2'si doğru olarak yanıtlamıştır.

Verilen yanıtlar dikkate alındığında, en fazla beyaz kodun bilinir olduğu tespit edilmektedir. 110 Katılımcı (%88,7) sağlıkta şiddet durumunda uygulanacak kodu doğru olarak ifade ettikleri görülmektedir.

Beyaz Koddan sonra bilinirliği en yüksek olan kodun mavi kod olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte “mavi kodun” başka bir özelliğinin sorgulandığı “Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?” sorusuna verilen yanıtlarda, bu soru grubunun en düşük yüzdesi %61,2 tespit edilmiştir.

Tüm yanıtlar analiz edildiğinde sadece 6 öğrencinin hiçbir koda doğru cevap veremediği görülmüştür. Bu öğrencilerin örneklem içerisindeki ağırlığı %4,8 olarak hesaplanmıştır.

Önermelere verilen yanıtlar incelendiğinde;

- i. “Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.”
- ii. “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.”
- iii. “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.” ifadelerine verilen yanıtlarda, gruplara göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu ifadeler daha detaylı incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmaktadır:
 - “Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.” İfadesine en yüksek puanı sağlık yönetiminde (78,61), en düşük puan Beslenme ve Diyetetik (58,24) bölümüne aittir.
 - Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.” İfadesine en yüksek puanı hemşirelik (77,79), en düşük puan fizyoterapi ve rehabilitasyon (50,02) bölümüne aittir.
 - “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.” İfadesine en yüksek puanı beslenme ve diyetetik (73,38), en düşük puan iş sağlığı ve güvenliği (56,96) bölümüne aittir.
 - Kod uygulamasında, hastane içerisindeki telefon sisteminden belirli bir arama yapılması gerekmektedir.

Katılımcıların olaylar karşısında, telefon sisteminde kodlaması gereken numaralar hakkında verdiği yanıtlar Tablo 4.1’de ve önermelere verilen yanıtlar ise Tablo 4.2’de gösterilmiştir.



Tablo 4.2: Renkli Kod Telefon Kodları

Renkli Kod	Doğru	Yanlış
Kırmızı	81	43
Pembe	83	41
Beyaz	100	24
Mavi	102	22

Tablo 4.3: Sağlıkta Ulusal Kodlar Formu Sonuçları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğin sağlanması için gerekli olduğu nu düşünüyorum.	1	,08			3	2,4	37	29,8	83	66,9
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	1	0,08			10	8,1	28	22,6	85	68,5
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	1	,08			3	2,4	12	9,7	108	87,1

Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	1	,08	3	2,4	49	39,5	29	23,4	42	33,9
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	1	,08	5	4,0	19	15,3	38	30,6	61	49,2
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	46	37,1	56	45,2	16	12,9	5	4,0	1	,08
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	59	47,6	40	32,3	21	16,9	3	2,4	1	,08
Klinikte uygulama sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm			7	5,6	12	9,7	36	29,0	69	55,6
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	8	6,5	36	29,0	57	46,0	17	13,7	6	4,8
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım	70	56,5	42	33,9	9	7,3	2	1,6	1	,08
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım Acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	2	1,6	1	,08	6	4,8	46	37,1	69	55,6
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	30	24,2	54	43,5	36	29,0	3	2,4	1	,08
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.					2	1,6	14	11,3	10 8	87,1

4.2. İstatistik Analizler

Önceki kesimde katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirilmişti. Bu kesimde ise verilen yanıtların istatistik analizleri gerçekleştirilecektir.

4.2.1. Renkli Kod Eğitimi Almanın Bölümlere Göre Farklılığının Analizi

Eğitim alma durumunun, bölümlere göre bir farklılık gösterip göstermediği (Hipotez 1) Kruskal-Wallis H Testi ile incelenmiştir. Test sonuçları Tablo 4.4'te sunulmuş olup, bölümler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4: Renkli Kod Eğitimi Almanın Bölümlere Göre Farklılığının Analizi

Devam edilen bölüm	N	Sıra Ortalaması
Sağlık Yönetimi	27	73,31
Hemşirelik	24	69,58
Beslenme ve Diyetetik	25	45,30
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	69,58
İş sağlığı ve Güvenliği	24	54,08
Test İstatistiği		
Kruskal-Wallis H	17,315	
df	4	
Asymp. Sig.	,002	

4.2.2. Renkli Kod Eğitimi Alınan Yerin Bölümlere Göre Farklılığının Analizi

Araştırmanın 2. Hipotezi olan “Öğrencilerin renkli kod eğitimi aldıkları yerler arasında fark yoktur.” ifadesi Kruskal-Wallis H testi ile sınanmıştır. Test sonuçları Tablo 4.5'te sunulmuş olup, bölümler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Renkli Kod Eğitimi Alınan Yere Göre Farklılığının Analizi

Devam edilen bölüm	N	Sıra Ortalaması
Sağlık Yönetimi	23	38,11
Hemşirelik	19	32,34
Beslenme ve Diyetetik	10	48,70
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	19	54,45
İş sağlığı ve Güvenliği	13	42,88
Test İstatistiği		
Kruskal-Wallis H	12,441	
df	4	
Asymp. Sig.	,014	

4.2.3. Renkli Kodun Veriliş Şeklinin Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi

Renkli kodların verilmesi için doğru telefon numaralarının bilinirliğinin bölümler arasındaki farklılığın (Hipotez C) sınanması için Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Test istatistiği sonuçlarına göre bölümler arasında fark bulunmamaktadır (Tablo 13).

Tablo 4.6: Renkli Kodun Veriliş Şeklinin Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi

	Kırmızı Kod	Pembe Kod	Beyaz Kod	Mavi Kod
Kruskal-Wallis H	3,125	1,736	1,173	2,578
Serbestlik Derecesi	4	4	4	4
Anlamlılık	,537	,784	,882	,631

4.2.4. Kodların Doğru Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi

Kodların doğru şekilde bilinirliğinin sınındığı hipotezler olan;

- H_d : Bebek / Çocuk kaçırma durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.
- H_e : Fiziksel / psikolojik şiddet yaşanması durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur
- H_f : Solunum / Kardiyakarrest durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.
- H_g : Yangın durumunda kullanılacak kodu bilme açısından bölümler arasında fark yoktur.

İfadeleri, Kruskal-Wallis H Testi ile sınınmış olup, bölümler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.7: Kodların Doğru Bilinirliğinin Bölümlere Göre Fark Analizi

	Pembe Kod	Beyaz Kod	Mavi Kod	Kırmızı Kod
Kruskal-Wallis H	2,187	2,847	1,229	1,564
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,701	,584	,873	,815

4.2.5 Önermelere Verilen Yanıtların Bölümlere Göre Fark Analizleri

Kurulan hipotezlerden;

- H_i : Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin renkli kodların gerekliliğine olan düşüncelerinde bölümlere göre fark yoktur.
- H_h : Beyaz kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.
- H_k : Pembe kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.
- H_l : Mavi kod verme konusunda bölümler arasında fark yoktur.

Sınaması Kruskal-Wallis H testi ile yapılmıştır.

Devam edilen bölüm öğrencilerine göre sorulara verilen yanıtlar arasında bir farkın olup olmadığı analiz sonucu Tablo 4.8’de yer almaktadır.³

Tablo 4.8. Devam Edilen Bölüme Göre Fark Analizi

	Kruskal-Wallis H	SD	Anlamlılık
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğinin sağlanması için gerekli olduğunu düşünüyorum.	4,583	4	0,333
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	6,595	4	0,159
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	4,279	4	0,370
Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	2,944	4	0,567
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	7,583	4	0,108
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	11,237	4	0,024
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	12,991	4	0,011
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.	4,992	4	0,288
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	0,388	4	0,983
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım.	4,426	4	0,351
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	1,505	4	0,826

³ Fark Analizi için bölümlere göre ortalama sonuçları Ek 1’de yer almaktadır.

Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	5,003	4	0,287
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.	2,183	4	0,702

Tablo 15'ten elde edilen sonuçlara göre;

- “Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.”
- “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.”
- “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.”

Sorularına verilen yanıtlarda, gruplara göre farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Bu ifadeler daha detaylı incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmaktadır:

- “Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.” İfadesine en yüksek puanı sağlık yönetiminde (78,61), en düşük puan Beslenme ve Diyetik (58,24) bölümüne aittir.
- Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.” İfadesine en yüksek puanı hemşirelik (77,79), en düşük puan fizyoterapi ve rehabilitasyon (50,02) bölümüne aittir.
- “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.” İfadesine en yüksek puanı beslenme ve diyetik (73,38), en düşük puan iş sağlığı ve güvenliği (56,96) bölümüne aittir.

Gruplar arasında fark tespit edilen maddeler incelendiğinde mantıksal tutarlılık içerisinde olduğu görülmektedir. Örneğin klinik uygulaması diğer bölümlere nazaran çok sınırlı olan iş sağlığı ve güvenliği bölümünde “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.” ifadesinin, diğer bölümlere nazaran daha düşük değer alması veya acil durumlarla fazla karşılaşmayan fizyoterapi bölümü öğrencilerinin “Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.” ifadesine diğer

bölümlere nazaran düşük puan vermesi ve aksine hemşirelerin çok yüksek puan vermesi içsel tutarlılık göstergesi olarak kabul edilebilir.

4.2.6. Önermelere Verilen Yanıtların Renkli Kod Eğitim Alam Durumuna Göre Homojenliği

İstatistik alanında bağımsızlık testleri, örnekleme oluşturan değişkenlerin iki kategorik değişkenin geldiği popülasyonun homojen olup olmadığının incelenmesi amacı ile kullanılmaktadır. Bir başka deyişle ifade etmek gerekirse, 2 örneklemin aynı kategoriler açısından homojen olup olmadıklarının sınanması için kullanılmaktadır.

Bu test için hipotezler şu şekilde kullanılmaktadır:

H_0 : Örneklem homojendir.

H_1 : Örnekler homojen değildir.

Renkli kod eğitimi alan öğrenciler ile eğitim almayan öğrencilerin verdiği yanıtlara göre homojen grup olup olmadıkları incelenmiş ve sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Renkli Kod Eğitim Alam Durumuna Göre Yanıtların Homojenliği

Maddeler	X ²	Sig
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğin sağlanması için gerekli olduğu nu düşünüyorum.	3,306	,347
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	2,254	,521
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	,485	,922
Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	11,479	,022
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	,994	,911
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	5,325	,256

Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	3,333	,504
Klinikte uygulama sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm	1,795	,616
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	2,925	,570
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım	2,847	,584
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım Acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	3,593	,464
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	4,867	,301
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.	1,030	,597

Tablo 16’da elde edilen sonuçlara göre sadece “Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.” Ho kabul edilmiştir. Buna göre eğitim alıp almama durumuna göre gruplar arasında gruplar arasında homojenlik bulunmamaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Düşünsel gelişim ile birlikte, eski zamanlarda soylulara ve aristokratlara ait olduğu düşünülen sağlıklı olma hakkı, günümüzde artık anne karnında cenin olmakla kazanılan bir hak olarak görülmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri sağlık kurumları aracılığı ile sunulmaktadır. Sağlık kurumlarının amaçları; insanların öncelikle hayatını korumak ve kurtarmak daha sonra kendi kurumsal otoritesini ve birimlerini iyi bir şekilde organize ederek sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlamak, sağlık hizmeti vermeyi engelleyecek durumları ortadan kaldırılmak olarak sıralandığı görülmektedir.

Sağlık kurumlarının etkin ve verimli çalışabilmesi için bu kurumların çalışanları ile kullanıcılarının güvenliklerinin sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla farklı sistemlerin geliştirildiği görülmektedir. Tüm dünyada kullanılan sistemlerinden birisi de renkli kodlardır. Renkli kodlar; hayat kurtaran temel bilgileri hızla hastane personeline yaymanın bir yolu olarak ortaya çıkmış ve tüm ülkelerce kullanılmaya başlamıştır. Kod uygulamalarının temelinde klinik durumu olumsuz seyir gösteren hastalara hızlı ulaşım sağlama olduğu görülmektedir. Böylece personele kesin acil durum bildirimi sağlamak, panik ortamı oluşmadan hızlı ve etkili müdahaleyi koordineli olarak sağlamaktır.

Renkli kodların uygulanması ile hasta, çalışan ve işletme güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Renkli kod sistemi, basit herkesçe uygulanabilir olup; acil durumu bilgisinin ilgili birimlere hızlı bir şekilde aktarılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla bütün hastanelerde dahili numara sistemi içerisinde önceden belirlenmiş kolay tuşlanabilir numaralar kullanılmaktadır. Bu kodlama işlemi ile birlikte sağlık iş göreni, hızlı, güvenli ve ekonomik olarak ilgili birimlere bilgi verebilmektedir. Sisteme sağlık iş görenleri dışındaki kişiler ulaşamamaktadır. İş gören tarafından girilen kod, bilgisayar ağı sayesinde ilgili birimlere ulaştırılmaktadır.

Farklı ülkelerde farklı zamanlarda kullanılmaya başlanan Renkli Kodların Türkiye’de fiili olarak uygulanmaya başlanması 2008 yılına rastlanmaktadır. 2008’de Mavi kod, 2009’da pembe kod, 2011’de beyaz kod, 2015 yılında kırmızı kod aktif olarak Türkiye’de kullanılmaya başlamıştır.

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının artması üzerine Beyaz Kod uygulaması başlatılmıştır. Bu kod ile sağlık kurumu iş göreninin uğrayacağı şiddet eyleminin önlenmesi için acil durum prosedürünün uygulanmasını sağlamaktadır.

Mavi Kod, sağlık kurumunda ortaya çıkan Kardiyak Arrest (KA), Kardiyopulmoner Arrest (KPA) vakaları için kullanılmaktadır. Tüm dünyada farklı renklerde kodlar uygulanmasına karşın, sadece mavi kod tüm ülkelerde aynı amaçla kullanılmaktadır. Mavi kod ile birlikte acil tıbbi müdahale ihtiyaç olduğu ilan edilmiş olur.

Pembe Kod, bebek ve çocuklara karşı; kaçırma, kaybolma vb. risklere karşı yetkili personelin bilgilendirilmesi ve olaya müdahale edilmesini sağlayan sistemdir. Bu alarmin verilmesi ile bildikte giriş ve çıkışlar kontrol altına alınır ve gerekli müdahalelerde bulunur.

Bu çalışma ile Sağlık Bilimleri Fakültesi 4. sınıf öğrencilerinin sağlık kurumlarında uygulama eğitimleri sırasında karşılaştıkları ulusal renkli kodlar ile ilgili bilgi düzeyleri ve konu hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın amacı kısa süre sonra sağlık sektörünün farklı kurum ve birimlerine katılacak genç meslek adaylarının konuya bakış açıları; sağlık sektöründeki risk ve tehlikelere olan ilgilerini tespit etmektedir. Araştırma, İstanbul’da bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesinde 01.04.2024 – 01.06.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket tekniği olarak yazılı soru kâğıtları ve Google formlar kullanılan araştırmaya 127 öğrenci katılmıştır. Araştırmada veriler Nigar Ünlüsoy Dinçer ve arkadaşları (2023) tarafından kalem alınan “Klinik Uygulama Deneyimi Yaşayan Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Hakkındaki Farkındalıkları” makalesinden yararlanılarak, hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Soru Formu” ile toplanmıştır. Veriler, SPSS 24.0 programına aktarılmış ve tüm analizler bu program ile gerçekleştirilmiştir.

Toplan anket verileri incelendiğinde çeşitli nedenlerden dolayı 3 tanesi analiz dışı bırakılmış ve sonuçlara 124 katılımcıdan elde edilen bilgilerden ulaşılmıştır.

Çalışmada istatistiki tekniklerden nonparametrik analiz teknikleri tercih edilmiştir. Bu tekniklerinin tercih edilmesinde en önemli neden anket formunda ve en yüksek 5’li likert tipi

sorulara verilen yanıtların normal dağılıma uymuyor olmasından kaynaklanmaktadır. Data seti üzerinde yaptığımız araştırmalarda veri setinin baskılık, çarpıklık, değişim katsayısı, histogram şekilleri gibi farklı yollar ile de karşılaştırılmış ve verilen normal dağılmadığı tespit edilmiş ve bu nedenle parametrik testlerin alternatifi olan nonparametrik testler kullanılmıştır. Alan yazını incelendiğinde, diğer araştırmacılarında benzer verilerin analizinde nonparametrik testleri kullandıkları görülmektedir.

24 fizyoterapi ve rehabilitasyon, 24 iş sağlığı ve güvenliği, 24 hemşirelik, 25 beslenme ve diyetetik ve 27 sağlık yönetimi öğrencisi olmak üzere, toplam 124 öğrenci katılmıştır. Katılan öğrencilerden sadece 84'ü renkli kod eğitimi aldığını ifade etmiştir. Renkli kod eğitimi aldığını ifaden öğrencilerden %54,7'si okulda, %45,2'si eğitimi hastanede aldığını belirtmiştir. Öğrencilerden sadece 14'ü renkli kod tatbikatlarını katıldığını / tanık olduğunu belirtmiştir.

Yapılan araştırmada katılımcıların önemli kısmının renkli kodları ve bildirim şeklini doğru olarak bildiği tespit edilmiştir. Katılımcıların %63,7'si pembe, %88,7'si beyaz, %71,7'si mavi kodu doğru olarak bilmiştir. Ancak tüm dünyada ortak olan renkli kodu doğru bilinme oranı %61,2'de kaldığı görülmüştür.

Katılımcıların yanıtlarına göre, en fazla beyaz kodun bilinir olduğu tespit edilmektedir. 110 Katılımcı, (%88,7) sağlıkta şiddet durumunda uygulanacak kodu doğru olarak ifade ettikleri görülmektedir. Türkiye'de haber ve tanıtım çalışmaları dikkate alındığında genç sağlık çalışan adaylarının Beyaz Koda karşı diğer kodlara nazaran daha fazla duyarlı olması tutarlı olarak kabul edilmiştir.

Beyaz Koddan sonra bilinirliği en yüksek olan kodun mavi kod olduğu tespit edilmiştir. Mavi Kodun yaygın olarak bilinir olmasında hemen tüm bölümlerde solunum veya kardiyakarrest durumlara karşı özel önem verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte “mavi kodun” bi başka hususi özelliğinin bilinip bilinmediğinin sorguğunağı “Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?” ifadesine verilen yanıtlarda, bu soru grubunun en düşük yüzdesi %61,2 tespit edilmiştir. Bu soruya verilen 2. Yüksek yanıt olan Kırmızı kodun ağırlığı %20,9 olarak hesaplanmış olup, genç sağlık adaylarının bu yönde bir karışıklık yaşadıkları görülmüştür.

“Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?” sorusu ile pembe kod bilgisi sınan öğrencilerin, “pembe kod” ile “beyaz kod” bir karışıklık olduğu anlaşılmaktadır. Bu karışıklığın soru içerisinden geçen ifadelerin öğrencilerde “şiddet algısı” olarak değerlendirmiş olması muhtemeldir.

Sorulara verilen yanıtların değerlendirilmesinde önemli sonuçlara ulaşılmaktadır.

- Her şeyden önce katılımcıların %96,7’si, renkli kod uygulamasının önemli olduğunu düşünmektedir. Ancak katılımcıların %3,3’ü önemli olduğunu katılmamakta veya kararsız olduğunu ifade etmektedirler.
- Katılımcılardan %91,1’i sağlık personeline karşı şiddet eylemine karşı gerekli kod bildirimini yapabileceğini ifade etmektedir. Bu istatistiğin önemli bir oran olduğu düşünülmektedir.
- Şiddet bildirimine benzer şekilde bebek / çocuk kaçırılma durumu içinde geçerlidir. Böyle bir durum ile karşılaşılması halinde genç meslek mensubu adayların %96,8’i bildirimde bulunacağını açıkça ifade ederken, %3,2’si bu konuda kararsız olduğu ifade etmiştir.
- Sorunlu solunum / kardiyakarrest durumlarda katılımcıların %57,3’ü kod verebileceğini ifade etmiştir. Mavi kod için verilen yanıtların beyaz ve pembe kodlara nazaran daha düşük olmasının nedeninin teknik bir durumda, genç sağlık çalışanlarının yetki aşarak “gereksiz” bir kod vermemek için bu soruya nispeten daha düşük yanıt verildiği tahmin edilmektedir.
- Katılımcıların %79,8’i acil durumlarda soğukkanlı kalacaklarını, %4,08’i sakin kalamayacağını ifade etmiştir. Yanıtlar sağlıkçıların olaylara soğuk kanlı yaklaşacağını ifade etmeleri nedeni ile olumlu bulunmuştur.
- Karşılaşılan acil durumlara karşı, katılımcılın %1,14’ü görmezden geleceğini ifade etmiştir. Bu soruya verilen yanıtın nedeni, soru tarzından dolayı tam olarak yorumlanamamaktadır. Kendisi ile alakalı olmayan bir olay karşısında mı yoksa kendisi ile birebir alakalı olay karşısında mı bu yanıt verdiği anlaşılamamaktadır.
- Yaşanan olaylar karşısında sessiz kalacağını ifade eden katılımcı oranı %1,14’tür. Sorunun ifade biçimi dikkate alındığında, sorular arasında iç tutarlılık olduğu tespit edilmektedir.

- “Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.” İfadesi de tam olarak değerlendirilmesinin sorun yaratacağı tahmin edilmektedir. Bu soruya verilen yanıtlardan %67,7’si katılmadığını ifade etmiştir. Bu acil durum kendisi ile alakalı mı olduğu yoksa genel bir kayıtsızlık olduğu açıkça tespit edilememektedir.

Tüm yanıtlar analiz edildiğinde sadece 6 öğrencinin hiçbir koda doğru cevap veremediği görülmüştür. Bu öğrencilerin örneklem içerisindeki ağırlığı %4,8 olarak hesaplanmıştır. Bu oranın düşük olması, kurum içi verilen eğitimlerin önemli ölçüde öğrencilerde kod bilgisinin anlaşıldığı yönünde tespit edilmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatürdeki sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Bıçıkçı tarafından 2013 yılında yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının %98,1’i beyaz kod bilgisi bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının %76,9’u beyaz kod uygulama numarasını doğru ifade etmiştir (Bıçıkçı, 2013). Bu araştırmada ise beyaz kod bilinirliği yüksek çıkmasının yanında Bıçıkçı’nın çalışmasındaki seviyede değildir. 2016 yılında Aydın’ın araştırmasında katılımcıların yarısından azı pembe kod bilgisi sahibidir. Bu araştırmada ise, pembe kodun bilinirliği çok daha yüksek çıkmıştır. 2018 yılında Kore’de yapılan bir araştırmada Sağlık çalışanlarının mavi kod farkındalığının, kırmızı kod farkındalığına göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Mavi kod bilgisi %60,1 seviyesindedir. Sağlık çalışanlarının %83,1’inin renkli kod bilgisi bulunmaktadır (Lee & Lee, 2018). Bu araştırmada ise Çalışmada mavi kod bilinirliği, kırmızı koda nazaran daha yüksek çıkmıştır. Mavi kod bilgisi daha yüksek seviyede tespit edilmiştir. Çalışmada renkli kod bilgisi daha yüksek seviyede çıkmıştır. Eroğlu ve arkadaşlarının araştırmasında hemşirelik öğrencileri olan katılımcıların yarısının şiddete maruz kaldığı ve bu gruptan %0,8’inin beyaz kod verdiği tespit edilmiştir. (Eroğlu vd, 2018). Uzuntarla ve arkadaşlarının araştırmasında ise katılımcıların beyaz kod bilgi seviyesi %88,2’dir (Uzuntarla vd., 2019). Bu araştırmada ise beyaz kod bilgisi daha yüksek seviyede tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak, katılımcılara lisans eğitimleri sırasında ulusal kod ile ilgili bilgilendirmelerin yapılması ile bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Jeong ve Lee tarafından yapılan araştırmada Sağlık çalışanlarının, acil kod sıralamasında kırmızı kod birinci sırada çıkmıştır (Jeong & Lee, 2020). Bu araştırmada ise beyaz kod birinci sırada tespit edilmiştir. 2021 yılında yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %70’i renkli kod sistemi

hakkında bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (Dinçer & Kurum, 2021). Bu araştırmada ise renkli kod bilgisi daha yüksek seviyede çıkmıştır. Tutarlılığını tespiti açısından elde edilen sonuçlar, alan yazınındaki diğer araştırmalarla karşılaştırılmıştır. Alan yazını incelendiğinde bu araştırmalardan elde edilen sonuçların önemli kısmı ile literatürdeki sonuçların uyumlu olduğu görülmüştür. Farklılıkların araştırma tarihi, araştırma yapılan bölge ve örneklem farklılığından kaynaklanmaktadır.



6. KAYNAKLAR

Acik, Y., Deveci, S. E., Gunes, G., Gulbayrak, C., Dabak, S., Saka, G., ... & Tokdemir, M. (2008). Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational Medicine*, 58(5), 361-366.

Aktan, C. C. & Isık, A., Sağlık hizmetlerinin finansmanında alternatif yöntemler. Ankara: Aura Yayınları, 2007, 36-48.

Akyön, F.V. (2008). *İşyerinde şiddete karşı çalışanların bireysel çatışma yönetimi yaklaşımları; sağlık sektöründe bir araştırma*. [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi.

Alçelik, A., Deniz, F., Yeşildal, N., Mayda, A.S., Şerifi A.B. (2005). AİBÜ Tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(2), 55-65.

Aravacık , E. D. (2014). Sağlık hizmetleri bakımından iş sağlığı ve güvenliği. Adli Bilimciler Derneği 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi 1-4 Mayıs 2014.

Arıkan, K. (2019). *sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumunda beyaz kod vermedeki bilgi, tutum ve davranışları ve sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddeti önleme konusundaki önerileri*, [Tıpta Uzmanlık Tezi], Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Arslan, T. (2019). Sağlık kurumlarında şiddet: gazete haberleri üzerinde bir araştırma. [Yüksek Lisans Tezi]. Düzce Üniversitesi.

AS 3745-2010 Australian Standards: Planning for emergencies in facilities, Australia, 2010 [Erişim: 10.06.2025].

Aslankoç, R., Öztürk, M., Yıldırım, N.G., (2001). Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunları ve anksiyete ile ilişkisi. *SDU Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(2), 12-20.

Aydın, G. (2019). Sağlık çalışanlarının beyaz kod uygulamalarına bakış açılarının incelenmesi: afyonkarahisar devlet hastanesi'nde bir araştırma. [Yüksek Lisans Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Aydın, R., Yaman, Ş., Uçakcı, C., Özkan, S., & Kalkan, A. (2016). Doğum salonunda görev yapan ebe/hemşirelerin yenidoğanın ilk bakımına yönelik hasta güvenliği uygulamaları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1): 1-8.

Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3: 147-154.

Azap, A., Ergönül, Ö., Memikoğlu, K. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *Am J Infect Control*, 33, 48-52.

Balcı, B., Keskin, Ö & Karabağ Y. (2011) Kardiyopulmoner resüsitasyon, *Kafkas J Med Sci*, 1(1):41-46.

Bıçkıcı F (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1):43-56.

Birbiçer, H., Keleş, G. T., (2018) Erişkin Kardiyopulmoner Resüsitasyonda Güncel Yaklaşımlar, Akademisyen Kitabevi, 1-48.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), 258-269.

Bureau, V., Blank, R. H. & Pavolini, E. (2015). Typologies of healthcare systems and policies. E. Kuhlmann, R. Blank, I. Bourgeault, C. Wendt (Ed.). The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance (s. 101-115) içinde. London: Palgrave Macmillan.

Choudhary, M., & Kurien, N. (2019). Predatory journals: A threat to evidence-based science. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research Kleu*, 12(1), 12-14.

Çınarlı, S. (2013). İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu. Ankara: Orion Kitabevi, 1-18.

Cooper CL, Swanson N. (2002). Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: Organizacion ' Internacional de Trabajo, Organizacion ' Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos,
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVstateart.pdf. (Erişim Tarihi: 10.04.2025).

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Çakmur, H., (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 11(3): 339-344,

Dinçer, S., & Kumru, S. (2021). Afet ve Acil Durumlar İçin Sağlık Personelinin Hazırlıklı Olma Durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 32-43.

Eisenberg, M.S. & Psaty, P.B. (2009). Defining and improving survival rates from cardiac arrest in US communities. *JAMA*, 301(8):860-862

Elliott P. Violence in health care: what nurse managers need to know. *Nurs Manag.* 1997; 28: 38-41.

Ergil D. https://bilimteknik.tubitak.gov.tr/system/files/biltek_arsiv/S-399-40.pdf. (Erişim Tarihi: 16.06.2025)

Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. (2007). Aggression and violence towards health care providers: A problem in Turkey? *J Forensic Leg Med.* 14: 423-428.

Eroğlu SE, Onur O, Urgan O Blue code: Is it a real emergency? *World J Emerg Med.* 2014;5(1):20-22.

Erten R, Öztora S. (2019). Evaluation of exposure to violence against doctors in health care facilities. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 25;23(2):52–63.

Erten Y., Ardalı C. (1996). Saldırganlık şiddet ve terörün psikososyal yapıları, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. (2008). Violence risks in nursing-results from the European ‘NEXT’ Study. *Occup Med*. 58: 107-114.

Fişek G., Sağlık Personeli Sağlığı. <http://www.Sbn.Gov.Tr/Gcerik.aspx?Gd=116> [Erişim Tarihi: 12.04.2025].

Foege W, Rosenberg M, Mercy J. (1995). Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health*, 1, 2–9.

Freeman, R. & Frisina, L. (2010). Health care systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12(1-2), 163-178.

Fujita, S, Ito S & Seto K (2012). Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *J Hosp Med*. 2012; 7: 79-84.

Gascón S M., Martínez-Jarreta B, González- Andrade JF (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health*, 15(1): 29-35.

Gates DM (1995). Workplace violence. *AAOHN Jornal*; 43:536-543.

İnci M., Aksebzeci A. T., Yağmur G., Kartal B., Emiroğlu M., Erdem Y. (2009). Hastane çalışanlarında hbv, hcv ve hiv seropozitifliğinin araştırılması. *Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi*, 66 (2), 59-62.

İzgia M. C., Öztürk, T. H. (2012). Akdeniz Üniversitesinde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10, 160-173.

Harrell E. (2011). Workplace violence, 1993-2009. Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey, URL: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>

Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. (2012). A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust*. 197(6): 336-340.

Hodgson MJ, Reed R, Craig T, Murphy F, Lehmann L, Belton L, Warren N (2004). Violence in healthcare facilities: lessons from the Veterans Health Administration. *J Occup Environ Med.*, 46(11): 1158-65.

Hostiuc S, Dermengiu D, Hostiuc M. (2014). Violence against physicians in training. A Romanian perspective. *J Forensic Leg Med*, 27:55-61.

ILO/ ICN/ WHO/ PSI. ILO/ ICN/ WHO/ PSI. (2003). Joint programme on workplace violence in the health sector, work place violence in the health sector country casestudies research instruments survey questionnaire. Geneva.

İncesu E. (2018). Hayata dönüşün adı “mavi kod” Seydişehir Devlet Hastanesi mavi kod birimine yapılan bildirim raporlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1):26-39.

Jeong, S. & Lee, O. (2020). Correlations Between Emergency Code Awareness and Disaster Nursing Competencies Among Clinical Nurses: A Cross Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1326-1334.

Joumard, I., Andre, C. & Nicq, C. (2010). Health care systems: Efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Papers No.769. <https://doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>

Karahüseyinoğlu E. K, (2021). Kalite yönetimi perspektifinde sağlık hizmetleri. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 394-402.

Karagöz, Y. (2023). Spss-Amos-Meta Uygulamalı Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği (4. Baskı, s. 254-256). Nobel Yayınevi.

Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, (2010). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, 15-73.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 1. Baskı, 1-43.

Kazandere H (2016). Kamu Hastanelerinde Çalışanlara Yönelik Beyaz Kod Uygulaması: Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Uygulama, [Yüksek Lisans Tezi], Adnan Menderes Üniversitesi.

Köknel, Ö. (2006). Bireysel ve Toplumsal Şiddet. 5. Baskı. İstanbul: Altın Yayınları, 44-49.

Kulesher, R. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139.

Lee, H-J & Lee, O. (2018). Perceptions of hospital emergency color codes among hospital employees in Korea. *Int Emerg Nurs*. 40:6–11.

Mavi Kod Uygulama Talimatı.
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/hastane_hks/hsk

Metin, B. (2017). Sağlık Hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50.

Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği, *Balikesir Sağlık Bil Derg*, 2(3), 192-199.

Nevruz, C. A. (2017), Temel İstatistik Eğitimi, Ders Notları, Yıldız Araştırma Eğitim ve Danışmanlık, İstanbul, 16-25.

Nevruz, (2021), Sağlık Politikaları ve Kurum Finansmanında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar, Hanok Danışmanlık ve Eğitim, İstanbul.

Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., ... & Perkins, G. D. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: *Basic Life Support. Resuscitation*, 161, 98-114.

Özerkmen, N., & Gölbaşı, H. (2012). Toplumsal bir olgu olarak şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, 28, 1-19.

Özkan, Ö, Emiroğlu, N. (2006). Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10, 43-50.

Pekkaya, M., & İmamoğlu, Ö. P. (2017). Hastane Hizmet Kalitesinde Servqual Boyutlarının Önem Derecelerinin Belirlenmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(13), 607-616.

Pinar, T, Pinar, G. (2013). Healthcare workers and workplace violence. *Preventive Medicine Bulletin*. Gulhane Military Medical Academy, 12(3): 315–326.

Preventing Violence in health care: Five steps to an effective program -2000. WorkSafeBC, British Colombia, Canada, 2005.

Reibling, N., Ariaans, M. & Wendt, C. (2019). Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 123(7), 611-620.

Rippon TJ. (2000). Aggression and violence in healthcare professions. *J Adv Nurs*, 31: 452-60. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>.

Saarela KL, Isotalus N. Workplace Violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *J Ind Med. Suppl*. 1999; 1: 80-81.

Sağlık Bakanlığı, (2020). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane: Afet ve Acil Durum Yönetimi, Ankara, 1. Baskı, 28-36.

Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 06/04/2011. Sayı:27897

Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı - 2019. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete, 29/04/2009. Sayı:27214.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Sağlıkta Ulusal Renkli Kodları. URL: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/6409/0/ulusalrenk-kodlarpdf.pdf>.

Sarcan, E. (2013). *Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı*, [Uzmanlık Tezi], Gaziantep Üniversitesi.

Schablon, A, Zeh A, Wendeler D, Peters C (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2(5): 18.

Senuzun EF, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005; 52: 154-160.

Shahrakivahed A, Masinaienezhad N, Shahdadi H. (2015). The effect of CPR workshop on the nurses level of knowledge and skill. *International Archives of Medicine*, 8:1-5.

Tanalı, G., Peker, Ü., Çopur, Ç., Sahin, B.C., Önel, B., Dalgı, B. (2022). Bir Tıp Fakültesinin Öğrencilerinin Bakış Açısıyla Nedenleri, Etkileri ve Çözüm Önerileri. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 3(1), 1-10.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, 25-52.

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.

Tokgöz, H (2019). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları*, [Yüksek Lisans Tezi], Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.

Topcu, İ (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki şiddet sıklığı. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3:3, 16-22.

Tosun, Ö., & Aktan, H. E. (2010). SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin hastane verimlilikleri üzerindeki etkileri. *Tisk Akademi*, 5(10), 112-129.

Tosyalı C, & Numanoglu M. (2015). Mavi kod uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 9(1): 66-77.

Unlusoy- Dincer, N, Gözüm, Ü, Yusufoglu, İ, Şen, A, (2023). Klinik Uygulama Deneyimi Yaşayan Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Hakkındaki Farkındalıkları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 144 - 160.

Uzuntarla, Y., & Uzuntarla, F. (2019). The fatalism approaches according to the frequency of occupational accidents and other sociodemographic characteristics of health workers. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(2), 151-158.

Ünal, A. (2008). *Hastanelerde çalışan hemşirelerin hemşirelik dışı birimlerde istihdamı ve nedenlerinin incelenmesi*, [Yüksek Lisans Tezi], Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Van Bogaert, P., & Clarke, S. (Eds.). (2018). The organizational context of nursing practice: Concepts, evidence, and interventions for improvement (No. 145050). Cham, Switzerland: Springer.

Wall, S., Scudamore, D., Chin, J., Rannie, M., Tong, S., Reese, J., & Wilson, K. (2014). The evolving role of the pediatric nurse practitioner in hospital medicine. *Journal of Hospital Medicine*, 9(4), 261-265.

Wendt, C., Frisina, L. & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.

WHO (2007). Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Winstanley S, Whittington R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*. 13(1): 3-10.

Wynne R, CN, CT, GA. Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., Griffiths, A. (1997). Guidance on the prevention of violence at work. Luxembourg: European Commission, DG-V.

Yakut, H. İ., Burhan, B. Y., Çiftçi, A., & Orhan, M. F. (2012). Sağlıkta güvenlik ve fiziksel şiddet: Ankara çocuk sağlığı ve hastalıkları hematoloji onkoloji eğitim ve araştırma hastanesi'nden bir çalışma. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 6(3), 146-154.

Yavaş, B., 2014. *Manisa ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Beyaz Kod Uygulaması Örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi

Yeşilbaş, H. (2016). A general overview of violence in healthcare. *Journal of Health and Nursing Management*, 3(1), 44-54.

Yeşiltaş A (2018). *Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma*, [Doktora Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi.

Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2329-2341.



EKLER

EK-1 Anket Soruları

Değerli Katılımcılar,

Bu anket formu İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programı kapsamında "Sağlıkta Ulusal Kodlar: Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri Üzerine Araştırma" başlıklı tez çalışmasında kullanılmak üzere gerekli izinler alınarak uygulanmasına onay verilmiştir.

Siz katılımcılardan soruları dikkatlice okumanız uygun olanı işaretlemeyi yapmanız çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önem arz etmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kişisel bilgileriniz gizli kalacak olup, veriler “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” gereği başka bir yerde kullanılmayacaktır. Anketi yanıtlamanız ortalama 20 dakika sürecektir. Çalışmaya yapacağınız değerli katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman

Seyhan ERTOSUN

Doç. Dr. İtir ERKAN

A.TANITICI ÖZELLİKLER SORU FORMU

1.Yaşınız:

2. Devam edilen bölüm

☐ Sağlık Yönetimi ☐ Hemşirelik ☐ Beslenme ve Diyetetik ☐ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

☐ İş sağlığı ve Güvenliği

3. En son mezun olunan okul

☐ Fen Lisesi ☐ Anadolu Lisesi ☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Diğer:

4. Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alma durumu

☐ Aldım ☐ Almadım

5.Sağlıkta ulusal renkli kod eğitimi alınan kurum

☐ Okul ☐ Hastane

6.Ulusal renkli kodlarla ilgili tatbikatlara katılma durumu

☐ Katıldım ☐ Katılmadım

7. Ulusal renkli kod uygulamasına tanık olma durumu

☐ Tanık oldum ☐ Tanık olmadım

8. Tanık olunan sağlıkta ulusal renkli kod uygulaması

☐ Mavi kod ☐ Beyaz kod ☐ Kırmızı kod ☐ Pembe kod

B- SAĞLIKTA ULUSAL RENKLİ KODLAR SORU FORMU

1. Sağlık kurum ve kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?

- A) Beyaz kod
- B) Sarı kod
- C) Kırmızı kod
- D) Mavi kod
- E) Pembe kod

2. Sağlık kurum ve kuruluşunda görevli personele veya hastaya yönelik fiziksel/psikolojik şiddet durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?

- A) Beyaz kod
- B) Sarı kod
- C) Kırmızı kod
- D) Mavi kod
- E) Pembe kod

3. Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyakarrest durumlarında hangi acil durum kodu kullanılır?

- A) Beyaz kod
- B) Sarı kod
- C) Kırmızı kod
- D) Mavi kod
- E) Pembe kod

4. Hastanede oluşabilecek bir yangın durumunda hangi acil durum kodu kullanılır?

- A) Beyaz kod
- B) Sarı kod
- C) Kırmızı kod
- D) Mavi kod
- E) Pembe kod

5. Hangi acil durum kodu için tüm dünyada aynı renk kod kullanılmaktadır?

- A. Beyaz kod
- B. Sarı kod
- C. Kırmızı kod
- D. Mavi kod
- E. Pembe kod

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

A sütununda verilen telefon numaralarını B sütununda verilen uygun kodlarla eşleştiriniz.

A	B
() Kırmızı Kod	(a) 0000 (e) 4444
() Pembe Kod	(b) 1111 (f) 5555
() Beyaz Kod	(c) 2222 (g) 6666
() Mavi Kod	(d) 3333

7. Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi mavi kod ekibi içinde yer almaz?

- A. Doktor
- B. Hemşire
- C. Anestezi teknisyeni
- D. Güvenlik görevlisi
- E. Sosyal Hizmet Uzmanı

8. Aşağıda yer alan sağlık mesleklerinin hangisi beyaz kod ekibi içinde yer almaz?

- A. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- B. İdari Mali İşler Müdür Yardımcısı
- C. Diyetisyen
- D. Sosyal Hizmet Uzmanı
- E. Güvenlik Birim Sorumlusu

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.

İFADELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğinin sağlanması için gerekli olduğunu düşünüyorum.					
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.					
Bulunduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmeden gerekli kodu verebilirim.					
Hastanede karşılaştığım solunum veya kardiyak arrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.					
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.					
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.					
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.					
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.					
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.					
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım.					
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.					
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.					
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.					

EK-2. Bölüme Göre Fark Analizi

	Bölüm	N	Ortalama Değer
Ulusal renkli kodların hastanedeki düzenin ve güvenliğin sağlanması için gerekli olduğunu düşünüyorum.	Sağlık Yönetimi	27	60,70
	Hemşirelik	24	55,50
	Beslenme ve Diyetetik	25	67,80
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	58,00
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	70,50
	Toplam	124	
Sağlık personeline karşı uygulanan bir şiddet durumunda çekinmeden gerekli kodu tuşlaya bilirim.	Sağlık Yönetimi	27	63,15
	Hemşirelik	24	52,15
	Beslenme ve Diyetetik	25	72,96
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	59,23
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	64,50
	Toplam	124	
Bulduğum sağlık kuruluşunda bebek veya çocuk kaçırılma durumunda çekinmede gerekli kodu verebilirim.	Sağlık Yönetimi	27	65,78
	Hemşirelik	24	54,88
	Beslenme ve Diyetetik	25	63,30
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	63,00
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	65,10
	Toplam	124	
Hastanede karşılaşacağım solunum veya kardiyakarrest durumlarında çekinmeden gerekli kodu verebilirim.	Sağlık Yönetimi	27	64,17
	Hemşirelik	24	52,79
	Beslenme ve Diyetetik	25	64,04
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	68,88
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	62,35
	Toplam	124	
Karşılaştığım acil durumlarda sakin ve soğukkanlı kalabilirim.	Sağlık Yönetimi	27	49,67
	Hemşirelik	24	60,69
	Beslenme ve Diyetetik	25	62,56
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	66,94
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	74,25
	Toplam	124	
Acil durumlarda elim ayağım birbirine dolanır. Sakin kalamam.	Sağlık Yönetimi	27	78,61
	Hemşirelik	24	60,94
	Beslenme ve Diyetetik	25	58,24
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	64,50
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	48,38
	Toplam	124	
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil durumları görmezden geldiğim zamanlar olur.	Sağlık Yönetimi	27	60,02
	Hemşirelik	24	77,79
	Beslenme ve Diyetetik	25	72,20
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	50,02
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	52,38
	Toplam	124	
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu sorumlu hocama bildiririm.	Sağlık Yönetimi	27	57,81
	Hemşirelik	24	57,96
	Beslenme ve Diyetetik	25	73,38

	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	66,52
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	56,96
	Toplam	124	
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumu ailemle paylaşıyorum.	Sağlık Yönetimi	27	62,24
	Hemşirelik	24	63,63
	Beslenme ve Diyetetik	25	63,42
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	58,92
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	64,29
	Toplam	124	
Acil durumlar sırasında ‘bana değmeyen yılan bin yaşasın’ ilkesine uyarım ve sessiz kalırım.	Sağlık Yönetimi	27	71,52
	Hemşirelik	24	66,69
	Beslenme ve Diyetetik	25	55,68
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	59,98
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	57,79
	Toplam	124	
Klinik uygulamam sırasında karşılaştığım acil bir durumda sağlık personelleri neler yapıyor dikkatli bir şekilde gözlemlerim.	Sağlık Yönetimi	27	65,61
	Hemşirelik	24	60,04
	Beslenme ve Diyetetik	25	58,02
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	67,35
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	61,27
	Toplam	124	
Klinik uygulamam sırasında ortaya çıkan acil bir durum hiç ilgimi çekmez. Umursamadan işimi yapmaya devam ederim.	Sağlık Yönetimi	27	69,50
	Hemşirelik	24	58,38
	Beslenme ve Diyetetik	25	68,38
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	63,88
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	51,25
	Toplam	124	
Ulusal renkli kodların uygulanmasında ekip çalışması önemlidir.	Sağlık Yönetimi	27	63,72
	Hemşirelik	24	57,13
	Beslenme ve Diyetetik	25	63,18
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	24	62,88
	İş sağlığı ve Güvenliği	24	65,42
	Toplam	124	