




SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE 2019-2023 YILLARI ARASINDA UYGULANAN RENKLİ KODLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

 Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ¹  Onur Mustafa ÇENGEL²  Serkan GÜNEŞ³

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada sağlıkta kalite standartları kapsamında uygulamaya konulan renkli kodlama sisteminin önemini, etkinliğini ve sonuçlarını değerlendirmek, renkli kod sistemi ile ilgili farkındalığı ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi bünyesinde 01.01.2019-31.12.2023 tarihleri arasındaki renkli kod sisteminde kayıtlı bildirimler incelenmiştir. Araştırma retrospektif olup, tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS (Version 22.0, IBM Corp., Armonk, NY, ABD) programından yararlanılarak frekans, yüzde ve ortalama değerler sunuldu.

Bulgular: Çalışma sürecinde toplam 135 beyaz kod, 673 mavi kod bildirimlerinin yapıldığı saptanmıştır. Pembe kod ve kırmızı kod verisine rastlanmamıştır. Beyaz kod bildiri yapılan şiddet olaylarının tamamında sözel şiddet, %74,8'inde psikolojik şiddet, %14,1'inde fiziksel şiddet görülmüştür. Şiddete maruz kalanların %52,9'unun hekim olduğu, şiddet faillerinin %70,8'inin erkek cinsiyette olduğu ve bazı bildirimlerde birden fazla failin olduğu saptanmıştır. Beyaz kod bildirimlerinin %43,7'sinin dâhili branşlardan, %28,1'inin cerrahi branşlardan %11,1'inin acil kliniklerden verildiği tespit edilmiştir. Mavi kod bildirimlerinin, pandeminin etkisinin oldukça yoğun görüldüğü 2020 ve 2021 yıllarında daha az olduğu gözlemlenmiştir. Mavi kod çağrılarında ortalama 1,52 dakikada ulaşılmıştır.

Sonuç: Sağlık hizmetleri esnasında ortaya çıkan acil durumların yönetimini daha hızlı ve etkili hale getirmek üzere uygulamaya konulan renkli kod sisteminin başarısı; deneyimli ve yeterli personel, doğru altyapı ve yeterli fiziksel şartların oluşması ile doğru orantılıdır. Sağlıkta şiddet sorununda sağlık meslek mensuplarının toplum nezdinde itibarının yükseltilmesi için renkli kodlama sisteminin, önerilen çözümler arasında yasal düzenlemeler kadar değerli olduğu kabul edilmelidir.

¹Corresponding Author/Sorumlu Yazar, Prof. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye, fbeyaztas@yahoo.com

²Arş. Gör. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Sivas, Türkiye, dronurcengel@gmail.com

³Arş. Gör. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Sivas, Türkiye, serkangunes1901@gmail.com

Makale Geliş Tarihi/Submission Date; 11 Nisan 2025

Kabul Tarihi/ Accepted Date; 1 Ağustos 2025

Çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (18/01/2024 tarihli 2024-01/27 sayılı karar yazısı) etik izin alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Kodlama, Güvenlik, Şiddet

THE EVALUATION OF COLOR CODES APPLIED IN SIVAS CUMHURİYET UNIVERSITY HOSPITAL BETWEEN 2019-2023 YEARS

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the importance, effectiveness and results of the color coding system introduced within the scope of quality standards in healthcare and to reveal the awareness about the color coding system.

Materials and Methods: Notifications recorded in the color code system between January 2019 and December 2023 at XXXXXX University Health Services Research and Application Hospital were examined.

Results: A total of 135 code white and 673 code blue notifications were made during the study period. No code pink and code red data were found. Verbal violence was observed in all code white violence cases, psychological violence in 74.8% and physical violence in 14.1%. It was determined that 52.9% of the victims of violence were physicians, 70.8% of the perpetrators were male, and in some reports there was more than one perpetrator. It was determined that 43.7% of white code notifications were made in internal branches, 28.1% in surgical branches and 11.1% in emergency clinics. It was observed that code blue notifications were less in 2020 and 2021, when the impact of the pandemic was quite intense. It was determined that code blue calls were reached in an average of 1.52 minutes.

Conclusions: The success of the color code system, which was put into practice to make the management of emergencies that arise during healthcare services faster and more effective, is directly proportional to the formation of experienced and sufficient personnel, the right infrastructure and adequate physical conditions. Among the solutions suggested for improving the reputation of healthcare professionals in the eyes of society regarding the problem of violence in healthcare, color coding system should be considered as valuable as legal regulations.

Key Words: Health Services, Coding, Safety, Violence

GİRİŞ

Günümüz dünyasında bireylerin ve toplumların refah seviyelerinin ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin en önemli belirleyicilerinden ve göstergelerinden birisi sağlık hizmetlerinin niteliğidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; “Çalışan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal durumunun üst düzeye çıkartılması ayrıca çalışanın sağlığında meydana gelebilecek risklerin en aza indirilmesi için koruyucu önlemlerin alınması ve tatbiki, çalışanın işine, işin çalışana uygun olması” çalışan güvenliği olarak tanımlanmıştır (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60). Hastane acil durum kodları, karışıklığı önlemek ve acil durumlara hızlı yanıt vermek için

sıklıkla renklerden oluşur. Hastane acil durum renk kodlarının, ülkeden ülkeye ve hatta hastanelere göre farklı şekillerde belirlenmiş olduğu görülmektedir. Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında; 2008 yılında mavi kodun, 2009 yılında pembe kodun, 2011 yılında beyaz kodun ve 2015 yılında kırmızı kodun hayata geçmesiyle birlikte dört farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60). Kore'de hastane çalışanları arasında acil durum renk kodlarına ilişkin algıları belirlemek için yapılan bir anket çalışmasında; katılımcıların en yüksek duyarlılığı gösterdiği renkleri seçme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmada "kırmızı", "mavi", "pembe" ve "beyaz" olmak üzere dört renk, sırasıyla "yangın", "kalp durması", "bebek/çocuk kaçırma" ve "acil durum deaktivasyonu-iptali" ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Lee ve Lee, 2018:6-11).

Mavi kod uygulaması; acil müdahale gerektiren durumların, tüm sağlık çalışanları tarafından mavi kod müdahale ekibine hızlı şekilde iletilerek, ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasını sağlayan çözümdür. Mavi kod durumlarında, hastanın hayati fonksiyonlarının geriye dönüşü mümkün olmayacak şekilde zarar görmemesi amacı ile uzman müdahalesi için sadece 2-5 dakikalık süre bulunur (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60; Mendes vd., 2009:13-41). Pembe kod; sağlık kurum ve kuruluşunda bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi için kendi özgün koşulları çerçevesinde bir uyarı sistemi kurmaktadır. Beyaz kod; sağlık görevlisine yönelik şiddet riski/girişimi uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. Bu kodla ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmekte, her dönem tatbikat gerçekleştirilmektedir (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60). Kırmızı kod çağrı sistemi ise hastanede 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 (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60; Bentley vd., 2014:839-48).

Bu çalışmanın amacı; standart renk kodlama yaklaşımının evrensel olarak benimsenmesini vurgulamak, sıklığını, etkinliğini ve sonuçlarını saptamak, uygulamalar sürecinde ortaya çıkan sorunlar ve bunlarla ilgili çözüm önerilerini paylaşarak renkli kodlama sisteminin farkındalığını ve önemini belirlemektir.

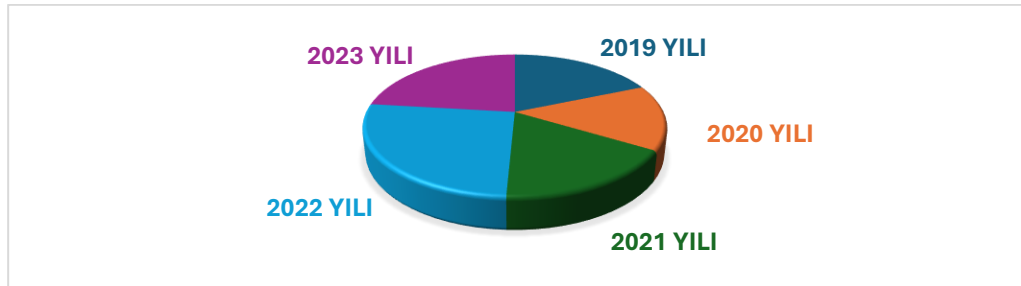
1. MATERYAL VE YÖNTEMLER

Bu çalışma retrospektif, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışma olup 01.01.2019–31.12.2023 tarihleri arasındaki beş yıllık süreçte 1.050 yataklı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde renkli kod bildirim sistemindeki kod verileri (mavi, pembe, beyaz, kırmızı) değerlendirilmiştir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18/01/2024 tarihli 2024-01/27 sayılı karar ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden 10.06.2024 tarihli E93596471-010.99-436873 sayılı karar ile çalışma izinlerinin alınmasını takiben hastane kayıtlarındaki renk kodlarının incelemesi sonucunda; kişisel kimlik bilgileri hariç tutularak, kısıtlı veri girişleri olmakla birlikte mevcut tüm bilgiler üzerinden vaka sayısı, olay tarihi, şiddet mağduru olan sağlık personelinin meslek bilgileri, olayın olduğu klinik (acil, dahili ve cerrahi branşlar, çocuk kliniği), bölüm (acil, yataklı servis, poliklinik), olayın gerçekleşme saati, şiddet tipi (fiziksel, psikolojik, sözel), şiddet faillerinin cinsiyet verilerine ilişkin bilgiler alındı. Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS (Version 22.0, IBM Corp., Armonk, NY, ABD) programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel frekans, yüzde ve ortalama değerler olarak sunuldu.

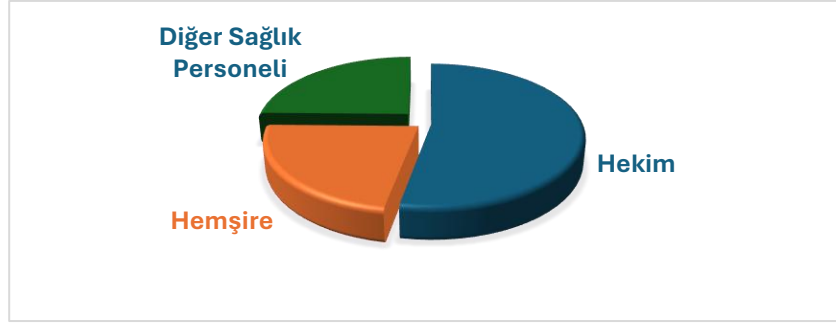
2. BULGULAR

2.1. Beyaz Kod Sistemi

Beyaz kod çağrı sistemi ile 2019 yılında 25 adet, 2020 yılında 20 adet, 2021 yılında 24 adet, 2022 yılında 35 adet, 2023 yılında 31 adet olmak üzere 135 beyaz kod vakası bildirilmiştir (Şekil 1). Beyaz kod vakasında aynı anda birden fazla sağlık çalışanı mağdur olmaktadır. Bildirimi yapılan beyaz kod vakalarında 90 (%52,9) hekim, 38 (%22,4) hemşire, 42 (%24,7) diğer (tıbbi sekreter, tekniker, güvenlik görevlisi vb.) sağlık personeli olmak üzere 170 sağlık çalışanının hedef alındığı görülmüştür (Şekil 2).



Şekil 1. Beyaz Kodların Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 2. 2019-2023 Yılları Arasında Beyaz Kod Veren Sağlık Meslek Mensuplarının Dağılımı

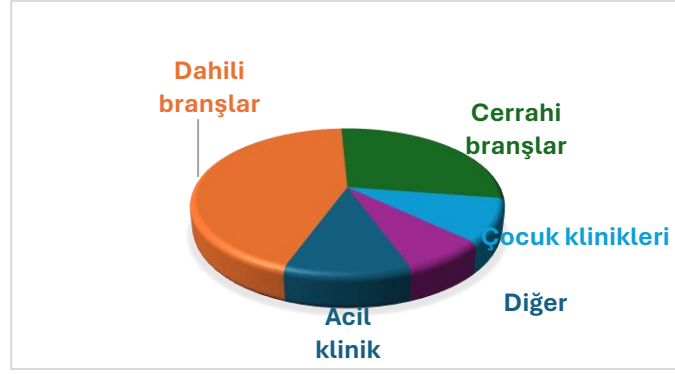
Sağlık personeline yönelik uygulanan şiddet olgularında beyaz kod verilen hasta ve hasta yakınlarının sayısının 154 olduğu, bunun 109'unun (%70,8) erkek olduğu tespit edilmiştir. Bir beyaz kod bildirim yapılan şiddet vakalarında birden fazla kişinin şiddete başvurduğu durumlar meydana gelebilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Beyaz Kod Verilen Hasta ve Hasta Yakınlarının Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	109	70,8
Kadın	45	29,2
Toplam*	154	100,0

*Eş zamanlı olarak birden fazla kişi için beyaz kod bildirim yapılmıştır.

Beyaz kodların %43,7'sinin (n:59) dâhili, %28,1'inin (n:38) cerrahi branşlarda, %11,1'inin (n:15) acil kliniklerinde, %9,6'sının (n:13) çocuk kliniklerinde ve %7,5'inin (n:10) diğer alanlarda (koridor, bahçe, laboratuvar, otopark, vb.) verildiği görülmüştür (Şekil 3). Beyaz kodla sonuçlanan şiddet vakalarının %46,7'si polikliniklerde, %27,4'ü yataklı servislerde, %18,5'i acil klinikte, geriye kalan %7,4'ü ise diğer (koridor, bahçe, laboratuvar, otopark,) alanlarda gerçekleşmiştir (Tablo 2).



Şekil 3. Şiddetin Meydana Geldiği Kliniklerin Dağılımı

Tablo 2. Şiddetin Meydana Geldiği Birimler

Birimler	n	%
Poliklinik	63	46,7
Yataklı servis	37	27,4
Acil	25	18,5
Diğer	10	7,4
Toplam	135	100,0

Beyaz kod sisteminde sözel, psikolojik ve fiziksel şiddet olmak üzere şiddet olguları üç sınıfa ayrılmıştır. Şiddet sonucu verilen 135 beyaz kodların incelenmesinde aynı anda birden fazla şiddet türüne rastlandığı, beyaz kodların tamamında sözlü şiddet görüldüğü tespit edilmiştir (Tablo 3). Beyaz kod vakalarının gerçekleşme saatlerine göre yapılan incelemede %69,6'sının mesai saatlerinde olduğu, olguların %30,4'ünün de mesai saatleri dışında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 3. Beyaz Kod Vakalarında Uygulanan Şiddet Türü

Şiddet Türü*	n	%
Sözlü Şiddet	135	100,0
Psikolojik Şiddet	101	74,8
Fiziksel Şiddet	19	14,1

*Mağdurlar eş zamanlı olarak birden fazla şiddet türüne maruz kalmışlardır.

Tablo 4. Gün İçinde Beyaz Kodların Verildiği Saatler

Saat	n	%
Mesai içi (08.00-16-00)	94	69,6
Mesai dışı (16.00-08.00)	41	30,4
Toplam	135	100,0

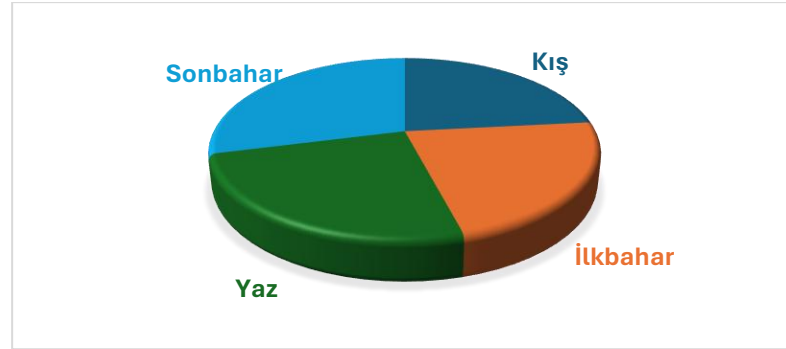
2.2. Mavi Kod Sistemi

Ocak 2019 ile Aralık 2023 arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 673 adet mavi kod çağrısı meydana gelmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Mavi Kodların Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	n	%
2019	195	29,0
2020	75	11,1
2021	113	16,8
2022	151	22,4
2023	139	20,7
Toplam	673	100,0

Mevsimsel dağılım incelendiğinde sonbahar aylarında 195, kış aylarında 157, ilkbahar aylarında 152, yaz aylarında 169 defa mavi kod verildiği gözlemlenmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. 2019-2023 Yılları Arasında Mavi Kodların Mevsimlere Göre Dağılımı

Mavi kod ekibinin olay yerine varış süreleri en düşük 1 dakika, en yüksek 4 dakika olup ortalama 1,52 dk olarak gerçekleşmiştir. Mavi kod çağrıları en çok ocak ayında en az da şubat ayında gerçekleşmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Mavi Kod Çağrılarının Aylara Göre Dağılımı

Aylar	n	%
Ocak	76	11,30
Şubat	40	5,95
Mart	53	7,87
Nisan	58	8,62
Mayıs	41	6,10
Haziran	58	8,62
Temmuz	58	8,62
Ağustos	53	7,87
Eylül	70	10,40
Ekim	63	9,35
Kasım	62	9,20
Aralık	41	6,10
Toplam	673	100,0

3. TARTIŞMA

Günlük hayatta bütün sektörlerde çalışanlar şiddetten etkilenmekle beraber, sağlık çalışanları dünyanın her yerinde yüksek oranda şiddet riski altındadır. Sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre şiddete maruz kalma açısından 16 kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (Cashmore vd., 2021:245; Elliott, 1997:38-41; Büyükbayram ve Okçay, 2013:46-53). ABD verilerinde iş yerinde ölümcül olmayan ve istirahat gerektiren şiddet olaylarının %69'unun sağlık sektöründe yaşandığı saptanmıştır (Odes vd., 2021:27-46). Karşılaşılabilecek risklerde kaotik bir durum oluşmadan etkili, hızlı ve koordineli bir şekilde müdahalede bulunabilmek için evrensel uyarıcı modeller geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Renkli kodlar; bütün dünyada kullanılmakta olup, acil durumlarda hasta ve sağlık çalışanlarına karşı gelişebilecek riskleri önleme ve erken müdahale etme olanağı sunan sistemlerdir (Ünlüsoy Dinçer vd., 2023:144-60).

Beyaz kod verilerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; Covid-19 pandemisinin görülmeye başladığı 2020 yılında beyaz kod sıklığı azalsa da (%11,1), pandeminin etkisi azaldıkça sağlıkta şiddetin artış eğilimine girdiği görülmektedir (Tablo 5). Sağlık kuruluşlarında bulaş riskinin yüksek olacağı düşüncesi, hastanelere başvuran hasta sayısında keskin bir düşüş yaşanmasına sebep olmuştur. Bu durum, sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının azalması ile sonuçlandırıldığı düşünülebilir. Bununla beraber pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının gösterdiği özverinin takdir görmesi ve dolayısıyla sağlık çalışanlarının toplumda artan saygınlığının da sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının azalmasına sebep olduğu kanaatine varılmıştır.

Hemşirelerin, tüm meslek gruplarından daha fazla şiddete maruziyet yaşadığı birçok çalışmada bildirilmiştir (Gökçe ve Dünder, 2008:25-8; Kwok vd., 2006:6-9; Shoghi vd., 2008:184-93). 2002 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları arasında hemşireler, bir önceki yılda şiddete uğrama oranı olan %88 ile en yüksek risk grubu olarak değerlendirilmişlerdir (Kwok vd., 2006:6-9). Fakat son yıllarda yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda şiddeti en sık yaşayan meslek grubunun hekimler olduğu gözlemlenmektedir (Eğici ve Zeren Öztürk, 2018:224-31; Oral vd., 2018:142-53; Bekar Özen ve Çevik, 2021:298-304). Bu çalışmada da son yıllarda yapılan çalışmalarla uyumlu olarak, doktorların (%52,9) şiddet bildirimlerinde daha fazla yer aldığı gözlemlendi (Şekil 2).

Sağlık personeline şiddet uygulayanların cinsiyet dağılımları incelendiğinde; hakkında beyaz kod uygulaması başlatılan 154 kişiden 109'unun (%70,8) erkek olduğu ve totalde 135 bildirim yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda (Tablo 1) bazı bildirimlerde birden fazla şahsın beyaz kod uygulamasına tabi tutulduğu saptanmıştır. Bu çalışmada olduğu gibi; birçok çalışmada sağlıkta şiddet olgusunun başrolünde, erkek popülasyonunun olduğu görülmektedir (Odes vd., 2021:27-46; Oral vd., 2018:142-53). Bu durum sağlıkta şiddet olgusunun cinsiyete dayalı bir sorun olduğu kanısını oluşturabilir.

Bekar ve ark.'nın (Bekar Özen ve Çevik, 2021:298-304) yaptığı çalışmada sağlıkta şiddet olaylarının %80,3'ünün sözel şiddet, %4,9'unun fiziksel şiddet, %14,8'inin ise hem sözel hem de fiziksel şiddet olduğu belirtilmiştir. Avcı ve ark. (Avcı vd., 2015:211-4) tarafından yapılan çalışmada beyaz kod olgularının %92'sinin sözel, %2'sinin ise fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada incelediğimiz vakaların tamamında (Tablo 3) sözlü şiddet olduğu, psikolojik şiddete ise her dört vakanın üçünde rastlandığı, fiziksel şiddetin %14,1 oranında olduğu saptanmıştır. Sözel şiddet, genel olarak şiddetin başlangıç noktası olarak sayılabilir. Ayrıca uygulaması kolay olması ve şiddet türlerinin içerisinde büyük bir oranda yer alması dolayısıyla da beklenen bir sonuç olduğu kanaatine varıldı.

Literatür incelendiğinde şiddetin en sık gözlemlendiği birimin acil klinikler olduğu görülmektedir (Avcı vd., 2015:211-4; Öztunç, 2001:1-9; Ayrancı vd., 2002:147-54; Polat ve Çırak, 2019:393-8). 12.944 sağlık çalışanının dahil edildiği bir çalışmada (Pinar vd., 2017:2345-65) acil klinik çalışanının %95'inin son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel şiddete en fazla maruz kalan sağlık çalışanının acil klinik çalışanı olduğu, bunu %25 ile laboratuvar ve radyoloji birimlerinde çalışanların takip ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmada beyaz kod bildirimlerinin en fazla (%43,7) dahili branşlarda yapıldığı, bildirimlerin %28,1 oranında cerrahi branşlarda ve %11,1 oranında acil klinikte verildiği saptanmıştır. Ayrıca şiddetin en fazla yaşandığı bölümlerin poliklinikler (%46,7) olduğu, şiddet olaylarının ikinci sırada yataklı servislerde (%27,4) yaşandığı, acil kliniklerde görülme oranının ise %18,5'de kaldığı anlaşılmıştır. Bu durumun; hastanemizdeki hasta yoğunluğunun acil kliniklerden ziyade polikliniklerde çok daha fazla görülmesinden, hasta ve hasta yakınları ile birlikte polikliniklerde yoğun kalabalıkların oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastanede ve tüm sağlık kuruluşlarında şiddet olaylarının mesai saatleri içerisinde görülme sıklığı daha fazladır (Oral vd., 2018:142-53; Torun, 2020:977-84; Özcan ve Bilgin, 2011:1442-56). Özcan ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı sağlık çalışanlarına şiddet konulu derleme çalışmasında, mesai saatlerinde uygulanan şiddet sıklığının daha sık olduğu gözlemlenmiştir (Özcan ve Bilgin, 2011:1442-56). Bu çalışmada da %69,6 oranla mesai saatlerinde (08:00-16:00) beyaz kod verilerinin yüksek olduğu elde edilmiştir (Tablo 4). Bu duruma; mesai saatleri içerisinde hasta yoğunluğu ile beraber hasta-sağlık çalışanı arasındaki iletişim zorlukları, yetersiz personel sayısı, hastaların ve hasta yakınlarının muayene ve müdahale konusunda sabırsız davranmaları, bekleme salonlarının kalabalık olması, hasta ve yakınlarının işlerin düzenli yürümediğini ve öncelik konusunda adil davranılmadığını düşünmesi, çalışanların şiddetle başa çıkma konusunda eğitim eksikliği ve güvenlik konusunda yaşanan zafiyetlerin sebep olduğu akla gelmektedir.

Bu çalışmada 673 mavi kod çağrısı verildiği saptanmıştır. Covid-19 pandemisinin kardiyak arrest epidemiyolojisini ve kardiyak arrest sayısını artırdığı bilinmekte (Özbilgin ve Birbiçer, 2023:5-15) olsa da bu çalışmada pandeminin etkilerinin yoğun olarak görüldüğü 2020 ve 2021 yıllarında beklenenin aksine incelenen diğer yıllara nazaran mavi kod bildirimlerinde azalma olduğu gözlemlendi. Bu durumun arrest olan hastalara müdahalenin, mavi kod bildirimleri yapılmaksızın servislerde ve yoğun bakımlarda görevli sağlık personeli tarafından uygulanması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Mavi kod ekibinin hastaya kısa sürede ulaşması ve müdahaleye erken başlaması yaşam şansını ve taburculuk oranını arttırdığı doğrulanmaktadır (Mendes vd., 2009:13-41; Oğuztürk vd.,

2011:114-7; Villamaria vd., 2008:209-16). Birçok kılavuzda kardiyopulmoner resüsitasyona 1,5-2 dakikada başlanmanın, beş dakikadan daha uzun sürede başlanmasından daha başarılı sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir (Mendes vd., 2009:13-41). Bazı çalışmalarda resüsitasyona başlama süresi 80 sn (1,3 dk) ile 341 sn (5,7 dk) arasında değişmektedir (Villamaria vd., 2008:209-16; Kinney vd., 2004:33-8; Mondrup vd., 2011:1-6). Hastanede mavi kod ekiplerinin arreste ulaşım sürelerinin 1-4 dakika arasında olup, ortalama 1,52 dakika olduğu ve bu sürenin kılavuzlarda önerilen sınırlar içerisinde görüldüğü tespit edilmiştir.

SONUÇ

Renkli kod bildirim sistemi; ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülebilir ve sürdürülebilir olmasını sağlamak, toplum sağlığının iyileştirilmesine ve sağlık meslek mensuplarına yönelik çalışmalarda kullanabilmek amacıyla uygulanmaya başlamıştır. Yaşanması istenmeyen, meydana geldiği takdirde erken müdahale edilmesi gereken durumlarda standart yaklaşım öngören renkli kod bildirim sistemi, ülkemizde on yılı aşkın süredir kullanılmaktadır.

Artan ve yaygınlaşan “sağlıkta şiddet” konusu toplum sorunu haline gelmiştir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddetin önüne geçilebilmesi adına çalışanların itibarının korunması ve yükseltilmesi, ilk atılacak adım olabilir. Bunun yanında şiddete karşı yasal düzenlemelerin eksiksiz uygulanması, beyaz kod konusunda halkın bilgisini artırmak için oluşturulacak kamu spotu ve eğitimlerin verilmesi önemli olacaktır. Şiddetin sık yaşandığı birimlerde güvenlik önlemlerinin oluşturulması, personel eksikliği saptanan bölümlerde personel sayısının artırılması, şiddetle başa çıkma konusunda personelin eğitilmesi ve gerekli şartlarda psikolojik destek verilmesi şiddetin azalması açısından, sağlık kuruluşlarının dikkate alması gereken hususlardır.

Mavi kod ekibinin başarısı kılavuzlarda önerilen süreler içerisinde resüsitasyona başlanması ile doğru orantılı olduğu anlaşılmaktadır. Hızlı ve başarılı mavi kod süreci için bu konuda eğitilmiş ekiplerin oluşturulması, tesis donanımlarının tam olması, hastalara ulaşılmasında yetersiz fiziki şartları olan hastaneler için birden fazla ekip oluşturulması ve doğru çalışan çağrı sistemlerinin uygulanması önemlidir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Hastanelerde uygulanan renk kodlarının genel incelemesinin yapıldığı bu araştırmada; 2019-2023 yılları arasındaki süreçte renkli kod sistemindeki kayıtlarda pembe ve kırmızı kod bildirimiminin yapıldığına rastlanmamış olması çalışmanın kısıtlılıkları olarak değerlendirilmektedir.

Yazar Katkısı

FYB, OMÇ araştırma modeli oluşturma; OMÇ ve SG veri toplanması; FYB, OMÇ, SG verilerin analizi; FYB, OMÇ ve SG makale yazımına katkıda bulunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çalışmada çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

KAYNAKÇA

Avcı, N, Kabadayı Arslan, M, Nezihe, A, İper Timlioğlu, S, Tay, S, Meriç, K, ve ark. (2015). 2012-2015 Yılları Arasında Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ndeki Beyaz Kod Bildirimleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2;4,211-4.

Ayrancı, Ü, Yenilmez, Ç, Günay, Y, & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3,147-54.

Bekar Özen, E, & Çevik, E. (2021). Beyaz Kod Verileri Işığında Düzce İlindeki Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11;3,298-304.

Bentley, TA, Catley, B, Forsyth, D, & Tappin, D. (2014). Understanding Workplace Violence: The Value of A Systems Perspective. Appl Ergon, 45,839-48.

Büyükbayram, A, & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. Journal of Psychiatric Nursing, 4;1,46-53.

Cashmore, AW, Indig, D, Hampton, SE, Hegney, DG, & Jalaludin, BB. (2021). Workplace Violence In A Large Correctional Health Service In New South Wales, Australia: A Retrospective Review of Incident Management Records. BMC Health Serv Res, 12,245.

Eğici, MT, & Zeren Öztürk, G. (2018). Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Ankara Medical Journal, 18;2,224-31.

Elliott, PP. (1997). Violence In Health Care. What Nurse Managers Need To Know. Nurs Manage, 28;12,38-41.

Gökçe, T, & Dünder, C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15;1,25-8.

Kinney, KG, Boyd, SY, & Simpson, DE. (2004). Guidelines For Appropriate In-Hospital Emergency Team Time Management: The Brooke Army Medical Center Approach. Resuscitation, 60,33-8.

Kwok, RP, Law, YK, Li, KE, Ng, YC, Cheung, MH, & Fung, VK. (2006). Prevalence of Workplace Violence Against Nurses In Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, 12;1,6-9.

Lee, HJ, & Lee, O. (2018). Perceptions of Hospital Emergency Color Codes Among Hospital Employees in Korea. International Emergency Nursing, 40,6-11.

Mendes, A, Carvalho, F, Dias, C, & Granja, C. (2009). In-Hospital Cardiac Arrest: Factors in The Decision Not To Resuscitate. The Impact of An Organized In-Hospital Emergency System. Rev Port Cardiol, 28,13-41.

Mondrup, F, Brabrand, M, Folkestad, L, Oxlund, J, Wiborg, KR, Sand, NP, et al. (2011). In-hospital Resuscitation Evaluated By In Situ Simulation: A Prospective Simulation Study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19,1-6.

Odes, R, Chapman, S, Harrison, R, Ackerman, S, & Hong, O. (2021). Frequency of Violence Towards Healthcare Workers In The United States' Inpatient Psychiatric Hospitals: A Systematic Review of Literature. International Journal of Mental Health Nursing, 30;1,27-46.

Oğuztürk, H, Turtay, MG, Tekin, YK, & Sarıhan, E. (2011). Acil Serviste Gerçekleşen Kardiyak Arrestler Ve Kardiyopulmoner Resüsitasyon Deneyimlerimiz. Kafkas J Med Sci, 1,114-7.

Oral, R, Günaydın, H, & Mazı, Mİ. (2018). Çalışan Hakları Ve Güvenliği Birimlerinin İşleyişi İle Beyaz Kod Başvurularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5;2,142-53.

Özbilgin, Ş, & Birbiçer, H. (2023). COVID-19 Pandemisinde Resüsitasyon. Türk Resüsitasyon Dergisi, 2;1,5-15.

Özcan, NK, & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. *Türkiye Klin J Med Sci*, 1;6,1442–56.

Öztunç, G. (2001). Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel Ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5,1-9.

Pinar, T, Acikel, C, Pinar, G, Karabulut, E, Saygun, M, Bariskin, E, et al. (2017). Workplace Violence In The Health Sector In Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 32;15,2345-65.

Polat, Ö, & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri İle Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 15;4,393-8.

Shoghi, M, Sanjari, M, Shirazi, F, Heidari, S, Salemi, S, & Mirzabeigi, G. (2008). Workplace Violence And Abuse Against Nurses In Hospitals In Iran. *Asian Nursing Research*, 2;3,184-93.

Torun, N. (2020). Şiddete Yönelik Beyaz Kod Verilerinin Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45;3,977-84.

Ünlüsoy Dinçer, N, Gözüm, ÜE, Yusufoglu, İ, & Şen, A. (2023). Klinik Uygulama Deneyimi Yaşayan Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlar Hakkındaki Farkındalıkları. *HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10;1,144-60.

Villamaria, FJ, Pliego, JF, Wehbe-Janek, H, Coker, N, Rajab, MH, Sibbitt, S, et al. (2008). Using Simulation To Orient Code Blue Teams To A New Hospital Facility. *Simulation in Healthcare*, 3;4,209-16.