

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**



HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Doktora Tezi

Nida KIYICI

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Nida KIYICI tarafından, **Prof. Dr. Zeliha KOÇ** danışmanlığında hazırlanan **“HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI”** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 28.11.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Latif DURAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aynur ARSLAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Prof. Dr. Ali Kemal ERENLER Hitit Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret
Üye	Doç. Dr. Murat YÜCEL Samsun Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı	☐ Kabul ☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet ☒

Hayır ☐

28 /11 / 2022

Nida KIYICI

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 29/10/2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 18

Tek kaynak oranı : % 5 çıkmıştır.

28 /11 / 2022

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Nida KIYICI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Acil Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Doktora, Kasım/2022

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı, “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği”ni geliştirmek ve hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırma 27/11/2020-3/11/2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi’nde yürütüldü. Bu araştırma iki aşamada gerçekleştirildi. Nitel araştırma tasarımının kullanıldığı birinci aşamasında 32 hemşire ile fenomenolojik görüşmeler yapıldı. Hemşirelerle yapılan görüşmelerden yararlanarak ve bu konudaki literatür taranarak ölçek madde havuzu oluşturuldu. Nicel araştırma tasarımının kullanıldığı ikinci aşamasında ölçek geliştirme adımları doğrultusunda 440 hemşireye “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı”nın geçerlik ve güvenirlik analizleri uygulandı. Nicel verilerin analizinde SPSS 28 ve IBM SPSS Amos 21.0 programlarından, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programından yararlanıldı.

Bulgular: Beşli likert tipi hazırlanan ve 50 maddede oluşan “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı” kapsam geçerliliğini değerlendirmek amacıyla uzman görüşüne sunuldu. Uzman görüşü sonrasında taslak ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,86 olarak belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda bazı maddeler yapı dışına çıkartılarak, 28 madde ve 4 alt boyuttan oluşan bir taslak ölçek yapısı elde edildi. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği, doğrulayıcı faktör analizi sonrasında 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan son halini aldı. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin uyum iyiliği değerleri χ^2/sd : 3,00; GFI: 0,910; AGFI: 0,883; IFI:0,948; TLI(NNFI):0,923 CFI: 0,947; RMSEA:0,068; SRMR:0,045 olarak belirlendi. Ölçeğin zamana karşı güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle değerlendirilerek yanıtlar arasındaki uyumun çok iyi olduğu saptandı (ICC: 0,095; $p<0,001$). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,911 olduğu ve ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0,742 ile 0,924 arasında değiştiği belirlendi. Nitel verilerin analizleri sonucunda; dikkat kavramının ne çağrıştırdığı, dikkatin dağılmasına neden olan faktörler, dikkatin önemli olduğu meslek grupları, dikkat düzeyi düşüklüğünün sonuçları ve dikkati artırmaya yönelik öneriler olmak üzere beş tema belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği’nin (HDKDBÖ) geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Dikkat, Dikkat kontrol, Hemşire, Ölçek, Ölçek geliştirme

ABSTRACT

DETERMINING ATTENTION CONTROL LEVEL IN NURSES: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

Nida KIYICI

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Emergency Nursing

Ph.D., November/2022

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: The purpose of this research, which is planned as methodological and descriptive, is to develop the “Determining Attention Control Level In Nurses Scale” and to determine the factors affecting the attention control levels of nurses.

Material and Method: The researchers conducted the study in Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center Hospital between 27/11/2020 and 3/11/2022. The researchers carried out the study in two stages. In the first stage which used a qualitative research design, the researchers conducted phenomenological interviews with 32 nurses. Using the interviews conducted with the nurses, the researchers created a scale item pool by reviewing the relevant literature. In the second stage which used a quantitative research design, the researchers performed validity and reliability analyses of the “Determining Attention Control Level in Nurses Scale Draft” on 440 nurses in accordance with scale development steps. In analysis of the quantitative data used the SPSS 28 and IBM SPSS Amos 21.0 programs, in analysis of the qualitative data used the MAXQDA 22 program.

Findings: In order to evaluate content validity, the researchers broached the “Determining Attention Control Level in Nurses Scale Draft”, which was a five point likert scale with 50 items, to expert opinion. Following the expert opinion, the researchers found the Content Validity Index of the draft scale to be 0.86. As a result of the exploratory factor analysis, the researchers excluded some items from the structure and obtained a draft scale structure with 28 items and four subscales. Following the confirmatory factor analysis, the researchers finalized the Determining Attention Control Level in Nurses Scale, which had 19 items and four subscales. In the confirmatory factor analysis, the researchers found the goodness of fit values of the scale to be χ^2/sd : 3.00, GFI: 0.910, AGFI: 0.883, IFI: 0.948, TLI(NNFI): 0.923, CFI: 0.947, RMSEA: 0.068 and SRMR: 0.045. The researchers evaluated the reliability of the scale against time via the test-retest method and found a perfect fit between the answers (ICC: 0.095, $p < 0.001$). The researchers found the Cronbach’s Alpha reliability coefficient of the scale to be 0.911 and the Cronbach’s Alpha reliability coefficients of the scale subscales to vary from 0.742 to 0.924. As a result of the analysis of the qualitative data, the researchers specified five themes as what the concept of attention connotes, factors causing distraction, occupational groups centering upon attention, the consequences of low attention level and recommendations for doing things without mistake and increasing the attention.

Conclusion: The present study found the Determining Attention Control Level in Nurses Scale (DACLNS) to be a valid and reliable scale.

Keywords: Attention, Attention control, Nurse, Scale, Scale development

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca profesyonel bakış açısı ve engin akademik bilgisi ile bana her konuda yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ' a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmama değerli katkılar sağlayan Prof. Dr. Latif DURAN ve Dr. Öğretim Üyesi Aynur ARSLAN'a,

Akademik bilgi ve tecrübeleri ile Acil Hemşireliği'ne katkıda bulunan Acil Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri, Prof. Dr. Latif DURAN, Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ, Prof. Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Prof. Dr. Türker YARDAN ve Prof. Dr. Celal KATI'ya,

Hayatım boyunca sevgi ve anlayışlarıyla yanımda olan, varlıklarını her zaman hissedip güç aldığım çok değerli aileme,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Nida KIYICI

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	4
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Dikkat Kavramı.....	6
2.1.1. Dikkatin Nörofizyolojisi	7
2.1.2. Dikkatin Sınıflandırılması.....	8
2.1.2.1. Seçici Dikkat.....	9
2.1.2.2. Sürekli (Sürdürülebilir) Dikkat.....	10
2.1.2.3. Bölünmüş Dikkat.....	11
2.1.2.4. Yoğunlaştırılmış Dikkat.....	11
2.1.2.5. Değişken Dikkat	11
2.1.3. Dikkati Etkileyen Faktörler.....	11
2.1.3.1. İç Faktörler	12
2.1.3.2. Dış Faktörler	13
2.1.4. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Bakım, Tedavi ve Uygulamaları Üzerine Etkisi.....	13
2.1.5. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Faktörler.....	14
2.1.5.1. Vardiyalı Çalışma	14
2.1.5.2. Uykusuzluk.....	15
2.1.5.3. Yorgunluk.....	16
2.1.5.4. Psikolojik Faktörler	17
2.1.5.5. Sosyal Faktörler.....	18
2.1.5.6. Bilişsel Faktörler.....	18
2.1.6. Dikkati Güçlendirme Yöntemleri.....	18
2.1.6.1. Dikkat Eğitim Programları	19
2.1.6.2. Çeşitli Stratejiler İle Birlikte Çevresel Destek Sistemlerinin Kullanılması	19
2.1.6.3. Yardımcı Dışsal Araçların Kullanılması.....	20
2.1.6.4. Psikolojik Destek.....	20
2.1.7. Hemşirelerde Dikkat Kontrol Düzeyi İle İlgili Araştırma Sonuçları	21
2.2. Ölçek Geliştirme Süreci	23
2.2.1. Geçerlik.....	24
2.2.2. Güvenirlik	29
2.3. Nitel Araştırma Yöntemi.....	32
2.3.1. Fenomenolojik Görüşme.....	33
3. MATERYAL VE METOT.....	35
3.1. Materyal	35
3.1.1. Araştırmanın Türü.....	35
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	35

3.2. Metot.....	35
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	35
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi.....	36
3.2.2. Verilerin Toplanması	37
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması	37
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması	37
3.2.3. Veri Toplama Araçları	38
3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	38
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları	40
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	43
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
4. BULGULAR.....	46
4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin Geçerlik Analizleri..	46
4.1.1. Kapsam Geçerliği.....	46
4.1.2. Yapı Geçerliği.....	48
4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri	56
4.2.1. İç Tutarlılık	57
4.2.2. Test-Tekrar Test/Değişmezlik Analizleri.....	58
4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular.....	60
4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	60
4.3.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Bulgular ..	65
4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular	70
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	70
4.4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerine İlişkin Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular	71
5. TARTIŞMA.....	86
5.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	86
5.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması	90
5.3. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması	93
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	97
6.1. Sonuçlar	97
6.2. Öneriler	97
KAYNAKÇA.....	98
EKLER	105
Ek 1: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	105
Ek 2: Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslak Madde Havuzu	107
Ek 3: Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ)	109
Ek 4: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni	110
Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma İzni	111
Ek 6: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	112
Ek 7: Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi	114
Ek 8: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi.....	115
ÖZGEÇMİŞ.....	116

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
ARCS	: Attention- Relevance- Confidence- Satisfaction (Dikkat-Uygunluk- Güven-Tatmin)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
CVI	: Contex Validity Index (Bağlam Geçerlik İndeksi)
d	: Olayın Görülüş Sıklığına Göre Yapılmak İstenen “+” Sapma
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
GFI	: Goodness Of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
HDKDBÖ	: Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği
ICC	: Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlik Ölçütü
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
Min-Max	: Minimum-Maksimum
n	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
N	: Evrendeki Birey Sayısı
NFI	: Normlaştırılmış Uyum İndeksi
NNFI	: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi
q	: İncelenen Olayın Görüşmeyi Sıklığı (1-p)
r	: Korelasyon Katsayısı
RAS	: Retiküler Aktive Edici Sistem
RMSEA	: Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TLI	: Trucker-Lewis İndeksi
WHO	: World Health Organization
α	: Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı
χ^2	: Ki-Kare Test İstatistiği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Geçerlik Yöntemleri	24
Şekil 2.2. Güvenirlik Yöntemleri.....	29
Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritma Şeması	44
Şekil 3.2. Araştırma Planı	45
Şekil 4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Ölçüm Modeli	56
Şekil 4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Olarak Oluşturulan Tema ve Alt Temaların Kavram Haritası	85



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. KGO İçin Minimum Değerler.....	25
Tablo 2.2. Doğrulamalı Faktör Analizinde (DFA) İyi ve Kabul Edilebilir Uyum İyiliği Değerleri	28
Tablo 2.3. Sınıf İç Korelasyon Katsayıları (ICC) Sınırları	30
Tablo 2.4. Cronbach Alfa Katsayısı (α) Sınırları	31
Tablo 3.1.Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	41
Tablo 4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ) Maddelerine Verdikleri Puanların Dağılımı	47
Tablo 4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları.....	49
Tablo 4.3. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ) Varyans Açıklama Tablosu	51
Tablo 4.4. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ) Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri	52
Tablo 4.5. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) Ölçüm Modelinin Uyum İndeks Değerleri ve İyi Uyum Değerleri ...	54
Tablo 4.6. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) Maddelerinin Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Sonrası Faktör Yük Değerleri	54
Tablo 4.7. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	57
Tablo 4.8. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) Madde Silindiğinde Cronbach Alfa Değerleri.....	58
Tablo 4.9. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) Test-Tekrar Test Puanları Arasındaki Sınıfsal Korelasyon Katsayısı	59
Tablo 4.10. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) Alt Boyutları ve Maddeleri.....	59
Tablo 4.11. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	60
Tablo 4.12. Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	61
Tablo 4.13. Hemşirelerin Dikkat Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	63
Tablo 4.14. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ) ve Alt Boyut Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	65
Tablo 4.15. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ) ve Alt Boyut Puanlarının Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.16. Nitel Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri.....	71
Tablo 4.17. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine İlişkin Temalar ve Alt Temalar.....	71

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bilinç, insanda farkındalığın, algının, duygunun ve bilginin merkezi olarak kabul edilen bir kavramdır. Bilincin birçok yönü vardır. Bilinç dünyanın farkındalığını, kişinin davranışını, zihinsel durumu üzerindeki kontrol duygularını ve devam eden benlik kavramını içerir. Bilinç, dikkat farkındalığını kontrol etmek için kullanılır. Bu nedenle bilincin özünde odaklanma ile konsantrasyon yer alır (Posner and Rothbart, 1998; Wu, 2014).

Dikkat, içsel kaynaklara odaklanan ve bilinç durumunu içeren bir kavram olmakla birlikte her birey için öznel olan bilişsel bir süreçtir (Cohen et al., 1993). Dikkat, zihnin açık ve aktif bir şekilde, aynı anda birkaç olası nesneden veya düşünce dizisinden birisine yoğunlaşabilmesidir (Wu, 2014). Dikkat seçici olmayı gerektirir. Dikkat bilişsel ve davranışsal performansı çeşitli şekillerde kolaylaştırır. Bireyin kendi iç ve dış ilgi alanlarına göre uygun yönlendirmeleri sağlayarak işleme alınacak bilgi miktarını azaltır ya da artırır. Dikkat, bireyin mevcut kapasitesi ile ilgili işlenecek bilgi sürecini düzenler. Dikkat, göze çarpan bilgilerin seçimini ve bu bilgiye uygun bilişsel işlemlerin aktarılmasını kolaylaştırır (Cohen et al., 1993).

Dikkat, seçici dikkat, sürekli dikkat, bölünmüş dikkat, yoğunlaştırılmış dikkat ve değişen dikkat olarak sınıflandırılabilir. Birey, özelliklerine ve kontrol mekanizmalarına göre bu sınıflamalardan birine ya da birkaçına dahil olabilmektedir. Dikkat kontrolü iç ve dış faktörlerden etkilenebilmektedir. Bireyin, iç ve dış faktörleri kontrol altına alabilmesi ve bu faktörlerle başa çıkabilmesi dikkat kontrolünü sağladığının bir göstergesi olarak kabul edilebilmektedir (Şata, 2017). Dikkat performansı, dikkat kapasitesini etkileyen bir dizi faktörden (yorgunluk, uykusuzluk, kafa karışıklığı, ihmal, kontrolsüzlük vb.) doğrudan veya dolaylı olarak etkilenebilmektedir (Cohen et al., 1993).

Hastaneler 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sunan kurumlardır (Toros, 2020). Hemşireler sağlığın ilerletilmesinde ve geliştirilmesinde, hastalıkların önlenmesinde, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır (WHO, 2022). Hemşireler dikkat gerektiren farklı durumlara sürekli olarak maruz kalmaktadır (Santos and Guirardello, 2007). Dikkat hemşirelerin konu ya da yapılacak etkinlik üzerine odaklanmalarını sağlamaktadır (Karaduman, 2014). Hastane ortamında

hemşirelerin duygusal ve zihinsel durumlarının, performanslarını ve dikkatlerini etkilediği bildirilmektedir (Ulukan, 2018). Vardiyalı çalışma, uykusuzluk, çalışma ortamının fiziksel özellikleri, yorgunluk, personel eksikliği, düzensizlik, hastaların prognozunun kötü olması; psikolojik, sosyal ve bilişsel faktörler hemşirelerde dikkati etkileyebilmektedir (Peker, 2009).

Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın (2014) raporuna göre, hemşirelerin 8 saatten fazla çalıştığı durumlarda iğne batması ve delici-kesici alet yaralanması oranlarında artış olduğu bildirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastaları hatalardan korumak ve toplum güvenliğini sağlamak oldukça büyük önem taşımaktadır (Peker, 2009). Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin azalması hem kendilerinin hem de bakım verdiği hastaların güvenliğini tehlikeye atabilmektedir. Bu nedenle hemşireler kesinlik ve dayanıklılık gerektiren önemli durumlarla başa çıkabilmek için odaklanma gücüne ihtiyaç duyabilmektedir (Santos and Guirardello, 2007).

Hemşirelerin dikkat düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmalarda, hemşirelerin yetersiz dikkat düzeyine sahip olduğu (Topaloğlu, 2014), artmış çalışma yılının ve evde bakıma muhtaç birey olmasının (Topaloğlu, 2014), ileri yaşın (Alpakan, 2019; Topaloğlu, 2014), nöbet öncesi dinlenememenin, fazla mesainin (Alpakan, 2019; Santos and Guirardello, 2007), gece vardiyasında çalışmanın (Hughes, 2016; Niu et al., 2012; Peker, 2009; Santos and Guirardello, 2007; Sun et al., 2019; Topaloğlu, 2014) ve çalışma yılının artmasının (Demirelli, 2014) dikkati olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Uyku kalitesinin iyi olmamasının ya da yetersiz uykunun, hemşirelerin sağlığını, dikkatini ve performansını azaltabildiği; metabolizmayı, hormon salgılarını, sindirim sistemini ve bağışıklık sistemini etkileyerek; yorgunluk, duygusal problemler, kardiyovasküler bozukluklar ve kanser gibi psiko-fizyolojik sağlık sorunlarına yol açabildiği bildirilmektedir (Sun et al., 2019). Aynı zamanda hemşirelerde çalışma saatlerinin uzun olmasının, dikkati ve uyku kalitesini etkileyerek yorgunluğa neden olduğu belirtilmektedir (Toros, 2020). Hemşirelerin bakım sunarken, ilaç hazırlarken ve uygularken, standart prosedürleri yerine getirirken yüksek performans göstermeleri beklenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini artırmaya yönelik sağlık programlarının uygulanması önerilmektedir (Topaloğlu, 2014).

Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini belirleyebilmek amacıyla farklı dikkat

testleri kullanılabilir. Bu konudaki literatür incelendiğinde hemşireler için geliştirilmiş olan ve onların dikkat kontrol düzeylerini ölçen herhangi bir ölçüm aracına rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu araştırma kapsamında hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini değerlendirecek bir ölçek geliştirilecek, geliştirilen bu ölçek ile hemşirelerin dikkat kontrol düzeyleri ölçülecek ve bu konuda uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Paterson ve Zderad'ın Hürmanistik Hemşirelik Kuramı'na dayanmaktadır. Kuram, varoluşçu kuramı temel almaktadır. Kuram hemşirelik mesleğinin ne olduğıyla ilgilenmekte ve hemşirelerin deneyimlerinden yararlanmaktadır. Hemşireliğe felsefi bir bakış açısı kazandırarak, hemşire ve hasta arasındaki ilişkiye ve diyaloga odaklanmaktadır. Kurama göre hasta ve hemşire arasında bir diyalog gerçekleşmektedir. Bu diyalog; “yanıt ve çağrı” olarak yaşanan etkileşimdir. Hastanın ihtiyacı olan gereksinimleri hemşireye sözlü ya da sözsüz bir şekilde ilettiğı yardım talepleri “çağrı”, bu gereksinimleri karşılamak amacıyla hemşirenin söz ve eylemleri ise “yanıt” olarak değerlendirilmektedir. Yaşanan diyalogda yorgunluk, sevinç, çaresizlik, ağrı, ilgi, sızı, neşe, hatta sessizlik şeklindeki çağrılar hemşirenin dikkatini ve farkındalığını artırmaktadır. Aynı zamanda hastaya yardım edebilmesi için hemşireye bir ipucu oluşturmaktadır (Bozdoğan, 2014).

Paterson ve Zderad (1976) hürmanistik hemşireliği, hemşirenin hastayla birlikte aynı uğraşı vermesi olarak açıklamaktadır. Hemşire ve hasta kendi sınırlarının üstüne çıkarak acı çekme ve sağlığa kavuşma bağlamında önemli deneyimler yaşamaktadır. Hemşire ve hasta arasındaki etkileşimlerden ortaya çıkan bu uğraş “başkası için var olmayı” tanımlamaktadır (Bozdoğan, 2014). Hürmanistik hemşirelik kavramında, hemşire ve hasta arasında varlığını sunan kişi, nezaket kapsamında değil gönüllü olarak varlığını karşıdaki kişiye sunmaktadır. Aynı zamanda bunu özgür iradesi ile yapmaktadır. Hemşirenin karşıdaki bireye varlığını sunabilmesi için açık, ilgili, alıcı, ulaşılabilir ve her zaman hazır bulunan bir tavır sergilemesi gerekmektedir. Hemşirenin bakım uygulamalarını ve günlük eylemlerini yaptığı zaman, hastaya varlığını sunduğı zaman olarak kabul edilmektedir. Hastaların hemşireler hakkında “dikkatli, telaşlı, ilgili, yorgun” şeklindeki değerlendirmeleri, hemşirenin var olma biçimini yansıtmaktadır (Bozdoğan, 2014).

Kuramcılar, varlığın karşılıklı sunumu sonucunda hem hastanın hem de hemşirenin farkındalığının etkilendiğini, bakım verme, yakınlık kurma ve başkasını onaylama ve kabul etmenin arttığını vurgulamışlardır. Bu kapsamda hemşire hem hastalarının olumlu değişimi hem de kendi gelişimi açısından, varlığını uygun olarak sunabilme bilincine vardığında profesyonelliğinin değerini de artıracığı bildirilmektedir (Bozdoğan, 2014). Hümanistik Hemşirelik Kuramı dışında başka araştırmacılarda varlık kavramını tanımlamışlardır. Birçok araştırmacı varlık kavramını, fiziksel, terapötik, bütüncül ve spiritüel varlık olarak adlandırmıştır (Bozdoğan, 2014). Bununla birlikte Watson (1999), koşulsuz kabul, aktif ve dikkatli dinleme gibi becerileri terapötik varlığın önkoşulu olarak belirtmiştir (Bozdoğan, 2014).

Hemşirenin varlığı, duygusal tutumlar, iletişim şekilleri ve davranışlara dayanmaktadır. Duygusal tutumlar; duyarlılık, kabul, samimiyet, hastaya karşı ulaşılabilir ve açık olmayı, iletişim şekilleri; dikkatli dinleme, dikkatle seçilmiş kelimeler, sakin bir ses tonu ve iletişim biçimini, davranışlar; göz teması, yardım etme, fiziksel yakınlık ve dokunmayı kapsamaktadır. Hemşirenin varlığı, hemşirenin mesleki doyuma ulaşmasını, kendi yetkinliğinin artmasını, hastanın yaşamına dokunmasını, benlik saygısını ve motivasyonunu artırmaktadır (Bozdoğan, 2014).

Hümanistik Hemşirelik Kuramında hastayla aynı ana odaklanmak önemlidir. Bununla birlikte, insanın bölünmezliğine, anlaşılmasına ve gelişmeksizin aynı kalmamasına gösterilen dikkatin bir ürünüdür (Yeşilot ve Öz, 2016). Hemşireler bakım sunarken farkındalıklarını artırmalı, empati yaparak ve aktif dinleyerek tüm dikkatini hastaya yönlendirmelidir. Bu araştırma hemşirenin varlığını; hemşire ve hasta arasında dikkat, özen, ilgi ve bütüncül boyutta değişim ile hemşire ve hastanın tüm gereksinimlerinin doğru bir şekilde fark edilmesini sağlayarak kavramsal bir yön vermektedir (Yeşilot ve Öz, 2016).

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini belirlemek amacıyla metodolojik ve tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1.Hipotez: “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği”, hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli

ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.

2. Hipotez: Hemşirelerin dikkat kontrol düzeyleri sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Kavramı

Dikkat, köken olarak Latince “concentrare” sözünden gelmektedir (Yaycı, 2007). Dikkat, farklı türde bilişsel olayları kapsayan ve literatürde birçok tanımı yapılan önemli bir psikolojik kavramdır (Karaduman, 2004).

William James (1890) dikkati, “zihnin aynı anda birkaç olası nesne veya düşünce dizisinden birine açık ve net olarak sahip olmasıdır” olarak tanımlamıştır (Karaduman, 2004).

Luria’ya göre (1973) dikkat, zihnin uyarılmışlığını tanımlayan ve bilinçlilik ile ortaya çıkan bir kavramdır.

Anne Treisman (1980) dikkati, her iki akıştan gelen bilgileri birleştiren ve bir nesnenin tüm özelliklerini belirli bir yerde birleşmiş olarak algılamamıza neden olan kavram olarak tanımlamıştır (Treisman and Gelade, 1980).

Dikkat, birçok boyutu olan bilişsel bir kapasitedir. Dikkat algılama, öğrenme, hatırlama, problem çözme, iletişim gibi bilişsel alanların hepsinde etkilidir (Sohlberg and Mateer, 1987).

Dorsch (1987) dikkati, bilincin belli bir noktaya yönlendirilmesi olarak ifade etmiştir (Altun, 2017).

Gagne’ye (1988) göre dikkat, duyuşsal kayıta yer alan bilginin, kısa süreli belleğe geçişinde kontrol sürecini sağlayan kavramdır.

Cammann ve Spiel (1991) dikkati, düşünceyi belli bir süre boyunca bir objeye yöneltme ve başka uyarıcılara yönelmeme becerisi olarak tanımlamıştır (Altun, 2017).

Ott (1994) dikkati, duyuşlarımızı sadece bir olaya, davranışa, kişiye ya da bilgiye yönlendirme çabası olarak açıklamıştır (Altun, 2017).

Kolb ve Winshaw (1996) dikkati, o anki uyarılar arasından bireyin amacına ve ihtiyacına göre ilgi duyduğu, sinir sisteminin bir işlevi olarak tanımlamıştır (Yaycı, 2007).

Ratey’e (2001) göre dikkat hem çevredeki uyarıları fark edebilme hem de farklı algıları karşılaştırıp filtreleyebilme ve duygusal olarak bu algılara anlam yükleme gibi süreçlerden oluşan bir kavramdır.

Türk Dil Kurumu (TDK, 2022) dikkati, “duygularla düşünceyi bir şey üzerinde toplama, uyanıklık” olarak tanımlamıştır.

Dikkat, doğum öncesi dönemden başlayarak bütün yaşamımız boyunca bilinçli ya da bilinçsiz olarak algıladığımız bir kavramdır (Altun, 2017). Dikkat çok yönlüdür. Dikkat zihinsel etkinlikler, sosyal etkileşim ve benlik bütünlüğü için gereklidir. Dikkatin gün içerisindeki etkinliklerimizde olduğu kadar iş hayatımızdaki bilişsel işlevlerde de önemli bir yeri vardır (Karaduman, 2004). Nörolojik kapasitemiz sınırlı olduğu için beyin uyarıların hepsini algılayamaz. Dikkat edilen bilgi dışındakiler fark edilmeden kaybolur (Altun, 2017; Karaduman, 2004).

Dikkat hem davranışsal hem de bilişsel kavramları içeren çok yönlü psikolojik bir kavramdır. Öğrenme, iletişim, algılama, hatırlama, problem çözme gibi bilişsel alanların hepsinde etkilidir. Dikkat düzeyinin devam edebilmesi için belli bir çabaya ve seçiciliğe ihtiyaç vardır. Genel olarak beklentiler, renk, yoğunluk, büyüklük ve o an içinde bulunduğumuz durum dikkatimizi etkileyebilmektedir (Karaduman, 2004).

2.1.1. Dikkatin Nörofizyolojisi

Dikkat, zihnin açık ve aktif bir şekilde, aynı anda birkaç olası nesneden veya düşünce dizisinden birisine yoğunlaşabilmesidir (Wu, 2014). Dikkat, düşünme, uyanıklık, karar verme, algılama ve bellekle ilişkili bir kavramdır (Peker, 2009). Beynin büyüklüğü, yapısı, gelişimi ve işleyişindeki farklılıkları inceleyen birçok araştırma dikkatin nörolojik temellerini açıkça ortaya koymaktadır. Dikkat, çoklu nörolojik sistemlerden etkilenmektedir (Kirk et al., 2017).

Dikkat, psikolojik süreçlerde algının bir veya birkaç uyarıya yönelmesini ve diğer uyarıları elemesini içeren, daha çok algının seçiciliğiyle ilgilenen bir kavramdır. Burada dikkat süzgeç görevi görerek belirlediği uyarı ya da uyarıları bilgi işlem sürecine katar. Dikkat yönelim tepkisi, sürdürülme ve odaklanma olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır (Peker, 2009). Dikkatin yoğunlaşma gücünde kortikal alanlar rol oynar. Dikkatten sorumlu olan alanlar ile motor aktivite arasında bağlantı bulunmaktadır. Bu bağlantı sayesinde motor işlevler sağlanabilir. Dikkat, algılama ve bellek, birlikte ele alınması gereken bağlantılı kavramlardır (Kandemir, 2006).

Ponsta ve mezensefalonda yer alan retiküler aktive edici sistem (RAS) uyanıklık durumunu sağlayıp, dikkati kontrol etmeye yarar. Genel uyanıklık durumundan sonra çevresel uyarılar algılanır ve buradaki uyarılar talamustaki retiküler çekirdek

kontrolü ile serebral kortekse iletilir. Serebral kortekse iletilen bu uyarılar odaklanma, başka uyarılara yönelme ve uyarıların bazılarını göz ardı etme gibi durumları bu korteks sayesinde sağlar (Kandemir, 2006). Serebellumun posterior lobu yüksek düzeyde davranışla ilgiliyken, anterior lobu motor kontrollerle ilgilidir (Kandemir, 2006). Serebral korteks alanlarının hepsi dikkat modülasyonlarını içermektedir (Mesulam, 2004).

Dikkat yanıtlarının modülasyonunu limbik, parietal ve daha çok prefrontal korteksler; içerik ve bilinçli isteğe duyarlı olacak şekilde devam ettirir. Posterior parietal ve prefrontal korteks, dikkat işlevlerinin neredeyse tamamının ortak korelatıdır. Ayrıca lateral serebellar hemisfer ve foliuma olan medial uzantısının dikkatin yönünün değişmesinde önemli yer tuttuğu belirtilmiştir. Vermis ise dikkatin hızında ve etkinliğinin artmasında önemli bir role sahiptir (Kandemir, 2006).

Dikkatin pozitif yönlerini ise çalışma belleği ve kısa süreli bellek oluşturmaktadır (Kandemir, 2006). Çalışma belleği, önemli olayların oluşturulması ve mental işlevlerin desteklenmesi için kullanılmaktadır. Çalışma belleği küçük bir bilginin bir eylem sırasında, eşzamanlı olarak depolandığı ve kullanıma sunulduğu anlık bellek gibi kısa süreli kavramları içermektedir. Çalışma belleği, özellikle bireylerden eşzamanlı olarak birkaç şeyi aynı zamanda yapmaları istendiğinde ya da zor ve yeni görevler talep edildiğinde aktive olmaktadır. Çalışma belleğinde bilgi aktif olarak kullanılır ya da çevrimiçi bir şekilde tutulur (Peker, 2009). Dikkat matrisinde meydana gelen bozukluklar, bireyin sözünde duramayan, kararsız, dikkatini yoğunlaştıramayan, bir duygu ya da kelimeye takılan ve uygunsuz cevap verme eğilimi olan bir durum ortaya çıkarır (Mesulam, 2004).

2.1.2. Dikkatin Sınıflandırılması

Dikkat; seçici dikkat, sürekli (sürdürülebilir) dikkat, bölünmüş dikkat, yoğunlaştırılmış dikkat, değişken dikkat olarak sınıflandırılmaktadır. Dikkat, ayrıca irade gerektirme durumuna göre aktif (istemli) ve pasif (istemsiz) dikkat olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Yaycı, 2007). Aktif dikkat çaba gerektiren istemli bir durumdur ve konsantrasyon, merak, hazırbulunuşluluk, ilgi gibi unsurlarla belirlenir. Pasif dikkat ise güçlü bir koku, ani bir ışık veya ani bir gürültü gibi çevresel unsurlardan etkilenen istem dışı bir süreçtir (Yaycı, 2007).

2.1.2.1. Seçici Dikkat

Seçici dikkat, ortamdaki alakasız uyarıların göz ardı ederek hedef uyarana belirli bir süre odaklanma eylemi olarak tanımlanmaktadır. Seçici dikkat, odaklanmış dikkat, kontrollü dikkat, yönlendirilmiş dikkat veya yönetici dikkat olarak da bilinmektedir. Dikkat, algıyı kişinin ihtiyaçları ve güdüleriyle ilişkilendirmektedir (Gibson and Rader, 1985). Karşılaşılan her uyarana odaklanmak imkansızdır ve dikkatimiz sınırlıdır. Dolayısıyla bu sınırlı kaynağı kullanmak için önemli olmayan ayrıntıların görmezden gelinmesini sağlayan seçici bir dikkat gerekmektedir (Cole, 2022).

Beynimiz, dikkatimizi çevremizin bazı önemli unsurlarına odaklarken, diğer tüm uyarıların arka plana almaktadır. Beyin, bilgiyi seçici olarak işlememizi sağlamaktadır. Seçici dikkat önemlidir çünkü insan beyninin daha etkili çalışmasına olanak tanımaktadır. Seçici dikkat, beynin görevlerini en iyi şekilde yerine getirebilmesi için bir filtre görevi görmektedir (Liddell, 2021). Seçici dikkat, Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilen ve stroop etkisi adıyla bilinen renk-kelime bozucu etki olarak açıklanabilir. Stroop etkisine göre nesne veya renk isimlerini okumanın bunlarla alakalı kelimeleri okumaktan daha fazla zaman aldığı bildirilmiştir (Yaycı, 2007). Renk ve kelime farklı olduğu zaman, kişinin rengi söyleme süresi, renk ve kelimenin aynı olduğu duruma göre daha uzun sürmektedir. Kişi hem kelimeyi okumaya çalışıp hem de rengi söylemeye çalışacağından zaman kaybetmektedir (Yaycı, 2007).

Colin Cherry (1953) seçici dikkat konusunda “kokteyl parti etkisi” adını verdiği bir öneri açıklamıştır. (Kula, 2018; Yaycı, 2007). Kokteyl parti etkisine göre; bir kişi kalabalık bir ortamda, çevredeki seslere ve karışık konuşmalara aldırmayarak dikkatini istediği kişiye ya da uyarıcıya odaklanmaktadır (Kula, 2018).

Seçici Dikkatin Özellikleri

- Tek bir görev veya fikir üzerinde yoğunlaşır.
- Odak noktası tek bir görev veya fikir olduğu için dikkat miktarını artırır.
- Dikkat dağıtan olayları yönetir.
- Bilişsel yeteneği güçlendirir.
- Hata yapma oranını azaltır.

- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan kişilerde daha yüksektir.
- Bazı durumlarda bilinmesi gereken yan bilgilerin eksik olmasına neden olabilir (Cole, 2022).

Seçici Dikkat Teorileri

- Broadbent'in filtre teorisi (filter theory, 1958)
- Treisman'ın zayıflatma teorisi (attenuation theory, 1960)
- Deutsch ve Deutsch'un geç seçme teorisi (late selection theory, 1963) olarak tanımlanmıştır.

Broadbent'in Filtre Teorisi: Broadbent, bilgi işleme sisteminin aşırı yüklenmesinin önlenmesi için filtrenin gerekli olduğuna inanmıştır. Donald Broadbent (1958), merkezi sinir sistemini sınırlı kapasiteye sahip tek bir iletişim kanalına benzetmiştir. Bu nedenle, filtre teorisi, duyularımız tarafından işlenen bazı bilgilerin sınırlı iletişim kanalına ulaşmadan önce nasıl atıldığını açıklamak için tasarlanmıştır. Broadbent, alakasız bilgilerin bu şekilde atılmasını seçmek için, uyaranların belirli fiziksel özelliklerinin (örneğin ses tonu, geliş yönü, konuşma hızı vb.) analiz edilmesini, bu analiz ürünlerinin daha sonra kısa süreli bir bellek tamponunda saklanmasını savunmuştur. Özenli analiz için seçilmeyen uyaranların birkaç saniye içinde duyuşal tamponda pasif olarak kaldığı, eğer işlenmezlerse, duyuşal tamponda kalıp seçilmeyen uyaranların bozulup kaybolabileceği varsayılmaktadır (Milliken and Tipper, 1998; Sincero, 2013).

Treisman'ın zayıflatma teorisi: Anne Treisman, seçici dikkat teorisini 1964'te öne sürmüştür. Teorisi, Broadbent'in Filtre teorisine dayanmaktadır. Treisman Filtre teorisine ek olarak fiziksel özellikler temelinde duyuşal girdileri seçtiğine inanmıştır. Bununla birlikte, gözetimsiz duyuşal girdilerin (filtre tarafından seçilmeyen ve duyuşal tamponda kalan) elimine edilmek yerine filtre tarafından zayıflatıldığını savunmuştur. Zayıflama, seçilmemiş duyuşal girdilerin azaltılmış yoğunlukta işlendiği bir süreçtir (Sincero, 2013).

2.1.2.2. Sürekli (Sürdürülebilir) Dikkat

Sürekli dikkat, bir uyarı algılamamızı sağlayan uyanıklık ve dikkatimizi bu uyarıya odaklayan konsantrasyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Başka uyarılara rağmen dikkat aralıksız bir şekilde bitmesi gereken süre boyunca bir uyarıya devam

eder (Sustained attention, 2022; Ulukan, 2018). Sürekli dikkat gerektiren bazı örnekler araba kullanmak, film izlemek, ders çalışmak, yemek yapmak şeklinde sıralanabilir. Okuldaki öğrenciler, sınıftayken ya da evde ders çalışırken yetersiz ve sürekli dikkate sahipse, bu durum zayıf akademik performansa neden olabilir (Sustained attention, 2022).

2.1.2.3. Bölünmüş Dikkat

Bölünmüş dikkat, beynimizin aynı anda iki farklı uyarana ilgilenme ve çevredeki çoklu taleplere yanıt verme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bölünmüş dikkat, farklı bilgi kaynaklarının işlenmesine ve aynı anda birden fazla görevi başarıyla gerçekleştirmesine olanak tanıyan bir tür eşzamanlı dikkattir. Bu bilişsel beceriler, günlük yaşamda daha verimli olmayı sağladığı için oldukça önemlidir. Araba kullanırken telefonla konuşmak, müzik dinlerken ödev yapmak, dersi dinlerken tahtada yazılanları not almak dikkati birkaç farklı göreve ayırma örnekleridir (Kiff, 2013).

2.1.2.4. Yoğunlaştırılmış Dikkat

Birden fazla uyarana aynı anda verilmesine karşın sadece birine odaklanılabilmektir (Yaycı, 2007). Bölünmüş dikkat ile arasındaki fark, bölünmüş dikkatte etraftaki uyarınların hepsine dikkat edilmesi ve tepkide bulunulması istenmektedir (Kula, 2018).

2.1.2.5. Değişken Dikkat

Bireyin bir uyarana yoğunlaşmışken, hedefin değişerek başka bir uyarana yoğunlaşması olarak tanımlanmaktadır (Ulukan, 2018).

2.1.3. Dikkati Etkileyen Faktörler

Barkley (1997), dikkat sürecinin daha iyi anlaşılabilmesi için dikkatin unsurlarını belirlemiştir (Kula, 2018).

Hazırbulunuşluk ve Uyanıklık: Hazırbulunuşluk dikkat sürecinin birinci adımını oluşturur. Birey faaliyete geçmeden önce canlı ve uyanık olmalı, kendini aktif ve hazır hissetmelidir. Bireyin bilişsel yetenekleri, duyuşsal özellikleri ve devinsel becerilerin uygunluk düzeyi dikkat sürecinde önem arz etmektedir (Kula, 2018).

Seçicilik ve Belirgin Olanı Saptayabilme: Seçicilik dikkat sürecinin ikinci adımını oluşturmaktadır. Dikkat beynin seçici kanalıdır. Beyin önemlilik durumuna

göre uyarıcıyı seçer. Önemli kısımları seçme özelliğine belirgin olanı saptayabilme denir. Belirgin ve açık uyaranlar daha fazla dikkat çeker (Kula, 2018).

Dikkat Süresi: Dikkat süresi üçüncü adımı oluşturmaktadır. Odaklanılan uyaran üzerinde geçen süredir (Kula, 2018).

Planlama: Dikkat sürecinin dördüncü adımını planlama oluşturmaktadır. Faaliyete geçmeden önce davranışsal, sözel ya da bilişsel olarak alternatiflerin gözden geçirilmesidir (Kula, 2018).

Otokontrol ve Kendini Programlama: Dikkat sürecinin beşinci adımındır. Bireyin kendini, yaptığı davranışı, eylemi programlaması ve kontrol edip değerlendirmesidir (Kula, 2018).

Tatmin Olma ve Aktivlik İhtiyacı: Dikkat sürecinin altıncı adımındır. Psikolojik olarak her bireyin kendine özel tatmin olma düzeyi ve aktivlik ihtiyacı bulunmaktadır. Bu ihtiyaca göre bazı bireyleri adrenalini yüksek etkinlikler aktif tutarken, bazılarını kitap okumak gibi etkinlikler tatmin edebilmektedir (Kula, 2018).

Dikkat, iç ve dış faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu faktörler dikkati olumlu ve olumsuz etkileyebilmektedir (Kula, 2018).

2.1.3.1. İç Faktörler

Bireyin, arzu, ilgi ve tutumundan kaynaklanan faktörlerdir ve bu durum her bireyde farklılık gösterebilmektedir.

- Bireyin algı düzeyi, zeka seviyesi ve bellek sürecinin işleyişi
- Uykusuzluk
- Yorgunluk
- Bireyin ilgili olduğu durumlar
- Beslenme bozukluğu
- Başarısızlık endişesi
- Aşırı heyecan
- Bireyin beklentisi
- Aşırı kaygı ve gerginlik
- Yaşanılan psikolojik etmenler dikkati etkileyebilmektedir (Alpakan, 2019; Bitbrain, 2018; Kula, 2018; Sharma, 2022; Yayıcı, 2007).

2.1.3.2. Dış Faktörler

Dış faktörler çevreden gelir. İlgili uyaranlara odaklanmayı kolaylaştırır veya zorlaştırır.

- *Renk*: Renkli uyaranlar siyah beyaz uyaranlara göre daha fazla dikkat çeker.
- *Zıtlık*: Bir grupla zıtlık oluşturan uyaranlar daha çok dikkat çeker.
- *Boyut*: Daha büyük veya daha küçük bir nesne, herhangi bir nesnenin ortalama düzeyde boyutundan çok daha fazla dikkat çeker.
- *Değişiklik*: Çevremizdeki değişiklikler dikkat çeker. Sesimizin aniden yükselmesi gibi.
- *Yoğunluk*: Daha yoğun ısı, ışık, ses, koku dikkat çeker.
- *Tekrar*: Uyaranın sürekli tekrarlanması fark edilmesini artırır.
- *Hareket*: Hareket halindeki bir nesne, sabit duran bir nesneden daha fazla dikkat çeker.
- Uygun ödül ve ceza sisteminden yoksunluk
- Aşırı ya da yetersiz güdülenme dikkati etkilemektedir (Alpakan, 2019; Bitbrain, 2018; Kula, 2018; Sharma, 2022; Yaycı, 2007).

2.1.4. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Bakım, Tedavi ve Uygulamaları Üzerine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre hemşirelik “her yaştan, aileden, gruptan, topluluktan, sağlıklı veya hasta bireylere özerk veya işbirlikçi bakım sağlayan” bir meslek grubudur. Hemşirelik, hastalıkların önlenmesini, sağlığın geliştirilmesini ve hasta, engelli ve terminal dönemde olan insanların bakımını içerir (WHO, 2022). Hemşireler sağlığın teşvik edilmesinde ve geliştirilmesinde, acil durumdaki ilk müdahalelerde, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde önemli rol oynarlar (WHO, 2022).

İnsan vücudu gece uyumaya meyilli olduğu için nöbet usulü çalışanların biyolojik ritimleri bozulmakta, ruhsal, sosyal ve fizyolojik sağlık etkilenmektedir. Biyolojik ritim bozulduğunda bilişsel fonksiyonlar ve dikkatte azalma meydana gelebilmektedir. Hemşirelerin biyolojik ritimlerinin bozulması hem kendilerinin hem de bakım verdiği hastaların güvenliğini tehlikeye atabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastaları hatalardan korumak ve toplum güvenliğini sağlamak önem arz etmektedir. Bunların sağlanabilmesi içinde sağlıklı istihdam olması gerekmektedir. İstihdam ve

altyapı yetersizliği, vardiyalı çalışma, fazla çalışma, ağır iş yükü, rol belirsizlikleri, hemşirelerin gereğinden fazla çalışmasına, yorgunluğa, uykusuzluğa ve dikkat eksikliğine neden olarak hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamalarını etkileyebilmektedir. Çalışma performansını ve bakımın kalitesini azaltabilmektedir. Tedavi saatlerinde aksaklıklara neden olarak, doğru ilaç uygulama ilkelerini göz ardı etmelerine, uyaranlara geç cevap vermelerine neden olabilmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini artırıp, iş kazalarına, fiziksel çökkünlüğe ve tükenmişlik yaşamalarına yol açabilmektedir (Peker, 2009). Dikkatsizlik nedeni ile yapılacak hatalar geriye dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilmektedir (Tümkiye, 2020).

2.1.5. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Hemşirelerde vardiyalı çalışma, uykusuzluk, yorgunluk, psikolojik faktörler, sosyal faktörler ve bilişsel faktörler dikkati etkileyebilmektedir.

2.1.5.1. Vardiyalı Çalışma

Vardiyalı çalışma, 24 saat aralıksız çalışma koşulu olan işlerde, standart çalışma saatlerinden farklı olarak günün herhangi bir zaman diliminde iki ya da daha fazla çalışma grubu oluşturarak uygulanan bir çalışma biçimidir (Alpakan, 2019). İlk kez Bernardino Ramazzini, 1600'li yıllarda vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine etkilerinden söz etmiştir (Topaloğlu, 2014). Vardiyalı çalışma sosyal yaşamın gerekliliklerini engelleyerek ve bazı semptomlara yol açarak yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Tümkiye, 2020). Ayrıca fizyolojik saati, biyolojik ritmi ve dengeyi bozarak hasta ve çalışan güvenliğini tehlikeye atabilmektedir (Tümkiye, 2020).

Sağlık alanında vardiyalı çalışmanın amacı, hastalara ulaşılabilir ve kesintisiz sağlık hizmeti sunmak, talepleri en kısa sürede karşılamak ve sağlık profesyonellerinden en üst düzeyde yararlanmaktır (Tümkiye, 2020). Hemşirelik, vardiyalı çalışma gerektiren bir meslek grubudur. Hemşirelerde vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine etkileri, kardiyovasküler ve gastrointestinal problemler, metabolik bozukluklar, kas-iskelet sistemi problemleri, psikososyal sorunlar, iş kazaları ve sosyal hayata ilişkin problemler olarak bildirilmiştir. Ayrıca vardiyalı çalışmanın dikkat kontrol düzeyini olumsuz yönde etkileyerek, çalışma performansının düşmesine neden olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda gece vardiyasının dikkat

düzenini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (Johnson et al., 2010; Topaloğlu, 2014).

Vardiyalı çalışanlarda shiftler gündüz, akşam, gece şeklinde ya da 8, 16, 24 saat çalışma grupları şeklinde belirlenmektedir. Gece shifti ya da 16, 24 saatlik shiftler, hemşirelerde uykusuzluğa ve yorgunluğa neden olabilmektedir. Shiftlerin sürekli değişiklik göstermesi, bir hafta gece bir hafta gündüz olması biyolojik ritmi etkilediği için dikkat eksikliği problemlerinin yaşanmasına neden olabilmektedir. Sürekli gece shiftinde çalışmak, psikiyatrik problemleri beraberinde getirebilmektedir (Toros, 2020). Özellikle gece shiftinin son zamanlarının hemşirelerin uyanık kalmakta en çok zorlandıkları zaman olduğu ve bu durumun hasta güvenliğini tehlikeye attığı belirtilmiştir (Hughes, 2016; Toros, 2020). Ayrıca vardiya sistemi kaynaklı uykusuzluk ve yorgunluk, tıbbi ekipmanların yanlış kullanılmasına, tıbbi hatalara, yaralanmalara ve iş kazalarına neden olabilmektedir (Toros, 2020).

2.1.5.2. Uykusuzluk

Uyku, bilincin değişmesi, kas gerginliğinin azalması, refleks eşiğinin artması ve çevredeki uyaranların algılanmasını engelleyen spontan ve tekrarlayan bir durumdur (Sun et al., 2019). Uyku insan yaşamının devamı, büyüme, gelişme, bellek ve öğrenme, immün sistem fonksiyonlarının devamı ve sosyal fonksiyonlar için önemli bir ihtiyaçtır (Peker, 2009). Beynin elektriksel aktivite modellerine dayanarak, normal uyku NonREM ve REM olmak üzere iki evreye ayrılmaktadır (Sun et al., 2019).

Sağlığın korunması açısından insan yaşamının en temel ihtiyaçları arasında uyku temel gereksinimi yer almaktadır. Ulusal Uyku Vakfı, yetişkinlerin günde 7 ile 9 saat uykuya ihtiyacı olduğunu bildirmektedir (Sun et al., 2019). Hemşireler dönüşümlü vardiya sistemi ile gece ve uzun saatler çalıştıkları için uyku yoksunluğu, uyku bozuklukları ve uyku kalitesinde azalma yaşayabilmektedir. Bununla birlikte izin günlerinde gündüz aktivitelerine veya normal gece uyku düzenine uyum sağlamakta zorlanabilmektedir. Vardiyalı çalışma, uykunun sirkadiyen ve homeostatik düzenlenmesine müdahale edebilmektedir. Uyku yoksunluğu ve uyku bozuklukları, hemşirelerde yorgunluk, kronik hastalıklar ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilendirilebilmektedir. Ayrıca uyku bozuklukları hemşirelerin iş performansını, iş kazası geçirme riskini, zihinsel aktivite gerektiren görevlerde performansının

düşmesini, bakım kalitesini ve hasta güvenliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Sun et al., 2019).

İran'da yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %83,2'sinin kötü uykudan şikayet ettiği, yaklaşık olarak %50'sinin orta ve aşırı düzeyde uyku hali olduğu bildirilmiştir (Jafari Roodbandi et al., 2015). İran'da yapılan diğer bir araştırmada, gece çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir (Yazdi et al., 2014). 2011 yılında Hsieh ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, vardiyalı çalışan hemşirelerin %59'unun uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır (Hsieh et al., 2011).

Kötü uyku kalitesi ve yetersiz uyku, hemşirelerin hem sağlığı hem de performansı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bu konuda yapılan araştırmalar incelendiğinde, uyku problemlerinin hemşirelerin iş doyumunu azalttığı (Stone et al., 2006) ve işten ayrılma kararlarını (Dall'Ora, et al., 2015) etkilediği bildirilmiştir. Uyku problemleri vardiyalı çalışan hemşireler arasında yaygın olması nedeniyle hemşirelerin sağlığını, bakımın kalitesini ve iş tatminini olumsuz etkiler. Bu problemi çözebilmek için vardiyalı çalışan hemşirelerin uyku hijyeni ve stratejilerini anlamaları önemlidir (Sun et al., 2019).

2.1.5.3. Yorgunluk

Yorgunluk, fiziksel veya zihinsel performansta azalma olarak tanımlanmaktadır (Toros, 2020; Tümkiye, 2020). Yorgunluk, algılama ve karar verme sürecini, bellek ve iletişimi, uyanıklığı ve reaksiyonları yavaşlatabilmektedir. Yorgunluk, çevresel faktörlerden etkilenebilmektedir (Tümkiye, 2020). Yorgunluk, uyku kaybı ve vücudun aşırı fiziksel güce verdiği tepki ile yakından ilişkilidir. Yorgunluk hem fiziksel hem de zihinsel yetenekleri sınırlayabilmektedir (Hobbs, 2018). Fiziksel yorgunluk, vücudun fiziksel aktivite kapasitesi sınırlı olduğunda görülebilmektedir. Zihinsel yorgunluk ise motivasyon eksikliği, bitkinlik, uyuşukluk ve yorgunluk hissi sonucunda meydana gelebilmektedir. Her ikisi de işle ilgili hastalıklara ve devamsızlıklara neden olabilmektedir (Hobbs, 2018).

Uyku kaybına bağlı yorgunluk, özellikle gece vardiyasında çalışan meslek gruplarında oldukça yaygındır. Bu durum sağlık alanında hem hasta hem de hemşirelerin güvenliğini tehlikeye atabilmekte, bakım kalitesini düşürebilmekte ve hemşirelerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Uyku kaybindan kaynaklanan yorgunlukla mücadele edebilmek için geceleri kısa bir uykunun faydalı

olabileceği bildirilmektedir. Gece vardiyasında 20 dakikalık bir uykunun, psikomotor performansı, beyin fonksiyonunu, enerjiyi artırdığı, ruh halini iyileştirdiği, yorgunluğu azalttığı ve hasta güvenliğini sağladığı bildirilmektedir (Neville et al., 2017).

Hemşirelerin sağlık bakım ortamlarında dikkatli olması önemli olup bu durum zihinsel ve fiziksel yorgunluğa neden olabilmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerde uykusuzluk ve yorgunluğa en fazla neden olan durumlar, uzun çalışma saatleri ve vardiyalı çalışma olarak bildirilmektedir (Hobbs, 2018). Hemşirelerin, çalışma saatlerini, yaşam tarzı uygulamalarını ve stres düzeylerini değerlendirmeleri önemlidir. Fiziksel hareketsizlik, kötü uyku alışkanlıkları, yiyecek ve alkol alımı, reçetesiz ve reçeteli ilaçlar yorgunluğa neden olabilmektedir (Hobbs, 2018). Hastaların, hemşirelerin ve sağlık bakım kuruluşlarının güvenliği artırmak ve sağlık bakım maliyetleri ile yorgunluğu azaltmak için ek önlemler almaları önerilmektedir (Neville et al., 2017).

2.1.5.4. Psikolojik Faktörler

Hemşirelik sağlığı etkileyen ve stresli iş yüküne sahip olan bir meslektir (Srinivasan and Samuel, 2014). Hemşirelerin vardiyalı çalışma sonucu stres yaşadıkları, sosyolojik ve biyolojik olarak etkilendikleri, sirkadiyen ritimde uyku-uyanıklık döngüsünde değişim yaşadıkları ve bu durumda olumsuz psikolojik sonuçlara yol açtığı belirlenmiştir (Alpakan, 2019; Tümkiye, 2020). Psikolojik hastalıkların temel nedeni, uyku bozukluklarından kaynaklanmaktadır (Alpakan, 2019). Bu doğrultuda hemşirelerde depresyon, yorgunluk, çaresizlik, anksiyete, kaslarda gerginlik gibi fiziksel ve ruhsal yakınmalar görülebilmektedir.

Zihinsel yük, bir görevin bilişsel talepleri (örn., hafıza, dikkat), kişinin nitelikleri (örn., eğitim düzeyi, öz yeterlilik) ve durumun özellikleri arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin zihinsel yükünü, yerine getirmeleri gereken görevler, çalışma hızları, insanlarla olan etkileşimleri, hafıza ve dikkat özellikleri belirlemektedir. Zihinsel aşırı iş yükü ise çalışanların beceri ve özellikleri ile görev talepleri arasındaki dengesizlik olarak tanımlanmaktadır. Yüksek zihinsel talepler, zihinsel yükün ana kaynaklarından biri olup algıyı olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte hem çalışanların sağlığı hem de kuruluşun hedefleri bu durumdan olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Vasquez et al., 2015).

Sağlık hizmeti ortamının örgütsel özellikleri, zihinsel taleplerin fazlalığı ve devamlılığı hemşireleri etkileyebilmektedir. Bu faktörler, duygusal değişiklikler (örn., sinirlilik), somatik semptomların varlığı (örn., migren, gastrointestinal problemler), memnuniyetsizlik, tükenmişlik, stres veya zihinsel yorgunluğa neden olabilmektedir (Vasquez et al., 2015). Aynı zamanda bu faktörler hemşirelerin dikkat düzeylerini azaltabilmektedir.

2.1.5.5. Sosyal Faktörler

Hemşirelerin düzensiz çalışma saatleri, iletişimlerini ve sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Değer verdikleri bireylerle ortak zaman geçirmeye zaman bulamadıkları için iletişimlerini azalabilmektedir. Bu durum bireyin aile içi sorumluluklarını ve sosyal görevlerini yerine getirmesini zorlaştırabilmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin dışlanmışlık hissi yaşamalarına neden olabilmektedir. Diğer yandan bu bireylerde anksiyete, huzursuzluk ve benlik saygısında azalma gibi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Alpakan, 2019; Tümkeya, 2020).

2.1.5.6. Bilişsel Faktörler

Dikkat, hafıza, performans ve öğrenme bilişsel faktörler içerisinde yer almaktadır (Tümkeya, 2020). İş stresi, bireyin bilişsel, psikolojik, fizyolojik ve davranışsal yönlerini etkileyebilmektedir (Park and Kim, 2013). Stres beynin hafızasını işgal ederek zihinsel konsantrasyonun düşmesine yol açabilmektedir. Kronik stres, hipokampus gibi beyin yapılarında hasara ve bilişsel işlevlerde bozukluklara neden olabilmektedir. Bu durum hemşirelerin hata oranlarını artırarak kazaya neden olabilmektedir (Park and Kim, 2013). Kazalar genellikle seçici dikkat eksikliği, zihinsel hata veya dikkat dağınıklığı gibi yanlış biliş ve dikkatin bir sonucu olarak meydana gelebilmektedir. Hastanede meydana gelen her türlü hata ve kaza hasta güvenliği olaylarına neden olabilmektedir (Park and Kim, 2013). Hemşirelerin diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında; daha yüksek iş stresi taşıdıkları bu nedenle bilişsel başarısızlık olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmektedir (Park and Kim, 2013).

2.1.6. Dikkati Güçlendirme Yöntemleri

Dikkati güçlendirmek için planlama, düşünce çabası, önemli ayrıntılara dikkat etme, organize etme, denetleme, yavaş çalışma, dikkati bir konu üzerinde yoğunlaştırma ve yanlışlarını bulma gibi çalışmalar yapılabilir (Sürücü ve Kula, 2016).

Dikkati güçlendirme yöntemleri; dikkat eğitimi programları, çeşitli yöntemler ile çevresel desteğin sağlanması, dışsal yardımcı araçların kullanılması ve psikolojik destek olarak sıralanabilir (Kula, 2018). Bu yöntemler tek başına ya da birlikte kullanılabilir. Farklı ya da aynı zaman dilimlerinde uygulamalar yapılabilir (Sürücü ve Kula, 2016).

2.1.6.1. Dikkat Eğitim Programları

Dikkat eksikliği problemlerinin çocukluk çağı döneminde meydana geldiği bildirilmektedir (Kula, 2018). Kuramcılar dikkat eksikliği için farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Bunlar; dikkat sürecinin eğitimi programı ve ARSC (Dikkat-Uygunluk-Güven-Tatmin) motivasyon modelidir (Kula, 2018).

Dikkat Sürecinin Eğitimi Programı: Yedi yaş ve üzerindeki tüm bireylerde uygulanabilen, Sohlberg ve Mateer (2001) tarafından geliştirilen bu program seçici, sürekli, bölünmüş ve değişen dikkat becerisini geliştirmek amacıyla, basitten karmaşığa doğru giden eğitim ödevlerinden ve bilişsel alıştırmalardan oluşmaktadır. Etkinliklerin tekrarlanması ile bilişsel kapasitenin ve dikkat becerisinin gelişeceği varsayılmaktadır (Kula, 2018).

ARSC (Dikkat-Uygunluk-Güven-Tatmin) Motivasyon Modeli: Keller (2009) tarafından geliştirilen bu modelde, dikkat çekilerek gerekli güdülemenin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda yapılan işe ya da konuya adaptasyonun daha hızlı olması ve uzun sürmesi sağlanmaktadır (Kula, 2018).

2.1.6.2. Çeşitli Stratejiler ile Birlikte Çevresel Destek Sistemlerinin Kullanılması

Kendini yönetme teknikleri, problem çözme eğitimleri ve çevresel destekler ile dikkatin güçlendirilmesi sağlanmaktadır (Kula, 2018).

Kendini Yönetme Teknikleri: Birey, kendi davranışlarını bilerek nelerin dikkatini dağıttığını öğrenir. Kendine talimatlar verip dikkatini toplayarak aktif tutmaya çalışır (Kula, 2018). Kendini yönetme tekniklerinin; süreci yönlendirme, adımlama, uygun olan adımlama yöntemlerini kullanma, önemli düşünceler defteri tutma şeklinde aşamaları bulunmaktadır (Kula, 2018).

- *Süreci Yönlendirme:* Bu yöntemde birey kendine sorular sorarak ve yaptığı işi gözlemleyerek dikkatini artırmaya çalışmaktadır (Kula, 2018).

- *Adımlama:* Birey kendisine ulaşabileceği hedefler belirler ve yaptığı eylem sırasında ara verir. Böylece yapılan işe odaklanma süresi artmış olur (Kula, 2018).
- *Uygun Adımlama Yöntemlerini Kullanma:* Bireyin dikkatini dağıtan zaman dilimi ve nasıl dağıldığı belirlenir. Bireyin yakın çevresinden destek alınır (Kula, 2018).
- *Önemli Düşünceler Defteri:* Bireyin etrafındaki uyaranlar, düşünceler, problemler ve benzeri faktörler dikkatini dağıtırsa işine adaptasyonu zorlaşabilir. Bireye bir defter verilerek aklına gelen düşünceleri, soruları yazması sağlanır. Bu uygulama işe odaklanmayı ve devamlılığı sağlamaktadır (Kula, 2018).

Problem Çözme Teknikleri: Yedi yaş ve üzerindeki bireyler için davranış kontrolü sağlayan problem çözme basamakları; tutum belirleme, amaç seçme, beyin fırtınası, sonucu öğrenme, çözümü uygulama ve değerlendirme şeklinde sıralanmaktadır (Kula, 2018).

Çevresel Destekler: Bireyin bulunduğu çevrede, dikkatini dağıtacak faktörlerin kaldırılarak düzenlenmesi odaklanmayı artıracaktır. Çevresel destekler; görev yönetimi ve çevresel değişiklikler olarak ikiye ayrılmaktadır (Karaduman, 2004).

- *Görev Yönetimi:* Bu yöntemde birey dikkat problemine neden olan ve olmayan ortamların listesini oluşturur. Eğiticiyle birlikte dikkat problemi yaşamayacağı ortamları seçmesi istenir. Dikkat dağıtıcı faktörlerden uzaklaşması belirtilir (Karaduman, 2004).
- *Çevresel Değişiklikler:* Bireyin dikkatini azaltan görsel durumların belirlenip, ortadan kaldırılması etkili olmaktadır (Karaduman, 2004).

2.1.6.3. Yardımcı Dışsal Araçların Kullanılması

Bireyin verilen görevi planlamasında ve başarılı bir şekilde yerine getirmesinde; takvim kullanımı, sesli uyarı sistemleri, organizatörler, hatırlatmalar, alarmlar, listeler gibi yardımcı araçlar kullanılabilir (Karaduman, 2004; Kula, 2018).

2.1.6.4. Psikolojik Destek

Bilişsel işlevler ile duygusal durumlar arasında kuvvetli bir bağ vardır. Dikkatin azalmasını etkileyen durumların önüne geçebilmek için psiko-sosyal destek sağlanması vurgulanmaktadır. Bu destek programı gevşeme alıştırmaları, stres

yönetimi, psikolojik yardım ve destekleyici dinlemeyi içermektedir (Karaduman, 2004; Kula, 2018).

2.1.7. Hemşirelerde Dikkat Kontrol Düzeyi ile İlgili Araştırma Sonuçları

Uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin dikkati üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, bilgisayar ortamında psikomotor vijilans testi, timewall testi ve corsi block testi kullanılmıştır. Testler shift öncesi ve sonrası olacak şekilde 8, 16 ve 24 saat çalışan bireylere uygulanmıştır. 16 ve 24 saat nöbet tutan grubun birinci ve ikinci nöbetleri değerlendirilmiştir. Uygulama sonunda 8 saat mesaide çalışan grubun psikomotor vijilans testi arasında shift öncesi ve sonrası herhangi bir fark bulunamamıştır. Fakat 16 ve 24 saat nöbet ve hem birinci hem de ikinci nöbetini tutan grupta shift sonrası pozitif yönde bir artış saptanmıştır. Bu doğrultuda dikkat düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Timewall testine göre 8 saat ve 16 saatlik birinci nöbetini tutan grupta shift öncesi ve shift sonrası istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Fakat 16 saatlik nöbetin ikinci nöbetini tutan ve 24 saat hem birinci hem de ikinci nöbetini tutan grupta shift sonrası pozitif yönde bir artış olduğu ve dikkat düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Corsi Block testine göre ise 8 saat ve 16 saatlik birinci nöbet ile 24 saatlik ikinci nöbetini tutan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. 16 saatlik ikinci nöbetini ve 24 saatlik birinci nöbetini tutan grup arasında shift sonrası negatif yönde bir azalma olduğu saptanmıştır. Yani dikkatin arttığı belirlenmiştir. Bu durumun hemşirelerin informal olarak dinlenmelerinden kaynaklandığı bildirilmiştir (Toros,2020).

Peker'in (2009), vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin dikkat düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, 24 saatlik vardiyanın en düşük dikkat düzeyine neden olduğu, bu durumu 16-08 vardiyası ile 08-17 vardiyasının izlediği, iş yükü, çalışırken dinlenme olanağı, uyku bozuklukları, stres, nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar ile yaşın dikkat düzeyini etkilediği saptanmıştır. Topaloğlu'nun (2014), gece vardiyasında çalışan hemşirelerin dikkat düzeyini incelediği çalışmasında, hemşirelerin dikkat düzeyinin düşük olduğu, bu durumu sol el kullanımının, evde bakıma muhtaç birey bulunmasının, ileri yaş ve fazla çalışma yılının etkilediği bildirilmiştir.

Tümkeya'nın (2020), acil serviste çalışan hemşirelerin dikkat düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, acil servis hemşirelerinin mesai/nöbet sonrası

hata yapma oranlarının daha yüksek olduğu, aynı zamanda seçici dikkatlerinin ve konsantrasyonlarının azaldığı bildirilmiştir. Alpakan'ın (2019), 112 acil çağrı merkezi çalışanlarının dikkat düzeyini etkileyen faktörleri belirledikleri çalışmalarında, ileri yaşın, ortalama aylık çalışma saatinin artmasının ve nöbet öncesi dinlenememenin dikkat düzeylerini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Nefes meditasyonu eğitiminin ameliyathane hemşirelerinin sürekli dikkat ve bilinçli farkındalık düzeylerine, mental durumlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, gözlem grubunun fiziksel yorgunluk, zihinsel yorgunluk, aktivite azalması, iş stresi, motivasyon azalması ve genel yorgunluk puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu, buna karşın bilinçli farkındalık ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada nefes meditasyonu eğitiminin, hemşirelerin ameliyathanede sürekli dikkat düzeyini ve bilinçli farkındalık düzeyini iyileştirebileceği, yorgunluk ve iş stresini azaltabileceği, zihinsel durumu düzeltmeye yardımcı olabileceği, hemşirelerin kariyer memnuniyeti ve mutluluğunu artırabileceği belirtilmiştir (Mo et al., 2021).

Allan vd. (2013) çalışmasında, stres düzeyi yüksek olan hemşirelerin dikkat, hafıza ve konsantrasyon düzeylerinin daha düşük olduğu ve riske girmemek için daha fazla sevk kararı verdikleri belirlenmiştir. Kıyıcı ve Koç'un (2021), hemşirelik öğrencilerinin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin etrafta ses olduğunda zor bir işe yoğunlaşmada, telefon ile konuşurken okuma ve yazmada zorlandıkları saptanmıştır.

Esmaily vd. (2021), hemşirelerde vardiyalı çalışmanın çalışma belleği, dikkat ve tepki süresine etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, vardiya sonunda hemşirelerin çalışma belleği puanlarının azaldığı saptanmıştır. Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin bilişsel işlevler (dikkat ve çalışma belleği) puanının sabah ve öğleden sonraki vardiyalarda çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Vardiyalı çalışmanın hemşirelerin bilişsel işlevinin bazı yönlerini etkilediği ve bu etkinin gece vardiyasından sonra daha belirgin hale geldiği vurgulanmıştır.

Santos ve Guirardello'nun (2007) çalışmasında, aşırı gürültünün, 24 saat yoğun ışığa maruz kalmanın, aşırı iş yükü ve yaşanan çatışmaların hemşirelerin odaklanma durumlarını etkilediği bildirilmiştir. Aynı çalışmada ekipman alarmları, koridorlarda

yüksek sesle konuşma, kapıların sürekli açılıp kapanması, hemşire ünitesinden çok sayıda insanın geçmesi, meslekte hayal kırıklığı yaşanması, çalışma ekibinde etik ve kişisel problemler olması, yetersiz bilgi ve beceriye sahip olunması, aşırı iş yükü ve yorgunluğun dikkati olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır.

İtalyan hemşireler arasında cinsiyete göre dikkat farkındağı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, erkek hemşirelerin bilinçli farkındalık puanlarının kadın hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Vitale, 2021). Aşık ve Albayrak'ın (2021), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, erkek hemşirelerin ve nöbet tutanların bilinçli farkındalık puanlarının kadın ve nöbet tutmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

2.2. Ölçek Geliştirme Süreci

Ölçek, bilinen ancak gözlemlenemeyen davranışsal, yargısal, duyuşsal, eğilimsel, bilişsel ve duygu-durumsal özelliklerini ölçülebilir hale getirmek için oluşturulan ölçü aracıdır (Özdamar, 2017). Bu ölçme araçları, ölçekler, sorgulama formları ve testleri içermektedir (Özdamar, 2017). Sağlık, sosyoloji, eğitim, davranış ve psikoloji bilimlerinde sayısallaştırılamayan özellikler (fenomen), tutum, eğilim, beklenti, beceri, yetenek, kaygı, tükenmişlik, ümitsizlik, beklenti, motivasyon gibi ölçekler kullanılarak sayısal hale getirilmektedir (Özdamar, 2017). İşaretleme seçeneklerine ve konularına göre en çok kullanılan 4 ölçek türü bulunmaktadır. Bunlar;

- Bogardus Sosyal Mesafe Ölçeğı
- Guttman Ölçeğı
- Osgood Boyutsal Ayırma Ölçeğı
- Likert Tipi Ölçekler

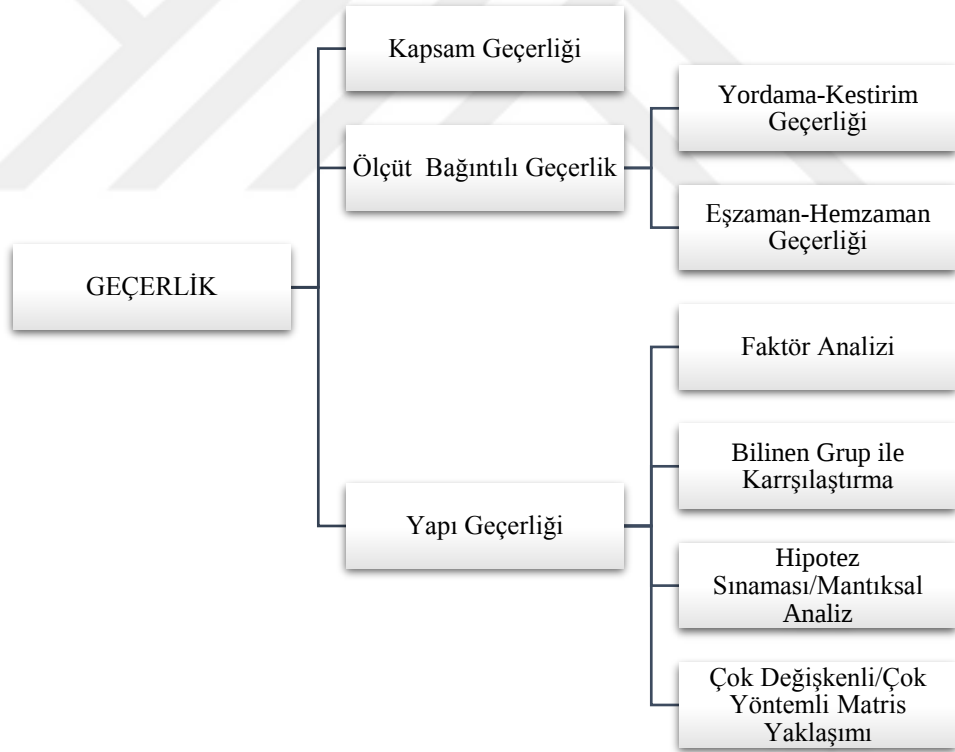
Likert Tipi Ölçekler: Belirli bir fenomene ilişkin verilen cevapların artan ya da azalan sırada işaretlenmesini sağlayan ölçektir. Bu ölçek tek boyutlu ya da alt boyutlara yönelik olabilmektedir (Özdamar, 2017). Puanlama aşamasında olumsuz ifadeler düşük puan verilirken, olumlu ifadeler yüksek puan verilerek hesaplama yapılmaktadır. Yanıtlama seçeneklerinin 5'li, 7'li, 9'lu ya da 11'li olması önerilmektedir. İki şekilde değerlendirme yapılabilmektedir. Birinci değerlendirmede ölçek maddelerinden alınan puanlar toplanarak, toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. İkinci olarak, ölçekteki her ifade ayrı bir şekilde değerlendirilerek,

ifadeler arasındaki ilişki incelenmektedir (Erdoğan vd., 2014; Özdamar, 2017). Her madde için yargı, davranış, eğilim, tutum gibi seçenekler belirlenerek, özelliklerine göre azalan ya da artan puan değerlerine (0,1,2,3,...) dönüştürülebilir olmalıdır. Puan değerleri ile hiyerarşik sıralama değerleri örtüşmelidir (Özdamar, 2017). Seçeneklerin puanlanmasında en az 5 puanlama seçeneği (0-4, 1-5) yer almalıdır. Ölçek genelinde buradaki puanların toplanabilir bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir (Özdamar, 2017).

Yeni Özgün Likert Ölçeği Geliştirme Süreci

Sayısallaştırılması istenen fenomen ile ilgili önceden geliştirilmiş bir ölçek yoksa özgün bir ölçek geliştirilmesine gereksinim duyulabilir. Bazı durumlarda da ilgilenilen fenomen ile ilgili geliştirilmiş bir ya da birden fazla ölçek olabilir. Buna karşın yine de yeni bir ölçek geliştirmeye gereksinim duyulabilir. Her iki durumda da ölçek geliştirilebilir (Özdamar, 2017).

2.2.1. Geçerlik



Şekil 2.1. Geçerlik yöntemleri (Erdoğan ve ark., 2014)

Geçerlik, ölçme aracı ile toplanan verilerin kullanılabilir ve amaca uygun olma özelliğidir (Özdamar, 2017). Belirli bir amaca ya da gruba uygulanan ölçüm aracının geçerliliği olabilirken, farklı bir amaç ya da gruba uygulanan ölçüm aracının geçerliliği

olmayabilir (Sönmez ve Alacapınar, 2016). Geçerlik, kapsam geçerliği, ölçüt-bağımlı geçerliği ve yapı geçerliği ile değerlendirilmektedir (Özdamar, 2017).

Kapsam Geçerliği

Ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin hedeflenen konudaki niteliği ölçüp ölçmediğini ve hedeflenen nitelik dışındaki başka bir niteliği kapsayıp kapsamadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (Erdoğan vd., 2014). Kapsam geçerliği için uzman görüşü alınır. Uzmanların değerlendirme ölçütleri için Lawshe, Content Validty Index (CVI) ve Davis teknikleri kullanılabilir. Çalışmalarda genellikle Lawshe Tekniği tercih edilmektedir (Seçer, 2015). Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla 40 uzman görüşü alınmaktadır (Yurdugül, 2005). Kapsam geçerliği hesaplama kolaylığı sağlaması açısından $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO minimum değerleri Tablo 2.1’de sunulmuştur (Veneziano and Hooper, 1997).

Tablo 2.1. KGO için minimum değerler (Veneziano and Hooper 1997)

Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99
6	0,99
7	0,99
8	0,78
9	0,75
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49
.	.
.	.
.	.
35	0,31
40	0,29

Kapsam geçerliğinde kullanılan bir diğer teknik Content Validty Index (CVI) tekniğidir. Bu indeks Waltz ve Bausel tarafından geliştirilmiştir. Uzmanlar her bir ölçek maddesi için 1-4 arasında puanlama yapmaktadırlar (Erdoğan vd., 2014). Kapsam geçerliğinde Davis tekniği de kullanılan diğer bir yöntemdir. Bu teknikte en

az 3 en fazla 20 uzman olması gerekmektedir. Uzmanlar 4'lü şekilde maddeleri değerlendirmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Yurdugül, 2005).

Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Ölçüt bağımlı geçerlik, ölçeğin etkinliğini kanıtlamak amacıyla, test edilecek ölçekten elde edilen puanlar ile başka bir dış ölçüt arasındaki karşılaştırmanın test edilmesidir (Özdamar, 2017). Yani bir testin başka test ile ulaştığı sonuçları verme durumudur (Erdoğan vd., 2014). Korelasyon katsayısının “0”a yaklaşması geçerliğin düşük düzeyde olduğunun, (+1)’e yaklaşması ise geçerliğin yüksek düzeyde olduğunun bir göstergesidir. Eş zaman (Uyum/Concurrent) ve yordama-kestirim (Predictive) geçerliği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Eş zaman geçerliği, yeni geliştirilen bir ölçek ile, aynı amaca yönelik geçerlilik ve güvenilirliği bilinen başka bir ölçek arasındaki uyumun değerlendirilmesidir. Yeni geliştirilen ve önceden kullanılan ölçek aynı gruba uygulanır ve bu ölçekler sonucunda ulaşılan puanlar arasındaki korelasyon katsayısına bakılır. Ortaya çıkan korelasyon katsayısının yüksek çıkması beklenir (Erdoğan vd., 2014).

Yordama-kestirim geçerliğinde ise, ölçekten elde edilen kestirimsel puan ile ölçülmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen kriter arasındaki korelasyon hesaplanır (Özdamar, 2017). Ölçeğin yordama geçerliği olabilmesi için korelasyon katsayısının pozitif yönde ve güçlü ilişki düzeyinde olması gerekmektedir (Erdoğan vd., 2014). Burada uygun bir ölçüt bulmak gerekmektedir. Uygun bir ölçüt için, ölçütün amaca uygun ve geçerli olması, kullanışlı olması, ölçme hatalarından arınmış olması, yordanacak değişkenle aynı özellikte olması ve güvenilir olması gerekmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016).

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçülmesi kolay olmayan ve doğrudan gözlenemeyen fakat kuramsal olarak açıklanan fenomenin yansız ve eksiksiz olarak ölçülmesi için kurgulanmasıdır (Erdoğan vd., 2014; Özdamar, 2017). Yapı geçerliği, ölçülen niteliklerle birlikte ölçme aracından alınan puanların ne anlama geldiğini belirleyen bir süreçtir. Bunun sağlanabilmesi için ölçmek istediğimiz kavramların içeriğinin bilinmesi ve netleştirilmesi gerekmektedir (Seçer, 2015). Yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi, hipotez sınaması, zıt veya bilinen grupları

karşılaştırma, çok değişkenli-çok yöntemli matris yaklaşımı olmak üzere dört yöntem kullanılmaktadır.

Faktör Analizi

Faktör analizi, birbiriyle bağlantılı çok sayıda değişkenin, kavramsal olarak daha az sayıda ve anlamlı faktörler ortaya koymasidir. Faktör analizinde çok sayıda madde, benzerliklerine göre alt gruplarda toplanır (Seçer, 2015). Her alt boyut faktör olarak adlandırılmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Faktör analizi verilen bilgilerdeki teorik yapıların neler olduğunu ve bu yapıların özgün değerleri ne dereceye kadar yansıttığını belirlemektedir. Faktör analizi ölçülecek konunun alakasız değişkenlerden arındırılmasını ve ölçeğin bütünlüğünün test edilmesini sağlar. Kendi aralarında ilişkisi yüksek olan maddeler faktörleri oluşturmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Faktör analizi, Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Seçer, 2015).

Açıklayıcı faktör analizi (AFA), ölçüm aracındaki maddelerin arasındaki ilişkiyi ve kaç faktör altında birleşeceğini belirlemeye çalışmaktadır. Verilerin yapısına uygun model oluşturmak için ölçekten madde çıkarılması ya da eklenmesinin yapıldığı bölümdür. Burada örneklem büyüklüğü madde sayısının beş ya da on katı büyüklüğünde olmalıdır. Örneklem yeterliliğini belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ya da Barlett testi yöntemi kullanılmaktadır. KMO testinde elde edilen değerin 1'e yaklaşması istenmektedir (Aksu vd., 2017). Barlett testi ise verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemede kullanılır. Bu test sonucunda elde edilen ki kare değeri ile anlamlılık düzeyine bakılır. Anlamlılık değerinin, 0.05'ten küçük olması verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini ifade etmektedir ve analize devam edilmektedir. Anlamlılık değerinin 0.05'ten büyük olması faktör analizi sonuçlarının kullanılamaz olduğunu ifade etmektedir. Bu test değerinin %95 güven aralığında ve 0,05'ten küçük olması istenmektedir (Aksu vd., 2017).

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), açıklayıcı faktör analizi ile ortaya çıkan modelin yapı olarak doğruluğunu belirlemede kullanılmaktadır (Seçer, 2015). Burada araştırmacı geliştirdiği hipotezi test eder. Eğer yeni geliştirilen bir ölçek ise önce açıklayıcı faktör analizi yapılır, sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılır (Erdoğan vd., 2014). Başka bir dilden uyarlanan ölçek ise kültür yapısının korunup korunmadığını ve yapı geçerliliğini belirlemede doğrulayıcı faktör analizi yapmak yeterli olacaktır

(Erdoğan vd., 2014; Sönmez ve Alacapınar, 2016). Doğrulamalı faktör analizinde yapılan uyum iyiliği istatistiklerinin hedeflenen düzeyde olması ölçeğin yapı geçerliği için gereklidir (Erdoğan vd., 2014). DFA mutlak uyum indeksleri ve marjinal uyum indeksleri kapsamında iki şekilde incelenmektedir.

Mutlak Uyum İndeksleri, Mutlak uyum indeksleri, kılavuz olan modelin örneklem verisine uyum oranını belirlemek için kullanılır. Önerilen modellerin en iyi uyuma sahip olanlarını belirlemektedir. Bu indeksler veri ile modelin uyumunda en önemli gösterge olarak kabul edilmektedir. Modelin başka hiçbir model ile karşılaştırması yapılmadan ne kadar uyum sağlayıp sağlamadığını göstermektedir. Bu kategori altında Ki-Kare testi, RMSEA, GFI, AGFI, RMR ve SRMR indeksleri bulunmaktadır. Ölçek model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilen tüm eşik değerleri aşağıda tablo 2.2.'de gösterilmiştir (Erdoğan vd., 2014).

Tablo 2.2. Doğrulamalı Faktör Analizinde (DFA) iyi ve kabul edilebilir uyum iyiliği değerleri

	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
χ^2/sd	≤ 3	4-5
GFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
AGFI	$\geq 0,90$	(0,89-0,85)
NFI	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	(0,94-0,90)
CFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
RMSEA	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)
SRMR	$\leq 0,05$	(0,06-0,08)

χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği, GFI: İyi Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Trucker-Lewis İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü

Hipotez Sınaması/ Mantıksal Analiz

Bu yöntemde araştırmacı, konuyla ilgili kaynak ve gözlemlerle, aralarında ilişki olabileceğini düşündüğü varsayımları korelasyon analizi ile değerlendirmektedir. Eldeki sonuçlara göre hipotez geliştirilmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Zıt veya Bilinen Grupları Karşılaştırma

Ölçülmesi istenen özelliğin birbiri ile benzer olmayan iki farklı gruba uygulanıp, sonuçlarının karşılaştırılması yöntemidir. Burada iki grup arasındaki farklılık t-testi ya

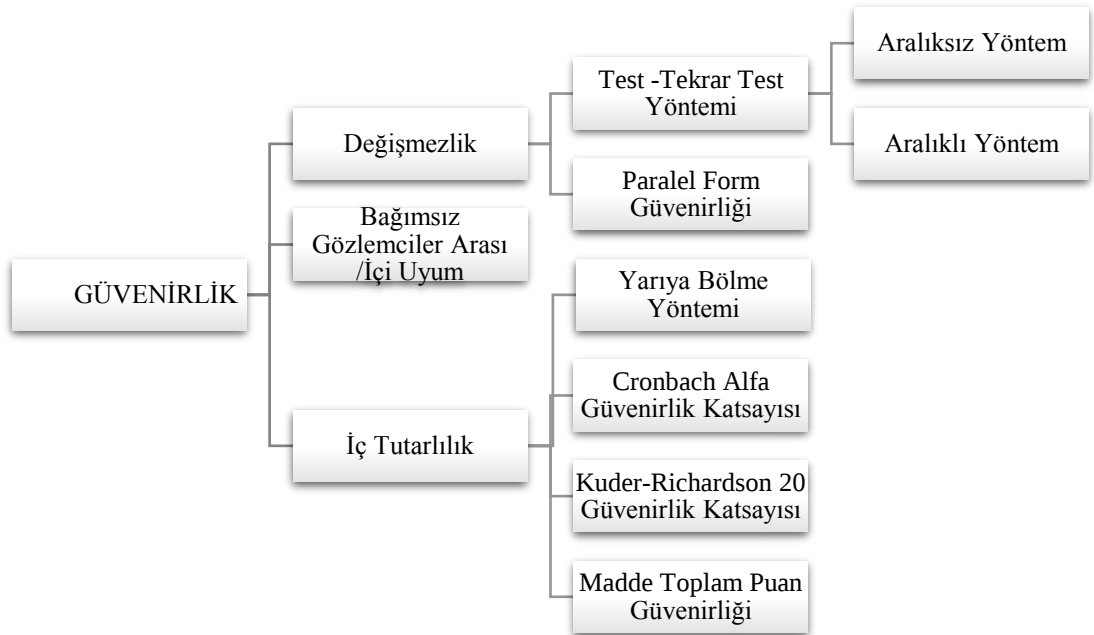
da varyans analizi ile saptanmaktadır. İki grup arasındaki puanların farklı olması beklenmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Çok Değişkenli-Çok Yöntemli Matris Yaklaşımı

Bir testin ölçümlerinin, farklı veya aynı yapılardaki farklı testlerle arasındaki ilişkinin değerlendirilmesiyle yapı geçerliği değerlendirilmiş olur. Test, farklı olan değişkenlerle anlamsız ya da sıfır ilişki gösterirken, aynı olan değişkenlerle kuramsal olarak yüksek düzeyde korelasyon ilişkisi göstermelidir (Erdoğan vd., 2014).

2.2.2. Güvenirlik

Güvenirlik; değişmezliğin, doğruluğun ve kararlılığın, tutarlılığın, eşdeğerliğin, yeterliliğin sağlanmasıdır (Erdoğan vd., 2014). Bir ölçeğin güvenirliliği, test edilen değişkenin değerinin ölçme araçları kullanılarak tam ve doğru olarak ölçülebilmesidir (Özdamar, 2017). Ölçüm aracının geçerli sayılabilmesi için mutlaka güvenilir olması gerekirken, güvenilir olan ölçüm aracının her zaman geçerli olması gerekmemektedir (Özdamar, 2017). Ölçekteki madde sayısının fazla ya da az olması, maddelerin tam anlaşılabilmesi, uygulama ve puanlama aşamasında hatalar olması, maddelerin homojen dağılmaması, maddelerin hatalı hazırlanması gibi nedenlere bağlı olarak güvenilirlik olumsuz etkilenebilmektedir (Seçer, 2015). Güvenirlik yöntemleri değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum ve iç tutarlılık olarak sıralanabilir.



Şekil 2.2. Güvenirlik yöntemleri (Erdoğan ve ark., 2014)

Değişmezlik

Ölçme aracının her uygulamada tutarlı sonuçlar vermesi ve zamana göre değişmezlik göstermesidir. Değişmezlik, test tekrar test ve paralel form güvenliği ile sağlanabilmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Test Tekrar Test Yöntemi

Aynı örneklem grubuna, aynı şartlarda belirli bir zaman aralığında uygulanan yöntemdir. Birinci ve ikinci uygulamadaki ölçek formları eşleştirilmelidir. Veri girişinde her katılımcı için önce birinci uygulamadaki sonra ikinci uygulamadaki işaretlenen maddeler aynı satıra kodlanmaktadır. Aralıklı ve aralıksız olmak üzere iki uygulama şekli bulunmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Test tekrar test yönteminde iki uygulama puanları arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi kullanılarak korelasyon katsayısı (r değeri) hesaplanır (Erdoğan vd., 2014). Test tekrar testi değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmekte olup katılımcıların güvenilirlik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyuma bakılmaktadır.

Tablo 2.3. Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) sınırları

ICC	Kabul Edilebilir Seviye
<0,40	Zayıf
0,40-0,59	Orta
0,60-0,74	İyi
>0,74	Çok İyi

ICC=Intraclass Correlation Coefficients (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı) p=Anlamlılık Düzeyi

Paralel Form Güvenliği

Eşdeğer ya da alternatif form güvenliği olarak da adlandırılmaktadır. Aynı niteliği ölçen iki form, aynı gruba farklı oturumlarda uygulanır. Uygulanan formlar birbirinin aynısı değil, eşdeğeri olan formlardır (Erdoğan vd., 2014). Paralel form güvenliğinde iki uygulamaya ait toplam puan değerleri arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi uygulanır. Uygulama sonunda her iki ölçekteki standart sapma ve ortalama değerlerinin benzer olması gerekmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Birbirinden bağımsız olarak birden fazla gözlemcinin aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumda uygulanan bir ölçüttür. Her gözlemcinin aynı ölçme aracını aynı katılımcıya uygulaması ile elde edilen sonuçların puanları arasında uyum sağlaması

beklenmektedir. Uyum değerini belirlemek amacıyla t testi, korelasyon, Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmaktadır. Gözlemciler içi uyum güvenilirliği sadece bir gözlemcinin farklı zaman dilimlerinde aynı durumu gözleyip değerlendirmesi ve yaptığı gözlemler arasındaki uyumun değerlendirilmesidir (Erdoğan vd., 2014).

İç Tutarlılık

Ölçeğin bütün yönlerinin, tek seferde yapılan ölçüm ile ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirleyen güvenirliliktir. İç tutarlılık belirlenirken Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı, yarıya bölme yöntemi, Kuder-Richardson 20 güvenilirlik katsayısı ve madde-toplam puan ölçek güvenilirliği yöntemleri kullanılmaktadır (Erdoğan vd., 2014).

Cronbach's Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçekteki her bir maddenin aynı durumu ölçtüğünün belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu yöntem ölçek maddelerinin ikiden fazla seçenekle puanlandığında ve madde yanıtları süreklilik gösterdiğinde tercih edilen bir yöntemdir. Ölçme aracında yer alan her bir boyut için ayrı olarak alfa değeri hesaplanmalıdır. Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Alfa güvenilirlik katsayısının 1'e yaklaşması ölçeğin güvenilirliğini artırmaktadır (Erdoğan vd., 2014). Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 2.4'de verilmiştir (Özdamar, 2017).

Tablo 2.4. Cronbach alfa katsayısı (α) sınırları (Özdamar, 2017)

Cronbach Alfa Katsayısı (α) Sınırları	Güvenirlik düzeyi
$\alpha < 0,50$	Ölçek güvenilir değil
$0,50 \leq \alpha \leq 0,60$	Ölçek düşük düzeyde güvenilir
$0,60 \leq \alpha \leq 0,70$	Ölçek orta düzeyde güvenilir
$0,70 \leq \alpha \leq 0,80$	Ölçek genel kabul gören düzeyde güvenilir
$0,80 \leq \alpha \leq 0,90$	Ölçek yüksek düzeyde güvenilir
$\alpha \geq 0,90$	Ölçek mükemmel düzeyde güvenilir

Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntemde ölçme aracı iki eşit parçaya bölünür ve uygulama grubuna bir kez uygulanır. Yarıya bölmede iki yöntem uygulanır. Ya ölçek maddeleri ilk yarı ve ikinci yarı şeklinde bölünür ya da tek numaralı (1,3,...) ve çift numaralı (2,4,...) sorular bir grup oluşturarak bölme işlemi gerçekleştirilir. Ölçme aracının iki yarısı farklı bir test gibi kabul edilir ve bu puanlar arasındaki ilişki değerlendirilir. İki grup arasındaki

korelasyon yüksekse ölçüm aracının tamamının birbiri ile yakın ilişkisinin olduğu sorulardan oluştuğu ve iç tutarlık değerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılır. Bu güvenirlik katsayısının 0,70 ve üzerinde olması beklenmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Kuder-Richardson KR-20 Güvenirlik Katsayısı

Kuder Richardson, her maddenin birbirine paralellik gösterdiği, aynı varyans ve ortalamaya sahip olduğu varsayımıyla bu yöntemi geliştirmiştir (Ellez, 2014). Sadece iki şıklı değişkenlere uygulanabilen bir yöntemdir (Erdoğan vd., 2014). Kuder-Richardson KR-20 güvenirlik katsayısının yüksek düzeyde olması, ölçek maddelerinin aynı özelliği ölçtüğünü, ölçeğin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu, test maddelerinin uyumlu olduğunu göstermektedir (Seçer, 2015).

Madde-Toplam Puan Güvenirliği

Ölçeğin her bir maddesinin güvenilir olup olmadığı hakkında bilgi veren bir yöntemdir. Burada her bir maddenin varyansı ile toplam test puanının varyansı arasındaki ilişki incelenir. Korelasyon katsayısının her madde için yüksek olması istenmektedir. Bu durum ölçme aracındaki maddelerin bağımsız maddeler olduğunu ve eşit ağırlıkta olduğunu belirtmektedir (Erdoğan vd., 2014).

2.3. Nitel Araştırma Yöntemi

Nitel araştırmalar bireylerin davranış ve deneyimlerine, olgulara, süreçlere ve ilgili faaliyetlere odaklanır. Gözlem, belge analizi, görüşme gibi yöntemler kullanılarak verilerin toplanmasını sağlayan, olayların ve algıların doğal ortamda bütüncül ve gerçekçi bir şekilde ortaya konulması ile nitel bir sürecin izlendiği araştırma yöntemleridir (Erdoğan vd., 2014). Nitel araştırmalar soyut yaşam deneyimleri ve sezgilerle ölçülmektedir. Nitel araştırmalarda kullanılan metafizik önermeler evrende bir karşılık bulamazlar, kanıtlanamazlar ve denetlenemezler (Erdoğan vd., 2014).

Araştırmacının deneyimleri ve içgörüsü araştırmanın bir parçasıdır. Katılımcılar ile birebir ilişkinin olduğu bir durumdur. Araştırmacının etkileşimci ve iletişimci bir yaklaşımı bulunmaktadır. Doğal ortamlarda (hastane, ev vb.) gerçek yaşam durumlarını inceleyen bir durumdur. Nitel veri bireylerin fikirleri, niyetleri, duyguları, istekleri, inançları, değerleri ve hislerini yansıtır. Veriler sayılarla değil, öykülerle, yorumlarla ifade edilir. Araştırmacı bireylerle aynı ortamı paylaşarak, tarafsız ve empatik bir doğrultuda ilerler. Bireylerin görüş ve deneyimlerini onların sözsüz

ifadeleri ve kelimeleri ile tanımlar. Araştırmacı değişkenleri kendi başına değil, bir bütün olarak inceler. Hümanistik felsefeyi benimseyen bir yaklaşımdır (Erdoğan vd., 2014).

Nitel araştırmalarda, yanlış ve doğruyu değerlendirmek için önceden belirlenen bir kuram olmamasına rağmen tümevarım ilkesi hakimdir. Araştırmacı, bu analiz ile elde edilen ayrıntılı verilerle, probleme ait ana temaları ortaya çıkarma, verilerle anlamlı bir yapı oluşturma ve kuram oluşturmaya çalışır. Nitel araştırma aşamasında, araştırma yeniden biçimlendirilip yönü değişebilir. Problemin ayrıntılı ve açık bir biçimde tanımlanması, açıklanması ve araştırılması için nicel araştırma yöntemleriyle birlikte kullanılabilir. Nitel araştırmanın amacı konuya dair gerçekçi ve betimsel bir açıklık getirmektir. Nitel araştırmalarda veri toplamak için sözel ifadeler, kayıtlar, görüşler, gözlemler, videolar, resimler, fotoğraflar, hatıra defterleri ve ses kayıtları gibi farklı kaynaklardan yararlanılabilmektedir (Tekindal ve Arsu, 2020).

2.3.1. Fenomenolojik Görüşme

Fenomenoloji, insan deneyimlerini anlamaya çalışan bir bilimdir. Fenomenoloji, bireylerin belirli bir kavramla veya fenomenle ilgili duygularını, anlayışlarını, algılarını ve bakış açılarını ifade etmelerine yarayan ve bu deneyimlerini tanımlamak amacıyla kullanılan bir nitel araştırma yöntemidir. Fenomenoloji, tek bir kişiye özgü deneyimlerin toplamını ifade etmektedir. Günlük hayatımızda karşımıza çıkan ancak tam olarak anlamını kavrayamadığımız olguları araştırmayı hedefleyen çalışmalar için kullanılmaktadır (Tekindal ve Arsu, 2020).

Fenomenolojik araştırmalarda katılımcıların fenomeni nasıl tanımladıkları, fenomene ilişkin bakış açıları ve algıları, fenomeni nasıl deneyimledikleri ve betimledikleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Üzerinde durulan bu fenomen bir düşünce, kavram ya da duygu olabilir. Olguların betimlenmesini ve açıklanmasını sağlar (Tekindal ve Arsu, 2020). Fenomenolojik araştırmalar, insan varlığını sorgular ve yaşadığımız dünyayı bilme isteği ile ilgilenir. Bireyin çevreyi kendi algılayış durumuna göre nasıl yorumladığını araştırır. Bu yaklaşım deneyimleri gruplamak, yorumlamak ya da tanımlamak yerine, göz önünde canlandırarak betimlemektedir (Erdoğan vd., 2014).

Fenomenolojik araştırmalarda katılımcı ile araştırmacı arasındaki derin görüşme ile veriler elde edilir. Araştırmaya başlamadan önce veri toplama süresi ile katılımcı

sayısı net olarak bilinemez. 10 ya da daha az sayıda katılımcı yeterli olmaktadır. Nitel araştırmalar için yapılan görüşme yönteminde bilginin yanı sıra yaşanan deneyimlerle ilgili yansımalar, gözlemler ve çabalarda değerlendirilir (Erdoğan vd., 2014). Fenomenolojik bir görüşme için ortamın önceden hazır bulundurulması gerekmektedir. Görüşme yapılacak ortamın sessiz, ışık ve oksijen alabilen bir ortam olmasına özen gösterilmelidir (Tekindal ve Arsu, 2020).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Metodolojik ve tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırmanın amacı, “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği”ni geliştirmek ve hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu çalışmada nitel ve nicel araştırma tasarımının birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında nitel yöntemden yararlanarak hemşireler ile fenomenolojik görüşmeler yapılmıştır. Araştırmanın nicel yöntem kullanılan ikinci aşamasında ise “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 27/11/2020-3/11/2022 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde çalışmakta olan 838 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak kişi sayısını belirlemek amacıyla kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Öztürk, 2017). Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 264 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (tablo değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$\frac{838.(1,96)^2 .0,5.0,5}{(0,05)^2.(838-1) + (1,96)^2 .0,5.0,5}$$

$$n= 264$$

Bununla birlikte ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, genellikle taslak ölçeğin madde sayısının göz önünde bulundurularak, madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (Aksu vd., 2017). Diğer bir yaklaşıma göre ise ölçek ile ilgili analizlerin yapılabilmesi için istatistiksel olarak gerekli sayının dikkate alınması önerilmektedir. Bu doğrultuda 100 kişilik örneklemin zayıf, 200 kişilik örneklemin orta, 300 kişilik örneklemin iyi, 500 kişilik örneklemin çok iyi ve 1000 kişilik örneklemin mükemmel olarak kabul edilebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenirken, geliştirilen ölçekteki madde sayısının en az 5 katı olması dikkate alınmıştır (O’Rourke et al., 2013). Bu araştırma kapsamında geliştirilen “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” taslağı madde sayısı uzman görüşü sonrasında 46 olduğu için en az 230 hemşireye ulaşılması hedeflenmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 440 hemşire ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta, araştırılan konu hakkında detaylı bilgi elde etmeyi amaçlayan amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda kabul edilen “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her bir hemşireye, farklı bir kod ismi atanmış ve analiz sürecinde hemşireler bu kod isimler

ile tanımlanmıştır. Çalışma kapsamında hemşireler ile fenomenolojik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar G1'den G32'ye kadar kodlanmıştır. Araştırmanın nitel boyutuna toplamda 32 hemşire dahil edilmiştir.

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Biederman and Faraone, 2002; Dupaul et al., 2009; Kass et al., 2003; Peker, 2009; Topaloğlu, 2014) hazırlanan hemşireleri tanıtıcı anket formu ve “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” taslağı kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 21 kişilik bir hemşire grubunda pilot uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılamayan sorular revize edilmiş, pilot çalışma sonrasında veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Hemşire olarak en az bir yıldır görev yapan, araştırmaya katılmaya istekli hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. Hemşireler çalışma hakkında bilgilendirildikten ve onamları alındıktan sonra anket formu ve taslak ölçek formu hemşirelere uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 15-25 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu ve araştırmadan elde edilecek verilerin yalnızca araştırma kapsamında kullanılacağı açıklanmıştır.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel aşamasında toplam 32 hemşire ile birebir fenomenolojik görüşmeler yapılmıştır. Fenomenolojik görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini, çalışmanın amaca uygunluğunu test etmek amacıyla örnekleme dahil edilmeyen beş hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü'nün desteği ile hemşirelerin görüşme boyunca kendilerini ifade etmekte zorlanmayacakları yeterli aydınlıkta, sessiz ve uygun ısıda, havalandırması iyi yapılmış bir oda hazırlanmıştır. Görüşmeden hemen önce katılımcılara, araştırmanın amacı, görüşme süreci ve ses kayıt cihazının hangi amaç için kullanılacağı, kayıtların asla üçüncü bir kişi ile paylaşılmayacağı ve bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda açıklama yapılarak sözlü onamları alınmıştır. Fenomenolojik görüşmelerin her biri yaklaşık 45-60 dakika arasında sürmüştür. İç geçerliği sağlamak amacıyla, fenomenolojik görüşmelerde ara ara katılımcıların

söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek, doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları ile ilgili geri bildirimler alınmıştır. Fenomenolojik görüşmeler sırasında katılımcıların davranışları ve tepkileri, bağımsız bir gözlemci/raportör tarafından kayda alınmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda bulunan sorulara katılımcıların verdikleri cevaplar tekrar etmeye başladığında, veri doygunluğuna ulaşılmış ve görüşmeler sonlandırılmıştır.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Biederman and Faraone, 2002; Dupaul et al., 2009; Kass et al., 2003; Peker, 2009; Topaloğlu, 2014; Toros, 2020; Tümkaya, 2020; Ulukan, 2018) hazırlanan hemşireleri tanıtıcı anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi vb.), çalışma özelliklerini içeren 13 soru (çalıştığı servis, servisteki görevi, hemşire olarak çalışma yılı, çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu, servis değişikliği yapma durumu, çalıştığı birimden memnun olma durumu, çalışma statüsü, çalışma şekli, haftalık toplam çalışma saati, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu, hemşirelik mesleğini sevmeye durumu vb.) ve dikkat konusundaki görüş ve tutumları etkileyen 17 soru (sağlık sorunu olma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, birinci derece yakınında önemli bir sağlık sorunu olma durumu, bakımından sorumlu olduğu engelli/yaşlı birey olma durumu, çalıştığı klinikte dinlenmek için uygun ortam olması durumu, gece vardiyasında yeteri kadar dinlenebilme durumu, uyku kalitesini nasıl değerlendirdiği, hastalarla olan iletişimini nasıl değerlendirdiği vb.) olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı

(HDKDBÖ)

Araştırmada “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” taslağı kullanılmıştır. Taslak ölçek hazırlanırken literatürden ve nitel verilerden yararlanılarak 50 maddelik ölçek madde havuzu oluşturulmuştur (Alpakan, 2019; Altun, 2017; Biederman and Faraone, 2002; Demirelli, 2014; Dupaul et al., 2009; Kass et al., 2003; Kısacık, 2018; Kula, 2018; Peker, 2009; Posner, 2012; Sohlberg and

Mateer, 1987; Styles, 2005; Topaloğlu, 2014; Toros, 2020; Tümkiye, 2020; Ulukan, 2018; Wu, 2014; Yayı, 2007). 50 maddeden oluşan “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” taslağı Yozgat Bozok Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesi ve TÖMER'den bir okutman olmak üzere iki uzmandan destek alınarak dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları açısından değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir. Taslak ölçek, düzenlendikten sonra kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla uzman görüşüne sunulmuştur.

Uzmanlar ölçek maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet etme, ayırt edicilik ve kültürel uygunluk açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddelerde gerekli iyileştirmeler yapıldıktan sonra ölçeğin kapsam geçerliği incelenmiştir. Kapsam geçerlik oranı düşük olan 4 madde taslak ölçekten çıkartılmıştır ve 46 maddelik taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir. “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” taslağı örneklem grubuyla benzer (homojen) özellikteki 21 hemşireye uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Hemşirelerin geri bildirimleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Bu çalışmada 19 madde ile doğrulanan; olumsuz koşullar, klinik ortam, kaygı-durum ve öz dikkat olmak üzere dört boyuttan oluşan bir ölçek elde edilmiştir (Ek-3). “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” Faktör 1 olumsuz koşullar alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 6-30 puan arasında değişmektedir. Faktör 2 klinik ortam alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 5-25 puan arasında değişmektedir. Faktör 3 kaygı-durum alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 5-25 puan arasında değişmektedir. Faktör 4 öz-dikkat alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır ve bu alt boyuttan alınabilecek puan 3-15 puan arasında değişmektedir.

Ölçeğin yanıt seçenekleri 1-5 puan aralığında skorlanan, beşli likert tipte tasarlanmıştır. Yanıt skalası; 1=Hiçbir Zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman şeklinde düzenlenmiştir. Katılımcılardan, ölçeğin her bir maddesini, 5 puanlık likert tipte oluşturulan bu seçeneklerden birini işaretleyerek puanlamaları istenmiştir. Ölçek istatistiksel olarak ters puanlanan madde içermemektedir. Ölçeğin değerlendirmesi puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan

19-95 puan arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin düşük olduğuna, elde edilen puanın düşük olması ise hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,911$ yüksek derecede güvenilir, 6 maddeden oluşan olumsuz koşullar alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,924$ yüksek derecede güvenilir, 5 maddeden oluşan klinik ortam alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,910$ yüksek derecede güvenilir, 5 maddeden oluşan kaygı-durum alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,856$ yüksek derecede güvenilir ve 3 maddeden oluşan öz dikkat alt boyutunun Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=0,742$ oldukça güvenilir olarak belirlenmiştir.

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, hemşirelerin dikkatini etkileyen faktörleri, dikkatin dağılması durumunda ne gibi sonuçların meydana gelebileceği hakkındaki görüşlerini, dikkat eksikliğine bağlı olarak karşılaşılan durumları, dikkati azaltan ve artıran faktörleri ve bunlar hakkında hemşirelerin düşüncelerini ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Hemşirelerle birebir yapılan fenomenolojik görüşmeler sırasında sorulan sorulardan bazıları şunlardır;

1. Dikkat kavramı size neyi çağırıyor?
2. Günlük hayatınızda dikkatinizi etkileyen faktörler nelerdir?
3. Sizce dikkatin önemli olduğu meslek grupları nelerdir? (Nedenini açıklar mısınız?)
4. Çalıştığınız serviste dikkatinizi etkileyen faktörler nelerdir?
5. Çalıştığınız serviste özellikle dikkatinizin dağılmasına neden olan durumlar var mı? varsa bu durumlar hakkında neler söylemek istersiniz?
6. Sizce hemşirelerin dikkat düzeylerinin yüksek ya da düşük olması ne gibi durumlara neden olabilir?
7. Çalıştığınız birimde işlerin hatasız yapılmasına önem veriliyor mu? (Bu konuyu biraz daha açıklar mısınız?)
8. Çalıştığınız serviste dikkat eksikliğine bağlı olaylarla karşılaşıyor musunuz?

9. Hemşirelerin dikkat düzeylerinin artırılması konusunda neler önerirsiniz?

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin ilk olarak geçerlik analizleri daha sonra güvenirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlik çalışmaları kapsamında ölçeğe Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör analizi uygulanmıştır. Güvenirlik çalışmalarında “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” ve alt boyutlarının güvenirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiştir. Çalışmanın Açıklayıcı Faktör ve güvenirlik analizlerinde SPSS 28.0 paket programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör analizlerinde AMOS 21.0 programından yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında uygulanan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir. Araştırmacı, 10 Ağustos 2020 ve 12 Ağustos 2020 tarihinde “Amos ile Ölçek Geliştirme ve Uyarlama” eğitimine katılmıştır (Ek 7).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri	Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma
Ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı istatistikleri	Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Bağımsız örneklem t testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)
Kapsam geçerliği (Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi)	Lawshe tekniği Kapsam geçerlik oranı (KGO) Kapsam geçerlik indeksi (KGI)
Faktör analizi için veri setinin değerlendirilmesi	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Katsayısı
• Veri setinin uygun büyüklükte olup olmadığının değerlendirilmesi	Bartlett anlamlılık testi
• Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	
Ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi	Varimax Özdeğer

Tablo 3.1. (devam)

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Yapı geçerliği (Geçerlik analizi)	Açıklayıcı faktör analizi • Madde faktör yük değerleri doğrulayıcı faktör analizi • Mutlak uyum indeksleri madde faktör yük değerleri
Madde analizler (Güvenirlik analizi) • Madde-toplam puan analizi • Madde-alt boyut analizi • Alt boyut-toplam ölçek analizi	Pearson korelasyon analizi
Toplam ölçek ve alt boyutların iç tutarlılığı (Güvenirlik analizi)	Cronbach alfa analizi
Ölçeğin zamana göre değişmezliği (Güvenirlik analizi) • Test-tekrar test puanlarının karşılaştırılması	Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC)

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel veri analizinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri içerik analizi doğrultusunda bir kod şemasının oluşturulmasıdır. Bu çalışmada nitel verilerin incelenmesinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matriksi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir. Bu doğrultuda her biri ayrı olarak gerçekleştirilen fenomenolojik görüşme, araştırmacı tarafından herhangi bir değişiklik yapılmadan bilgisayarda yazılı hale getirilmiştir. Veriler dökümanite edilirken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlaması amacıyla katılımcı kodları oluşturulmuştur. Her katılımcı ile birebir gerçekleştirilen fenomenolojik görüşmeler G1-G32 arasında numaralandırılmıştır.

Nitel veri analizi aşamasında MAXQDA 2022 programı kullanılarak veri kodlaması yapılmıştır. Anlamlı olan ifadeler tanımlayıcı isimler/kodlar verilerek cümleler, düşünceler, olaylar sentezlenmiştir. Tüm görüşme metinleri detaylı incelenerek benzer kodlar ilişkilendirilmiş ve bir araya getirilmiştir. Verilerin tamamı benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Veri güvenilirliğini sağlamak amacıyla araştırmacı dışında

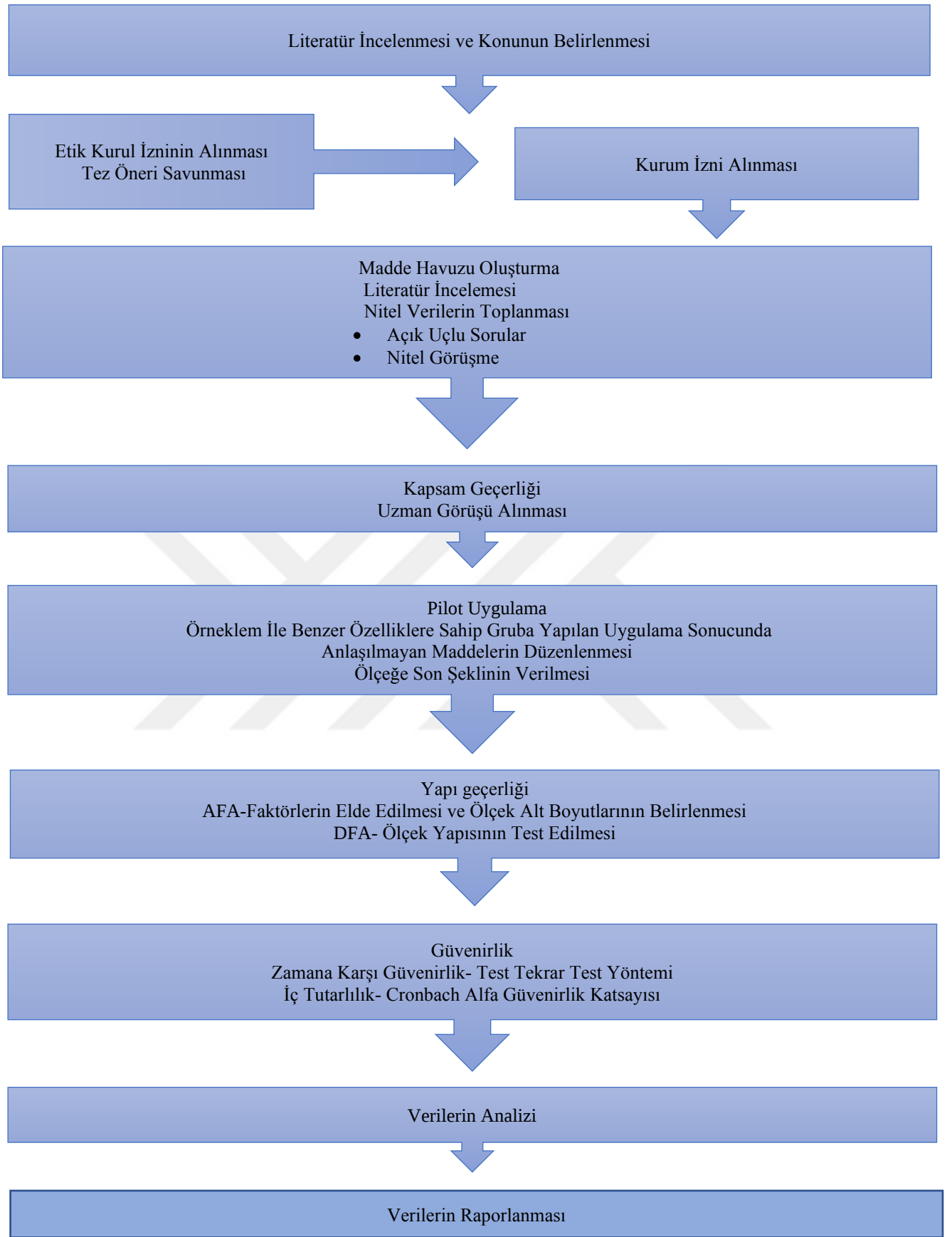
danışman öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar tarafından kod-tema ilişkileri incelenerek temalar yeniden yapılandırılmıştır. Bu aşamadan sonra temalara ait kodlar, temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman iki kişi tarafından değerlendirilerek öneriler doğrultusunda temalara son şekli verilmiştir. Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenirliği artırmak amacıyla en sık yararlanılan yöntemlerden bir tanesi ayrıntılı alıntılara yer vermektir. Bu nedenle çalışmanın niteliğini artırmak amacıyla hemşirelerin ifadelerinden yapılan alıntılar çalışmanın bulgular bölümünde sunulmuştur. Araştırmacı, 9 Mart 2021 ve 12 Mart 2021 tarihinde “Nitel Araştırma Yöntemleri 1 ve 2” kursuna katılmıştır (Ek-6).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Kararı (27.11.2020/ Karar no: 2020/757) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-4). Verileri toplamak için çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (04.03.2021/ Sayı: E-72975315-044-29955) (Ek-5) yazılı izin ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede yapılması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Hemşirelerin çalıştıkları servislerde dikkat kontrol düzeylerini belirlemeye yönelik uzun süreli gözlem ve değerlendirmeler yapılamaması bu araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması

FAALİYETLER	2020				2021												2022											
	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																												
Araştırmanın Planlanması																												
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																												
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																												
Tez Okuması																												
Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması																												
Kurum İzni Alınması																												
Nitel Görüşme Yapılması																												
Madde Havuzu Oluşturma																												
Kapsam Geçerliliğinin Belirlenmesi																												
Ön Uygulama Yapılması																												
Ölçeğe Son Şeklinin Verilmesi																												
Nicel Verilerin Toplanması																												
Verilerin Analizi																												
Araştırmanın Rapor Edilmesi																												

Şekil 3.2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirilmesi amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde açıklanmıştır. Birinci bölümde, Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına ilişkin bulgular sunulmuştur. İkinci bölümde, Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin nicel bulguları verilmiştir. Üçüncü bölümde ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, hemşirelerle fenomenolojik görüşmeler yoluyla elde edilen nitel bulgular sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri

4.1.1. Kapsam Geçerliği

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (50 madde) kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere Amasya Üniversitesi'nden bir Öğretim Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden üç Öğretim Görevlisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nden bir Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden bir Öğretim Görevlisi, Düzce Üniversitesi'nden bir Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi'nden bir Öğretim Görevlisi, Kastamonu Üniversitesi'nden bir Öğretim Görevlisi, doktora derecesine sahip ve klinikte görev yapan iki uzman hemşire olmak üzere on bir kişilik uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-8).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe (1975) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, ayırt edicilik, amaca hizmet etme ve kültürel uygunluk açısından değerlendirmişler, her bir maddeyi (1=madde gerekli, 2=madde yararlı ancak yeterli değil, 3=madde gereksiz) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzman görüşlerinin ardından ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirilmiştir. Kapsam geçerlilik oranları, her bir madde için olumlu (gerekli) yanıt vermiş olan uzman sayılarının toplamının, toplam uzman sayısının yarısına oranının bir eksiği olarak ifade edilmektedir. İlgili maddeye uzmanların yarısı "Gerekli" yanıtı vermişse $KGO=0$, uzmanların yarısından fazlası "Gerekli" yanıtı vermişse $KGO>0$, uzmanların yarısından fazlası "Gereksiz" yanıtı vermişse $KGO<0$ olacaktır. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale

getirilerek ve uygun olmayanlar çıkartılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenip, 11 uzman görüşü alındığında Kapsam Geçerlilik Ölçütü (KGÖ) 0,59 olarak saptanmıştır. Uzmanlar tarafından Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin maddelerine verilen puanlara ait istatistikler Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ) maddelerine verdikleri puanların dağılımı (n:11)

	Gerekli	Yararlı/Yetersiz	Gereksiz	KGO
M1	11	0	0	1,00
M2	10	1	0	0,82
M3	10	1	0	0,82
M4	10	1	0	0,82
M5	11	0	0	1,00
M6	10	1	0	0,82
M7	11	0	0	1,00
M8	9	2	0	0,64
M9	11	0	0	1,00
M10	10	1	0	0,82
M11	11	0	0	1,00
M12	6	5	0	0,09
M13	10	1	0	0,82
M14	10	1	0	0,82
M15	9	2	0	0,64
M16	10	1	0	0,82
M17	11	0	0	1,00
M18	10	1	0	0,82
M19	11	0	0	1,00
M20	10	1	0	0,82
M21	10	1	0	0,82
M22	10	1	0	0,82
M23	11	0	0	1,00
M24	8	3	0	0,45
M25	10	1	0	0,82
M26	11	0	0	1,00
M27	10	1	0	0,82
M28	9	2	0	0,64
M29	10	1	0	0,82
M30	11	0	0	1,00
M31	9	2	0	0,64
M32	11	0	0	1,00
M33	10	0	1	0,82
M34	8	2	1	0,45
M35	10	1	0	0,82
M36	9	2	0	0,64
M37	10	0	1	0,82
M38	9	2	0	0,64
M39	10	1	0	0,82
M40	11	0	0	1,00
M41	11	0	0	1,00
M42	11	0	0	1,00
M43	10	1	0	0,82
M44	10	1	0	0,82
M45	10	1	0	0,82
M46	11	0	0	1,00

Tablo 4.1. (devam)

	Gerekli	Yararlı/Yetersiz	Gereksiz	KGO
M47	11	0	0	1,00
M48	10	1	0	0,82
M49	7	2	2	0,27
M50	11	0	0	1,00

KGO: Madde Kapsam Geçerlik Oranı

Tablo 4.1. incelendiğinde 50 madde için 11 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO'ları hesaplanmıştır. Buna göre tablodaki 12, 24, 34 ve 49. Maddelerin $KGO < KGÖ$ olduğundan yapı dışına çıkarılmıştır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra KGO'larının ortalamasından $KGİ$ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,86 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan oluşturulan 46 maddeli yapının kapsam geçerliğinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.1). Uzmanların değerlendirmelerinin ardından taslak ölçek ve anket formu örneklem grubu ile aynı özelliklere sahip ancak araştırma kapsamına alınmayan 21 kişilik bir hemşire grubuna, anlaşılabilirliği değerlendirmek üzere pilot çalışma olarak uygulanmıştır. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmiştir.

Kapsam geçerliğinde elenen maddeler;

M12: Dikkatim dağıldığında tedavi hazırlarken veya uygularken kesici delici bir aletle (iğne, ampul vb.) yaralanma riskim artar.

M24: Çalışma arkadaşlarımla sözleri ve davranışları işimi yaparken dikkatimi dağıtmaz.

M34: Klinikte işlerimi hızlı bir şekilde yapsam da dikkatim azalmaz.

M49: Hangi klinikte çalışacağımın bana sorulması kliniğe uyum sağlayana kadar dikkatimi olumsuz yönde etkiler.

Elenen maddelerden sonra ölçek 46 maddelik haliyle yeniden numaralandırılmıştır.

4.1.2. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliğinde ölçülmesi zor olan ve doğrudan gözlenemeyen fakat kuramsal olarak açıklanan bir fenomeni ölçmeyi amaçlayan ölçü aracının, amacına ne kadar ulaştığı ve ölçülmek istenen fenomeni ne denli doğru ölçegebildiği değerlendirilmektedir (Erdoğan vd., 2014).

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygulanabilir olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett Küresellik testi analizlerinden yararlanılmıştır. Araştırmamızda Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının KMO değeri 0,928 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunmaktadır. Bu değer 0,50'den büyük olması kabul edilebilirken; 0,50 ile 0,70 arasında olması normal; 0,70 ile 0,80 arasında olması iyi; 0,80 ile 0,90 arasında olması çok iyi ve 0,90'dan büyük olması mükemmel bir örneklem büyüklüğü olarak yorumlanabilmektedir. Böylece yararlı ve kullanılabilir bir örneklem ile faktör analizi sonucu ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda belirlenen KMO değeri faktör analizi uygulaması için örneklem büyüklüğünün yeterli büyüklükte olduğunu belirtmektedir. Barlett Küresellik testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı bulunması verilerin faktör analizi için uygun olduğuna ve değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna işaret etmektedir ($p < 0,001$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) KMO Değeri ve Bartlett Küresellik Testi sonuçları

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,928
Bartlett Küresellik Testi	X ²	9233,664
	sd	378
	p; Anlamlılık düzeyi	0,000***

***: $p < 0,001$

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağına Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak Açıklayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. 46 maddeden oluşan taslak ölçek ilk analiz sonucunda 7 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör yapısı oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Bu ölçekte 2, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33 ve 41 numaralı maddeler yapı dışına

çıkarılmıştır. AFA analizi sonucu taslak ölçekten 18 madde çıkarıldıktan sonra yapı 28 madde ve 4 faktör ile uygun hale gelmiştir. Yapı tarafından açıklanan varyansa ait istatistiki veriler Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Ölçekten AFA ile atılan maddeler;

M2: Stresli ve gergin olduğum zamanlarda dikkatimi toplamakta zorlanırım.

M12: Hastanın tedavisini hazırlarken ve/veya uygularken soru sorulması dikkatimi dağıtır.

M13: Birden fazla hastaya aynı anda kan ürünü takmam gerektiğinde dikkatim dağılır.

M17: Kliniğin kalabalık olması (hasta yakını, stajyer öğrenci vs.) dikkatimi azaltır.

M18: Çalışma ortamım dağınık ve düzensiz olduğunda dikkatim dağılır.

M19: Çalışma ortamının fiziksel özellikleri (ısı, aydınlatma, hava, koku vb.) dikkatimi azaltmaz.

M20: Çalıştığım ortamda gürültü fazla olursa dikkatim dağılır.

M21: Hasta ve/veya hasta yakınları saldırgan tavır sergilediğinde dikkatim dağılır.

M22: Hasta ve/veya hasta yakınlarının yapılan işe müdahale etmesi dikkatimi dağıtır.

M23: Meslektaşlarım ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki tartışmalar dikkatimi azaltmaz.

M24: Yeni mezun ve/veya deneyimi az olan bir meslektaşım ile çalışırken daha dikkatli davranırım.

M26: Özel hayatım iş yerimdeki dikkatimi etkilemez.

M27: Yöneticilerin olumsuz tutum ve davranışları dikkatimi toplamama engel olur.

M28: Klinik telefonunun sürekli çalması dikkatimi dağıtır.

M29: Kliniğin kapı ziline sürekli basılması dikkatimi dağıtır.

M30: Klinikte prognozu kötü olan bir hasta olduğunda diğer hastaların bakım ve

tedavilerine odaklanmakta zorlanırım.

M33: Başkaları sözümü kestiğinde işime odaklanmakta zorlanırım.

M41: İlaçların olması gereken yerde muhafaza edilmemesi/saklanmaması dikkatimi dağıtır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ) varyans açıklama tablosu

Faktör	Döndürme Kullanılmadan Sonuçlar			Varimax Döndürmeli Sonuçlar		
	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Öz Değer	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
Faktör 1	11,089	39,602	39,602	7,573	27,047	27,047
Faktör 2	4,659	16,638	56,240	4,911	17,539	44,586
Faktör 3	1,607	5,741	61,980	3,901	13,933	58,519
Faktör 4	1,006	3,593	65,574	1,975	7,055	65,574

Tablo 4.3. incelendiğinde, başlangıç öz değeri 1’den büyük olan 4 faktörün bulunduğu görülmektedir. Faktör yapılarının belirlenmesi için öz değerin kullanılabileceği ve öz değeri (eigenvalue) 1’den büyük olan sayı kadar faktör yapısının olabileceği önerilmektedir. Açıklanan varyans oranı ise ölçeğin faktör yapısının gücünü göstermektedir. 11 maddeden oluşan Faktör 1 toplam yapının %27,047’sini açıklamakta iken 8 maddeden oluşan Faktör 2 toplam yapının %17,539’unu, 6 maddeden oluşan Faktör 3 toplam yapının %13,933’ünü ve 3 maddeden oluşan Faktör 4 ise toplam yapının %7,055’ini açıklamaktadır. Bu 4 faktör ve 28 madde toplam varyansın %65,574’ünü açıklamaktadır.

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının faktör yapısı, faktörlerde hangi maddelerin yer aldığı ve her bir maddenin faktör yükü Tablo 4.4’te verilmiştir. Ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin 0,600’ün üstünde olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı (HDKDBÖ)
maddelerine ilişkin faktör yükleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
M8	0,827			
M10	0,810			
M7	0,801			
M11	0,793			
M15	0,776			
M6	0,766			
M9	0,765			
M14	0,754			
M4	0,733			
M16	0,688			
M3	0,682			
M40		0,894		
M38		0,861		
M39		0,850		
M32		0,829		
M34		0,727		
M1		0,696		
M5		0,686		
M44		0,607		
M36			0,765	
M37			0,744	
M35			0,732	
M43			0,688	
M42			0,622	
M31			0,610	
M46				0,686
M45				0,669
M25				0,619

Doğrulamalı faktör analizi (DFA)

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA), çok değişkenli istatistikî süreçlerdendir. DFA, AFA ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama

işlevini yerine getirmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde tündengelim stratejisi söz konusudur ve araştırmanın hangi değişkenlerinin birlikte faktörleşeceği önermesi bulunmaktadır. Bu çerçevede başlatılmış olan istatistiksel süreçte, değişkenlerin varsayılan kuramsal yapıya ne derecede uyduğu belirlenmeye çalışılmaktadır.

Teorik olarak belirlenen yapıya göre ölçüm modeli oluşturulur. Modelin oluşturulmasının ardından DFA ile metin çıktıları üzerinden model uyum değerleri incelenir. Veri setinin daha önceki yapıyı doğrulayıp doğrulamadığına bakılarak daha iyi uyum değerleri oluşması yönünde kontrol edilir. Ancak genel beklenti kuramsal olarak birbirleriyle ilişkili olan boyutlardan oluşturulan ilişkisiz modelin uyum değerlerinin iyi çıkmayacağı yönündedir. Analiz değerlerinin faktör yapısını doğrulaması gerekmektedir ve faktör yapısı doğrulanan model ile analize devam edilmektedir.

AFA sonucunda 28 madde ve 4 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli DFA ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Bu nedenle modelde modifikasyon indeks katsayıları incelenmiş ve en çok modifikasyon yüklenen, kendi faktörü dışındaki maddelerle modifikasyon yüklenen maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler 1, 3, 5, 6, 9, 14, 16, 43 ve 44 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 19 madde 4 faktörlü şekilde doğrulanan modelin uyum indeks değerleri Tablo 4.5.'de, maddelere ilişkin DFA sonrası madde faktör yükleri Tablo 4.6.'da sunulmuştur.

DFA sonucu yapı dışına çıkartılan maddeler;

M1: Bir konu üzerinde uzun süre yoğunlaşabilirim.

M3: Mutsuz ve üzgün olduğumda dikkatim dağınık.

M5: Klinikte aynı anda birden fazla işi planlayabilirim.

M6: Klinikte fiziksel olarak yorulduğumda dikkatim dağınık.

M9: Kliniğe aynı anda birden fazla hasta yatışı olduğunda dikkatim dağınık.

M14: Haftalık çalışmam gereken saatten fazla çalıştığımda dikkatim dağınık.

M16: Bir iş yaparken başka bir iş yapmam gerektiği söylendiğinde dikkatim dağınık.

M43: Gece mesaisinde dikkatim daha kolay dağınık.

M44: Hafta sonları klinikte çalışırken daha dikkatli olurum.

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının DFA sonuçları incelendiğinde tüm model uyum indekslerinin iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) ölçüm modelinin uyum indeks değerleri ve iyi uyum değerleri

	Modelin Uyum İndeks Değerleri	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
χ^2/sd	3,000	≤ 3 (4-5)
GFI	0,910	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
AGFI	0,883	$\geq 0,90$ (0,89-0,85)
IFI	0,948	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
TLI (NNFI)	0,923	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
CFI	0,947	$\geq 0,95$ (0,94-0,90)
RMSEA	0,068	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
SRMR	0,045	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)

Tablo 4.6’da Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeyleri Ölçeğinin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,600’ün üzerinde olduğu görülmüştür. Faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı Şekil 4.1.’de verilmiştir.

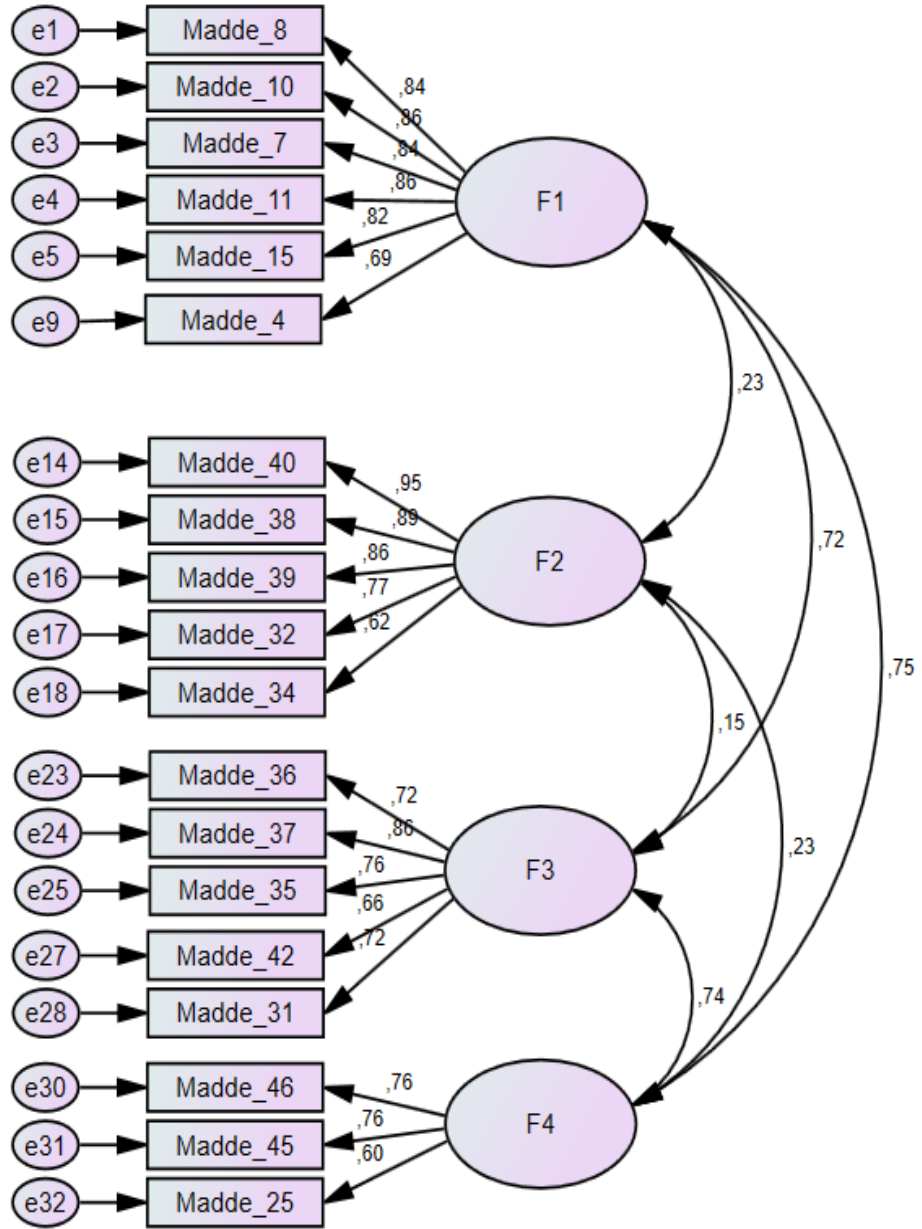
Tablo 4.6. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) maddelerinin Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonrası faktör yük değerleri

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
M4	0,687			
M15	0,824			
M11	0,864			
M7	0,843			
M8	0,837			
M10	0,857			
M34		0,624		
M32		0,768		
M39		0,861		
M38		0,890		
M40		0,950		

Tablo 4.6. (devam)

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
M42			0,660	
M35			0,757	
M37			0,862	
M36			0,722	
M31			0,717	
M25				0,600
M45				0,763
M46				0,756

Doğrulanen ölçüm modeli, faktör yük değerlerine ilişkin path diagramı şekil 4.1’de sunulmuştur. 19 madde ve 4 alt boyut ile doğrulanen ölçüm modeli incelendiğinde, modelin hangi maddelerden oluştuğu ve tek yönlü oklar üzerindeki yollara ait standardize regresyon katsayıları görülmektedir. Her bir maddenin faktör yükü ayrıntılı olarak incelenmiş ve 0,600’ün altında değer bulunmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda; M10 ve M11 ifadelerinin 0,86’lık değerleri ile Faktör 1 alt boyutunun, M40 ifadesinin 0,95’lik değeri ile Faktör 2 alt boyutunun, M37 ifadesinin 0,86’lık Faktör 3 alt boyutunun ve M45 ve M46 ifadelerinin 0,76’lık değerleri ile Faktör 4 alt boyutunun en güçlü göstergesi olduğu söylenebilir.



Şekil 4.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğine ilişkin ölçüm modeli

4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

Güvenirlik, elde edilmiş olan ölçümler üzerindeki yorumlar ile daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder. Güvenirlik analizi, ölçmede kullanılan test, anket veya ölçeklerin özelliklerini ve güvenirliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenirlik analizi prosedürü ile toplam puanların söz

konusu olduğu Likert tipi ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır. Bu doğrultuda ölçekte bulunan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir.

4.2.1. İç Tutarlılık

Cronbach Alfa katsayısı ölçekte bulunan k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer almaktadır. Alfa yöntemi ölçekteki kovaryanslar veya korelasyonlardan yararlanılarak diğer testlerin veya istatistiklerin yapılmasına yardımcı olur. Bu yöntem ölçekte bulunan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır.

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Tablo 4.7'de Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı ve güvenilirlik seviyesi ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) güvenilirlik analizi sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)	Güvenirlik Seviyesi
Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeyleri Ölçeği	19	0,911	Yüksek derecede güvenilir
Faktör 1	6	0,924	Yüksek derecede güvenilir
Faktör 2	5	0,910	Yüksek derecede güvenilir
Faktör 3	5	0,856	Yüksek derecede güvenilir
Faktör 4	3	0,742	Oldukça güvenilir

Tablo 4.7. incelendiğinde 19 maddeden oluşan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,911$), 6 maddeden oluşan Faktör 1 alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,924$), 5 maddeden oluşan Faktör 2 alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,910$), 5 maddeden oluşan Faktör 3 alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,856$) ve 3 maddeden oluşan Faktör 4 alt boyutunun ise oldukça derecede güvenilir ($\alpha=0,742$) olduğu söylenebilir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) madde silindiğinde cronbach alfa değerleri

Madde	Madde Toplam Korelasyonları	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
M4	0,584	0,906
M7	0,719	0,903
M8	0,680	0,904
M10	0,716	0,902
M11	0,749	0,902
M15	0,721	0,902
M25	0,529	0,908
M31	0,629	0,905
M32	0,351	0,912
M34	0,248	0,914
M35	0,531	0,907
M36	0,568	0,907
M37	0,672	0,904
M38	0,434	0,910
M39	0,367	0,911
M40	0,441	0,909
M42	0,585	0,906
M45	0,571	0,906
M46	0,598	0,906

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyonları incelendiğinde 19 maddeden oluşan ölçeğin madde toplam korelasyonlarının 0,300'ün üstünde olduğu ve Cronbach Alfa katsayısını negatif etkileyen bir madde olmadığı belirlenmiştir. Ölçeğin yapısından herhangi bir madde silinmesi durumunda toplam ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının $\alpha=0,902-0,914$ arasında olacağı saptanmıştır. Ölçekten madde çıkarılması ile Cronbach Alfa güvenirliğinde önemli bir değişiklik olmayacağı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

4.2.2. Test-Tekrar Test/Değişmezlik Analizleri

Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Bu yöntemde ölçüm aracı aynı şart ve koşullar altında aynı bireylere farklı zaman dilimlerinde tekrar

uygulanmakta, güvenilirliği belirlemek amacıyla iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Bu işlem sonucunda ortaya çıkan korelasyon, test- tekrar test güvenilirlik katsayısını vermektedir. Burada beklenen iki ölçüm arasında fazla farklılık olmamasıdır. 440 kişiye uygulanan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı, araştırma kapsamındaki 65 hemşireye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. İlk uygulama ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 65 hemşire ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla birinci ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup katılımcıların güvenilirlik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının (HDKDBÖ) test-tekrar test puanları arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısı

	ICC	p
Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeyleri Ölçeği	0,995	0,000*
Faktör 1	0,993	0,000*
Faktör 2	0,990	0,000*
Faktör 3	0,997	0,000*
Faktör 4	0,985	0,000*

*: $p<0,001$, ICC=Intraclass Correlation Coefficients /Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.9.'da hemşirelere tekrarlanan uygulamada, sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu görülmektedir ($p<0,001$). AFA, DFA sonucunda 19 madde ve 4 alt boyutlu olan, yüksek derecede güvenilir olduğu saptanan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği alt boyutları (Faktör 1,2,3,4), madde ve anlam içeriği açısından değerlendirilerek adlandırılmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin (HDKDBÖ) alt boyutları ve maddeleri

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
1.Faktör: Olumsuz koşullar	6	4,7,8,10,11,15
2.Faktör: Klinik ortam	5	32,34,38,39,40
3.Faktör: Kaygı-durum	5	31,35,36,37,42
4.Faktör: Öz dikkat	3	25,45,46

Ölçek alt boyut isimleri ve alt boyutu oluşturan madde sayısı ve numaraları Tablo 4.10.'de ayrıntılı olarak sunulmuştur. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Faktör 1 alt boyutu “olumsuz koşullar”, Faktör 2 alt boyutu “klinik ortam”, Faktör 3 alt boyutu “kaygı-durum ve Faktör 4 alt boyutu “öz dikkat” şeklinde adlandırılmıştır. Bu doğrultuda olumsuz koşullar alt boyutunda 6 madde (4,7,8,10,11,15), klinik ortam alt boyutunda 5 madde (32,34,38,39,40), kaygı-durum alt boyutunda 5 madde (31,35,36,37,42) ve öz dikkat alt boyutunda 3 maddenin (25,45,46) yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.10).

4.3. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=440) sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.11.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,8'ini kadınların, %18,2'sini erkeklerin oluşturduğu, %74,3'ünün lisans mezunu olduğu, %68,9'unun evli ve %68,6'sının çocuk sahibi olduğu, %92,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaş ortalaması $35,16 \pm 7,32$ olarak saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=440)

Özellikler		n	%
Yaş (Ort±SS=35,16±7,32)	21-35 yaş	249	56,6
	36-53 yaş	191	43,4
Cinsiyet	Kadın	360	81,8
	Erkek	80	18,2
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	26	5,9
	Ön lisans	67	15,2
	Lisans	327	74,3
	Yüksek lisans	19	4,3
	Doktora	1	0,2
Medeni durum	Evli	303	68,9
	Bekar	110	25,0
	Boşanmış/vefat etmiş/ayrı yaşıyor	27	6,1
Çocuk sahibi olma	Evet	302	68,6
	Hayır	138	31,4

Tablo 4.11. (devam)

Özellikler		n	%
Aile tipi	Çekirdek aile	408	92,7
	Geniş aile	32	7,3

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikler Tablo 4.12.'de belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %33'ünün yoğun bakım üniteleri, %28,6'sının dahili birimler, %26,1'inin cerrahi birimler, %12,3'ünün diğer birimlerde (acil servis, diyaliz ünitesi, palyatif bakım ve tıbbi onkoloji üniteleri) çalıştığı, %96,1'nin servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %33,6'sının hemşire olarak çalışma süresinin 6-10 yıl, %67,7'sinin şu anda çalıştığı hastanede daha önce servis değişikliği yapmış olduğu, servis değişikliği yapanların %47,7'sinin ikinci servisi olduğu, %45,9'unun şu an görev yaptığı birimdeki çalışma süresinin 1-5 yıl aralığında olduğu, %60,2'sinin çalıştığı birimi isteyerek seçtiği, %48'inin çalışılan birimden memnun olduğu, %92,5'inin çalışma statüsünün kadrolu olduğu, %59,1'inin gece ve gündüz karışık olarak çalıştığı, %34,5'inin haftalık 40 saat, %75,7'sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %79,3'ünün hemşirelik mesleğini sevdiği belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=440)

Özellikler		n	%
Çalıştığı servis	Yoğun bakım	145	33,0
	Dahili birimler	126	28,6
	Cerrahi birimler	115	26,1
	Diğer birimler	54	12,3
Servisteki görevi	Servis hemşiresi	423	96,1
	Servis sorumlu hemşiresi	17	3,9
Hemşire olarak çalışma süresi	1 yıldan az	8	1,8
	1-5 yıl	62	14,1
	6-10 yıl	148	33,6
	11-15 yıl	78	17,7
	16 yıl ve üstü	144	32,7
Halen çalışılan hastanede daha önce servis değişikliği yapma durumu	Evet	298	67,7
	Hayır	142	32,3

Tablo 4.12. (devam)

Özellikler	n	%
*Servis değişikliği sayısı (n=298)		
İkinci servis	142	47,7
Üçüncü servis	76	25,5
Dördüncü servis	44	14,8
Beşinci servis	8	2,7
6 ve üzeri	28	9,4
Şu an görev yapılan birimde çalışma süresi		
1 yıldan az	60	13,6
1-5 yıl	202	45,9
6-10 yıl	115	26,1
11-15 yıl	45	10,2
16 yıl ve üstü	18	4,1
Çalışılan birimi isteyerek tercih etme durumu		
Evet	265	60,2
Hayır	175	39,8
Çalışılan birimden memnun olma durumu		
Memnun	211	48,0
Kısmen memnun	194	44,1
Memnun değil	35	8,0
Çalışma statüsü		
Kadrolu	407	92,5
Sözleşmeli	33	7,5
Çalışma şekli		
Gece ve gündüz karışık	260	59,1
24 saat nöbet	103	23,4
Sürekli gündüz	63	14,3
Sürekli gece	14	3,2
Haftalık toplam çalışma saati		
40 saat	152	34,5
48 saat	139	31,6
56 saat	78	17,7
64 saat	28	6,4
72 saat	35	8,0
80 saat ve üzeri	8	1,8
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu		
Evet	333	75,7
Hayır	107	24,3
Hemşirelik mesleğini sevmeye durumu		
Evet	349	79,3
Hayır	91	20,7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin dikkat özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.13.'de sunulmuştur. Hemşirelerin %74,8'inin herhangi bir sağlık sorununun olmadığı, %28,6'sının sigara ve %10,9'unun alkol kullandığı, %70,2'sinin 1.derece yakınlarında

önemli bir sağlık sorunu olmadığı, %89,8'inin bakımından sorumlu olduğu engelli/yaşlı birey bulunmadığı, %7,5'inin ailesinde dikkat tanısı alan 1. derece yakını olduğu, %72,5'inin çalıştığı birimde dinlenebilecek uygun alanlarının olduğu, %78,6'sının gece vardiyasında uyuma olanağı olduğu, %39,6'sının 3 saat uyuyabildiği, %51,6'sının gece vardiyası sonrası yeteri kadar dinlenemediği, %50,5'inin hasta bakımına kısmen zaman ayırabildiği, %43,9'unun uyku kalitesinin orta olduğu, %58,9'unun nöbet/vardiya sonrası kendi aracılığıyla evine gittiği, %15'inin son bir yıl içerisinde nöbet/vardiya sonrası trafik kazası geçirdiği, %26,8'nin son bir yıl içerisinde delici-kesici aletle yaralanma yaşadığı, %46,2'sinin bir yıl içerisinde 1 kez yaralanma yaşadığı ve %34,5'nin 20-24 saat dilimlerinde delici-kesici aletle yaralanma yaşadığı, %70,5'inin hastalarla olan iletişimi iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hemşirelerin dikkat özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=440)

Özellikler		n	%
Herhangi bir sağlık sorunu olma durumu	Evet	111	25,2
	Hayır	329	74,8
Sigara kullanma durumu	Evet	126	28,6
	Hayır	314	71,4
Alkol kullanma durumu	Evet	48	10,9
	Hayır	392	89,1
1.derece yakınlarında önemli bir sağlık sorunu olma durumu	Evet	131	29,8
	Hayır	309	70,2
Bakımından sorumlu olduğu engelli/yaşlı birey bulunma durumu	Evet	45	10,2
	Hayır	395	89,8
Ailede dikkat eksikliği tanısı alan 1.derece yakını olma durumu	Evet	33	7,5
	Hayır	407	92,5
Çalışılan birimde dinlenmek için uygun alan bulunma durumu	Evet	319	72,5
	Hayır	121	27,5
Gece vardiyasında uyuma olanağına sahip olma durumu	Evet	346	78,6
	Hayır	43	9,8
	Uyumaya izin verilmiyor	51	11,6
*Cevabı evet ise kaç saat uyuyabildiği (n=346)	1 saat	12	3,5
	2 saat	119	34,4
	3 saat	137	39,6
	4 saat	66	19,1
	5 saat	10	2,9
	6 saat	2	0,6

Tablo 4.13. (devam)

Özellikler		n	%
Gece vardiyası sonrası yeteri kadar dinlenebilme durumu	Evet	213	48,4
	Hayır	227	51,6
Çalışılan birimde hasta bakımına yeterli zaman ayırabilme durumu	Evet	166	37,7
	Kısmen	222	50,5
	Hayır	52	11,8
Uyku kalitesini nasıl tanımladığı	Çok kötü	47	10,7
	Kötü	147	33,4
	Orta	193	43,9
	İyi	49	11,1
	Çok iyi	4	0,9
Nöbet/vardiya sonrası kendi aracıyla eve gitme durumu	Evet	259	58,9
	Hayır	181	41,1
*Son 1 yıl içerisinde nöbet/vardiya sonrası trafik kazası geçirme durumu (n=253)	Evet	38	15,0
	Hayır	215	85,0
Son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması yaşama durumu	Evet	118	26,8
	Hayır	322	73,2
*Cevabı evet ise kaç kez delici-kesici alet yaralanması yaşadığı (n=118)	1 kez	54	46,2
	2 kez	30	25,2
	3 kez	18	15,1
	4 kez	4	3,4
	5 kez	12	10,1
*Hangi saat dilimlerinde delici-kesici alet yaralanması yaşadığı (n=118)	08-12 arası	4	2,3
	12-16 arası	36	20,7
	16-20 arası	30	17,2
	20-24 arası	60	34,5
	24-04 arası	24	13,8
	04-08 arası	20	11,5
Hasta ile iletişimini nasıl değerlendirdiği	İyi	310	70,5
	Orta	120	27,3
	Kötü	10	2,3
	Çok kötü	0	0,0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

4.3.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği ve alt boyut puanlarının ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri Tablo 4.14.'te verilmiştir. “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” puan ortalaması $61,28 \pm 13,68$, “Olumsuz koşullar” alt boyut puan ortalaması $18,89 \pm 5,89$, “Klinik ortam” alt boyut puan ortalaması $20,32 \pm 4,55$, “Kaygı-durum” alt boyut puan ortalaması $13,20 \pm 4,92$ ve “Öz dikkat” alt boyut puan ortalaması $8,88 \pm 2,95$ olarak saptanmıştır. Bu doğrultuda Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinden en yüksek puanı “Klinik ortam” alt boyutundan ($20,32 \pm 4,55$), en düşük puanı “Öz dikkat” alt boyutundan ($8,88 \pm 2,95$) aldıkları görülmüştür (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ) ve alt boyut puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri

	Ort	SS	Min-Mak
Hemşirelerin dikkat kontrol düzeyleri ölçeği	61,28	13,68	19-95
Olumsuz koşullar	18,89	5,89	6-30
Klinik ortam	20,32	4,55	5-25
Kaygı-durum	13,20	4,92	5-25
Öz dikkat	8,88	2,95	3-15

Ort: Ortalama, S.S:Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırması Tablo 4.15.'de verilmiştir. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları yaş, medeni durum, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı birimden memnun olma, hemşirelik mesleğini sevme, uyku kalitesi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bu doğrultuda 21-35 yaş grubundaki kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları 36-53 yaş grubundaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=5,593$; $p < 0,001$).

Medeni durumu boşanmış/vefat etmiş/ayrı yaşıyor olan kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları evli ve bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır ($F=3,232$; $p=0,037$). 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme

Ölçeği puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır ($F=9,882$; $p<0,001$). 11-15 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır (Tablo 4.15).

Çalıştığı birimden memnun olmayan kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=4,555$; $p<0,011$). Hemşirelik mesleğini sevmeyen kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları hemşirelik mesleğini seven kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=3,3765$; $p<0,001$). Uyku kalitesi kötü olan kişilerin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları uyku kalitesi orta olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=3,143$; $p=0,025$) (Tablo 4.15).

Olumsuz koşullar alt boyut puanlarına göre dikkat kontrol düzeyleri değerlendirilen hemşirelerin yaş, hemşire olarak çalışma süresi, hemşirelik mesleğini sevmeye değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre 21-35 yaş grubundaki kişilerin olumsuz koşullar alt boyut puanları 36-53 yaş grubundaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=6,429$; $p=0,001$). 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan kişilerin olumsuz koşullar alt boyut puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır ($F=10,997$; $p<0,001$). 11-15 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerin olumsuz koşullar alt boyut puanları 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır. Hemşirelik mesleğini sevmeyen kişilerin olumsuz koşullar alt boyut puanları hemşirelik mesleğini seven kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=4,133$; $p<0,001$) (Tablo 4.15).

Klinik ortam alt boyut puanlarına göre dikkat kontrol düzeyleri değerlendirilen hemşirelerin medeni durum, hemşire olarak çalışma süresi, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, uyku kalitesi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre evlilerin klinik ortam alt boyut puanları boşanmış/vefat etmiş/ayrı yaşıyor olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=3,198$; $p=0,042$). 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerin klinik

ortam alt boyut puanları 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=3,480$; $p=0,016$). Mesleğini isteyerek seçen kişilerin klinik ortam alt boyut puanları mesleğini isteyerek seçmeyen kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=2,812$; $p=0,005$). Uyku kalitesi kötü olan kişilerin klinik ortam alt boyut puanları uyku kalitesi çok kötü ve orta olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=5,895$; $p<0,001$) (Tablo 4.15).

Kaygı-durum alt boyut puanlarına göre dikkat kontrol düzeyleri değerlendirilen hemşirelerin yaş, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı birimden memnuniyet, çalışma şekli, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevme değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre 21-35 yaş grubundaki kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları 36-53 yaş grubundaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=3,912$; $p<0,001$). Eğitim durumu lisans olan kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları eğitim durumu sağlık meslek lisesi ve ön lisans olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=4,880$; $p=0,002$). 16 yıl ve daha fazladır hemşire olarak çalışan kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır ($F=6,227$; $p<0,001$). Çalıştığı birimden memnun olmayan kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Çalıştığı birimden kısmen memnun olanların kaygı-durum alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=11,504$; $p<0,001$). Gece ve gündüz karışık çalışan kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları 24 saat nöbet şeklinde çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=4,582$; $p=0,004$). Hemşirelik mesleğini sevmeyen kişilerin kaygı-durum alt boyut puanları hemşirelik mesleğini seven kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=2,313$; $p=0,021$) (Tablo 4.15).

Öz dikkat alt boyut puanlarına göre dikkat kontrol düzeyleri değerlendirilen hemşirelerin yaş, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı birimden memnuniyet, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevme değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre 21-35 yaş grubundaki kişilerin öz dikkat alt boyut puanları 36-53 yaş grubundaki kişilerden

istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=3,319$; $p<0,001$). 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan kişilerin öz dikkat alt boyut puanları 11-15 yıl ve 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=3,660$; $p=0,013$). Çalıştığı birimden memnun olmayan kişilerin öz dikkat alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($F=9,888$; $p<0,001$). Çalıştığı birimden kısmen memnun olanların öz dikkat alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Hemşirelik mesleğini sevmeyen kişilerin öz dikkat alt boyut puanları hemşirelik mesleğini seven kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır ($t=4,752$; $p<0,001$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ) ve alt boyut puanlarının hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile karşılaştırılması

Özellikler	Ölçek Toplam	Olumsuz koşullar alt boyutu	Klinik ortam alt boyutu	Kaygı- durum alt boyutu	Öz dikkat alt boyutu
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş					
21-35 yaş	64,37±12,40	20,40±5,49	20,70±3,83	13,99±4,95	9,28±2,91
36-53 yaş	57,26±14,25	16,92±5,82	19,82±5,32	12,17±4,69	8,35±2,92
t;p	5,593;0,000 *	6,429;0,000 *	1,935;0,054	3,912;0,000 *	3,319;0,000 *
Cinsiyet					
Kadın	61,82±13,67	19,11±5,85	20,51±4,47	13,32±5,02	8,89±2,96
Erkek	58,86±13,52	17,89±6,02	19,47±4,83	12,66±4,40	8,84±2,89
t;p	1,755;0,080	1,684;0,093	1,841;0,066	1,077;0,282	0,133;0,894
Eğitim durumu					
1)Sağlık Meslek Lisesi	58,77±11,09	18,81±6,25	20,23±4,90	10,77±3,23	8,96±2,99
2)Ön Lisans	59,10±14,17	17,85±6,33	20,70±5,19	11,90±4,62	8,66±3,31
3)Lisans	61,61±13,92	18,95±5,80	20,19±4,48	13,58±5,01	8,89±2,93
4)Y.Lisans/Doktora	66,60±8,98	21,50±4,77	21,35±2,62	14,40±4,59	9,35±1,69
F;p	1,939;0,122	2,031;0,109	0,593;0,620	4,880;0,002 *	0,303;0,823
Fark (Tukey)				3>1,2	

Tablo 4.15. (devam)

Özellikler	Ölçek Toplam	Olumsuz koşullar alt boyutu	Klinik ortam alt boyutu	Kaygı-durum alt boyutu	Öz dikkat alt boyutu
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Medeni durum					
1)Evli	61,55±14,35	18,84±6,09	20,47±4,65	13,35±5,07	8,90±3,08
2)Bekar	62,13±12,46	19,58±5,51	20,44±4,13	13,13±4,83	8,98±2,82
3)Boşanmış/vefat etmiş/ ayrı yaşıyor	54,81±8,27	16,59±4,44	18,19±4,74	11,81±3,11	8,22±1,60
F;p	3,323;0,037 *	2,847;0,059	3,198;0,042 *	1,220;0,296	0,742;0,477
Fark (Tukey)	3<1,2	-	1>3	-	-
Hemşire olarak çalışma süresi					
1) 1-5 yıl	63,20±12,32	20,03±5,08	19,64±4,28	14,16±4,36	9,37±2,68
2) 6-10 yıl	65,20±12,35	20,59±5,46	21,13±3,48	14,15±5,03	9,32±2,93
3) 11-15 yıl	59,94±11,66	18,05±6,03	20,71±3,78	12,86±4,91	8,32±2,96
4) 16 yıl ve üstü	57,06±15,31	17,03±6,03	19,61±5,76	11,94±4,79	8,48±3,01
F;p	9,882;0,000 *	10,997;0,00 0*	3,480;0,016 *	6,227;0,000 *	3,660;0,013 *
Fark (Tukey)	4<1,2 2>3	4<1,2 2>3	2>4	4<1,2	2>3,4
Çalıştığı birimden memnuniyet					
1)Memnun	60,09±12,54	18,73±5,95	20,77±4,33	12,22±4,49	8,37±2,86
2)Kısmen memnun	61,45±14,53	18,71±5,70	19,87±4,83	13,76±5,10	9,12±2,97
3)Memnun değil	67,54±14,05	20,86±6,41	20,14±4,14	15,97±4,92	10,57±2,55
F;p	4,555;0,011 *	2,135;0,119	2,021;0,134	11,504;0,00 0*	9,888;0,000 *
Fark (Tukey)	3>1,2	-	-	3>1,2 2>1	3>1,2 2>1
Çalışma şekli					
1)Sürekli gündüz	59,10±11,90	18,65±5,59	19,43±4,95	12,62±3,98	8,40±2,44
2)Sürekli gece	67,64±15,28	21,07±7,47	21,86±2,71	14,64±4,50	10,07±3,99
3)Gece ve gündüz karışık	61,97±13,95	19,10±5,75	20,19±4,44	13,79±4,99	8,90±2,94
4)24 saat nöbet	60,02±13,56	18,21±6,15	20,98±4,69	11,86±5,05	8,96±3,08
F;p	2,075;0,103	1,236;0,296	2,145;0,094	4,582;0,004 *	1,359;0,255
Fark (Tukey)	-	-	-	3>4	-

Tablo 4.15. (devam)

Özellikler	Ölçek Toplam	Olumsuz koşullar alt boyutu	Klinik ortam alt boyutu	Kaygı-durum alt boyutu	Öz dikkat alt boyutu
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme					
Evet	60,83±13,41	18,59±5,83	20,66±4,45	12,89±4,85	8,69±2,92
Hayır	62,68±14,47	19,82±6,01	19,25±4,73	14,15±5,03	9,46±2,97
t;p	-1,216;0,225	-1,891;0,059	2,812;0,005*	2,313;0,021*	2,355;0,019*
Hemşirelik mesleğini sevmeye					
Evet	60,05±13,46	18,31±5,78	20,43±4,64	12,77±4,77	8,54±2,88
Hayır	66,02±13,56	21,12±5,79	19,90±4,21	14,85±5,12	10,15±2,86
t;p	3,765;0,000*	4,133;0,000*	0,987;0,324	3,641;0,000*	4,752;0,000*
Uyku kalitesi					
1)Çok kötü	61,94±13,57	19,83±6,28	19,15±4,91	13,72±5,06	9,23±2,80
2)Kötü	63,89±12,55	19,69±5,92	21,52±3,54	13,58±4,92	9,11±2,92
3)Orta	59,44±14,63	18,14±5,78	19,68±5,11	13,05±4,81	8,57±2,95
4)İyi/çok iyi	60,19±12,29	18,57±5,61	20,38±3,88	12,21±5,12	9,04±3,11
F;p	3,143;0,025*	2,415;0,066	5,895;0,000*	1,248;0,292	1,286;0,278
Fark (Tukey)	2>3	-	2>1,3		

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Fark:Tukey Testi,p:Anlamlılık Düzeyi *:p<0,05

4.4. Hemşirelerden Elde Edilen Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Çalışmanın nitel araştırma yöntemi kullanılan bu bölümünde bulgular; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve nitel görüşmelerden elde edilen içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde açıklanmaktadır.

4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri Tablo 4.16.'da verilmiştir. Nitel görüşmeye katılan hemşirelerin %62,5'ini kadınların, %37,5'ini erkeklerin oluşturduğu, %31,3'ünün cerrahi birimler, %28,1'nin acil servis, %25'inin dahili birimlerde çalıştığı, %62,5'inin 1-9 yıldır

hemşire olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 31,96±6,94'tür (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Nitel araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri (n=32)

Özellikler	n	%
Yaş grupları (Ort±SS)		
21-29	12	37,5
31,96±6,94		
30-39	17	53,1
40-49	2	6,3
50-59	1	3,1
Cinsiyet		
Kadın	20	62,5
Erkek	12	37,5
Çalıştığı servis		
Cerrahi birimler	10	31,3
Acil servis	9	28,1
Dahili birimler	8	25,0
Yoğun bakım	3	9,4
Diğer birimler	2	6,2
Hemşire olarak çalışma süresi		
1-9 yıl	20	62,5
10-19 yıl	8	25,0
20 yıl ve üzeri	4	12,5
Şu an çalıştığı serviste çalışma yılı (Ort±SS)		
1-4 yıl	20	62,5
5-9 yıl	10	31,3
(4,34±2,96)		
10 yıl ve üzeri	2	6,3

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma

4.4.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerine İlişkin Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Fenomenolojik görüşme yapılan 32 hemşirenin, yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdikleri cevaplar kodlanıp içerik analizi yapılarak, aşağıdaki temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesine ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Dikkat kavramının ne çağrıştırdığı	Odaklanma Dikkatli çalışma Algı Çevresel faktörler İlgi

Tablo 4.17. (devam)

Tema	Alt Temalar
Dikkatin dağılmasına neden olan faktörler	Özen gösterme
	Yoğunlaşma
	Gürültü
	Hasta ve hasta yakınları
	Çalışma arkadaşları
	Kalabalık ortam
	Stres
	Fiziksel koşullar
	Yoğun çalışma şartları
	Kişisel sorumluluklar
	Uykusuzluk
	Yorgunluk
	Odaklanamamak
	Prognozu kötü olan hastalar
	Soru sorulması
	Yüksek ses
	Çalışan eksikliği
	Güvenliksiz ortam
	Telefon çalması
Dikkatin önemli olduğu meslek grupları	Eğitim eksikliği
	Sağlık çalışanları
	Polis
	Asker
	Öğretmen
Dikkat düzeyi düşüklüğünün sonuçları	Şoförlük
	Malpraktis
	İş verimsizliği
	İletişim eksikliği
Dikkati artırmaya yönelik öneriler	Düzenli çalışma ortamı
	Dinlenme
	Hemşire-hasta oranı
	Spor
	Eğitim
	Sosyalleşme
	Sağlıklı beslenme
	Stres yönetimi

Hemşireler ile yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında 5 tema ile 41 alt tema elde edilmiştir. Bu araştırmada temalar; dikkat kavramının ne çağrıştırdığı, dikkatin dağılmasına neden olan faktörler, dikkatin önemli olduğu meslek grupları, dikkat düzeyi düşüklüğünün sonuçları ve dikkati artırmaya yönelik öneriler olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 4.17.'de sistematik olarak sunulmuştur.

Tema 1: Dikkat kavramının ne çağrıştırdığı

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında dikkat kavramının onlara “odaklanma, dikkatli çalışma, algı, çevresel faktörler, ilgi, özen gösterme, yoğunlaşmayı” çağrıştırdığı belirlenmiştir. Katılımcılar özellikle odaklanma koduna yoğunlaşmıştır. G1, G2, G5, G9, G11, G18, G20, G31 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir;

“Bir işe odaklanabilmektir “(G1)

“Dikkat denilince aklıma iki şey geliyor, birincisi yapılan işe özen gösterme, önem verme ikincisi ise düşündüğüm ve yapacağım şey üstünde yoğunlaşmak olarak açıklayabilirim.” (G2)

“Bir işi eksiksiz, hatasız ve en güzel şekilde yapabilmek için o işe verilen odaklanma durumudur.” (G5)

“Herhangi bir işi yapmak için tüm zihin ve ruh haliyle o işi aksatmamaktır.” (G9)

“Uyaranlar olmasına rağmen yapılan işe devam edebilmektir.” (G11)

“Bir konuya ya da bir işe odaklanmak, etraftan bağımsız olarak o konuya yoğunlaşmak olarak tanımlayabilirim.” (G18)

“Bir şeye odaklanmak. İlgimizi o odağa yöneltmek.” (G20)

“Yaptığınız herhangi bir işe odaklanmak yani tamamen bir odak noktası belirlemedir.” (G31)

Katılımcılar tarafından en fazla ifade edilen diğer kod ise dikkatli çalışmak olarak belirlenmiştir. Çalıştıkları iş ve çalışma ortamı nedeniyle çok dikkatli ve hassas davranmaları gerektiğini belirtmişlerdir. G6, G7, G26, G27, G28, G29, G30 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“İşimle tanımlayacak olursam doğru ilaç, doğru hasta, ilaç kontrolleri gibi doğru ilaç ilkelerine uymak olarak tanımlayabilirim. Gözümüzden kaçan en ufak bir hata belki farklı bir ilaç uygulamamıza ya da yanlış hastaya ilaç verilmesine sebep olabilir.” (G6)

“Dikkatin bizim işimizin temeli olduğunu düşünüyorum.” (G7)

“Sağlık alanında çalıştığımız için sürekli dikkatli olmamız gerekiyor. Hastanın vital bulgularının, hareketlerinin, bilinç takibinin, glaskowunun, doku bütünlüğünün hepsinin ayrı ayrı ele alınması gerekiyor. Bunun için dikkatli olmak gerekiyor.” (G27)

“Dikkat etrafta olup biten eksikleri görme.” (G29)

“Mesleğimiz gereği dikkat bizim için çok önemli çünkü hastanın hayatı söz konusu benim için burada dikkat demek her şey demek. Çünkü en ufak bir dikkatsizlikte bütün her şeyi tehlikeye atabiliyoruz.” (G30)

“Çevrendeki bir olaya duyarlı olma.” (G7)

“Yüksek sesli, gürültülü, kalabalık ortamlarda odaklanabilmektedir.” (G26)

“Algıların açık olması.” (G27)

“Dikkat denilince aklıma düzen ve denge içerisinde olmak gelmektedir.” (G28)

Tema 2: Dikkat Dağılmasına Neden Olan Faktörler

Dikkat dağılmasına neden olan faktörler temasında; gürültü, hasta ve hasta yakınları, çalışma arkadaşları, kalabalık ortam, stres, fiziksel koşullar, yoğun çalışma şartları, kişisel sorumluluklar, uykusuzluk, yorgunluk, odaklanamamak, prognozu kötü olan hastalar, soru olması, stres, yüksek ses, çalışan eksikliği, güvenliksiz ortam, telefon çalması ve eğitim eksikliği alt tema olarak belirlenmiştir.

Dikkat dağılmasına neden olan faktörler alt temasında özellikle gürültü ile hasta/hasta yakınlarının tutumu ve davranışları klinikte dikkati en çok etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir. Ayrıca klinikte çalışma yoğunluğuna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının hemşirelere sorular sormasının ve ortamın kalabalık olmasının da dikkatin dağılmasına neden olduğu belirtilmiştir. G1, G2, G3, G5, G6, G7, G8, G9, G12, G13, G15, G19, G20, G22, G24, G25 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Tedavi yapılırken soru sorulması, hasta yakınlarının yapılan işlere müdahale etmesi, işime karışması dikkatimi etkiliyor.” (G1)

“Hasta yakınlarının sürekli sorular sorması, çalışma ortamının çok sıcak ya da soğuk olması, hasta odalarının kalabalık olması etkilemektedir.” (G2)

“Stresli ve gergin olmak. Acil bir hasta geldiğinde ya da olay olduğunda hepimiz birden geriliyoruz, strese giriyoruz sonra dikkatimiz dağılıyor. Her zaman yaptığımız şeyleri yapamaz oluyoruz.” (G3)

“Uykusuzluk etkiliyor. Gece nöbetlerinde uyuyamadığım için ertesi gün gündüz uyusam da gece uykusunun yerini tutmuyor. Dinlenmiş olamıyorum. Bir de hasta-hemşire sayısı yeterli oranda değilse etkileniyorum. Çok hasta varsa ve buna yetecek sayıda hemşire değilsek dinlenemediğim için dikkatim dağılıyor.” (G5)

“Kalabalık ortam ve kargaşa klinikte dikkatimin dağılmasına neden oluyor. Birden fazla kişinin konuşması, benim işimi yapmama engel oluyor, dikkatimi dağıtıyor. On dakika içerisinde yapacağım bir işi yarım saatte yapmış oluyorum.” (G6)

“Ben 5 yıldır yoğun bakımda çalışıyorum. Ses, gürültü açısından çok rahatsız edici bir birim. Cihaz sesleri çok fazla. Pump cihazları, solunum cihazları, hasta başı monitörizasyonlar, yatağın kumanda ile aşağı yukarı hareketleri, cihazların uyarıları gibi oldukça fazla sese maruz kalıyoruz. Hasta transferlerinde de hastaların geliş gidişleri, sürekli bir sirkülasyonun olması dikkati etkiliyor. Ayrıca tedavi hazırlarken dalgın olabiliriz ve yanlış tedaviler hazırlayabiliriz. Hastaya zararımız dokunabilir. Ya da kendimize zararı olacak durumlara neden olabiliriz. Elimize enfekte iğne batırabiliriz... Bu durumların hepsi dikkatimizi etkileyen ve bunun sonucunda karşılaşılabileceğimiz durumlar arasında yer almaktadır.” (G7)

“Özellikle iş arkadaşlarım ile olan iletişim, işle doğru orantılı olmayan çalışan sayısı, iş ortamının fiziksel koşulları, aydınlatma, ses, hastaların genel durumları, hasta yakınlarının çok fazla olması ve tavırları dikkatimi etkilemektedir.” (G8)

“Hasta yakınlarının başımızda olması yapacağım tedaviyi büyük oranda etkiliyor. Hastaya tedavi anlatıyorsun ve yapıyorsun, örneğin ilaç yapacaksın hasta bir şey soruyor, yakını bir şey soruyor, yanındaki ziyaretçiler bir şeyler soruyor bu sefer ben ilacı yaptım mı yapmadım mı şüphede kalıyorum veya damar yolu açarken kalabalık olup herkes bana bakınca açamıyorum” (G9)

“En çok hasta yakınları etkiliyor. Bir şeye odaklanıyorum tam o sırada gereksiz soru sorabiliyorlar o zaman yapacağım şeyi unutuyorum, dikkatim çok dağılıyor. Yine aynı şekilde olumsuz çalışma koşulları olduğunda dikkatim etkileniyor.” (G12)

“Fazla sesli ortam olması...” (G13)

“Ses, gürültü, düzensizlik dikkatimi etkiliyor. Etrafta çok fazla kablo olması, cihazların düzensiz yerleşimi, monitör, ventilatör, defibrilatör cihazlarının üzerindeki yazı boyutlarının küçük olması dikkatimi dağıtıyor.” (G15)

“Aşırı nöbetler ve buna bağlı uykusuzluk, tükenmişlik, aşırı iş yoğunluğu olabilir. Mesleği severek yapmama, klinikte severek çalışmama, ilgisiz olma, ihmalkar davranma, lakayt davranışlar ya da aceleci olma yani işi bitireyim oturayım mantığında olma bence klinikte dikkati etkileyen en önemli faktörler arasında.” (G19)

“Gürültü olması etkiliyor.” (G20)

“Kliniğimde o kadar çok ki etkileyen faktörler. En önemlisi doktorsuz bir ortamda çalışıyor olmamız. Telefonlara gece nöbetlerinde bizim bakıyor olmamız. Kapıları bizim açıyor olmamız. Çünkü gece nöbete kalan sekreterimiz ve transportumuz yok. Genelde bu tarz işleri biz yapıyoruz.” (G22)

“Bazen üst üste çok yatış geliyor. Yatışların fazlalığı dikkatimizi dağıtabiliyor.” (G24)

“Uykusuzluk, yorgunluk etkiliyor. Özellikle nöbetlerden sonra dinlenememek çok etkiliyor. Gece yarım saat uyku bile bize çok iyi geliyor. Hiç uyumadığımız zaman sabah eve gidince nerede yaşıyoruz diye düşünüyorum. Bazen bilinçsizse dolanıyorum.” (G25)

Dikkat dağınıklığına neden olan durumlar temasına ait olan kodlardan kişisel sorumluluklar ve uykusuzluk hemşireler tarafından oldukça sık ifade edilmiştir. Yoğun çalışma şartları ile dinlenme sürelerinin az olmasının çalışma ortamında dikkatin dağılmasına neden olduğu bildirilmiştir. Hasta yakınlarının tutumu, stres ve işe odaklanamamanın da dikkatin azalmasına neden olduğu belirtilmiştir. G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G12, G17, G18, G19, G20, G22, G32 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Yine aynı şekilde stresli olduğum zamanlarda serviste durumu ağır hasta olduğunda veya bulaşıcı bir hastalığı olan hasta olduğunda, biraz panik yaptığım için dikkatim dağılıyor. Ayrıca bizim nöbet olayımız olduğu için hafta sonları veya akşamları genelde çalışıyoruz ve sosyal bir ortamımız neredeyse yok. Kendimize çok az zaman ayırabiliyoruz. Bu durumda biz hemşirelerin kafasının sürekli meşgul olmasına, kafasını dağıtamamasına neden oluyor ve dikkat bozukluğu yaşamamıza neden oluyor.” (G2)

“Stres ve iş gerginliği dikkati azaltıyor fakat bu beni fazla etkilemiyor. Sanırım bu birazda tecrübeyle kazanılıyor. Ne kadar tecrübeliysek o kadar az hata yapıyoruz ve daha dikkatli oluyoruz. Ayrıca cep telefonlarının da dikkati çok etkilediğini düşünüyorum. Hasta yokken bakıyoruz ama hepimizin elinde cep telefonu var, doktorundan tutun, hemşiresi, personeli, sekreteri herkeste. Gerçekten dikkatimizi çok etkiliyor.” (G3)

“Hemşire sayısının azlığı da yine dikkatimiz etkileyen bir durum. Az kişi ile çalışıldığında her şeye yetişmeye çalışıyorsun ve dağılıyorsun.” (G4)

“Sık nöbet tutmak, dinlenememek, az hemşire ile fazla hasta bakmak, izinlerin istenilen zamanda alınamaması, bilgi eksiklikleri, çalışma arkadaşları ve yöneticiler ile olan çatışmalar, kliniği ilgilendiren durumlarda fikrimizin sorulmaması gibi nedenler dikkatimi etkilemektedir.” (G5)

“Nöbetlerde kesinlikle belli bir süre dinlenmemize izin verilmeli. İnsan fizyolojisi sonuçta, gündüz ne kadar uyursak uyuyalım gece uykusunun yerini tutmuyor. Bu durumda dikkatin dağılmasına neden oluyor. Nöbet tutan her çalışanın 2 saat dinlenme hakkının olması gerektiğini düşünüyorum.” (G6)

“Isı, gürültü gibi fiziksel koşullar ayarlanabilir. Hasta ziyaretlerine kısıtlamalar gelebilir. Özellikle tedavi saatleri içerisinde ziyaretçi kabul edilmemelidir. Cep telefonlarının çalışırken sessizde olması gerekmektedir. Uykusuzlukta dikkatimi azaltıyor. Nöbet öncesi ve sonrası yeterli dinlenmenin sağlanmasının yanı sıra nöbette de dinlenme olanaklarının verilmesi lazım.” (G7)

Yöneticilerin tutumları önemli. Eğer gerginliklerini bize yansıtıyorlarsa, servisi ilgilendiren işlerde bizim fikirlerimizi önemsemiyorlarsa, nöbet listeleri yapılırken fikirlerimiz sorulmuyorsa kendimizi değersiz hissediyoruz ve aidiyet duygumuz gelişmiyor. İş arkadaşlarımızla problem yaşadığımızda da aynı duygular gelişiyor. Bu

da işe mutsuz, huzursuz gitmemize neden oluyor. Eğer klinikte genel durumu kötü, ağır bir hasta varsa o hastaya daha fazla ilgi göstermek gerekiyor. Bu sefer diğer hastalara olan ilgim ve dikkatim azalıyor. Hasta yakınlarının her şeye karışması da dikkatimi etkileyen bir diğer faktör.” (G8)

“Fiziksel özellikler çok etkiliyor. Camı olmayan, havalandırması yetersiz olan, kalabalık, hijyeni yetersiz, düzensiz, çatışmanın olduğu, hoşgörünün olmadığı, gürültülü ortamlar etkilemektedir.” (G9)

“Bir işe odaklandığımda, farklı bir şey söylenmesi, soru sorulması dikkatimi dağıtıyor.” (G12)

“Yoğun çalışma, stresli çalışma ortamı etkilemektedir. Önceden bir plan yaptığımda bu planımı gerçekleştiremezsem aklım hep yapmak istediğim programda kalıyor ve diğer işe uyum sağlayamıyorum.” (G17)

“Beni en çok etkileyen hasta yakınları oluyor. Özellikle birden fazla hasta yakını olduğunda kalabalık bir ortam oluyor. Hasta yakınları da sürekli soru soruyorlar. Belki haklılar hastaları hakkında bilgi alma istiyorlar fakat bir işlem sırasında sorduklarında dikkat dağınıklığına neden oluyorlar.” (G18)

“Havasız bir ortamda çalışma, hasta yoğunluğunun çok fazla olması, gürültülü bir çevre olması, yoğun bakımdaki cihazların sesleri, karanlık bir çalışma alanı olması, çok sıcak ya da soğuk bir ortam olması ya da aşırı nemli bir ortamda çalışmak, stresli çalışma, çok yoğun çalışma, fiziken, ruhen yorucu bir ortamda çalışma, ekipten dışlanma dikkati azaltan durumlardır. Buna bağlı olarak özgüven eksikliği. Kalabalık ortamlar, insan yoğunluğunun fazla olduğu ortamlar, herkesin konuştuğu ortamlar dikkati azaltabilen durumlar olarak aklıma geliyor. Dikkatle birlikte akla gelen en önemli şeylerden biri de deneyimsizlik ve ihmaldir. Deneyimsizlik yeni başlayan hemşire arkadaşlarda, ihmal ise orada uzun süre çalışanların bir an önce iş bitsin mantığıyla çalıştıkları için oluyor bence. Bu iki durumda dikkati azaltan etkenler arasında yer almaktadır.” (G19)

“Stres altında çalışmak dikkati azaltıyor. Covid 19 sürecindeyiz ve daha fazla dikkat etmeye çalışıyoruz ama stres altında olduğumuz için daha fazla hata yapmamıza neden olabiliyor. Ortamın fiziksel özellikleri etkiliyor. Yaz ayları kliniğimiz çok sıcak oluyor ve bu performansımızı etkiliyor. İşe odaklanmamızı engelliyor. Yorgunluk, uykusuzlukta etkiliyor. Bu nedenle birkaç saat birbirimizi

dinlendirmek gerektiğini düşünüyorum. Böylece dikkatimizin artmasını sağlamış oluyoruz.” (G20)

“Çevresel faktörler, ısı, ışık etkiliyor. Bir süre sonra nöbetlerde ışık bile rahatsız edebiliyor. Dikkatimizi dağıtabiliyor. Özellikle uykunun yoğunlaştığı dönemlerde zor oluyor. Çalışma mesaisinin fazla olması, sağlık çalışanlarını motive edici yöntemlerin olmaması etkilemektedir. Kullanılan malzeme kalitesi de dikkatimi etkiler. Bazı eldivenler hastaya damar yolu açtığımızda bant yapıştırırken bile eldivene yapışıp kopabiliyor. Maskeler desen aynı şekilde. İncecik maskeler olabiliyor. Çift kat takıyorsunuz bu seferde çok bunaliyoruz. İlaç yerleri değiştiğinde ilacı bulmak için zaman kaybedebiliyorsun. İlaçlar alıştığımızın dışında yerlere konulduğunda özellikle acil arabasındaki ilaçların yerleri değişmesi, acil durum müdahalesini etkiliyor. Aynı türden, birbirine benzeyen ilaçlar farklı etkilere sahip olabiliyor. Bazen belirli aralıklarla ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol ediyoruz. Sonuçta o anda acil bir durumda ya da ilaç uygulayacağımız zamanda onun son kullanma tarihine bakmakta bizim dikkatimizi dağıtıyor. Bu tarz önlemler alabiliyoruz. Acil arabalarında aynı şekilde ilaçların olabildiğince yerlerinin değiştirilmemesine çalışıyoruz. Alışık olduğumuz yerden alınması her saniye çok önemli olduğu için işimizi daha da kolaylaştırıyor.” (G22)

“O günkü duygudurum bozukluğu çok etkiliyor açıkçası. Bizim iletişimde çok iyi olmamız gerekiyor. Biz iletişimde kötüyüz, sosyal insanlarız deme gibi bir lüksümüz yok. Çünkü insanlara bir açıklama yapmak zorundayız. Bir işi yaparken bunları anlatmak zorundayız. Ama karşımızdaki insan iletişime geçmemizi engelliyorsa, iletişim kurmamıza bir engel koyuyorsa orada bir dikkat eksikliği oluyor ister istemez. Karşıdaki insan seni anlamıyor değil anlıyor ama seni anlamak da istemiyor, dinlemek de istemiyor. Bence işimizi çok ciddiye almalıyız. İşimiz çok önemli bir iş. Biz hemşire olarak kilit oyuncuyuz aslında burada. Biz olmadan hiçbir şekilde hastane işi yürümez. Bir hasta buradan iyi bir şekilde ayrılamaz. Özellikle kendi meslektaşlarıma diyorum mesleğimizin kalitesini, değerini bilmemiz lazım. Buna sahip çıkmamız lazım. Bunun için tüm meslektaşlarımla birlikte mesleği ayakta tutmak için bu dikkatsizliklerin önüne geçmeliyiz.” (G32)

Tema 3: Dikkatin Önemli Olduğu Meslek Grupları

Dikkatin önemli olduğu meslek grupları temasında sağlık çalışanları, polis, asker, öğretmen, şoförlük alt tema olarak belirlenmiştir. G1, G8, G9, G14, G15, G24 ve G30 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Sağlık sektörü geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olacağı için dikkatin yüksek olması gereken en önemli meslek grubudur. Küçük bir dikkat eksikliği olması hastanın tedavisinin yanlış olmasına, hastanın geç iyileşmesine, yanlış ilaç uygulamasına, hastanın sakat kalmasına, ölmesine neden olabilir.” (G1)

“Polislerin iş tanımlarına ve insanlarla birebir ilgilenmelerine bağlı olarak dikkatli olmaları gerektiğini düşünüyorum.” (G8)

“En önemlisi sağlık sektörüdür. Sağlık sektöründe yaptığın bir hatanın dönüşü yoktur. Yani yanlış bir hastaya yanlış bir tedavi yaptığın zaman hastanın ölümü ile sonuçlanabilir ve bunun geriye dönüşü yoktur.” (G9)

“Sağlık alanı olarak düşünüyorum. Çünkü yanlış yapıldığında başka meslek gruplarında telafisi olabilirken bizim mesleğimizde geri dönüşü yoktur.” (G14)

“Polisler, kolluk kuvvetlerinde de önemli olduğunu düşünüyorum.” (G15)

“Aslında insanla uğraşan bütün mesleklerde dikkat önemli” (G24)

“Genelde insan yaşamı ile ilgili olan her şeyde dikkat çok önemli. Bu işin içine girdiğimiz zaman bunun kıymetini, önemini daha çok anlıyoruz. Hem kendi sağlığımız için hem diğer insanların sağlığı için önemlidir. Her iş kendi özelinde dikkat gerektirir ama insan yaşamını etkileyen çalışma alanları bence daha önemlidir.” (G30)

Tema 4: Hemşirelerde Dikkat Düzeyi Düşüklüğünün Sonuçları

Hemşirelerde dikkat düzeyi düşüklüğünün sonuçları teması altında; malpraktis, iş verimsizliği ve iletişim eksikliği alt temaları belirlenmiştir. G2, G3, G4, G5, G6, G8, G12, G16, G19 ve G22 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Bence kesinlikle en önemlisi yanlış tedavinin uygulanması. Bu hastanın sakat kalması veya ölümü gibi sonuçlara yol açabilir. Ayrıca dalgın olduğumuz durumlarda dikkatimiz az olacağı için kan alırken zorlanabiliriz, damar yolu açabilecekken açamayabiliriz. En basit bir işi bile hatalı yapabiliriz.” (G2)

“Hastanın sağlığı ya da hayatıyla ilgili problemler ortaya çıkarabilir. Onun dışında evraklarda eksiklik ya da hata yapılmış olabilir. Örneğin; yaptığım işleri yazmadım, dikkat etmedim ve benden sonraki çalışma arkadaşım da yapılmamış diye tekrar yapabilir. Buda yanlış bir işleme neden olabilir ve geriye dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir. Tıbbi hatalar konusunda çok dikkatli davranmamız gerekiyor.” (G3)

“Hastalarla iletişim eksikliğimiz olmasına, yanlış müdahaleler yapmamıza ve geri dönüşü olmayan ölümcül sonuçlara neden olabilir.” (G4)

“Dikkat düzeyi düşük olduğunda hastalar, tedaviler karıştırılabilir. Yanlış hasta sonuçları elde edilebilir. Yanlış ilaç uygulamaları yapılabilir. Örneğin; klinikte olan bir şeye hastanın alerjisi vardır ve biz onun farkında olmayabiliriz. Anaflaksiye kadar giden durumlarla karşı karşıya kalıp hastanın ölümüne neden olabiliriz. Ya da hasta opere olacaktır ve taraf cerrahisi yapılması gerekmektedir. Dikkat eksikliği kaynaklı yanlış tarafı işaretlediğimizde istenmeyen sonuçlarla karşılaşabiliriz...” (G5)

“Yaptığımız tedavinin sonucunu istediğimiz şekilde alamıyoruz. Hastaların tedavi süreci uzuyor ya da tedavi olamıyorlar. Hastanın şikayetlerini dikkate almalıyız. Hastayı dinlemeyip dediklerine dikkat etmezsek belki de tanısını destekleyecek bulguyu gözden kaçırmış olacağız.” (G6)

“Maalesef ki böyle durumlarla karşılaşabiliyoruz. Hastaya yanlış tedaviler yapılabiliyor. Bu durum sonradan fark edilebilir ya da hiç fark edilemez. Operasyon geçirecek bir hastaya yanlış taraf cerrahisi yapılabilir. Bu durumların bazen geriye dönüşü olabilirken bazen geriye dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilir.” (G8)

“Sağlıkçı olduğumuz ve insan hayatı ile uğraştığımız için dikkat dağınıklığı sonucu ufak bir hata yaptığımızda çok büyük ölüme kadar giden sonuçlarla karşılaşabiliriz. Aynı şekilde kendimize de zarar verebiliriz. Bulaşıcı hastalıklara yakalanabiliriz. Fiziksel olarak kendimizi yaralayabiliriz.” (G12)

“Bu tıbbi hataya, malpraktise neden olur. Hastanın ölümüne neden olabiliriz. Yapmamız gereken müdahaleyi yapamayabiliriz. Yanlış tedavi farklı komplikasyonlara neden olabilir. Hastaların ve yakınlarının bize güveni azalır. Hemşirelik bakımı olumsuz etkilenir. Bir hemşire olarak eksik iş yapmış oluruz. Hastanın can güvenliğini tehlikeye atmış oluruz. Bu hastanın mortalitesi ve morbidite ile sonuçlanabilir.” (G16)

“En başta malpraktis aklıma geliyor. Bir insanın tıbbi hata yapıldıktan sonra hastanede yatış süresini uzatacak, belki daha fazla ağrı çekmesine neden olacak, belki engelli kalmasına yol açacak. Kendi sağlığımızı da riske atıyoruz. Kesici-delici alet yaralanmaları aslında küçücük bir iğne batması gibi görünse de insanların canı ile ödediği bazı durumlara yol açabiliyor. Bu yüzden biz kendi dikkat eksikliği nedeniyle kendi sağlığımızı da riske atıyoruz.” (G19)

“Yanlış ilaç uygulaması olabilir ve hastanın ölümlü ile sonuçlanabilir. Onun dışında eksik tedavi, yanlış tedavi olabilir. Hastaya yeterince zaman ayıramama, yetersiz bakım olabilir. Bulaşıcı hastalığa sahip bir bireyin iğnesini elimize batırabiliriz ya da kanı ile bir bulaş olabilir. Bir de dikkatimiz dağınıksa daha fazla risk altında kalıyoruz.” (G22)

Tema 5: Dikkati Artırmaya Yönelik Öneriler

Dikkati artırmaya yönelik öneriler teması altındaki alt temalar: düzenli çalışma ortamı, dinlenme, hemşire-hasta oranı, spor, eğitim, sosyalleşme, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi olarak belirlenmiştir. G1, G2, G5, G7, G12, G17, G19, G25, G29, G30 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Fiziki şartların uygun olmasına dikkat edilmesi gerekir. İlaçları uygularken doğru ilaç ilkelerine uyulması gerekiyor. Ziyaretçi kısıtlamaları kesinlikle olmalı ve ziyaretçi saatleri kısa tutulmalı. Hastaya yapılacak herhangi bir işlemdede bu ziyaret saatleri dışarısında yapılmalıdır. Sosyal ortamın olması dikkati artıracak unsurlardan birisidir. Stresli bir işim olduğu için işten sonra dinlendiğimde, arkadaşlarımla, ailemle güzel vakit geçirdiğimde motivasyonum artıyor.” (G1)

“Dikkati artırmanın çok fazla yolu var. Bence bunlardan en önemlileri kitap okumak, okuduğumuz kitabı sonrasında yorumlayarak not çıkartmak. Bunun dışında beyini boş zamanlarda kuvvetlendirecek aktiviteler yapmak, spor yapmak, bulmaca çözmek dikkati artırabilir diye düşünüyorum.” (G2)

“Hemşire-hasta oranının dengeli olması oldukça etkili. Yeterli sayı olduğuunda bakımın kalitesi de artıyor, memnuniyet oranı da artıyor, bizlerin dikkat düzeyleri de artıyor ve hata yapma olasılığı azalıyor.” (G5)

“Fiziksel olarak hastanelerin ergonomik yapısının düzgün olması, dinlenme alanlarının olması, havalandırma sistemlerinin çalışır durumda olması, gürültüsüz, sessiz bir ortamda çalışılması, ısının ayarlanabilir olması, yeterli ışığın olması,

düzenli bir ortamda çalışmak, ihtiyaçlarımızı rahatla sağlayabileceğimiz bir ortam olması dikkatimizi artıran durumlar arasındadır.” (G7)

“Fiziksel olarak çalışma ortamının ısısı, aydınlatması, gürültü düzeyi olması gereken düzeyde olmalıdır. Stressiz bir ortamda olmamız gerekiyor. Bunu da yöneticilerin bizlere sağlaması gerektiğini düşünüyorum. Biz mutlu ve stressiz olduktan sonra hastalarımızda mutlu ve hatasız bir ortamda hizmet almış olacaklar.” (G12)

“Çevremiz fiziki olarak çalışma ortamına uygun olmalıdır. Ses, ışık, gürültü bunlar standart sınırları aşmamalıdır. Cihazlar rahat ulaşabileceğimiz konumda ve çalışır durumda olmalıdır. Cihazların kullanımını bilmemiz gerekmektedir. Stresli bir ortam olmamalı. Psikolojik durumumuzun da işe hazır olması gerekmektedir. Arkadaş olarak, ekip olarak uyumlu olmalıyız. Ekip kavramının ne demek olduğunu bilmeliyiz. Yapılan işe uygun ücret verilmeli ki yaptığımızın karşılığını aldığımızı bilmeliyiz. Bunlar hep dikkati artırabilir ve daha verimli iş ortamı sağlayabilir diye düşünüyorum.” (G17)

“Fiziksel olarak çalışma ortamının ısısı, aydınlatması, nem oranı, ergonomik olarak insanların çalışmasına uygun olmalıdır. Kullanılan malzemelerin kaliteli olması, yatak sayılarını yeterli olması ve bununla orantılıda hemşire sayısı olması gerekiyor. Psikososyal olarak işe hazır durumda olmalıyız. Mobing olmamalı, stres azaltılmalı, iş yoğunluğu azaltılmalı, nöbetler adil bir şekilde yapılmalıdır. İş bölümü doğru bir şekilde yapılmalıdır. Çalışılan alanda dinlenme alanlarının yeterli olması ya da insanların molada rahatça çayını, kahvesini içebileceği ortamların oluşturulması dikkati artıran faktörler arasında yer almaktadır.” (G19)

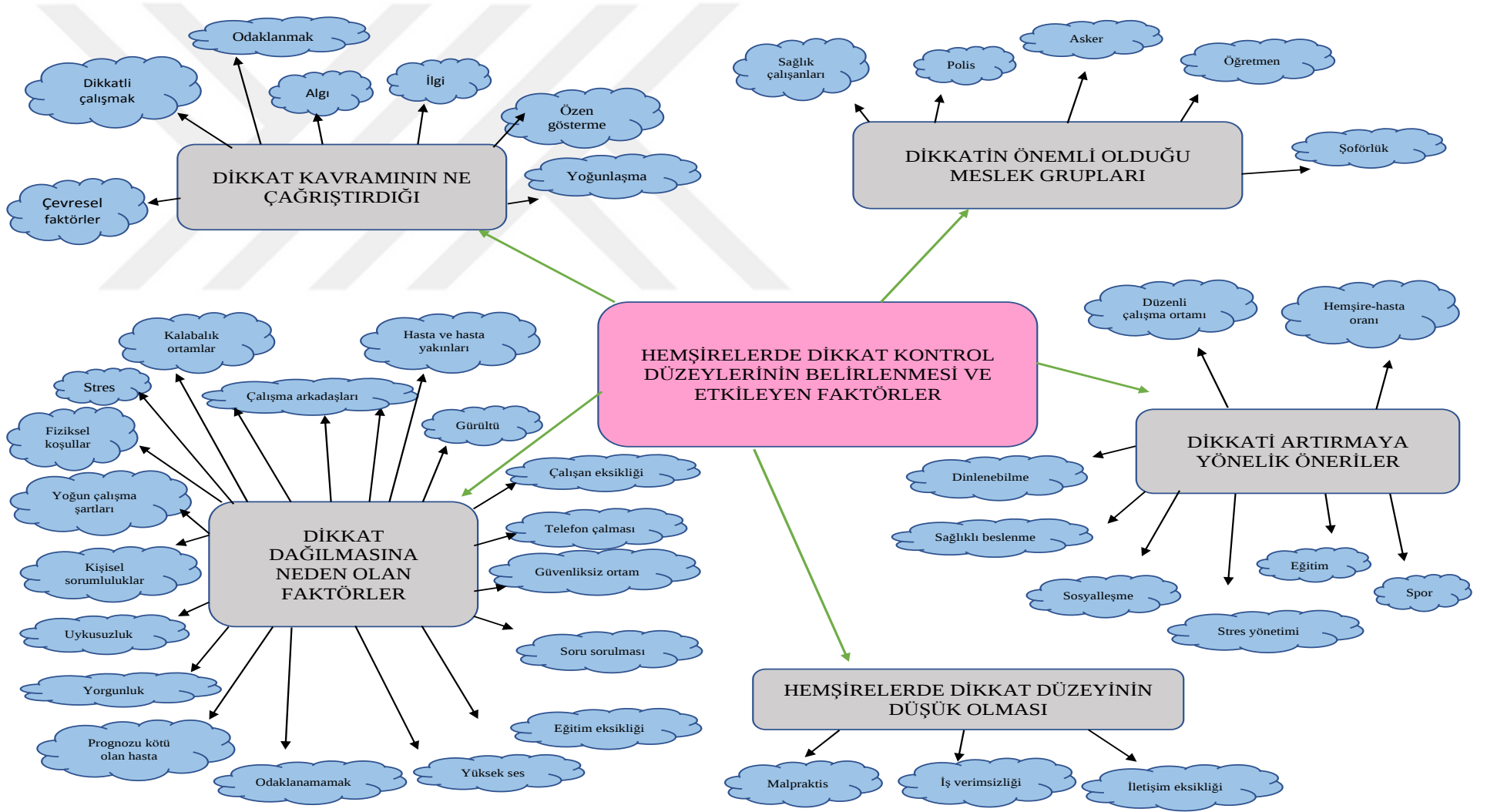
“Sosyal ortam ve kişiler arası ilişkiler etkiliyor. Uyumun çok iyi olması lazım. Motivasyon çok önemli. Ast-üst ilişkileri ile bir denge sağlanmalı ve motivasyon artırılmalıdır.” (G25)

“Bence bilginin artması dikkatin artmasına neden olur. Bilmeyen insan dikkat etmez. Bir kişinin dinlenmiş olması, psikolojik doyumunun olması, iyi bir çalışma ortamında olması dikkati artırmaktadır.” (G29)

“Bireyin tolerans düzeyinin yüksek olması, kişisel problemleri hastaya yansıtmaması, ekip ruhunu benimsemesi gerekiyor. Ama bunu tolere edemeyen insanlar var. İnsan hayatı ile uğraşıyoruz. Basit bir mide koruyucu, ağrı kesici ya da

antibiyotik deyip umursamadığımız durumlar anafilaksiye yol açıp ölüme neden olabilmekte. Basit görünen her şeyin insanla uğraştığımız için özenle yapılması gerekiyor.” (G30)





Şekil 4.2. Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin belirlenmesine yönelik olarak oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılması, hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen nicel verilerin tartışılması, hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen nitel verilerin tartışılması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekler, davranışsal verilerden sayısal değer elde etmek amacıyla kullanılan ölçüm araçlarıdır. Ölçek geliştirme sürecinin ilk basamağı madde havuzunun oluşturulmasıdır. Bu araştırmada literatür ve kuramsal yapının incelenmesinin ardından nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik görüşme tekniğinden yararlanarak hemşireler ile görüşülmüş ve ölçek madde havuzu oluşturulmuştur.

Madde sayısı konusunda bazı farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı uzmanlara göre; madde çıkarma, madde düzeltmeleri gibi işlemlerden sonra en az 20 maddeden oluşması planlanan bir ölçek için 4 katı madde sayısına sahip bir madde havuzu oluşturulması önerilmektedir. Madde havuzu ile ilgili diğer bir yaklaşım ise en uygun yöntemin fenomenin yapısal özelliklerine göre madde havuzunun oluşturulmasıdır. Ölçülmek istenen eğilim, özellik, yargı hedef kitlede heterojen dağılım gösteren bir yapıda ise madde sayısının çok olması; homojenik bir yapı gösteriyorsa madde sayısının az olabileceği belirtilmektedir (Özdamar, 2017). Madde sayısı konusunda genel görüş ise madde havuzunun büyük olmasının faydalı olacağı yönündedir (DeVelis, 2017; Tezbaşaran, 2008). Bu doğrultuda, Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı başlangıçta 50 maddeden oluşturulmuştur. Daha sonra iki uzmandan destek alınarak anlam, dil, yazım kuralları ve bütünlük açısından maddeler değerlendirilerek gerekli iyileştirmeler yapılmıştır.

Ölçekteki maddelerin, ölçülmek istenen konuyu, uygun ve yeterli olacak şekilde ölçekbilme düzeyine kapsam geçerliği adı verilmektedir. Kapsam geçerliği uzman görüşlerine dayanan bir yöntemdir. Bu doğrultuda Hemşirelerin Dikkat Kontrol

Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağı 11 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur (Ek-8). Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, ayırt edicilik, amaca hizmet etme ve kültürel uygunluk açısından değerlendirmiştir. Her bir maddeyi (1=madde gerekli, 2=madde yararlı ancak yeterli değil, 3=madde gereksiz) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzman görüşlerinin ardından ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirilmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır.

Uzman görüşü sonrasında Kapsam Geçerlilik Ölçütü (KGÖ) 0,59 olarak saptanmıştır. 50 madde için 11 uzmanın verdiği cevaplara göre KGO'ları hesaplanmıştır. Bu hesaplama göre “Dikkatim dağıldığında tedavi hazırlarken veya uygularken kesici-delici bir aletle (iğne, ampul vb.) yaralanma riskim artar”, “Çalışma arkadaşlarımla sözleri ve davranışları işimi yaparken dikkatimi dağıtmaz”, “Klinikte işimi hızlı bir şekilde yapsam da dikkatim azalmaz” ve “Hangi klinikte çalışacağımın bana sorulmaması kliniğe uyum sağlayana kadar dikkatimi olumsuz yönde etkiler” şeklindeki 4 madde yapı dışına çıkartılmıştır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra KGO'larının ortalamasından KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi) hesaplanmış ve 0,86 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda $KGİ \geq KGÖ$ olduğundan oluşturulan 46 maddeli yapının kapsam geçerliğinin, istatistiksel açıdan anlamlı hale geldiği saptanmıştır.

Uzmanların değerlendirmelerinin ardından ölçek ve anket formu örneklem grubu ile aynı özelliklere sahip ancak araştırma kapsamına alınmayan 21 kişilik bir hemşire grubuna, anlaşılabilirliği değerlendirmek üzere pilot çalışma olarak uygulanmıştır. Pilot çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda gerekli iyileştirmeler yapılarak taslak ölçek maddelerine son şekli verilmiş ve taslak ölçek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında madde sayısı örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde etkili olmaktadır. Child (2006), faktör analizi çalışmalarında, ulaşılan örneklem büyüklüğünün, madde/soru sayısının (değişken) 5 katı (5:1), Kline (1994) ise örneklem büyüklüğünün madde sayısının 10 katı (10 :1) olması gerektiğini bildirmiştir. Özetle faktör analizinde örneklem büyüklüğü madde sayısı ile ilişkilidir. Erkuş (2007), örneklem büyüklüğünün güvenirlik katsayısını etkilediğini, örneklem büyüklüğü arttıkça aynı doğrultuda güvenirlik katsayısının da arttığını bildirmiştir. Kapsam geçerliği sonrasında ölçek madde sayısı 46 olan bu

araştırmada, ölçek madde sayısının yaklaşık olarak 10 katına ulaşılmış ve ölçek geliştirme çalışması 440 hemşire ile tamamlanmıştır.

Yapı geçerliğinde kuramsal olarak açıklanan ve doğrudan gözlenemeyen bir fenomeni ölçmeyi amaçlayan ölçü aracının, ölçülmek istenen fenomeni ne denli doğru ölçebildiği değerlendirilmektedir (Erdoğan vd., 2014). Açıklayıcı faktör analizi, değişkenleri gruplandırarak, veriler arasında olan ilişkiyi anlaşılabilir ve kolay yorumlanabilir şekle getirmektedir (Çokluk, 2011). Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizine uygulanabilirliğini belirlemek için KMO testi, analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Barlett testi analizlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmamızda Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağının KMO değeri 0,928 olarak belirlenmiştir. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 1'e yaklaştıkça daha güvenilir bir faktör yapısı sunmaktadır. Elde edilen bu değer faktör analizi uygulaması için örneklem büyüklüğünün yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Barlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı bulunması verilerin faktör analizi için uygun olduğuna ve değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna işaret etmektedir.

Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslağına Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak AFA uygulanmıştır. 46 maddeden oluşan taslak ölçek ilk analiz sonucunda 7 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1'den fazla faktöre birden güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler 2, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33 ve 41 numaralı maddelerdir. Bu doğrultuda 18 madde çıkarıldıktan sonra yapı 28 madde ve 4 faktör ile uygun hale gelmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), açıklayıcı faktör analizi (AFA) ile belirlenen yapıların test edilerek geçerliğinin incelenmesini ya da daha önce yapılmış ölçek belirleme sonuçlarını yeni veri yapıları ile denetleme/doğrulama işlevini yerine getirmektedir. DFA sonucunda 1, 3, 5, 6, 9, 14, 16, 43 ve 44 numaralı maddeler çıkartılarak 19 maddeye inmiş ve sonuç olarak 19 madde 4 alt boyuta ayrılan bir ölçek elde edilmiştir. 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin DFA sonuçları incelendiğinde tüm maddelerin

faktör yüklerinin 0,600'ün üzerinde olduğu ve tüm model uyum indekslerinin (χ^2/sd : 3,00; GFI: 0,910; AGFI: 0,883; IFI:0,948; TLI(NNFI):0,923 CFI: 0,947; RMSEA:0,068; SRMR:0,045) iyi veya kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmüştür.

Güvenirlilik ölçümü sağlanabilen bir değerdir. Güvenirliğin derecesi güvenirlilik katsayısı ile ölçülmektedir. Cronbach Alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer almaktadır. Cronbach Alfa katsayısı değerinin 1'e yaklaşması ölçeğin güvenirliliğinin arttığını belirtmektedir. Alfa yöntemi ölçekteki kovaryanslar veya korelasyonlardan yararlanılarak diğer testlerin veya istatistiklerin yapılmasına yardımcı olur. Bu yöntem ölçekte bulunan soruların homojen bir yapı gösteren bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Bu çalışmada 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,911$), 6 maddeden oluşan olumsuz koşullar alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,924$), 5 maddeden oluşan klinik ortam alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,910$), 5 maddeden oluşan kaygı-durum alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,856$) ve 3 maddeden oluşan öz dikkat alt boyutunun ise oldukça derecede güvenilir ($\alpha=0,742$) olduğu görülmüştür. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nde madde toplam korelasyonu 0,300'ün üzerindedir ve Cronbach Alfa katsayısını negatif etkileyen bir madde olmadığı belirlenmiştir.

Güvenirlilik ölçümlerinden bir diğeri ise test-tekrar test güvenirliliğidir. Test-tekrar test güvenirliliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Aynı araştırma aracı aynı deneklere benzer şartlar altında iki kez uygulamaktadır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır. 440 kişiye uygulanan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği, bu kişiler içinden seçilen 65 kişiye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Ölçeğin 65 kişi ile zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) ile incelenmiş olup katılımcıların güvenirlilik için tekrarlanan sorulara verdikleri cevaplar arasındaki uyumun çok iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Ölçüm aracında Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin ICC: 0,995, olumsuz koşullar alt boyutunun ICC: 0,993, klinik ortam alt boyutunun ICC: 0,990, kaygı-durum alt boyutunun ICC: 0,997 ve öz dikkat alt boyutunun ICC: 0,985 olarak test-tekrar test puanları arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri elde edilmiştir. $ICC>0,74$ ise ilk ve ikinci uygulama puanları arasında çok iyi uyumun

olduğunu ve ölçeğin güvenilir olduğunu gösteren bir durumdur. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeğinin ve olumsuz koşullar alt boyutunun, klinik ortam alt boyutunun, kaygı-durum alt boyutunun ve öz dikkat alt boyutunun güvenilir olduğu görülmüştür.

5.2. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin %33,6'sının hemşire olarak çalışma süresinin 6-10 yıl arasında değiştiği ve %45,9'unun şu an görev yaptığı birimde 1-5 yıldır çalıştığı belirlenmiştir. Peker (2009) vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin dikkat düzeylerini araştırdığı çalışmasında, hemşirelerin %39,3'ünün 6-10 yıl arası mesleki deneyime sahip olduklarını bildirmiştir. Özsoy ve Kulu'nun (2021), sağlık çalışanlarında bağımlılığın dikkat üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, 5 yıldan uzun çalışan hemşirelerin dikkat algılarında azalma olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada internet bağımlılığının artmasının hemşirelerin dikkat düzeyini düşürdüğü vurgulanmıştır. Çatak ve Bahçecik'in (2015) hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek üzere yapmış oldukları diğer bir çalışmada, mesleki deneyimin artmasının iş yaşamı kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin %72,5'i çalıştığı birimde dinlenebilecek uygun alanları olduğunu, %78,6'sı gece vardiyasında 2 ya da 3 saat uyuma olanağı bulduklarını, %51,6'sının gece vardiyası sonrası yeteri kadar dinlenemediği, %43,9'unun uyku kalitesini orta olarak tanımladığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Tümkiye'nin (2020), acil hemşirelerinin dikkat ve konsantrasyonlarını belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin %83,7'sinin nöbet sırasında uyuma ve dinlenme olanağı bulduğunu, tıbbi hata yapma riskinin artmasının nedeninin dikkat ve konsantrasyon düzeyinin azalması olduğunu bildirmiştir.

Peker (2009), çalışmasında hemşirelerin %43,6'sının vardiya sistemi ile 45 saat ve üstü çalıştığını, %30,7'sinin uyku bozukluğu deneyimlediğini bildirmiştir. Aynı çalışmada 24 saat gibi uzun saatler çalışmanın ve gece vardiyasının iş yükünü artırdığı ve dikkati olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır. Toros'un (2020), hemşirelerin uzun çalışma saatlerinin dikkat üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, 16 ve 24 saat nöbet tutan hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin yüksek ve uyku kalitelerinin nöbet öncesine göre düşük olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin çalışma koşullarının

iyileştirilmesinin, dikkat düzeylerinin artırılması yönünden önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin %58,9'unun nöbet/vardiya sonrası kendi aracıyla evine gittiği, %15'inin son bir yıl içerisinde nöbet/vardiya sonrası trafik kazası geçirdiği, %26,8'nin son bir yıl içerisinde delici-kesici aletle yaralandığı saptanmıştır. Alpakan (2019), çalışmasında nöbet sonrası kendi aracıyla evine giden hemşire sayısının %49,3 olduğunu, bu hemşirelerin %13,5'inin nöbet sonrası eve giderken trafik kazası geçirdiğini, son bir yıl içerisinde trafik kazası geçirenlerin oranının %18,9 olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte Peker de (2009) yapmış olduğu çalışmada, yorgunluk ve dikkat dağınıklığının kesici-delici alet yaralanmalarına neden olabileceğini vurgulamıştır.

Bu araştırmada Hemşirelerin Dikkat Kontrol Ölçeği toplam puan ortalaması $61,28 \pm 13,68$, “Olumsuz koşullar” alt boyut puan ortalaması $18,89 \pm 5,89$, “Klinik ortam” alt boyut puan ortalaması $20,32 \pm 4,55$, “Kaygı-durum” alt boyut puan ortalaması $13,20 \pm 4,92$ ve “Öz dikkat” alt boyut puan ortalaması $8,88 \pm 2,95$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanlarının yaş, medeni durum, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı birimden memnuniyet, hemşirelik mesleğini sevmeye ve uyku kalitesi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırma bulgularımız doğrultusunda, 21-35 yaş grubundaki hemşirelerin, Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları, olumsuz koşullar alt boyut puanları, kaygı-durum alt boyut puanları ve öz dikkat alt boyut puanları 36-53 yaş grubundaki hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Ölçekte puan arttıkça dikkat düzeyi düştüğü için 21-25 yaş grubu hemşirelerin dikkat düzeyi 36-53 yaş grubu hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur. Araştırma bulgularına karşın Topaloğlu (2014) çalışmasında 35-43 yaş arasındaki hemşirelerin 18-34 yaş arasındaki hemşirelere göre dikkat düzeylerinin azaldığını saptamıştır. Peker (2009), 20-29 yaş grubu hemşirelerin dikkati sürdürme yeteneklerinin 30 yaş ve üstü hemşirelerden daha iyi olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada eğitim durumu lisans olan hemşirelerin kaygı-durum alt boyut puanlarının, eğitim durumu sağlık meslek lisesi ve ön lisans olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda eğitim durumunun dikkat

kontrol düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (Alpakan, 2019; Badem, 2018; Topaloğlu, 2014; Tümkeya, 2020). Araştırmamızda medeni durumu boşanmış/vefat etmiş/ayrı yaşıyor olan hemşirelerin “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” puanları evli ve bekar hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırma bulgularına karşın Topaloğlu (2014), medeni durum ile hemşirelerin dikkat düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir.

Bu çalışmada 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan hemşirelerin “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” puanları, olumsuz koşullar alt boyut puanları ve kaygı-durum alt boyut puanları 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az bulunmuştur. 11-15 yıldır hemşire olarak çalışan hemşirelerin, Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği puanları ile olumsuz koşullar alt boyut puanları 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. 6-10 yıldır hemşire olarak çalışan hemşirelerin klinik ortam alt boyut puanları 16 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

6-10 yıldır hemşire olarak çalışan hemşirelerin öz dikkat alt boyut puanları 11 yıldan daha fazla süredir hemşire olarak çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışma yılı fazla olan hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Göktepe’nin (2010) çalışmasında, 9 yıl ve üzeri deneyimi olan hemşirelerin dikkat düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırmamızda çalıştığı birimden memnun olmayan hemşirelerin, “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” puanları ile kaygı-durum alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun ve kısmen memnun olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalıştığı birimden kısmen memnun olan hemşirelerin kaygı-durum alt boyut puanları çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Hemşirelerin çalıştığı birim ile ilgili memnuniyet düzeyi arttıkça dikkat düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gece ve gündüz karışık çalışan hemşirelerin kaygı-durum alt boyut puanlarının, 24 saat nöbet şeklinde çalışan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı

derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şen (2014) nöbet tutan ve tutmayan hemşirelerin EEG'lerini karşılaştırdığı çalışmada, 16-08 şeklinde nöbet tutan hemşirelerin dikkat fonksiyonlarının kötü olduğunu bildirmiştir. Toros (2020), uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin dikkatleri üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, shiftlerin sürekli değişiklik göstermesinin, bir hafta gece bir hafta gündüz shiftinde çalışılmasının biyolojik ritmi etkilediğini ve dikkat eksikliği problemlerinin yaşanmasına neden olabileceğini belirtmiştir.

Araştırmamızda uyku kalitesi kötü olan hemşirelerin, “Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği” puanları uyku kalitesi orta olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Uyku kalitesi kötü olan hemşirelerin klinik ortam alt boyut puanları uyku kalitesi çok kötü ve orta olan hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Bu durumda uyku kalitesi kötü olan hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Killgore (2010), uyku yoksunluğunun biliş üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, yetersiz uykunun, basit uyanıklık, dikkat ve uyanıklıkta azalmaya neden olduğunu, genel tepki hızında yavaşlamaya ve performansta düşüklüğe yol açtığını bildirmiştir. Jugovac ve Cavellero (2012), yirmi dört saatlik uykusuzluğun dikkat üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, uyku yoksunluğundan sonra reaksiyon sürelerinde genel bir yavaşlama olduğunu ve yürütücü kontrol etkinliğinde önemli bir düşüş meydana geldiğini belirtmiştir. Martella vd. (2011) uyku yoksunluğunun dikkat üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, yirmi dört saat boyunca uyanık kalan çalışma grubuna saat 17:00 ve ardından sabah saat 04:00’de dikkat ağı testini uygulamışlar; çalışma sonucunda ilerleyen saatlerde katılımcıların tepki sürelerinde genel bir yavaşlama olduğunu, uyku yoksunluğunun dikkat yönelimini ve yürütücü kontrolünü olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir.

5.3. Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması

Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan fenomenolojik görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır. Fenomenolojik görüşmeye katılan hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyen birçok faktörün olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında dikkat kavramının onlara “odaklanma, dikkatli çalışma, algı, çevresel faktörler, ilgi, özen gösterme, yoğunlaşmayı”

çağrıştırdığı belirlenmiştir. Bu konudaki literatürde hemşirelerin çevredeki dikkat dağıtıcı faktörler olmasına karşın, algı düzeylerinin yüksek olması, net düşünceleri ve amaçladıkları aktiviteyi sürdürmeleri gerektiği vurgulanmıştır (Roscani and Guirardello, 2010).

Araştırmamızda hemşirelerde dikkat dağılmasına neden olan faktörler, gürültü, hasta ve hasta yakınları, çalışma arkadaşları, kalabalık ortam, stres, fiziksel koşullar, yoğun çalışma şartları, kişisel sorumluluklar, uykusuzluk, yorgunluk, odaklanamamak, prognozu kötü olan hastalar, soru sorulması, yüksek ses, çalışan eksikliği, güvenliksiz ortam, telefon çalması ve eğitim eksikliği olarak belirlenmiştir. Peker (2009)'in çalışmasında dikkat düzeyini, fazla iş yükünün, çalışırken dinlenme olanağının olmamasının, uykusuzluğun, stresin, nörolojik ve psikiyatrik bozuklukların etkilediği belirtilmiştir. Santos ve Guirardello'nun (2007) çalışmasında, aşırı gürültü, 24 saat yoğun ışığa maruz kalma, aşırı iş yükü ve yaşanan çatışmaların dikkati olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Roscani ve Guirardello'nun (2010) çalışmasında, genel durumu kötü olan ve ölüm riski yüksek olan hastaların bakımının hemşireler üzerinde yorgunluğa, konsantrasyonda azalmaya, hoşgörüsüzlüğe, sabırsızlığa, düşük performansa ve dikkat dağınıklığına neden olacağı bildirilmiştir.

Johnson vd. (2017), hemşirelere soru sorulması, bilgi istenmesi, farklı bir görev verilmesinin dikkat dağınıklığına neden olarak ilaç uygulama hatalarını artırdığını bildirmiştir. Brady vd. (2009) hemşirelik uygulamalarında ilaç hatalarına katkıda bulunan bireysel ve sistemsel faktörleri inceledikleri araştırmalarında, aşırı iş yükü ve ilaç uygulaması sırasındaki dikkat dağınıklığının, ilaç hatalarına neden olduğunu belirtmiştir. Atay ve Örüçü (2022) cep telefonunun, servis telefonunun, çağrı ziline, hasta yakınlarının, tıbbi cihaz alarmlarının hemşireleri ilaç uygulamaları sırasında kesintiye uğratmasının hemşirelerin performansında düşüslere, karmaşık işlerde verimi azaltarak konsantrasyon kayıplarına ve dikkat bozukluklarına neden olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşireler uyku kalitelerinin dikkat düzeylerini etkilediğini bildirmiştir. Lee vd. (2020) uyku sağlığının sağlık çalışanları üzerindeki etkisi ve günlük dikkat algısını araştırdıkları çalışmalarında, uykusuzluğun dikkati azalttığını bildirmişlerdir. Watanabe vd. (2022) hemşirelerin uzun vardiyalarda 90 dakika uyumalarının yorgunluğu azalttığını vurgulamıştır. Tsai vd. (2019) düşük uyku kalitesine sahip hemşirelerin zayıf dikkat düzeyine sahip olduklarını belirtmiştir.

Araştırmamızda hemşireler dikkat kontrol düzeylerinin düşük olmasının, malpraktis, iş verimsizliği ve iletişim eksikliğine neden olabileceğini bildirmişlerdir. Yiğitbaş vd. (2016), hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışlarını değerlendirdikleri araştırmalarında malpraktise neden olan faktörleri stres, iş yükünün fazla olması, yorgunluk, olumsuz yönetici tutumları olarak saptamışlardır. Şahin vd. (2014), olgu sunumlarına dayalı çalışmalarında, hemşirelerde malpraktis vakalarını incelediklerinde; tedbirsizlik, ihmal ya da dikkatsizlik sonucu meydana geldiğini belirlemişlerdir. Kıvrak vd. (2022), hemşirelerin mesleki sorumlulukları üzerine yaptıkları bir derlemede, malpraktis nedenlerinin yetersiz hemşire kadrosu, yorgunluk, tükenmişlik, vardiyalı çalışma, stres, hemşirelerin görev tanımlarının farkında olmaması, iş yükü, motivasyon eksikliği ve ihmal nedeni ile arttığını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada hemşirelerin dikkati artırmaya yönelik önerileri; düzenli çalışma ortamı, dinlenme, hemşire-hasta oranı, spor, eğitim, sosyalleşme, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi olarak belirlenmiştir. Tümkaya (2020), acil serviste çalışan hemşirelerin dikkat ve konsantrasyon düzeylerini araştırdığı çalışmasında, çalışma koşullarının, uyku düzeninin, nöbet öncesi uyuma ve nöbet sonu dinlenme durumunun, dinlenme süresinin, vardiyalı çalışmanın dikkat ve konsantrasyon durumlarını etkilediğini, bu şartların olumlu yönde düzeltilmesinin dikkati artırdığını ifade etmiştir.

Toros (2020), uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin dikkat, yorgunluk ve uyku kalitesine etkisini araştırdığı çalışmasında, çalışma saatlerinin uzamasının ve gece çalışmanın yorgunluğa ve uykusuzluğa neden olduğunu, bununda dikkati olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir. Peker (2009), vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin dikkat kontrolünü araştırdığı çalışmasında, uyku bozukluklarının, çalışma saatleri içerisinde dinlenme olanağı olmamasının, stresin, iş yükünün, psikiyatrik ve nörolojik bozukların dikkati olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu konudaki literatür incelendiğinde, hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini etkileyebilecek birçok faktör olduğu bildirilmekte, hemşirelik bakım ve uygulamalarında dikkatin önemi üzerinde durulmaktadır. Hemşirelerde dikkat eksikliğinin artmasına bağlı olarak tıbbi hata yapma oranlarının arttığına ilişkin güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Kıvrak vd., 2022; Şahin vd., 2014; Yiğitbaş vd., 2016). Bu doğrultuda hemşirelerin dikkat kontrol düzeyleri ile etkileyen faktörlerin

belirlenmesinin bu konuda uygun stratejiler geliştirilmesinin son derece önemli olduğu düşünölmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Bu çalışmada 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması $61,28 \pm 13,68$; “olumsuz koşullar alt boyut puan ortalaması” $18,89 \pm 5,89$, “klinik ortam alt boyut puan ortalaması” $20,32 \pm 4,55$, “kaygı-durum alt boyut puan ortalaması” $13,20 \pm 4,92$ ve “öz dikkat alt boyut puan ortalaması” $8,88 \pm 2,95$ olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin yaş, medeni durum, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı birimden memnun olma durumu, hemşirelik mesleğini sevme durumu ve uyku kalitesi gibi bazı sosyodemografik ve çalışma yaşamına ait özelliklerinin Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeyini Belirleme Ölçeği toplam puanını etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$).
- Hemşireler ile yapılan nitel görüşmeler sonrasında dikkat kavramının ne çağrıştırdığı, dikkatin dağılmasına neden olan faktörler, dikkatin önemli olduğu meslek grupları, dikkat düzeyi düşüklüğünün sonuçları ve dikkati artırmaya yönelik öneriler olmak üzere 5 tema belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin çalışma koşullarının düzenlenmesi ve iyileştirilmesi
- Hemşirelerin tükenmişlik ve fiziksel yorgunluk durumlarının dikkate alınması
- Hemşirelerin motivasyonlarını ve iş doyumlarını artıracak önlemler alınması
- Kurum yöneticileri tarafından hemşire-hasta oranının göz önünde bulundurulması
- Hemşirelerin sosyalleşmelerine yönelik organizasyonlar düzenlenmesi
- Hemşirelere stres yönetimine ilişkin eğitimler verilmesi
- Hemşirelerde kurum aidiyetinin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aksu, G., Eser, M. ve Güzeller, C.O. (2017). *Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modeli uygulamaları*. Ankara: I.B. Detay Yayıncılık. 1-40.
- Allan, J. L., Farquharson, B., Johnston, D. W., Jones, M. C., Choudhary, C. J. and Johnston, M. (2013). Stress in telephone helpline nurses is associated with failures of concentration, attention and memory, and with more conservative referral decisions. *British Journal of Psychology*, 105(2), 200-213. <https://doi.org/10.1111/bjop.12030>.
- Alpakan A.H. (2019). *112 Acil Çağrı Merkezi Çalışanlarının Dikkat Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı. Konya.
- Altun M. (2017). *Fiziksel Etkinlik Kartları ile Zeka Oyunlarının İlkokul Öğrencilerinin Dikkat ve Görsel Algı Düzeylerine Etkisi*. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi, 29-40. Ankara.
- Aşık, E. ve Albayrak, S. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 16-20. doi: <https://dx.doi.org/10.33631/duzcesbed.718133>.
- Atay, S. ve Örucü, G. (2022). Hemşirelik Uygulamalarında Bölünme/Kesinti Sorununa İlişkin: Literatür İncelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1).
- Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı. *2014 Yıllık Raporu*. Sayı,142, 2014. Çalışma Ortamı Dergisi.
- Badem, G. (2018). *Üniversite öğrencilerinde, duygusal ve bilişsel zihin kuramı özelliklerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuyla ilişkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Biederman, J. and Faraone, S. V. (2002). Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of attention disorders*, 6(1), 7-16.
- Bitbrain. (2018). What is attention, types and disturbances. Wellness&Health. <https://www.bitbrain.com/blog/what-is-attention-types>. (Erişim tarihi: 21.07.2022).
- Brady A.M., Malone A.M. and Fleming S. A. (2009). Literature Review Of The Individual and Systems Factors That Contribute To Medication Errors In Nursing Practice. *Journal of Nursing Management*. 17(6):679-97. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00995.x.
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and Communication*. I.B. London: Pergamon Press. ISBN: 9781483225821.
- Bozdoğan S. (2014). *Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Değerlendirmelerinin Hümanistik Hemşirelik Kuramı Bağlamında İncelenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı. Ankara.
- Cole L. (2022). Selective Attention Test. <https://www.mentalup.co/blog/selective-attention>. (Erişim tarihi: 20.07.2022).
- Child, D. (2006). *The essentials of factor analysis*. (3rd ed.). New York, NY: Continuum International Publishing Group.
- Cohen R.A., Cohen Y.A.S. and O'Donnell B.F. (1993). *The Neuropsychology of Attention*. Plenum Press. 3-41.

- Çatak, T. ve Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(2), 85-95.
- Çokluk, Ö. (2011). Nitel bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitim Bilim Dergisi*, 4 (1), 95-107.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. and Aiken, L. H. (2015). Association Of 12 H Shifts And Nurses' Job Satisfaction, Burnout And İntention To Leave: Findings From A Cross-Sectional Study Of 12 European Countries. *Bmj Open*, 5(9), 176, IN19.
- Demirelli G. (2014). *Hemşirelerdeki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Düzeyinin Moxo Test ile Ölçülmesi: İstanbul'da Bir Özel Hastane Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği. İstanbul.
- DeVellis R.F. (2014). Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Totan, T. (ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- DuPaul, G.J., Weyandt, L.L., O'Dell, S.M. and Varejao, M. (2009). College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of attention disorders*, 13(3), 234-250.
- Ellez, A.M. (2014). "Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler". Tanrıöğen, A (ed.). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Anı Yayıncılık. (s. 167-188).
- Erdoğan S., Nahçıvan N. ve Esin M. (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, uygulama ve kritik*. Nobel Tıp Kitabevleri. 190-230.
- Erkuş A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*. 13(40):17.
- Esmaily, A., Jambarsang, S., Mohammadian, F. and Mehrparvar, A. H. (2021). Effect Of Shift Work On Working Memory, Attention And Response Time İn Nurses. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(2), 1085-1090. <https://doi.org/10.1080/10803548.2020.1863656>.
- Gagne, R. M. (1988). *Some reflections on thinking skill*. Instructional Science. (17):387-390.
- Gibson E. and Rader N. (1985). *Attention and Cognitive Development*. Hale G.A. and Lewis M. (ed.). New York. 1-375.
- Göktepe (2010). *Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumları ve bir ölçek geliştirme çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. İstanbul.
- Hughes V. (2016) Is There A Relationship Between Night Shift And Errors? What Nurse Leaders Need To Know. *Athens Journal of Health*. 3:217-28.
- Hsieh, M., Li, Y., Chang, E., Lai, H., Wang, W. and Wang, S. (2011). Sleep Disorder İn Taiwanese Nurses: A Random Sample Survey. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 468-474. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00641.x>
- Hobbs, B.B. and Wrightman, L. (2018). Fatigue and Critical Care Nurses: Considerations for Safety, Health, and Practice. *College of Nursing Faculty Publications*. 13(1),6-13. doi:10.1097/01.CCN.0000527220.26805.55
- Jafari Roodbandi, A., Choobineh, A. and Daneshvar, S. (2015). Relationship Between Circadian Rhythm Amplitude And Stability With Sleep Quality And Sleepiness Among Shift Nurses And Health Care Workers. *International Journal Of Occupational Safety And Ergonomics*, 21(3), 312-317. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1081770>.
- Johnson, A.L., Brown, K. and Weaver, M.T. (2010). Sleep Deprivation and Psychomotor Performance Among Night Shift Nurses. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 58(4): 147-154.

- Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., Aguilar, V. and Everett, B. (2017). The Impact Of Interruptions On Medication Errors In Hospitals: An Observational Study Of Nurses. *Journal of Nursing Management*. 25(7):498-507. doi: 10.1111/jonm.12486.
- Jugovac, D. and Cavallero, C. (2012). Twenty-Four Hours Of Total Sleep Deprivation Selectively Impairs Attentional Networks. *Experimental Psychol.* 59(3):115-23. doi: 10.1027/1618-3169/a000133. PMID: 22044791.
- Kandemir M. (2006). *İnfratentoriyal İnmelerde Kognitif Etkilenme*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Karaduman B.D. (2004). *Dikkat Toplama Eğiti Programının İlköğretim 4. ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Dikkat Toplama Düzeyi, Benlik Algısı ve Başarı Düzeyleri Etkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. 10-77. Ankara.
- Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 13(40), 39-49.
- Kass, S.J., Wallace, J.C. and Vodanovich, S.J. (2003). Boredom proneness and sleep disorders as predictors of adult attention deficit scores. *Journal of Attention Disorders*, 7(2), 83-91.
- Kısacık, E. (2018). *Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Belirtileri Gösteren ve Göstermeyen Sağlıklı Erişkinlerde Dikkat Süreçlerinin EEG ile İncelenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sinir Bilimleri Anabilim Dalı. Ankara.
- Kıvrak, N., Emiral, E. ve Cantürk, N. (2022). Hemşireler İçin Mesleki Sorumluluk Sigortası. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 75(2):154-161. DOI: 10.4274/atfm.galenos.2022.24993
- Kiff, J. (2013). *Divided atention*. https://psychology.fandom.com/wiki/Divided_attention (Erişim tarihi: 21.07.2022).
- Killgore, W.D. (2010). Effects Of Sleep Deprivation On Cognition. *Progress in Brain Research* 185:105-29. doi: 10.1016/B978-0-444-53702-7.00007-5.
- Kirk, S., Gallagher J. and Coleman, M.R. (2017). *Özel Gereksinimli Çocukların Eğitimi*. Rakap, S. ve Kalkan, S. (çev.) 14.B. Nobel Akademik Yayıncılık. 218-220.
- Kiyici, N. and Koc, Z. (2021). Determining attention control levels of nursing students. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*, (13), 001–011. <https://un-pub.eu/ojs/index.php/paas/article/view/6705>.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. New York: Routledge.
- Kula E. (2018). *Dikkat Becerisi Geliştirmeye Dayalı Programın Dikkat Eksikliği Olan İlkokul Öğrencileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Konya.
- Lee, S., Mu, C., Gonzalez, B.D., Vinci, C.E. and Small, B.J. (2020). Sleep Health is Associated With Next-Day Mindful Attention In Healthcare Workers. *Sleep Health*. 7(1):105-112. Doi: 10.1016/J.Sleh.2020.07.005.
- Liddell, C. and Alston, C. (2021). What is selective attention? Learn the selective attention definition, the selective attention theory, and see selective attention examples from real life. <https://study.com/learn/lesson/selective-attention-theory-examples.html#:~:text=The%20selective%20attention%20definition%20is,directed%20attention%2C%20or%20executive%20attention>. (Erişim tarihi: 20.07.2022).

- Luria, A. R. (1973). *The Working Brain: An introduction to the neuropsychology*. New York: Basic Books.
- Martella, D., Casagrande, M. and Lupiáñez, J. (2011). Alerting, Orienting and Executive Control: The Effects Of Sleep Deprivation On Attentional Networks. *Experimental Brain Research*. 210(1):81-9. doi: 10.1007/s00221-011-2605-3.
- Mesulam, M.M. (2004). *Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri*. Gürvit İ.H. (çev.) 2.B. Yelkovan yayıncılık.
- Milliken, B. and Tipper, S.P. (1998). Attention and Inhibition. 191-221.
- Mo, X., Qin, Q., Wu, F., Li, H., Tang, Y., Cheng, Q. and Wen, Y. (2021). Effects of Breathing Meditation Training on Sustained Attention Level, Mindfulness Attention Awareness Level, and Mental State of Operating Room Nurses. *American Journal of Health Behavior*, 45(6), 993-1001. doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.45.6.4>
- Neville, K., Velmer, G., Brown, S. and Robol, N. (2017). A pilot study to examine the relationship between napping and fatigue in nurses practicing on the night shift. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(11), 581-586.
- Niu, S., Chu, H., Chen, C., Chung, M., Chang, Y., Liao, Y. and Chou, K. (2012) A Comparison Of The Effects Of Fixed- And Rotating-Shift Schedules On Nursing Staff Attention Levels: A Randomized Trial. *Biological Research for Nursing* 15(4): 443-450.
- O'Rourke N. and Hatcher L. (2013). *Step-by-Step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. North Caroline, USA: II.B. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Özdamar, K. (2017). *Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşit Modellemesi. IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB Uygulamalı*. Eskişehir. Nisan Kitabevi. 27-86.
- Özsoy, F. ve Kulu, M. (2021). Sağlık Çalışanlarında Bağımlılık: Sigara, Alkol, İnternet, Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Dikkat Eksikliği Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 31(1).
- Öztürk, Y. (2017). *Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.
- Park, Y.M. and Kim, S.Y. (2013). Impacts of Job Stress and Cognitive Failure on Patient Safety Incidents Among Hospital Nurses. *Safety and Health at Work*, 4(4), 210-215, ISSN 2093-7911, <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2013.10.003>.
- Peker A. (2009). *Vadiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. Kocaeli.
- Posner, M.I. and Rothbart, M.K. (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 353(1377), 1915-1927. <https://doi.org/10.1098/rstb.1998.0344>.
- Posner M.I. (2012). *Cognitive Neuroscience of Attention*. New York:2.B. The Guilford Press. 1-76.
- Ratey, J.J. (2001). *A user's guide to the brain*. New York: Pantheon Books.
- Roscani, A.N. and Guirardello, E.B. (2010). Attention Demands In The Workplace and The Capacity To Direct Attention Of Nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(4),778-85. doi: 10.1590/s0104-11692010000400017.

- Santos, L.S.C. and Guirardello, E.D.B. (2007). Nurses' Attention Demands in the Work Setting. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 27-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100005>.
- Sharma A. (2022). Objective and Subjective Factors That Determine Our Attention. <https://www.psychologydiscussion.net/attention/objective-and-subjective-factors-that-determine-our-attention/640>. (Erişim tarihi: 21.07.2022).
- Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: 1.B. Anı Yayıncılık. 65-76.
- Sincero, S.M. (2013). Selective Attention. <https://explorable.com/selective-attention>. (Erişim tarihi: 20.07.2022).
- Sohlberg, M. M. and Mateer, C. A. (1987). Effectiveness of an attention training program. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 9(2):117-130. DOI: [10.1080/01688638708405352](https://doi.org/10.1080/01688638708405352)
- Sönmez, V. ve Alacapınar, F.G. (2016). *Sosyal Bilimlerde Ölęme Aracı Hazırlama*. Ankara: 1.B. Anı Yayıncılık. 39-72.
- Srinivasan, K. and Samuel, D.A.U. (2014). Psychological Problem Factors Faced By Staff Nurses Working In Hospitals. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*, 19(3), 1-4.
- Stone, P. W., Du, Y., Cowell, R., Amsterdam, N., Helfrich, T. A., Linn, R. W. and Mojica, L. A. (2006). Comparison Of Nurse, System And Quality Patient Care Outcomes İn 8-Hour And 12-Hour Shifts. *Medical Care*, 44(12), 1099-1106. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000237180.72275.82>
- Styles E.A. (2005). *Attention, Perception and Memory. An Integrated Introduction*. New York: Psychology Press. 47-73.
- Sun, Q., Ji, X., Zhou, W. and Liu, J. (2019). Sleep Problems İn Shift Nurses: A Brief Review And Recommendations At Both İndividual And İnstitutional Levels. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 10-18.
- Sustained attention. Cognitive Ability-Neuropsychology. <https://www.cognifit.com/science/cognitive-skills/focus>. (Erişim tarihi: 21.07.2022).
- Sürücü, A. ve Kula, E. (2016). “*Dikkat Becerisinin Geliştirilmesi*”. Sargın, N., Avşaroğlu, S. ve Ünal A. (ed.), *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, Konya: Çizgi Kitabevi. (s.135-150).
- Şahin, D., Faikoğlu, R., Şahin, İ., Gökdoğan, MR, Yaşar, S., Alparıslan, N., Dereli, E. ve Faikoğlu, G. (2014). Hemşirelikte malpraktis: sunum sunumları. 19 (2), 100-104.
- Şata M. (2017). Lise öğrencilerinin dikkat kontrolleri üzerinde etkili olan değişkenlerin CHAID analizi ile incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (30), 465-475. <https://doi.org/10.14582/DUZGEF.747>
- Şen, T. (2014). Nöbet Tutan Hemşireler ile Nöbet Tutmayan Hemşirelerin EEG'lerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Biyofizik Anabilim Dalı (Tıp Programı), Van.
- Tekindal, M. ve Arsu, Ş.U. (2020). Nitel Araştırma Yöntemi Olarak Fenomenolojik Yaklaşımın Kapsamı ve Sürecine Yönelik Bir Derleme. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153-172.
- Tezbaşaran, A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Topaloğlu, M.M. (2014). *Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Dikkat Düzeyi ve İlişkili Faktörler*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Toros, E. (2020). *Uzun Çalışma Saatlerinin Hemşirelerin Dikkat, Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Edirne.
- Treisman, A.M. and Gelade, G. (1980). A Feature-Integration Theory of Attention. *Cognitive Psychology*. 12 (1): 97–136. doi:10.1016/0010-0285(80)90005-5
- Tsai, J.C., Chou, K.R., Tsai, H.T., Yen, Y.C. and Niu, S.F. (2019). Effects of Nocturnal Sleep Quality on Diurnal Cortisol Profiles and Attention in Nurses: A Cross-Sectional Study. *Biological Research For Nursing*. 21(5):510-518. doi: 10.1177/1099800419861695.
- Tümkiye E. (2020). *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Dikkat ve Konsantrasyon Düzeyleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep.
- Türk Dil Kurumu. Dikkat. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 26.03.2022.
- Ulukan, M. (2018). *Okçuların Dikkat ve Performans Düzeylerinin Zeka Türleri ile İlişkisinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Anabilim Dalı. Aydın.
- Vasquez, C.P, Rolo-González, G., Hernández-Fernaund, E., Díaz-Cabrera, D., Paravic-Klijn, T. and Burgos-Moreno, M. (2015). Psychosocial Factors and Mental Work Load: A Reality Perceived By Nurses İn Intensive Care Units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(2):315-22. doi: 10.1590/0104-1169.0044.2557.
- Veneziano, L. and Hooper, J. (1997). A Method For Quantifying Content Validity Of Health-Related Questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1),67-70.
- Vitale, E. (2021). Gender Gap İn Mindfulness Assessment Among Italian Nurses: A Pilot Descriptive Study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 21(2). doi: 10.24193/jebp.2021.2.12.
- Watanabe, K., Sugimura, N., Shishido, I., Konya, I., Yamaguchi, S. and Yano, R. (2022). Effects of 90 Min Napping on Fatigue and Associated Environmental Factors among Nurses Working Long Night Shifts: A Longitudinal Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 1;19(15):9429. doi: 10.3390/ijerph19159429.
- World Health Organization (WHO). (2022). https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1. Erişim tarihi: 22.07.2022.
- Wu, W. (2014). Attention. First published. New York.
- Yaycı, L. (2007). *İlköğretim Dördüncü Sınıf Öğrencilerinde Seçici ve Yoğunlaştırılmış Dikkat Becerilerini Geliştirmeye Dayalı Bir Programın Etkililiğinin Sınanması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Yazdi, Z., Sadeghniaat-Haghighi, K., Javadi, A.R. and Rikhtegar, G. (2014). Sleep Quality and Insomnia İn Nurses With Different Circadian Chronotypes: Morningness And Eveningness Orientation. *Work*. 47(4):561-7. doi: 10.3233/WOR-131664.
- Yeşilot, S.B. ve Öz, F. (2016). Hemşirenin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 94-99.
- Yiğitbaş, Ç., Oğuzhan, H., Tercan, B., Bulut, A. ve Bulut, A. (2016). Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*.

Yurdugöl H. (2005, Eylül). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerlik ve İndeksinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*. Pamukkale Üniversitesi, Denizli.



EKLER

Ek 1: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Değerli meslektaşım,

Hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerini belirleyen bir ölçek geliştirmek amacıyla oluşturulan anket çalışmamıza katılmanız mesleğimiz açısından önemlidir. Ölçekte yer alan soruları içtenlikle yanıtlamanız, hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin dikkat kontrol düzeylerini ve bu durumu etkileyen faktörleri belirlemede etkin rol oynamaktadır. Anket formu sizin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinizi tanımlayan 36 soru ile 46 ifadeden oluşan Dikkat Kontrol Ölçeği'ni içermektedir. Ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmamızın güvenilirliği açısından önemlidir.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Doktora Öğrencisi Nida KIYICI

OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Hemşireliği

email: nida.kiyici@yobu.edu.tr

HEMŞİRE TANITICI ANKET FORMU

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
3. **Eğitim durumunuz:**
() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans
() Doktora
4. **Medeni durumunuz:** () Evli () Bekar
() Boşanmış/Vefat Etmiş/Ayrı yaşıyor
5. **Çocuk sahibi olma durumunuz:** () Evet () Hayır
6. **Aile tipiniz:** () Geniş aile () Çekirdek aile
7. **Servisiniz:**
8. **Servisteki göreviniz:**
() Servis hemşiresi () Servis sorumlu hemşiresi
9. **Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?**
() 1 yıldan az () 1-5 yıldır () 6-10 yıldır () 11-15 yıldır
() 15 yıl ve üstü
10. **Halen çalıştığınız bu hastanede daha önce servis değişikliği yaptınız mı?**
() Evet () Hayır
11. **Cevabınız evet ise şu an görev yaptığınız birim çalıştığınız kaçınıcı servis?**
() 2. Servisim () 3. Servisim () 4. Servisim () 5. Servisim
() Diğer (belirtiniz):
12. **Şu an görev yaptığınız biriminizde kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?**
() 1 yıldan az () 1-5 yıldır () 6-10 yıldır () 11-15 yıldır
() 15 yıl ve üstü
13. **Çalıştığınız birimi isteyerek mi tercih ettiniz?** () Evet () Hayır
14. **Çalıştığınız birimden memnun musunuz?:**
() Memnunum () Kısmen memnunum () Memnun değilim
15. **Hastanedeki çalışma statünüz:** () Kadrolu () Sözleşmeli
16. **Çalışma şekliniz:**
() Sürekli gündüz () Sürekli gece () Gece ve gündüz karışık () 24 saat nöbet

Ek 1: (devam)

17. Haftalık çalışma saati toplamınız:

18. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?() Evet () Hayır

19. Hemşirelik mesleğini seviyor musunuz? () Evet () Hayır

20. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı ?:() Evet () Hayır

21. Sigara kullanıyor musunuz?() Evet () Hayır

22. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

23. Birinci derece yakınlarınızda önemli bir sağlık sorununa sahip olan aile bireyi var mı?:() Evet () Hayır

24. Bakımından sorumlu olduğunuz engelli/yaşlı birey var mı?() Evet () Hayır

25. Ailenizde dikkat eksikliği tanısı alan birinci derece yakınınız var mı?

() Evet () Hayır

26. Çalıştığınız birimde dinlenmeniz için uygun bir ortam var mı?

() Evet () Hayır

27. Gece vardiyasında uyuma olanağınız oluyor mu?

() Evet () Hayır () Uyumaya izin verilmiyor

28. Cevabınız evet ise kaç saat uyuyabiliyorsunuz? saat

29. Gece vardiyasından sonra yeteri kadar dinlenebiliyor musunuz?

() Evet () Hayır

30. Çalıştığınız birimde hasta bakımına yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır

31. Uyku kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

32. Nöbet/vardiya sonrası kendi aracınızla mı evinize gidiyorsunuz?

() Evet () Hayır

33. Cevabınız evet ise son 1 yıl içinde nöbet/vardiya sonrası trafik kazası geçirdiniz mi?

() Evet () Hayır

34. Son 1 yıl içerisinde delici kesici alet ile yaralanma yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

35. Cevabınız evet ise hangi saat diliminde ve kaç kez?

.....saatinde Kaç kez.....

36. Hastalar ile olan iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

() İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

Ek 2: Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği Taslak Madde

Havuzu

Aşağıda hemşirelerin dikkat kontrol düzeylerinin belirlenmesine yönelik ölçek maddeleri yer almaktadır. Sizden istenilen "Hiçbir zaman (1)" "Nadiren (2)" "Bazen (3)" "Çoğu zaman (4)" "Her zaman (5)" şeklinde sıralanmış ölçeği dikkate alarak hangi değerlendirmenin size uyduğunu işaretlemenizdir. Her bir ifadeye ne derece katıldığınızı belirtmek için uygun seçeneği işaretleyiniz. İşaretlenmeyen madde bırakmayınız. Samimi ve içten cevaplarınız için teşekkür ederim.

HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ ÖLÇEĞİ MADDE HAVUZU

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.	Bir konu üzerinde uzun süre yoğunlaşabilirim.					
2.	Stresli ve gergin olduğum zamanlarda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
3.	Mutsuz ve üzgün olduğumda dikkatim dağınık.					
4.	Klinikte çalışırken fizyolojik ihtiyaçlarımı karşılayamadığımda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
5.	Klinikte aynı anda birden fazla işi planlayabilirim.					
6.	Klinikte fiziksel olarak yorulduğumda dikkatim dağınık.					
7.	Hemşire sayısı az olduğunda iş yüküm arttığı için dikkatim dağınık.					
8.	Mesai ya da nöbet öncesi yeteri kadar dinlenmediğimde dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
9.	Kliniğe aynı anda birden fazla hasta yatışı olduğunda dikkatim dağınık.					
10.	Bakım verdiğim hasta sayısı arttıkça dikkatim dağınık.					
11.	Uykusuzluk dikkatimi dağıtır.					
12.	Hastanın tedavisini hazırlarken ve/veya uygularken soru sorulması dikkatimi dağıtır.					
13.	Birden fazla hastaya aynı anda kan ürünü takmam gerektiğinde dikkatim dağınık.					
14.	Haftalık çalışmam gereken saatten fazla çalıştığımda dikkatim dağınık.					
15.	Günaşırı nöbete geldiğimde dikkatim dağınık.					
16.	Bir iş yaparken başka bir işi yapmam gerektiği söylendiğinde dikkatim dağınık.					
17.	Kliniğin kalabalık olması (hasta yakını, stajyer öğrenci vs.) dikkatimi azaltır.					
18.	Çalışma ortamım dağınık ve düzensiz olduğunda dikkatim dağınık.					
19.	Çalışma ortamının fiziksel özellikleri (ısı, aydınlatma, hava, koku vb.) dikkatimi azaltmaz.					
20.	Çalıştığım ortamda gürültü fazla olursa dikkatim dağınık.					
21.	Hasta ve/veya hasta yakınları saldırgan tavır sergilediğinde dikkatim dağınık.					
22.	Hasta ve/veya hasta yakınlarının yapılan işe müdahale etmesi dikkatimi dağıtır.					

Ek 2: (devam)

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
23.	Meslektaşlarım ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki tartışmalar dikkatimi azaltmaz.					
24.	Yeni mezun ve/veya deneyimi az olan bir meslektaşım ile çalışırken daha dikkatli davranırım.					
25.	Çalışma arkadaşlarımdan stresli olması dikkatimi azaltır.					
26.	Özel hayatım iş yerimdeki dikkatimi etkilemez.					
27.	Yöneticilerin olumsuz tutum ve davranışları dikkatimi toplamama engel olur.					
28.	Klinik telefonunun sürekli çalması dikkatimi dağıtır.					
29.	Kliniğin kapı ziline sürekli basılması dikkatimi dağıtır.					
30.	Klinikte prognozu kötü olan bir hasta olduğunda diğer hastaların bakım ve tedavilerine odaklanmakta zorlanırım.					
31.	Evde hasta veya bakım gerektiren bir yakınım olduğunda klinikteki dikkatimi yeterince toplayamam.					
32.	Klinikte bakım ve tedavileri hazırlarken ve uygularken hızlı davrandığımda dikkatim dağılır.					
33.	Başkaları sözümü kestiğinde işime odaklanmakta zorlanırım.					
34.	Tedavi hazırlarken bana söylenenleri sonuna kadar dinleyemem, dikkatim dağılır.					
35.	Çok küçük ya da çok büyük yazılan yazılar dikkatimi azaltabilir.					
36.	Tek başıma nöbet tutmak dikkatimi dağıtır.					
37.	Bakım verdiğim hastanın tedavi süresi uzadıkça dikkatimi toplamakta zorlanabilirim.					
38.	Yorgun olduğum zamanlarda hasta tedavilerini hazırlarken doktor isteminin ve ilaç kartlarının kontrolünü sağlayamam, dikkatim dağılır.					
39.	Kliniğe acil vaka geldiğinde ilaçları hazırlarken son kullanma tarihlerine bakmayı unuturum.					
40.	Klinik yoğun olduğu zamanlarda ilaçları hazırlarken ve uygulamadan önce doğru ilaç ilkelerine uymakta zorlanırım.					
41.	İlaçların olması gereken yerde muhafaza edilmemesi/saklanmaması dikkatimi dağıtır.					
42.	Görünümleri benzer olan ilaçlar aynı yerde muhafaza edildiğinde /saklandığında ilaçları karıştırabilirim.					
43.	Gece mesaisinde dikkatim daha kolay dağılır.					
44.	Hafta sonları klinikte çalışırken daha dikkatli olurum.					
45.	Kliniğin çok yoğun olması hasta/hastaların tedavi saatlerini aksatmama neden olabilir.					
46.	Hasta dosyaları düzensiz olduğunda dikkatim dağılır.					

Ek 3: Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerini Belirleme Ölçeği (HDKDBÖ)

HEMŞİRELERİN DİKKAT KONTROL DÜZEYLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARI (4 ALT BOYUT)						
	Olumsuz koşullar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Klinikte çalışırken fizyolojik ihtiyaçlarımı karşılayamadığımda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
2	Hemşire sayısı az olduğunda iş yüküm arttığı için dikkatim dağınık.					
3	Mesai ya da nöbet öncesi yeteri kadar dinlenmediğimde dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
4	Bakım verdiğim hasta sayısı arttıkça dikkatim dağınık.					
5	Uykusuzluk dikkatimi dağıtır.					
6	Günaşırı nöbete geldiğimde dikkatim dağınık.					
	Klinik ortam					
7	Klinikte bakım ve tedavileri hazırlarken ve uygularken hızlı davrandığımda dikkatim dağınık.					
8	Tedavi hazırlarken bana söylenenleri sonuna kadar dinleyemem, dikkatim dağınık.					
9	Yorgun olduğum zamanlarda hasta tedavilerini hazırlarken doktor isteminin ve ilaç kartlarının kontrolünü sağlayamam, dikkatim dağınık.					
10	Kliniğe acil vaka geldiğinde ilaçları hazırlarken son kullanma tarihlerine bakmayı unuturum.					
11	Klinik yoğun olduğu zamanlarda ilaçları hazırlarken ve uygulamadan önce doğru ilaç ilkelerine uymakta zorlanırım.					
	Kayı-durum					
12	Evde hasta veya bakım gerektiren bir yakınım olduğunda klinikteki dikkatimi yeterince toplayamam.					
13	Çok küçük ya da çok büyük yazılan yazılar dikkatimi dağıtır.					
14	Tek başıma nöbet tutmak dikkatimi dağıtır.					
15	Bakım verdiğim hastanın tedavi süresi uzadıkça dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
16	Görünümleri benzer olan ilaçlar aynı yerde muhafaza edildiğinde /saklandığında ilaçları karıştırırım.					
	Öz dikkat					
17	Çalışma arkadaşlarımdan stresli olması dikkatimi dağıtır.					
18	Kliniğin çok yoğun olması hasta/hastaların tedavi saatlerini aksatmama neden olur.					
19	Hasta dosyaları düzensiz olduğunda dikkatim dağınık.					

Ek 4: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.11.2020	10	2020/757

KARAR NO:
2020/757

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora öğrencisi Nida KIYICI' nın Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmalığında "Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli Doktora Tezine ilişkin anket çalışmasını içeren 39260 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora öğrencisi Nida KIYICI' nın Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmalığında "Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" isimli Doktora Tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-044-30727
Konu : Anket ve Ölçek İzni

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04.03.2021 tarihli ve E-72975315-044-29955 sayılı yazınız.

Enstitünüz Acil Hemşireliği Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Nida KIYICI' nın, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında yürüttüğü "Hemşirelerin Dikkat Kontrol Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" konulu tez çalışmasına veri toplamak amacıyla hazırlanmış olduğu anket ve ölçek çalışmalarını Hastanemizde uygulama isteği uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Türker YARDAN
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 8VS3-6LEU-00P3

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.omu.edu.tr>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon No : 0362 312 19 19

e-Posta :

Fax No : (362) 457 60 29

İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

Bilgi İçin :Fahrettin BEYAZ

Memur

Telefon No:



Ek 6: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi

	KATILIM BELGESİ
Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş 1	
<i>Nida Kuyucu</i>	
ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ EĞİTİM VE UYGULAMA MERKEZİ TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN AR-GE PROJESİ KAPSAMINDA VERİLEN EĞİTİME KATILIP; SÜRECİ BAŞARI İLE TAMAMLADIGINDAN DOLAYI, BU KATILIM BELGESİNİ ALMAYA HAK KAZANMIŞTIR.	
9.3.2021	Doç. Dr. Selçuk Beşir DEMİR Genel Müdür 

	KATILIM BELGESİ
Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş 2	
<i>Nida Kuyucu</i>	
ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ EĞİTİM VE UYGULAMA MERKEZİ TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN AR-GE PROJESİ KAPSAMINDA VERİLEN EĞİTİME KATILIP; SÜRECİ BAŞARI İLE TAMAMLADIĞINDAN DOLAYI, BU KATILIM BELGESİNİ ALMAYA HAK KAZANMIŞTIR.	
12.3.2021	Doç. Dr. Selçuk Beşir DEMİR Genel Müdür 

Ek 7: Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Kursu Katılım Belgesi



Ek 8: Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ	Amasya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr.Asuman ŞENER	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr.Tuğba ÇINARLI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Dr.Selin KESKİN KIZILTEPE	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Cansu ATMACA PALAZOĞLU	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Dr. Uzm. Hemş. Dilek KIYMAZ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Doktora Öğrencisi
Dr. Uzm. Hemş. Esma Ayşe ÖZTÜRK	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Doktora Öğrencisi
Öğr. Gör. Esra DANACI	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Öğr. Gör. Esra ÖZBUDAK	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğr. Gör. Tuğba DUZCU	Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu

ÖZ GEÇMİŞ

Nida KIYICI, Samsun'un Bafra ilçesinde doğdu. Bafra Kızılırmak Lisesini bitirdikten sonra Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik Bölümü'nden 2011 yılında mezun oldu. 2020 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi/Kamu Yönetimi Bölümü'nü bitirdi. 2017 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Acil Hemşireliği Yüksek Lisans programını bitirdi. 2018 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Alerji ve İmmünoloji Yüksek Lisans programını bitirdi. Lisans mezuniyetinin ardından SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Genel Cerrahi ve Sağlık Turizmi birimlerinde hemşire olarak (2012-2018) görev yaptı. Ardından Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programında Öğretim Görevlisi (2019-halen devam) olarak göreve başladı. Orta derecede İngilizce bilmekte olup temel ilgi alanları, hemşirelik, acil hemşireliği, alerji ve immünoloji, acil hasta bakımı, fizyoloji, farmakoloji, iş sağlığı ve güvenliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kariyer planlamadır.

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0001-8552-7554

Yayınlar:

1. Kiyici, N. and Koc, Z. (2021). Determining attention control levels of nursing students. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. [Online]. 0(13), 001–011. <https://un-pub.eu/ojs/index.php/paas/article/view/6705>
2. Kiyici, N. and Koc, Z. (2021). Factors related to the perceptions of nurses about the work environment. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*. [Online]. 0(13), 012–021. <https://un-pub.eu/ojs/index.php/paas/article/view/6741>