



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

AMELİYATHANEDE VE ACİL SERVİSTE GÖREV YAPAN
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN GÜRÜLTÜ
HASSASİYETLERİ VE DİKKAT
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bayram SAĞDIÇ

Danışman: Doç. Dr. Tuba KARABEY

TOKAT - 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Tuba KARABEY danışmanlığında hazırlamış olduğum " Ameliyathanede ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Gürültü Hassasiyetleri ve Dikkat Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

...../...../.....

Bayram SAĞDIÇ

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Bayram SAĞDIÇ tarafından hazırlanan “**Ameliyathanede ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Gürültü Hassasiyetleri ve Dikkat Düzeylerinin Belirlenmesi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı **27.06.2025** tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı**’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Başkan :

Üye :

Üye :

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda; desteğini, bilgisini ve deneyimlerini esirgemeyen, değerli zamanını ayıran, bana öncülük eden saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Tuba KARABEY'e, değerli katkılarıyla çalışmama yön veren Doç. Dr. Mehmet ESEN'e ve Prof. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU' na,

Manevi desteğini her zaman hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma,

Zaman ayırıp çalışmama katkıda bulunan, ameliyathane ve acil serviste çalışan çok değerli meslektaşlarıma TEŞEKKÜR ederim.

ÖZET

AMELİYATHANEDE VE ACİL SERVİSTE GÖREV YAPAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN GÜRÜLTÜ HASSASİYETLERİ VE DİKKAT DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Sağdıç, Bayram

Yüksek Lisans, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışman: Doç. Dr. Tuba KARABEY

Haziran 2025, xi + 110 sayfa

Ameliyathane ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve gürültünün sağlık profesyonelleri ile hastalar üzerindeki etkilerini inceleyen bu çalışma; 200 sağlık profesyoneli (127 kadın, 73 erkek) oluşan bir örneklemle gerçekleştirilmiştir. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Formu, Weinstein Gürültü Hassasiyeti Ölçeği (WGHÖ) ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (MAAS) ile toplanmıştır. Verilerin dağılım uygunluğu testleri sonrası iki grupta karşılaştırmalarda Student t testi, üç ve daha fazla grupta karşılaştırmalarda Anova testi kullanılmış; anlamlılık seviyesi $p<0,005$ olarak belirlenmiştir. WGHÖ puan ortalaması $93,44\pm 8,44$ olup yüksek gürültü hassasiyetine işaret ederken, MAAS puan ortalaması $72,89\pm 11,65$ ile orta-yüksek bilinçli farkındalık düzeyini göstermiştir. Gürültü; istenmeyen seslerin birleşimi olarak tanımlanmakta olup, literatür incelendiğinde ameliyathane ve acil serviste sıklıkla 70 dB(A)'yı aşarak Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sınırları geçmektedir. Bu durum; sağlık profesyonellerinde dikkat dağınıklığına ve hata riskine yol açarak tedavi performansını ve hasta sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Gürültü hassasiyetinin en yüksek belirleyicileri 15 yıl ve üzeri meslek deneyimi ($115,11\pm 9,34$) ve bekarlık durumu ($96,44\pm 8,85$); bilinçli farkındalığın en yüksek belirleyicileri ise bekarlık ($85,76\pm 7,79$) ve 15 yıl üzeri deneyim ($84,71\pm 9,60$) olarak saptanmıştır. Kadınlar ($102,02\pm 12,50$), 36-55 yaş grubu ($110,28\pm 8,72$), bekarlar ve yüksek eğitilmişler ($98,16\pm 7,66$) daha yüksek gürültü hassasiyeti sergilerken; bekarlar ve deneyimli profesyoneller daha yüksek MAAS puanlarına sahiptir ($p<0,005$). Gürültü

hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuş ($r=0,771$, $p=0,001$); regresyon analizi, gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkilediğini doğrulamıştır ($\beta=0,654$, $p<0,001$). Ancak, orta düzey deneyimli (6-15 yıl) profesyonellerin düşük MAAS puanları ($65,73\pm9,56$; $66,41\pm8,84$); tükenmişlik veya stresle ilişkilendirilmiştir. Gürültünün psikolojik ve fizyolojik olumsuz etkileri, özellikle dikkat dağınıklığı; mesleki performansı ve hasta bakım kalitesini tehdit etmektedir. Bu nedenle; gürültü kaynaklarının tespiti ve yönetimi kritik öneme sahiptir. Gürültü azaltıcı teknolojiler, ses yalıtımı, farkındalık temelli eğitimler ve stres yönetimi programları önerilmektedir. Gelecekteki çalışmalar; gürültü hassasiyetinin uzun vadeli etkilerini ve müdahalelerin etkinliğini daha ayrıntılı incelemelidir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Acil Servis, Sağlık Profesyonelleri, Gürültü Hassasiyeti, Dikkat

ABSTRACT

DETERMINATION OF NOISE SENSITIVITY AND ATTENTION LEVELS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS WORKING IN OPERATING ROOMS AND EMERGENCY SERVICE

Sağdıç, Bayram

M. Sc. Thesis, Department of Emergency Medicine Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Tuba KARABEY

June 2025, xi + 110 sayfa

This study examining the relationship between noise sensitivity and mindfulness levels of healthcare professionals working in operating rooms and emergency departments, as well as the effects of noise on healthcare professionals and patients, was conducted with a sample of 200 healthcare professionals (127 female, 73 male). Data were collected using the Demographic Characteristics Form, the Weinstein Noise Sensitivity Scale (WNSS), and the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Following distribution suitability tests, Student's t-test was used for two-group comparisons, and ANOVA was used for comparisons involving three or more groups, with a significance level set at $p < 0.005$. The mean WNSS score was 93.44 ± 8.44 , indicating high noise sensitivity, while the mean MAAS score was 72.89 ± 11.65 , reflecting a moderate-to-high level of mindfulness. Noise, defined as a combination of unwanted sounds, frequently exceeds 70 dB(A) in operating rooms and emergency departments, surpassing the World Health Organization's recommended limits, as observed in the literature. This situation leads to attention distraction and increased error risk among healthcare professionals, negatively impacting treatment performance and patient health. The strongest determinants of noise sensitivity were professional experience of 15 years or more (115.11 ± 9.34) and being single (96.44 ± 8.85), while the strongest determinants of mindfulness were being single (85.76 ± 7.79) and having over 15 years of experience (84.71 ± 9.60). Females (102.02 ± 12.50), the 36–55 age group (110.28 ± 8.72), single individuals, and those with higher education (98.16 ± 7.66) exhibited higher noise sensitivity, while single individuals and experienced professionals had higher MAAS scores ($p < 0.005$). A strong positive

correlation was found between noise sensitivity and mindfulness ($r=0.771$, $p=0.001$), and regression analysis confirmed that noise sensitivity positively influenced mindfulness ($\beta=0.654$, $p<0.001$). However, professionals with moderate experience (6–15 years) had lower MAAS scores (65.73 ± 9.56 ; 66.41 ± 8.84), which were associated with burnout or stress. The psychological and physiological adverse effects of noise, particularly attention distraction, threaten professional performance and patient care quality. Therefore, identifying and managing noise sources is of critical importance. Noise reduction technologies, sound insulation, mindfulness-based training, and stress management programs are recommended. Future studies should investigate the long-term effects of noise sensitivity and the effectiveness of interventions in greater detail.

Keywords: Operating Room, Emergency Room, Healthcare Professional, Noise Sensitivity, Attention

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ses İle İlgili Temel Kavramlar	5
2.1.1.Ses Tanımı.....	5
2.1.2. Frekans	5
2.1.3. Dalga Boyu.....	6
2.1.4. Desibel.....	7
2.1.5. Ses Basıncı.....	7
2.1.6. Eşdeğer Ses Seviyesi	7
2.1.7. Seslerin Sınıflandırılması	8
2.1.8. Ses Düzeyi Ölçer	9
2.2. Gürültü İle İlgili Temel Kavramlar	10
2.2.1. Gürültü Tanımı	10
2.2.2. Gürültü Tipleri.....	11
2.2.2.1. Frekans Bandına Göre Gürültü	11
2.2.2.2. Zamana Olan Bağlılığına Göre Gürültü.....	12
2.2.3. Gürültünün Sınıflandırılması.....	13
2.2.4. Gürültü Standartları	14
2.2.5. Gürültü Seviyesi Ölçer	14
2.3. Gürültü Hassasiyeti	15
2.4. Dikkat Dağınıklığı.....	16
2.4.1. Dikkat Dağınıklığının Tanımı	16

2.4.2. Dikkat Dağınıklığının Türleri.....	17
2.4.2.1. Dışsal (Çevresel) Dikkat Dağınıklığı.....	17
2.4.2.2. İçsel (Zihinsel) Dikkat Dağınıklığı.....	18
2.4.2.3. İrrelevant Dikkat (İlgisiz Dikkat) Dağınıklığı.....	18
2.4.2.4. Sürdürülmüş Dikkat Dağınıklığı.....	18
2.4.2.5. Seçici Dikkat Dağınıklığı.....	19
2.4.2.6. Alternan Dikkat Dağınıklığı.....	19
2.4.2.7. Bölünmüş Dikkat Dağınıklığı.....	19
2.4.3. Dikkat Dağınıklığının Nedenleri.....	20
2.4.3.1. Nörolojik Nedenleri.....	20
2.4.3.2. Çevresel Nedenleri.....	20
2.4.3.3. Psikolojik Nedenleri.....	22
2.5. Acil Tıp.....	24
2.5.1. Acil Tıp Tanımı.....	24
2.5.2. Acil Tıbbi Hizmetler.....	25
2.6. Acil Servis.....	26
2.6.1. Acil Servis Tanımı.....	26
2.6.2. Acil Serviste Triyaj.....	28
2.6.3. Acil Servis Yoğunluğu.....	29
2.6.4. Acil Serviste Görev Yapan Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları.....	30
2.7. Ameliyathane.....	32
2.7.1. Ameliyathane Tanımı.....	32
2.7.2. Ameliyathane İşlevi.....	33
2.7.3. Ameliyathane Yapısı.....	34
2.7.4. Ameliyathanede Görev Yapan Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları.....	36
2.8. Ameliyathanede ve Acil Serviste Gürültü.....	37
2.8.1. Ameliyathanede ve Acil Serviste Gürültü Oluşumu.....	38
2.8.2. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültünün Sağlık Profesyonelleri Üzerindeki Etkisi.....	40
2.8.3. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültünün Hastalar Üzerindeki Etkisi	41

2.8.4. Gürültünün Ameliyathanede ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Dikkati ve Hassasiyeti Üzerindeki Etkileri.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	44
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	44
3.3. Veri Toplama Araçları	45
3.3.1. Sağlık Profesyonelleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu	45
3.3.2. Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ).....	45
3.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS).....	47
3.4. Verilerin Toplanması	47
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	49
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	50
3.7. Evren ve Örneklem	51
4. BULGULAR.....	54
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
6.1. Sonuç.....	82
6.2. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültü Kaynaklarının Yönetimi Ve Gürültünün Azaltılması İçin Çözüm Önerileri.....	84
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER.....	100
EK-1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Profesyonel Özellikleri	101
EK-2: Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)	102
EK-3: Tr- WGHÖ	104
EK-4: Anket Çalışma İzni	106
EK-5: Bilimsel Araştırma İzni	107
EK- 6: Etik Kurul Kararı.....	108
9. ÖZGEÇMİŞ	110

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1.1: Seslerin Sınıflandırılması	8
Tablo 1.2: Bilinen Seslerin Sınıflandırılması	9
Tablo 2.1: Gürültünün Sınıflandırılması	13-14
Tablo 3.1: Yaygın Cerrahi Elektrikli Aletlerin Gürültü Seviyeleri	39
Tablo 3.2: Çeşitli Cerrahi İşlemler Sırasında Gürültü Seviyeleri	40
Tablo 4.1: Bireylerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	54-55
Tablo 4.2: Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Puan Ortalaması	56
Tablo 4.3: Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Puan Ortalamaları	56-57
Tablo 4.4: Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği Bilinçli Farkındalık ve Dikkatin İlişkisi	59
Tablo 4.5: Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Üzerindeki Regresyon Analizi Sonuçları	59-60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1.1: Acil Servis	27
Şekil 2.1: Ameliyathane	33



KISALTMALAR

WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
USEPA:	Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (United States Environmental Protection Agency)
dB:	Ses Seviyesi (Desibel)
Hz:	Frekans (Hertz)
dBA:	Desibel Cinsinden A Ağırlıklı Ses Seviyesi
Leq:	Eşdeğer Ses Seviyesi (Equivalent Sound Level)
WGHÖ:	Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (Weinstein Noise Sensitivity Scale)
MAAS:	Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale)
EMS:	Acil Tıbbi Hizmetler (Emergency Medical Services)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İstenmeyen ve olumsuz etki yaratabilecek ses veya seslerin birleşimi olarak tanımladığımız gürültü; günümüzde ameliyathanede ve acil serviste de artış göstermekte ve bu durum sağlık profesyonellerinin ve hastaların psikolojik ve fizyolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Andrade ve ark., 2021). Bu olumsuz etkilerin başında da dikkat dağınıklığı gelmektedir. Ameliyathanede ve acil serviste sağlık profesyonellerinin, gürültüden kaynaklı dikkatinin dağılması tedavi performansını ve hastayı kritik derecede etkileyebilmektedir (Seidman & Standring, 2010). Dikkat dağınıklığına ek olarak, sağlık profesyonellerinin sağlığı üzerinde; konsantrasyon bozukluğuna (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024), sinirlilik haline (Yang & Zhou., 2024) , iletişim bozukluğuna (Khademi ve ark., 2011), anlık öfkelenmeye (Erkiliç ve ark., 2023), zihinsel yorgunluğa (McCullagh ve ark., 2022), baş ağrısına (Fu ve ark., 2021), baş dönmesine (Vreman ve ark., 2023), geçici veya kalıcı sağırılığa (Louis ve ark., 2024) , cilt sıcaklığı ve cilt direnci reaksiyonlarında azalmaya (Goines & Hagler, 2007), sindirim bozukluğuna (Seidman & Standring, 2010), mide ekşimesine (Katz, 2017), performans düşüşüne (Eren & Özbaş, 2023), karar verme yeteneğinin bozulmasına (Rowe & Knox, 2023), hipertansiyona (Can Çiçek & Can, 2020), taşikardiye (Peisl ve ark., 2024), kortizol seviyelerinde artışa, artan kalp atış hızı ve kan basıncı zamanla kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskine neden olabilmektedir (Graneto & Damm, 2013). Mesleki tükenmişliğe sebep olabilecek bu durumlar, istifa etme isteğine kadar uzanabilmektedir (Tang ve ark., 2024). Gürültülü ameliyathane ve acil servis; sağlık profesyonelleri kadar hastalar üzerinde de psikolojik strese ve olumsuz fizyolojik tepkilere neden olabilmektedir (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024). Psikolojik etkilerin sebep olduğu fizyolojik boyutlar; stres

seviyelerinin artmasına (Tang ve ark., 2024), sabırsızlığa (Andrade ve ark., 2021), sinirlilik haline (Yang & Zhou, 2024), taşikardiye (Peisl ve ark., 2024), hastaların dinlenememesine (Graneto & Damm, 2013), uykusuzluğa (Eren & Özbaş, 2023), baş ağrısına (Fu ve ark., 2021), cilt sıcaklığı ve cilt direnci reaksiyonlarında azalmaya (Goines & Hagler, 2007), sindirim bozukluğuna (Seidman & Standring, 2010), mide ekşimesine neden olabilmekte ve iyileşme sürecini etkileyebilmektedir (Katz, 2017). Hastaların dinlenmesinin ve iyileşmesinin gecikmesi de ; hastanede kalış süresinin uzamasına ve sağlık masraflarının artmasına neden olabilmektedir (Vreman ve ark., 2023).

Ameliyathaneler; sağlık profesyonellerinin hastalar için güvenli bir şekilde cerrahi prosedürleri gerçekleştirildiği, ameliyat sırasında dokuları en az enfeksiyon tehlikesine maruz bırakacak şekilde cerrahi işlemin yürütüldüğü, izole edilmiş fiziksel ve fonksiyonel ortamlardır (Katz, 2017). Stresli ve yoğun çalışma temposu gerektiren ameliyathaneler gerek çalışma gerekse donanım yönünden hastanedeki diğer ünitelerden daha farklı olup, aynı zamanda yüksek oranda teknik bir donanıma sahip olan bölümlerdir (Schouten ve ark., 2023). Ameliyathaneler; tanı ve tedaviye yönelik cerrahi girişimlerin uygulandığı ünitelerdir (Gu ve ark., 2017). Hastane binaları planlanırken ameliyathanelerin konumu, ameliyathane bölümü planlanırken de fonksiyon ve fonksiyon dışı işlemler için gelişmeye uygun, yeterli büyüklükte alan gereksinimi göz önüne alınır. Ameliyathaneler için oluşturulmuş tüm mimari projelerde amaç; hasta güvenliğinin ve kolay bir iş akışının sağlamaktır (Eren & Özbaş, 2023).

Acil servisler; hizmet özelliği nedeniyle diğer servislerde randevu sistemi ile bakılması için yeterince bekleyemeyecek olan ve ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi

müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlarda ilk müdahalenin yapıldığı yerlerdir (Louis ve ark., 2024). Açık kat düzenlerinin, mobil tedavi arabalarının, tıbbi cihazların, perdeli kabinlerin, kırmızı, sarı ve yeşil alanların olduğu, hastaya sunulan bakımın kalitesiyle, hastaya karşı sergilenen tutumla kurumla ilgili genel bir izlenim yaratan, değişken ve sınırlı kaynaklara sahip bir bölümdür (Rowe & Knox, 2023).

Acil Tıp; insan sağlığının hayati derecede etkilenmesi ve bu durumdan en hızlı şekilde normale dönme adına yapılan tüm uygulamaları kapsayan acil sağlık hizmetidir (Karakoyun ve ark., 2024). Acil tıp hizmetleri, hastanelerin acil servislerinde ve mobil ekipler vasıtasıyla hastane dışında, hasta ve yaralı hastalara yönelik uygulanır. Kökleri binlerce yıl öncesine dayanır, ancak organize acil tıbbi bakım 20. yüzyılın sonlarında kendini göstermiştir. Acil tıp birkaç faktöre yanıt olarak tıbbi bir uzmanlık alanı haline gelmiş, bunların başında mevcut sistemin karşılayamadığı plansız bakıma ihtiyaç duyan ve hareket kabiliyeti artmış hastaların varlığı (ve bu ziyaretler için artan mali destek) yer almıştır (Huecker ve ark., 2022).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastane ortamında ses seviyelerinin gündüz saatlerinde $Leq35 \text{ dB(A)}$, akşam saatlerinde ise $Leq30 \text{ dB(A)}$ ' yı aşmaması gerektiğini önerirken; Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (USEPA) ise ses seviyelerinin gündüz $Leq45 \text{ dB(A)}$ ve gece $Leg35 \text{ dB(A)}$ 'tan daha düşük olması gerektiğini önermektedir (Andrade ve ark., 2021; Vreman ve ark., 2023). Belirlenen değerler bu şekilde olmasına rağmen araştırmalar; ameliyathanelerdeki ve acil servisteki endişe verici derecede yüksek gürültü seviyelerini belgelemeye devam etmektedir ve bu

durumun devam ettiğini doğrulamaktadır (Khademi ve ark., 2011; Yang & Zhou, 2024). Modern ameliyathaneler ve acil servis artık gelişmiş tıbbi ekipmanların, alarmların, sağlık profesyonellerinin ve hasta yakınlarının neden olduğu seslerle dolmaktadır. Bu değişim odaklanmış ve sürdürülebilir sessiz ortamın korunmasını zorlaştırmaktadır (Louis ve ark., 2024; McCullagh ve ark., 2022). Ameliyathanelerde oluşan gürültünün başlıca sebepleri; cerrahi aletler ve sağlık profesyonellerinin iletişimi, acil servisteki başlıca sebepler; hasta yakınlarının telaşı, sağlık profesyonellerinin iletişimi, dışarıdan duyulan seslerdir. Daha karmaşık ve güçlü cerrahi aletlerin tanıtılması ve yaygın olarak benimsenmesi, bu artışa önemli ölçüde sebep olmuştur (Fu ve ark., 2021; Louis ve ark., 2024). Bu bağlamda ameliyathanedeki ve acil servisteki sağlık profesyonellerinin ve hastaların sağlığı için gürültü kaynaklarının tespiti, yönetimi ve gürültünün azaltılması için çözüm önerileri büyük önem taşımaktadır (Louis ve ark., 2024).

Araştırmanın amacı ve tipi; ameliyathanede ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetleri ve dikkat düzeylerinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda; gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalık ve dikkatle olan ilişkisi, standardize ölçekler kullanılarak sistematik bir şekilde incelenmiştir.

1. Sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti düzeyleri nedir?
2. Sağlık profesyonellerinin dikkat düzeyleri nedir?
3. Sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetleri ile dikkat düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ses İle İlgili Temel Kavramlar

2.1.1. Ses Tanımı

Ses; genlik veya ses basıncı (desibel cinsinden ölçülen ses yüksekliği olarak algılanır), frekans (Hertz cinsinden ölçülen ses perdesi olarak algılanır) ve zaman deseni özelliklerine sahiptir (Karaca, 2022). Ses; salınımların, atmosfer basıncındaki değişikliklerin sonucudur. Frekans, dalgaboyu, desibel, basınç, eşdeğer seviye kavramlarıyla bağlantılıdır (Pouya, 2022).

Ses bir ortam içerisinde titreşimlerle yayılır. Eğer bu hareket, işitme frekansı dizisi içindeyse, kulak ve diğer yardımcı alıcı organlar tarafından ses olarak algılanır (Güneş ve ark., 2023). ‘Ses’ ten söz edebilmek için birbirinden bağımsız üç fenomenin bir arada olması gerektiği ortaya çıkar. Birbirinden bağımsız bu üç fenomen kaynak, iletici ortam ve alıcı (kulak) olarak sıralanır. Bu üç fenomen ise, birbirlerine tek bir zincirle bağlıdır (Erdal, 2022).

2.1.2. Frekans

Frekans; akımın bir saniyede yön değiştirme hızıdır (Babacan ve ark., 2020). Salınımların, atmosfer basınç değişikliklerinin duyulabilmesi için saniyede en az 20 kez meydana gelmesi gerekir. Bu nedenle saniyedeki basınç değişikliği sesin frekansıdır. Frekans; uluslararası bir ölçü birimi olan hertz (Hz) cinsinden ölçülür. 1 hertz saniyede 1

döngüye eşittir. Genç bir kişi için sesin duyma alanı yaklaşık 20 Hz ile 20 kHz arasındadır (Öztürk & Özcan, 2024).

2.1.3. Dalga Boyu

Ses bir ortamda dalgalar halinde yayılır (Güneş ve ark., 2023). Havadaki dalga hareketi, suya düşen bir taşın suda oluşturacağı dalgacıklarla aynı biçimdedir. Taş, suyun yüzeyinden aşağıya doğru ilerlediğinde, suyun elastik yapısı su yüzeyini normal haline getirmeye çalışır, bu da su partiküllerinin normal pozisyonları civarında salınmalarına neden olur (Karaca, 2022). Bu salınma hareketi komşu partiküllere iletir, böylece dalgacık ve dalgacığın enerjisi merkez noktadan uzaklaşmaya başlar. Titreşen bir cisimden, havada sıkışma ve gevşeme noktaları yaratarak ilerleyen dalgalar silsilesine ses dalgaları denir (Erdal, 2022). Sıkışma ve gevşeme dalgaları hava partikülleri titreşmelerine neden olur. Suyun üzerinde yüzen cisimler incelendiğinde görüleceği gibi, dalga hareketi sırasında dalgacık ilerler fakat su partikülleri ilerlemez. Bir dalga hareketinde ilerleyen ortamdaki partiküller değil, dalganın enerjisidir (Atlan & Pençe, 2021).

Dalga hareketi madde titreşiminin bir sonucudur. Ses dalgasının oluşabilmesi için bir titreşimin oluşturulması gerekir. Bu titreşimi oluşturacak kaynağa ‘ses kaynağı’ adı verilir (insan, monitör, anons vs.) (Öztürk & Özcan, 2024). Kaynaktan çıkan enerji, molekülleri harekete geçirir. Moleküller, bu etkiyle beraber denge konumlarını bozar ve birden sıkışmaya ve seyrekleşmeye başlar. Bulundukları yerlerde bu hareketi, enerjilerinin büyüklüğü ile doğru orantıda sürdürürler. Zaman içerisinde gerçekleşen bu harekete dalda hareketi, kaynağın ürettiği titreşim ile oluşan döngüsel ve kulak ile algılanabilir dalgalara da ‘ses dalgası’ denir (Ayhan ve ark., 2023).

2.1.4. Desibel

İnsan kulağına göre sesin şiddetinin belirlenmesinde kullanılan ölçü desibeldir ve dalga boyu 20-20000 Hz arası sesler işitilebilir (Pouya, 2022). 20 Hz altı infrasound, 20 KHz üstü ultrasound seslerdir. İnsan infrasound sesleri duyamaz. Ultrasound sesler kişilerde huzursuzluk, baş ağrısı ve bulantıya neden olur (Knauert ve ark., 2016). Desibel (dB) seviyeleri; çevremizdeki geniş ses yoğunluğu aralığını barındıran logaritmik bir ölçekte rapor edilir. İnsan işitme eşiği 0 dB olarak belirlenmiştir; rahatsızlık verici ses ise 140 dB olarak belirlenmiştir. 3-5 dB'lik bir değişiklik insan kulağı tarafından algılanabilir ve 10 dB'lik bir değişiklik ses genliğinin yaklaşık iki katına çıkmasını temsil eder (Naef ve ark., 2023).

2.1.5. Ses Basıncı

Ses basıncı seviyesi, bir sesin referans basıncına göre etkinliğinin logaritmik ölçümüdür (Karaca, 2022). Ses ile ilgili titreşimler, basınçtaki küçük değişiklikler olarak algılanır. Ses olarak algılanan ses basıncı aralığı, düşük basınçla başlayarak ağrıya neden olacak kadar yüksek ses basıncına ulaşmaktadır (Avcı & Dokumuş, 2021).

2.1.6. Eşdeğer Ses Seviyesi

Eşdeğer Ses Seviyesi (Leq); belirtilen bir aralıktaki ortalama genliği veya ses basıncını yansıtır (Güneş ve ark., 2023). Leq; genellikle A ağırlıklı (birim dBA) veya C ağırlıklı (birim dBC) bir ölçekte raporlanır. Ağırlıklı ölçekler; ses seviyelerini değişen frekanslarda entegre eder ve belirli frekanslara daha yüksek veya daha düşük ağırlıklar verir (Öztürk & Özcan, 2024). Örneğin; sesin dBA birimlerinde raporlanması, insan

kulağı tarafından en kolay duyulan daha yüksek frekanslı tonlara daha fazla ağırlık verir (Steele & Guastavino, 2021). C ağırlıklı ölçek; daha geniş bir ses frekansı aralığını içerir ve düşük ve yüksek frekanslarda eşit olarak ağırlıklandırılır. A ve C ağırlıklı ölçümler arasındaki uyumsuzluk, yüksek oranda düşük frekanslı sesin varlığını gösterir; düşük frekanslı ses, hava işleyiciler gibi bina makine gürültüsü ve bilgisayarlardan veya televizyonlardan gelen "uğultu" gibi küçük makine gürültüsü ile ilişkilidir (Yeşil & Yıldız, 2025). Tehlikeli gürültü iki ayrı kategoride sınıflandırılmıştır. Bu iki kategoriden biri orta-yüksek seviyede gürültü, diğeri ise jet motoru test alanları gibi yüksek seviyede gürültü içeren alanlardır. Her iki kategori de kendi karakteristik frekans spektrumuna sahiptir. Her gürültü için karakteristik gürültü spektrumu, kulak koruyucunun yeterliliği bakımından hasar verici risk kriterleri ile karşılaştırılmalıdır (Witek ve ark., 2025).

2.1.7. Seslerin Sınıflandırılması

Sesler; ses seviyelerine (dB) göre sınıflandırılabilir (Tablo 1.1 ve 1.2) (Özkan vd., 2018; Pouya, 2022).

Tablo 1.1. Seslerin Sınıflandırılması (Pouya, 2022)

Ses seviyesi (dB)	Sınıflandırma
0 - 30	Çok sessiz
30 - 50	Sessiz
50 - 60	Orta Derecede Gürültü
60 - 70	Gürültü
70 - 80	Çok Yüksek Gürültü
110 >	Hasar verici gürültü

Tablo 1.2. Bilinen Seslerin Sınıflandırması (Özkan vd., 2018)

Ses seviyesi (dB)	Bilinen seslerin sınıflandırması
0	İnsan kulağının duyabileceği en düşük ses
30	Fısıltı, sessiz konuşma
50	Yağmur düşüşü, sessiz ofis, buzdolabı, havalandırma
60	Bulaşık makinesi, dikiş makinesi, normal bir konuşma
70	Yoğun trafik, vakum temizleyici, saç kurutma makinası
80	Çalar saat, metro, fabrika gürültüsü
90	Traş makinası, kamyon trafiği, çim biçme makinası
100	Kar aracı, çöp kamyonu, müzik seti
110	Rock konseri, elektrikli testere
120	Uçağın havalanışı, gece kulübü
130	Delici çekiç
140	Av tüfeği, hava hücum uyarı sistemi
180	Roket fırlatıcısı

2.1.8. Ses Düzeyi Ölçer

Sesin şiddetini ölçmeye yarayan araçlara; ses ölçer, ses düzeyi ölçer ya da sonometre denilmektedir. Günümüzde en yaygın kullanılan ses düzeyi ölçer ‘Sound Level Meter’ dir. Ses şiddetini ölçmede de en çok ‘desibel’ kullanılmaktadır (Hill, 2020).

Ses düzeyi ölçümleri, hasara neden olabilecek veya bir arızayı gösterebilecek sesin seviyesini belirlemeye izin verir ve gürültü azaltmada yararlı bir araçtır. Ses seviyesi ölçer, ses basınç seviyesi ölçümleri sağlar. Çevre gürültüsünün ölçümlerinde “ses basınç düzeyi” kullanılır (Katalin, 2018).

2.2. Gürültü İle İlgili Temel Kavramlar

2.2.1. Gürültü Tanımı

Gürültü; istenmeyen ve olumsuz etki yaratabilecek ses veya seslerin birleşimi olarak tanımlanır (Seidman & Standring, 2010). Gürültünün kaynağı sestir. İstenilmeyen ve rahatsızlık veren sesler gürültü olarak tanımlanır. Rahatsızlık seviyesi sesin kalitesine ve ona karşı tutumumuza bağlıdır (Osei ve ark., 2024). Kayıtlı tarih boyunca, gürültü; evlerimizde, sokaklarımızda, iş yerlerimizde ve neredeyse her alanda etkili olmuştur. Kapalı ve açık alanlarda gürültüye sebep olabilecek koşullar oluşmaktadır. Dünya çapında yaşamın talihsiz bir gerçeği haline gelmiştir. Her geçen gün daha şiddetli, yaygın hale gelmeye devam etmekte ve birçok sağlık sorununa neden olmaktadır (Chen ve ark., 2023).

Gürültü; duygu ve duyuların açıklanmasıyla belirlenebilen psikolojik rahatsızlıklara ve çeşitli ölçme metotlarıyla belirlenebilen fizyolojik rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Gürültü; ameliyathane ve acil servis gibi son derece hassas ortamlarda da kendini göstermektedir (Andrade ve ark., 2021). Bu son derece hassas ortamlardaki gürültü düzeyini tehlike sınırlarının altında tutabilmek için birçok ülkede yasal düzenlemelere gidilmiştir (Goines & Hagler, 2007).

2.2.2. Gürültü Tipleri

2.2.2.1. Frekans Bandına Göre Gürültü

Gürültü tipleri frekans bandına göre; sesler geniş bir frekans aralığından oluşuyorsa, geniş bant gürültüsü; tek bir ton ise dar bant gürültüsü olarak adlandırılır. Geniş bant gürültüsünde; gürültüyü meydana getiren ses bütün frekansları içerecek şekilde tüm frekans boyunca yayılmıştır. Dar bant gürültüsünde; seslerde birkaç frekans yoğun olarak yer alır. Eğer gürültü her oktav için eşit enerji bulunduruyorsa pembe gürültü olarak adlandırılır (Jesteadt ve ark., 2017).

Basit ses: Arı ses de denilen tek frekans içeren basit harmonik basınç dalgalanmalarıdır. Örneğin: TV başlamadan önce yayılan sestir (Yeşil & Yıldız, 2025).

Periyodik ses: Frekansları birbiriyle ilintili sınırlı sayıda bileşenin oluşturduğu sese periyodik ses denir. Örneğin: Gitar telinden çıkan seslerdir (Yeşil & Yıldız, 2025).

Dar kuşak gürültü: Gürültünün frekans dağılımı belli bir frekans bandında yoğunlaşmıştır. Diğer bir söylemle gürültüyü oluşturan arı seslerden, frekansı belli bir aralıkta olanlar daha baskındır. Döner testerenin çıkardığı ses özellikle yüksek frekansları içermesi ile bu grupta yer alır (Yeşil & Yıldız, 2025).

Geniş kuşak gürültü: Birçok gürültü türü sürekli bir spektruma sahiptir. Yani; gürültüyü meydana getiren sesin frekansı, bir veya birkaç frekans aralığına değil, bütün frekansları içerecek şekilde tüm frekans boyunca yayılmaktadır. Sürekli geniş bant

gürültüsüne örnek olarak beyaz gürültü olan konuşma sesi gürültüsü verilebilir (Yeşil & Yıldız, 2025).

2.2.2.2. Zamana Olan Bağlılığına Göre Gürültü

Gürültü tipleri zamana olan bağlılığına göre; gürültü seviyesi, ölçüm süresince kesintiye uğramadan ve değişme göstermeden aynı süreçte devam eden gürültü, kararlı gürültü olarak adlandırılır. Gözlem süresince, gürültü seviyesinde önemli ölçüde değişiklikler olan gürültü, kararsız gürültü olarak adlandırılır. Gözlem süresince, seviyesinde sürekli olarak belirgin değişikliklerin olduğu gürültü, dalgalı gürültü olarak adlandırılır. Gözlem süresince, seviyesi aniden ortam gürültü seviyesine düşen ve ortam gürültüsü seviyesi üzerindeki değeri bir saniye ya da daha fazla olarak devam eden gürültü, kesikli gürültü olarak adlandırılır. Her biri 1 saniyeden daha az süren, bir veya birden fazla vuruşun çıkardığı gürültü, anlık gürültü olarak adlandırılır (Li ve ark., 2021).

Kararlı gürültü: Ses düzeyinin zamanla değişmediği ve yaklaşık olarak sabit kaldığı gürültü türüdür. Örneğin: Sabit hızla çalışan vantilatör (Yeşil & Yıldız, 2025).

Kararsız gürültü: Ses düzeyinin zaman etkenine bağlı olarak değişim gösterdiği gürültü türüdür. Kararsız gürültü değerlendirilirken, aynı ses enerjisine sahip olan fakat kararlı bir gürültünün dB cinsinden ses seviyesi tanımlanır. Bu tip gürültüler için genellikle eşdeğer gürültü seviyesi ölçümü yapılır. Örneğin: uçağın ya da arabanın geçerken çıkardığı ses (Yeşil & Yıldız, 2025).

Darbeli gürültü: Çekiçle çivi çakarken çıkan ses darbeli gürültüdür (Yeşil & Yıldız, 2025).

Patlama gürültüsü: Tüfekle ateş etme sırasında oluşan ses patlama gürültüsüdür (Yeşil & Yıldız, 2025).

Kesikli gürültü: Kararlı gürültü çıkaran makinenin aralıklı çalıştırılmasıyla çıkan ses kesikli gürültüdür (Yeşil & Yıldız, 2025).

Dalgalı gürültü: Ses düzeylerinin periyodik olarak değiştiği gürültüye dalgalı gürültü denir (Yeşil & Yıldız, 2025).

2.2.3. Gürültünün Sınıflandırılması

Gürültü, ses seviyesine bağlı olarak sınıflandırılabilir (Tablon 2.1) (Özkan ve ark., 2018).

Tablo 2.1. Gürültünün Sınıflandırılması (Özkan ve ark., 2018)

Ses seviyesi (dB)	Gürültünün Sınıflandırılması
30 - 65	I. derecedeki gürültüler; • Konsantrasyon ve uyku bozukluğu • Rahatsızlık • Konforsuzluk
65 – 90	II. derecedeki gürültüler; • Solunum hızlanması • Beyin içi basıncın azalması • Kalp atışının değişimi
90 - 120	III. derecedeki gürültüler; • Baş ağrısı • Fizyolojik gürültü
120 - 140	IV. derecedeki gürültüler;

	• İç kulakta hasar
140 >	V. Derecedeki Gürültüler; • Kulak zarının patlaması

2.2.4. Gürültü Standartları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (USEPA) farklı ortamlarda aşılmaması gereken sesleri araştırmış ve belirlemişlerdir (Andrade ve ark., 2021). Belirlenen ses seviyelerin artışı gürültüye neden olmaktadır. Farklı ortamlarda oluşan sesleri de gece ve gündüz aşılmaması gereken sesler olarak ayırmışlardır (Vreman ve ark., 2023).

Hastane ortamında ses seviyelerinin; WHO araştırmalarında, gündüz saatlerinde Leq35 dB(A), akşam saatlerinde ise Leq30 dB(A)' yı aşmaması gerektiğini önerirken; USEPA ise araştırmalarında ses seviyelerinin gündüz Leq45 dB(A) ve gece Leg35 dB(A)'tan daha düşük olması gerektiğini belirtmiştir (dAndrade ve ark., 2021; Vreman ve ark., 2023).

2.2.5. Gürültü Seviyesi Ölçer

Gürültü ölçümleri; şikayetleri değerlendirme, yasalara uygunluğu denetleme, gürültü haritalarını çıkarma ve alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirme gibi nedenlerle yapılmaktadır (Şen & Özer, 2024). Gürültünün desibel olarak ölçülmesi sesin zararlarını belirlemek için yeterli olmayabilir. Sağlıklı bir insanın duyduğu ses aralığı ve kulağının hassas olduğu ses aralığı farklıdır. Uluslararası Standart Örgütünün normal kabul ettiği gürültü düzeyi ise 60 dB'dir. Gürültü seviyesi ölçüm araçları, bir mikrofon ve

elektrik devresinden ibarettir. Sonucu desibel olarak verir. İş nedenli etkileşimlerin belirlenmesi amacıyla bir ağırlıklı ölçüm ağı geliştirilmiştir (Osei ve ark., 2024). Burada çok düşük ve yüksek frekanslar baskılanır. 1000-6000 arasındaki orta frekanslar hafif güçlendirilir. Gürültü dozimetresi, gürültünün etkisinde kalan kişinin kulağına yakın bir yere yerleştirilen mikrofondan kayıt yapan bir devredir. Bu araçlar ölçüm süresince ortalama integre etkilenim derecesini veya zamanın fonksiyonu olarak etkilenimi verebilir (Chen ve ark., 2023).

2.3. Gürültü Hassasiyeti

Gürültü hassasiyeti; herhangi bir bireyin gürültüye tepki verme derecesini artıran fizyolojik ve psikolojik iç durumlarını ifade eder (Heinonen-Guzejev ve ark., 2014). Gürültüden rahatsız olma durumunun ölçülebilir halidir. Genel olarak gürültüye tepkiselliğinin derecesinde artış sağlayan bir içsel durumu ifade etmektedir ve gürültüden rahatsız olmayı öngörür. (Graneto & Damm, 2013).

Gürültü hassasiyeti olan bireyler sesleri negatif yönde algılamaya yatkındırlar ve tepki verirler. Gürültü hassasiyeti sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir ancak bu ilişkilendirilmenin altında yatan mekanizma hâlâ tam olarak açıklanamamıştır (Seidman & Standring, 2010). Gürültü hassasiyetinin altında yatan sinirsel mekanizmalar hakkında çok az çalışma vardır (Peisl ve ark., 2024). Uyumsuzluk negatifliği (MMN), beynin üst temporal lobunda üretilen işitsel olayla ilişkili potansiyelin (ERP) bir bileşenidir ve devam eden işitsel uyarımın bazı tekrarlayan yönlerinde ayırt edilebilir bir değişiklikle ortaya çıkar (Osei ve ark., 2024).

Gürültüden rahatsız olma durumu psikolojik, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve sağlık durumu gibi karakterlerden etkilenebilir (Craik, 2014). Bireysel hassasiyet kompleks seslerde olabildiği gibi saf seslerde de olabilir. Bazı bireyler diğerlerine göre daha fazla gürültüye hassas olabilir (Andrade ve ark., 2021). Gürültüye hassas olma durumu, sürekli olarak gürültüye maruz kalma ya da migren ağrısı gibi fiziksel rahatsızlıkların ve baş yaralanması gibi ani travmaların sonucunda oluşabileceği gibi, aile içinde var olup genetik komponente de sahip olabilir (Tang ve ark., 2024).

2.4. Dikkat Dağınıklığı

Dikkat dağınıklığı; beyindeki frontal lob, parietal lob ve dopamin gibi nörotransmitterlerin işleyişindeki bozukluklar veya nörolojik durumlar (örneğin DEHB, anksiyete veya uyku bozuklukları) gibi nedenlerle (Osei ve ark., 2024); stres, düzensiz uyku, aşırı ekran kullanımı, gürültülü ortam gibi çevresel nedenlerle (Wolgast & Lundh, 2017); anksiyete, depresyon, stres, travma veya düşük motivasyon gibi psikolojik nedenlerden kaynaklanabilir (Koessmeier & Büttner, 2024).

2.4.1. Dikkat Dağınıklığının Tanımı

Dikkat dağınıklığı; bireyin dikkatini belirli bir görev, düşünce ya da çevresel uyarıcı üzerinde sürdürme, odaklama ve yönlendirme yetisinde yaşadığı bozulmayı ifade eden bilişsel bir durumdur (Cosman ve ark., 2018). Bu durum; bireyin zihinsel kaynaklarının bütünsel olarak etkin biçimde yönetilememesi nedeniyle ortaya çıkar ve bireyin akademik, mesleki ve sosyal yaşamındaki performansını doğrudan etkileyebilir. Günümüzde dikkat dağınıklığı; gürültü gibi etkenlerden dolayı günlük görevlerimize

engel olmaktadır (Osei ve ark., 2024). Prefrontal korteks bölgeleri hem tek nöronların hem de kranial yüzeydeki olayla ilişkili elektriksel potansiyellerin modülasyonunda ölçülebilen, görevle alakalı bilgilerin duyuşsal kortekste temsilini artırarak dikkati kontrol eder (Asefi Rad ve Wippert, 2024). Alakasız bilgiler özellikle göze çarptığında, dikkati dağıtabilir ve davranışsal olarak alakalı bilgilerin seçimine müdahale edebilir. Bu tür bir dikkat dağıtma, yukarıdan aşağıya kontrolle en aza indirilebilir, ancak dikkat dağıtma üzerindeki bu kontrolü sağlayan bilişsel ve sinirsel mekanizmalar belirsizliğini korumaktadır ve tartışılmaktadır (Craik, 2014).

2.4.2. Dikkat Dağınıklığının Türleri

Dikkat dağınıklığının; dışsal (çevresel) dikkat dağınıklığı (Osei ve ark., 2024), içsel (zihinsel) dikkat dağınıklığı (Cosman ve ark., 2018), irrelevant dikkat (ilgisiz dikkat) dağınıklığı (Asefi Rad & Wippert, 2024), sürdürölmüş dikkat dağınıklığı (Craik, 2014), seçici dikkat dağınıklığı (Fazal Ghafoor ve ark., 2015), alternan dikkat dağınıklığı (Vohs ve ark., 2013) ve bölünmüş dikkat dağınıklığı (McEwen ve ark., 2006) türleri mevcuttur.

2.4.2.1. Dışsal (Çevresel) Dikkat Dağınıklığı

Dışsal (çevresel) dikkat dağınıklığı; bireyin dış çevresinden gelen uyarılara karşı duyarlılığı sonucu oluşur (Osei ve ark., 2024). Güröltü, ıfık, diğör insanların konuşmaları, dijital ekranlar ve sosyal medya bildirimleri gibi dışsal etmenler, bireyin dikkatinin yaptığı işten uzaklaşmasına neden olabilir. Özellikle kalabalık veya yüksek uyarıcıya sahip ortamlarda bu tür dikkat dağınıklığı daha sık gözlemlenir. Örneğın; bir öğrencinin ders çalışırken telefonundan gelen bildirimlere bakması ya da dışarıdaki trafiğın sesine odaklanmasıdır (Marsh ve ark., 2023).

2.4.2.2. İçsel (Zihinsel) Dikkat Dağınıklığı

İçsel (zihinsel) dikkat dağınıklığı; bireyin zihninde beliren düşünceler, duygular ya da anılar nedeniyle dikkatini toplamakta zorlanması durumudur (Cosman ve ark., 2018). Bu tür dikkat dağınıklığı çoğu zaman endişe, stres, kaygı, depresyon ya da aşırı hayal kurma gibi psikolojik durumlarla ilişkilidir. Örneğin; bir kişinin çalışırken sürekli geçmişte yaşadığı bir olayı düşünmesi ya da gelecek hakkında endişelenmesidir (Vohs ve ark., 2013).

2.4.2.3. İrrelevant Dikkat (İlgisiz Dikkat) Dağınıklığı

İrrelevant dikkat (ilgisiz dikkat) dağınıklığında birey; yaptığı işle alakalı olmayan ancak ilgisini çeken başka bir uyarana yönelir (Asefi Rad & Wippert, 2024). Genellikle bireyin içsel motivasyonunun düşük olduğu, ilgi çekici olmayan görevlerde görülür. Dikkat bilinçli olarak başka bir yöne kaydırılmıştır. Örneğin; sıkıcı bir toplantı sırasında kişinin hayal kurmaya başlaması ya da başka bir işle ilgilenmesidir (Eysenck ve ark., 2007).

2.4.2.4. Sürdürülmüş Dikkat Dağınıklığı

Sürdürülmüş Dikkat Dağınıklığı; bireyin dikkatini uzun süre boyunca bir görev üzerinde sürdürme kapasitesindeki eksiklikle ilgilidir (Craik, 2014). Özellikle dikkat gerektiren uzun süreli görevlerde performans düşüklüğüyle kendini gösterir. Bu tür dikkat dağınıklığı özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı alan bireylerde yaygındır. Örneğin; uzun süreli bir yazı yazma sürecinde kişinin sık sık ara vermek istemesi ve dikkatini toparlayamamasıdır (McEwen ve ark., 2006).

2.4.2.5. Seçici Dikkat Dağınıklığı

Seçici dikkat, birden fazla uyarıcının bulunduğu ortamda yalnızca gerekli olana odaklanma becerisidir (Fazal Ghafoor ve ark., 2015). Bu becerideki eksiklik, kişinin dikkatini filtreleyememesine ve tüm uyarıcılara aynı anda tepki vermeye çalışmasına neden olur. Örneğin; bir öğrencinin sınıfta öğretmeni dinlerken aynı anda dışarıdaki kuş sesine, arkadaşının fısıldaşmasına ve cep telefonuna dikkat kesilmesidir (Marsh ve ark., 2023).

2.4.2.6. Alternan Dikkat Dağınıklığı

Alternan dikkat dağınıklığı; bireyin bir görevden diğerine geçiş yaparken dikkatini yeterince esnek biçimde yönlendirememesiyle ilgilidir (Vohs ve ark., 2013). Normalde sağlıklı bireyler bir görevden diğerine geçiş yapabilirken, bu tür dikkat eksikliğinde geçişler zorlaşır ve bilişsel yük artar. Örneğin; telefona gelen bir mesaja bakıp ardından tekrar sınav çözümüne dönmekte zorlanmaktır (Eysenck ve ark., 2007).

2.4.2.7. Bölünmüş Dikkat Dağınıklığı

Bölünmüş dikkat, bireyin aynı anda birden fazla göreve dikkatini verebilme yetisidir (McEwen ve ark., 2006). Bu tür bir dikkat eksikliğinde, kişi iki ya da daha fazla görevi aynı anda yürütemez ve performans ciddi şekilde düşer. Örneğin; sürüş sırasında hem yola hem de telefona odaklanmak isteyen bir sürücünün kaza riski yaşamasıdır (Fazal Ghafoor ve ark., 2015).

2.4.3. Dikkat Dağıtıcılığının Nedenleri

2.4.3.1. Nörolojik Nedenleri

Araştırmalarda; nörofizyolojiyi elektrofizyolojiye bağlayarak, görsel bir arama görevi sırasında belirgin dikkat dağıtıcıların işlenmesini izlemek için prefrontal korteksteki nöronlar ve ekstrasriat görsel korteksteki kranial yüzeydeki olayla ilişkili elektriksel potansiyeller eş zamanlı olarak kaydedilmiştir (Osei ve ark., 2024). Kritik olarak, belirgin dikkat dağıtıcı başarıyla göz ardı edildiğinde, ancak başka türlü göz ardı edilmediğinde, belirgin dikkat dağıtıcı temsillerinin güçlü bir şekilde bastırıldığı gözlemlenmiştir (Wolgast & Lundh, 2017). Hedef seçimi gibi, dikkat dağıtıcı bastırılması da ekstrasriat kortikal alanlarda görünmeden önce prefrontal kortekste gözlemlenmiştir. Ayrıca, görevle ilgisi olmayan dikkat dağıtıcının bastırıldığını gösteren tüm prefrontal nöronlar da hedefin seçilmesine katkıda bulunmuştur (Koessmeier & Büttner, 2021). Bu durum; ortak bir prefrontal mekanizmanın hem görevle ilgili bilgileri seçmekten hem de duyuşsal kortekste görevle ilgisi olmayan bilgileri bastırmaktan sorumlu olduğunu göstermiştir. Sonuçlar birlikte ele alındığında, prefrontal kortekste bastırılmış sinirsel ateşlemeyi dikkat dağıtıcı bastırmanın yüzey kranial yüzeydeki olayla ilişkili elektriksel potansiyellerin kranial yüzeydeki olayla ilişkili elektriksel potansiyellerin ölçümleriyle doğrudan ilişkilendirilmiştir (Koessmeier & Büttner, 2024).

2.4.3.2. Çevresel Nedenleri

Çevresel gürültü; özellikle çalışma ya da öğrenme ortamlarında dikkat üzerinde doğrudan olumsuz etki yaratır (Wolgast & Lundh, 2017). Trafik sesleri, inşaat gürültüsü,

kalabalık konuşmaları ya da televizyon ve radyo gibi arka plan sesleri, dikkat bölünmesine yol açar. Araştırmalar; özellikle sözel görevler sırasında arka plan konuşmalarının dikkat performansını ciddi şekilde düşürdüğünü ortaya koymuştur. Sürekli ya da ani ses uyarıları, bireyin zihinsel kaynaklarını tüketerek odaklanma süresini kısaltır (Koessmeier & Büttner, 2021). Modern yaşam alanları; reklam panoları, dijital ekranlar, parlak renkler ve sürekli hareket eden objeler gibi çok sayıda görsel ve işitsel uyaranla doludur. Bilgisayar ekranındaki bildirimler, cep telefonu uyarıları ya da sosyal medya uygulamaları, kişinin görevine odaklanmasını zorlaştırır ve zihinsel geçişlere neden olur (Osei ve ark., 2024). Işık düzeyi, dikkatin etkin kullanılmasında önemli bir çevresel etkidir. Yetersiz aydınlatma, göz yorgunluğuna ve bilişsel performansta düşüşe neden olabilirken; çok parlak ya da titreşimli ışıklar (örneğin floresan lambalar), huzursuzluk yaratarak dikkat dağılmasına yol açabilir. Doğal ışıkla desteklenen ortamlarda bireylerin daha uzun süre odaklanabildikleri gösterilmiştir. Uygun olmayan masa ve sandalye kullanımı, rahatsız edici sıcaklık ya da yetersiz havalandırma gibi unsurlar, bireyin konforunu bozarak dikkat kaybına yol açar (Fazal Ghafoor ve ark., 2015).

Fiziksel rahatsızlık hissi, zihinsel kaynakların görev yerine vücut hissiyatına yönelmesine sebep olur. Düzensiz, dağınık ya da kirli bir ortam, bireyin zihinsel dağınıklığını artırabilir (Sadrizadeh ve ark., 2021). Özellikle masa başında çalışan bireyler için, çevresel düzen dikkat yönetiminin önemli bir parçasıdır. Düzenli ortamlar, bilişsel organizasyonu desteklerken; dağınık ortamlarda dikkat kaynakları sürekli olarak farklı uyaranlara kayar. Bilgisayarlar, akıllı telefonlar, tabletler ve diğer dijital araçlar, çoklu görev yapmayı teşvik ederek dikkat bölünmesine neden olur (McEwen ve ark., 2006). Bildirim sesleri, mesaj uyarıları ve sosyal medya uygulamaları, özellikle genç

bireylerde dikkat süresinin ciddi şekilde azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca dijital ekranlara uzun süre maruz kalmak, göz yorgunluğuna ve zihinsel tükenmeye sebep olarak dikkat performansını düşürür. Kalabalık mekanlar ya da sürekli insan etkileşimine açık ortamlar, bireyin dikkat süresini olumsuz etkileyebilir. Özellikle açık ofis sistemleri ya da sınıflarda sürekli hareket ve konuşmanın olduğu yerlerde bireylerin dikkatleri kolayca dağınılır (Eysenck ve ark., 2007). Sosyal ortamda gözlemlenme hissi de dikkat kaynaklarını içsel kontrol yerine sosyal algıya yönlendirebilir. Zaman baskısı altında kalmak, özellikle sınav, sunum ya da teslim tarihleri gibi zaman kısıtlamalarında dikkat dağınıklığını artırabilir. Zamanla yarışma hissi, kişinin zihinsel olarak paniklemesine ve planlama becerilerinin zayıflamasına yol açar. Bu durum görevlerin bölünmesine ve dikkatin sürdürülebilirliğinin azalmasına neden olur (Vohs ve ark., 2013).

2.4.3.3. Psikolojik Nedenleri

Kaygı; bireyin içsel ya da dışsal tehdit algısı karşısında yaşadığı yoğun endişe durumudur (Koessmeier & Büttner, 2024). Kaygı düzeyi yükseldiğinde, bireyin zihni sürekli tehdit edici olasılıkları tarar ve bu durum dikkat sisteminin dış uyaranlara odaklanmasını engeller. Sürekli kaygı hali, özellikle test kaygısı, performans kaygısı veya sosyal kaygı durumlarında dikkat dağınıklığını artırabilir (Fazal Ghafoor ve ark., 2015). Bilişsel kaynaklar görevden ziyade içsel düşünceler ve olasılıklar üzerinde yoğunlaştığından, dikkat kapasitesi düşer. Kronik stres, dikkat sistemini olumsuz etkileyen önemli bir psikolojik faktördür. Stres hormonları (özellikle kortizol), hipokampus ve prefrontal korteks gibi dikkat ve hafıza ile ilişkili beyin bölgelerinde işlevsel bozulmalara yol açabilir. Duygusal yükün arttığı durumlarda bireyin zihinsel kaynakları mevcut çevresel görevlerden ziyade, stres kaynağı olan olaylara yönelir

(McEwen ve ark., 2006). Bu durum özellikle çok görevli ortamlarda dikkat dağınıklığını derinleştirir. Depresyon, bireyin enerji düzeyinde, motivasyonunda ve zihinsel esnekliğinde azalma ile karakterize edilen bir duygu durum bozukluğudur. Depresif bireylerde dikkat mekanizmaları yavaşlar; bilişsel süreçler ağırlaşır ve dikkat sürekliliği azalır. Ayrıca depresyona eşlik eden “ruminatif düşünce döngüsü” (sürekli aynı düşünceler etrafında dönme), bireyin dikkatini dışsal görevlerden uzaklaştırır. Öz-düzenleme; bireyin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını bilinçli şekilde yönlendirme becerisidir. Bu becerinin zayıf olması, dikkat kontrolünü doğrudan etkiler. Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan bireylerde, dikkat düzenleyici iç kontrol sistemleri yeterince gelişmemiştir (Eysenck ve ark., 2007). Bunun sonucu olarak birey, dikkatini sürdürmekte ya da yeniden odaklamakta zorlanır. Motivasyon, bireyin bir işe yönelmesini ve o işte kalmasını sağlayan psikolojik bir güçtür. İlgi duyulmayan ya da anlamsız bulunan görevler, dikkat kaynaklarının hızla dağılmasına yol açar. Özellikle içsel motivasyonun düşük olduğu ortamlarda (örneğin zorunlu eğitim içeriği), bireylerin dikkatlerini sürdürme süresi azalır. Bu durum hem çocuklarda hem de yetişkinlerde öğrenme ve üretkenlik üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Kişilik özellikleri de dikkat dağınıklığını etkileyebilir (Vohs ve ark., 2013). Özellikle nevroitiklik düzeyi yüksek bireyler, çevresel ve içsel uyaranlara karşı daha hassas tepkiler verir ve bu da dikkat bölünmesine neden olur. Aynı şekilde, duygusal istikrarı düşük olan bireylerde zihinsel geçişler ve duygusal iniş-çıkışlar dikkat sürecini kesintiye uğratabilir. Geçmişte yaşanmış yoğun travmatik deneyimler, bireyin dikkat sisteminin tehdit algılarına aşırı duyarlı hale gelmesine yol açabilir (Koessmeier & Büttner, 2021). TSSB olan bireylerde, dikkat sürekli potansiyel tehditleri taramak üzere yönlendirilir. Bu da bireyin mevcut görev ya da çevresel uyaranlara odaklanamamasına neden olur. Aynı zamanda travma

sonrası zihin, geçmiş olaya ilişkin görüntüler ve düşüncelerle meşgul olduğu için dikkat dağınıklığı kaçınılmaz hâle gelir. Aynı anda çok fazla bilgiyle başa çıkmaya çalışmak, bilişsel kaynakların tükenmesine ve dikkat sisteminin çökmesine neden olabilir. Özellikle günümüzde çoklu görev (multitasking) yapma eğilimi, dikkat bölünmelerine ve zihinsel yorgunluğa yol açar. Aşırı bilişsel yük altında dikkat dağınıklığı daha sık görülür (Marsh ve ark., 2023).

2.5. Acil Tıp

Acil tıp; ani ve hayati tehlike arz eden sağlık sorunlarına hızlı müdahale eden bir daldır (Huecker ve ark., 2022). Kalp krizi, felç, travma, zehirlenme veya solunum yetmezliği gibi durumlarla ilgilenir. Acil tıp uzmanları; acil servislerde veya ambulanslarda çalışarak ilk müdahaleyi gerçekleştirir. Hızlı teşhis, tedavi ve hasta stabilizasyonu bu alanda temel önceliklerdir. Triyaj sistemiyle hastaların aciliyet sırası belirlenir ve kaynaklar etkin bir biçimde kullanılır. Acil tıp; multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve diğer uzmanlık dallarıyla iş birliği yapar. Gelişmiş tıbbi cihazlar ve protokoller, doğru müdahale için kritik öneme sahiptir. Acil tıp; stresli ve tempolu bir ortamda çalışmayı gerektirir. Eğitimli personel, her an beklenmedik durumlara hazır olmalıdır. Toplum sağlığını koruma ve hayat kurtarma, acil tıpın temel amacıdır (Karakoyun ve ark., 202

2.5.1. Acil Tıp Tanımı

Acil Tıp; insan sağlığının hayati derecede etkilenmesi ve bu durumdan en hızlı şekilde normale dönme adına yapılan tüm uygulamaları kapsayan acil sağlık hizmetidir

(Karakoyun ve ark., 2024). Acil tıp hizmetleri; hastanelerin acil servislerinde ve mobil ekipler vasıtasıyla hastane dışında, hasta ve yaralı hastalara yönelik uygulanır. Kökleri binlerce yıl öncesine dayanır, ancak organize acil tıbbi bakım 20. yüzyılın sonlarında kendini göstermiştir. Acil tıp birkaç faktöre yanıt olarak tıbbi bir uzmanlık alanı haline gelmiş, bunların başında mevcut sistemin karşılayamadığı plansız bakıma ihtiyaç duyan ve hareket kabiliyeti artmış hastaların varlığı (ve bu ziyaretler için artan mali destek) yer almıştır. Bir öncü grubu, acil hastaları yönetmede yetenekli doktorlara duyulan ihtiyaca yanıt olarak 1968'de Amerikan Doktorlar Acil Koleji'ni kurulmuştur. 1970'te Cincinnati ilk acil tıp ikametgahını açmıştır. 1976'da Amerikan Acil Tıp Kurulu (ABEM) ve Akademik Acil Tıp Derneği ortaya çıkmıştır. Amerikan Tıp Uzmanlıkları Kurulu (ABMS) ilk olarak uzmanlık statüsü için başvuruyu 100'e 5 oyla karşı çıktıktan sonra (1977), acil tıp 1979'da 23. uzmanlık dalı olarak onaylanmıştır (Huecker ve ark., 2022).

2.5.2. Acil Tıbbi Hizmetler

Acil Tıbbi Hizmetler (EMS), hastane ortamında, dışında, hastane öncesi bir ortamda hastalar için bakımın tüm yönlerini koordine eden tüm sistemi ifade eder (Huecker ve ark., 2022). Bu nedenle, EMS sağlık sistemlerinin hayati bir unsurudur ve zaman açısından hassas müdahale gerektiren yaralanmalar ve diğer hastalıklar için sonuçları iyileştirmede önemli bir rol oynar. Ciddi derecede kritik veya yaralı hastalar genellikle ambulansla EMS aracılığıyla hastaneye taşınır, ancak bazı hastalar durumlarına ve mevcut ulaşım araçlarına bağlı olarak yürüyerek veya kişisel araçlarını kullanarak acil servise ulaşabilirler. EMS kullanımına ilişkin doğru ve eksiksiz veriler, yalnızca yüksek kaliteli hasta taşımacılığını sağlamak için değil, aynı zamanda sistem içindeki sınırlı kaynakların tahsisini optimize etmek için de önemlidir (Karakoyun ve ark., 2024).

2.6. Acil Servis

Acil servis; hastanelerde ani ve ciddi sağlık sorunları için 7/24 hizmet sunan kritik bir birimdir (Goodwin ve ark., 2024) . Kalp krizi, felç, ağır yaralanmalar, solunum güçlüğü veya zehirlenme gibi acil durumlarla ilgilenir. Uzman doktorlar, hemşireler ve diğler sağlık personeli, hızlı ve etkili müdahale için hazır bulunur. Triyaj sistemiyle hastalar, durumlarının aciliyetine göre önceliklendirilir (Kingswell ve ark., 2025). Acil servis; ileri teknoloji tıbbi cihazlar ve ilaçlarla donatılmıştır. Hastaların ilk değerlendirmesi ve stabilizasyonu burada yapılır. Gerektiğinde hastalar, cerrahi müdahale veya uzman konsültasyonu için diğler bölümlere sevk edilir. Yoğun bakım üniteleriyle yakın iş birliği içinde çalışır. Acil servis; stresli ve tempolu bir ortamda yüksek koordinasyon gerektirir. Toplum sağlığı için hayati bir rol oynar ve her an beklenmedik durumlara karşı hazırlıklıdır (Imhoff ve ark., 2022).

2.6.1. Acil Servis Tanımı

Acil servisler; hizmet özelliği nedeniyle diğler servislerde randevu sistemi ile bakılması için yeterince bekleyemeyecek olan ve ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlarda ilk müdahalenin yapıldığı yerlerdir (Goodwin ve ark., 2024). Acil servis çalışma ortamı, belirsizliklerle işaretlenmiş benzersiz bir organizasyonel ortamdır; hastalar her saat çeşitli sağlık sorunları ve akutluk seviyeleriyle gelir ve genellikle multidisipliner bir ekip içinde koordine edilen yoğun hemşirelik

bakımı gerektirir. Acil müdahalelerin yapıldığı birimlerin yani acil servislerin en iyi şartlarda hizmet vermesi büyük önem taşımaktadır (Imhoff ve ark., 2022). Acil servisler bir sağlık kuruluşunun en kaotik, en riskli, ölüme ve yaşama en yakın olan bölümleridir. Bundan dolayıdır ki acil servislerde müdahalede en hızlı şekilde, hatanın en az olunması gerekir. Yüksek hasta hacimleri de dahil olmak üzere sağlık profesyonellerine aşırı yük bindiren çevresel koşulların olabildiği, uzun beklemlerin yaşanabildiği ve hasta veya hasta yakınıyla sağlık profesyonelleri arasında gergin bir atmosferin oluşabileceği ortamlardır. Bu durumlar beraberinde gürültüye sebebiyet verebilmektedir (Steptoe ve ark., 2011).

Acil servisler; açık kat düzenlerinin, mobil tedavi arabalarının, tıbbi cihazların, perdeli kabinlerin, kırmızı, sarı ve yeşil alanların olduğu, hastaya sunulan bakımın kalitesiyle, hastaya karşı sergilenen tutumla kurumla ilgili genel bir izlenim yaratan, değişken ve sınırlı kaynaklara sahip bir bölümlerdir (Şekil 1.1) (Rowe & Knox, 2023).



Şekil 1.1. Acil Servis (Tokat Devlet Hastanesi)

2.6.2. Acil Serviste Triyaj

Triyaj, sıralama ve organizasyon süreçlerini tanımlamak için kullanılan Fransızca "trier" kelimesinden gelir (Kingswell ve ark., 2025). Triyaj, sağlık camiasında hastaları yaralanmalarının ciddiyetine ve dolayısıyla birden fazla hastanın bakım ve izlemeye ihtiyaç duyduğu sıraya göre kategorize etmek için kullanılır. Acil triyajın tarihi, askeriyede saha doktorları için ortaya çıkmıştır. 18. yüzyılın başlarında, belgeler saha cerrahlarının askerlere nasıl hızla baktıklarını ve yaralı asker için yapabilecekleri bir şey olup olmadığını nasıl belirlediklerini göstermektedir. Napolyon Bonapart'ın imparatorluk muhafızlarının baş cerrahı olan Fransız askeri cerrah Baron Dominique Jean Larrey, savaş sırasında yaralı askerleri hızla değerlendirme ve kategorize etme ihtiyacına dayalı bir sistem geliştirdi. Triyaj sistemi ilk olarak, Weinerman ve arkadaşlarının triyaj kullanarak sivil acil servislerin sistematik bir yorumunu yayınladığı 1964 yılında hastanelerde uygulandı. Bugün, triyaj hala sağlık hizmetlerine derinlemesine entegre edilmiştir. Triyaj üç aşamaya ayrılabilir: hastane öncesi triyaj, olay yerinde triyaj ve acil servise varışta triyaj (Steptoe ve ark., 2011). Dünya çapında uygulanan çeşitli triyaj sistemleri vardır, ancak triyajın evrensel hedefi, kaynak kullanımını ve zamanlamayı optimize ederken hastalara etkili ve öncelikli bakım sağlamaktır (Goodwin ve ark., 2024).

Acil triyaj, acil sağlık bakımında hastaları durumlarının aciliyetine göre önceliklendirmek için kurulmuş bir süreçtir; bu nedenle hasta güvenliği için elzem kabul edilir (Tyler ve ark., 2024). Triyaj uygulamaları konusundaki uluslararası literatürün çoğu, triyaj doğruluğu ve triyaj hatasının nedenlerine odaklanmıştır. Triyaj sistemlerinin performansının sistematik bir incelemesi, kritik durumları tespit etmede zayıf hassasiyete sahip olduklarını bulmuştur. Uluslararası çalışmalara ilişkin bir inceleme, acil triyaj

doğruluğunun %59,3 ile %82 arasında değiştiğini bulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 milyondan fazla hastayı içeren geniş bir kohort çalışması, Acil Durum Ciddiyet Endeksi triyaj hata oranlarını %32,2 olarak bulmuştur. Ancak, triyaj doğruluğunu değerlendirmek için kullanılan ölçüm ve istatistiksel yöntemlerin aralığı büyük ölçüde değişmektedir. Triage doğruluğunun değerlendirilmesini daha da karıştıran bir diğer şey, sağlık hizmeti ortamına ve hasta popülasyonuna göre değişen triyaj ölçeklerinin aralığıdır. Triage uygulaması hatalarının sıklığı, bazı yüksek akut hastaların değerlendirme ve tedavide güvenli olmayan gecikmelere maruz kalabilmesi nedeniyle endişe vericidir (Imhoff ve ark., 2022).

2.6.3. Acil Servis Yoğunluğu

Acil servislere yapılan ziyaretlerin sayısı son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Bu durum, istenmeyen durumlara ve sonuçlara neden olduğu için sağlık topluluğunun yanı sıra toplumun tamamını ilgilendirmektedir (Akboğa, 2024). Araştırmalar; birçok acil servisin aşırı yoğun olup, bununla ilişkili uzun bekleme sürelerinin, hasta memnuniyetsizliğinin, aşırı stresli sağlık çalışanlarının, güvenlik ve verimlilik sorunlarının yaşandığını göstermektedir. Acil servislerdeki aşırı yoğunluk küresel bir endişe haline gelmiştir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini tehlikeye atan uluslararası bir kriz olarak kabul edilmektedir (Tyler ve ark., 2024). Bu yoğunluk, hastalar için gereksiz bekleme sürelerine yol açar, bakımın güvenliğini ve kalitesini tehlikeye atar, tedaviyi geciktirir, olumsuz olayları artırır ve dolaylı olarak hasta ölüm oranlarını etkiler. Araştırmalar; acil servis doluluk oranlarının artmasının hasta bekleme sürelerini %25 uzattığını, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini azalttığını bulmuştur (Oldland ve ark., 2020).

Türkiye'de, acil servislere bir yılda başvuran kişi sayısının ülke nüfusunun neredeyse iki katı olduğunu göstermektedir (Cowan & Trzeciak, 2005). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, acil servislerin %50 ile %68 arasında değişen kapasitelerde çalıştığını göstermiştir. Acil servislerin aşırı kalabalık olmasının önemli bir nedeni, yatan hasta ünitelerindeki yetersiz yatak kapasitesi ve hastaların uzun süre kalması olarak tespit edilmiştir (Steptoe ve ark., 2011). Ek olarak, çok sayıda hasta refakatçisinin bulunmasının iş akışını bozduğunu ve aşırı kalabalığa neden olduğunu görülmüştür. Diğer faktörler arasında gereksiz ve tekrarlanan yatışlar ve bölgedeki hastaneler arasındaki zayıf koordinasyon yer almaktadır (Goodwin ve ark., 2024).

Sonuç olarak, acil servislerdeki aşırı kalabalıklık, hemşirelik uygulamalarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen sürekli bir sorundur (Imhoff ve ark., 2022). Bu karışıklık, acil servis hemşireleri ile diğer sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişimi engelleyerek hemşirelerin zamanının verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır (Tyler ve ark., 2024). Ayrıca, artan tıbbi hatalar, hastaların hemşirelik bakımıyla ilgili memnuniyetinin azalması ve hasta güvenliğinin tehdit edilmesi gibi acil ve hızlı müdahale gerektiren durumlarda gecikmelere yol açmaktadır. Bu yoğun baskının ardından, acil servis hemşireleri, üretkenliğin ve etkinliğin azalması, kaygı ve depresyon gibi artan psikolojik sorunlar, iş tatmininin azalması, tükenmişlik ve yorgunluk gibi çok sayıda sorunla karşılaşmaktadır (Kingswell ve ark., 2025).

2.6.4. Acil Serviste Görev Yapan Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler; acil servisler de dahil olmak üzere çeşitli hastane ortamlarında doğrudan hasta bakımının çoğunu sağlar ve çalışma ortamına ilişkin değerlendirmeleri,

daha iyi hasta bakımı ve klinisyen iş gücü sonuçları için çalışma ortamını ve politika reformlarını etkilemek için çalışır (Göransson ve ark., 2025). Acil bakım; doğası gereği meslekler arasındadır ve klinisyenler hastalara 7/24 bakım sağladıkça, çalışma ortamı, acil servis doktorları, hemşire uygulayıcıları ve diğer acil sağlık bakım profesyonelleri için bakım bağlamını şekillendirir (Trisyani ve ark., 2023). Acil servisteki hasta sayısının fazla olması, hasta güvenliğini tehdit eden aşırı kalabalığı önlemek için hızlı değerlendirmeler ve tedaviler gerektirir. Hastaların sevk edilmeden veya taburcu edilmeden önce değerlendirilmeleri ve tedavi edilmeleri için sınırlı zamanları vardır. Acil servislerde görev yapan hemşireler bütün bunları sağlamaktadır (Baydin & Baykal, 2023).

Acil servislerde görev yapan hemşireler için hasta güvenliğini ve gözetimi sağlamak, özellikle hasta akışı ile doğrudan hemşirelik bakımı arasındaki ilişki açısından önemlidir (Sahar ve ark., 2022). Acil hemşireliği birçok şekilde tanımlanmıştır ancak genel olarak 'teşhis edilmemiş veya daha fazla müdahale gerektiren algılanan veya gerçek fiziksel veya duygusal sağlık değişiklikleri olan her yaştan bireyin bakımı' olarak kabul edilir (Seyman & Ayaz, 2016). Acil servislerde hasta vaka karışımı ve yıllık hasta ziyaretlerinin zaman içinde oldukça istikrarlı olmasına rağmen, acil servis hemşireleri acil servis ortamının karmaşıklığını yönetmede zorluklarla karşı karşıyadır. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, acil servis hemşirelerinin aynı hastanelerde çalışan yatan hasta hemşirelerine kıyasla daha yüksek tükenmişlik, iş tatminsizliği ve işi bırakma niyeti bildirdiğini bulmuştur (Gamst-Jensen ve ark., 2025).

2.7. Ameliyathane

Ameliyathane; cerrahi işlemlerin gerçekleştirildiği, steril ve yüksek teknolojiye sahip bir hastane birimidir (Gu ve ark., 2017). Ameliyatlar; uzman cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler ve teknisyenlerden oluşan bir ekip tarafından yürütülür. Ortamda; enfeksiyon riskini en aza indirmek için sıkı hijyen kurallarına uyulur. Ameliyathaneler; gelişmiş tıbbi cihazlar, monitörler ve cerrahi aletlerle donatılmıştır (Joseph ve ark., 2019). Hastalar genellikle genel veya lokal anestezi altında ameliyat edilir. Her operasyon, hastanın durumuna göre önceden planlanır ve titizlikle uygulanır. Ameliyathane, acil durumlar için de 7/24 hazır bulundurulur (Pappada ve ark., 2022). Cerrahi işlemler, organ naklinden küçük kesilere kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Ekip çalışması ve iletişim, başarılı bir ameliyat için kritik öneme sahiptir. Ameliyathane, hastaların sağlığını koruma ve iyileştirme sürecinde hayati bir rol oynar (Grozdanovic ve ark., 2021).

2.7.1. Ameliyathane Tanımı

Ameliyathaneler; sağlık profesyonellerinin hastalar için güvenli bir şekilde cerrahi prosedürleri gerçekleştirdiği, ameliyat sırasında dokuları en az enfeksiyon tehlikesine maruz bırakacak şekilde cerrahi işlemin yürütüldüğü izole edilmiş fiziksel ve fonksiyonel ortamlardır (Merghani ve ark., 2025). Stresli ve yoğun çalışma temposu gerektiren ameliyathaneler gerek çalışma, gerekse donanım yönünden hastanedeki diğer ünitelerden daha farklı olup, aynı zamanda yüksek oranda teknik bir donanıma sahip olan bölümlerdir (Schouten ve ark., 2023). Ameliyathaneler tanı ve tedaviye yönelik cerrahi girişimlerin uygulandığı ünitelerdir (Şekil 2.1) (Gu ve ark., 2017).



Şekil 2.1. Ameliyathane (Tokat Devlet Hastanesi)

2.7.2. Ameliyathane İşlevi

Ameliyathaneler; ilaçla tedavi edilemeyen hastaların cerrahi müdahalelerle tedavi edildiği alanlardır (Gu ve ark., 2017). Ameliyat sırasındaki uygulama; hastanın hassasiyeti göz önünde bulundurulduğunda oldukça karmaşık ve zordur. Ameliyat sırasındaki dönem; hastanın ameliyathaneye gelmesiyle başlar ve hastanın ameliyat sonrası servise transfer edilmesiyle sona erer (Pappada ve ark., 2022). Ameliyat öncesi dönem; ister acil ister poliklinik olsun, hastanenin (devlet, özel, üniversite vb.) hasta karşılama protokollerine uygun olarak gerçekleştirilir (Singh & Arulappan, 2023). Ameliyathanedeki bakım; yüksek oranda teknoloji kullanımını içerir ve hastanenin diğer ortamlarında sağlanan bakımdan farklıdır (Karaca ve ark., 2020). Yaşamın belirli durumlarında en kritik yerlerinden biri olan ameliyathanelerin, normal yaşam ortamlarından çok farklı ve özel durumları taşıması gerektiğinden, ameliyathane için

gerekli sağlıklı ortam şartlarını sağlamak hem hastanın sağlığı açısından yaşamsal önem taşımakta, hem de ameliyatın başarısını ve ameliyatı gerçekleştiren ekibin rahat çalışmasını etkilemektedir (Sewberath Misser ve ark., 2018).

Ameliyathaneler aseptik ve septik (aseptik: mikrop ve enfeksiyondan arındırılmış; septik: mikrop ve toksinlerden oluşan) müdahaleler için ayrılmalı ve sterilizasyon koşullarını karşılamalıdır (Morsy ve ark., 2021). Ameliyathane ortamı, sağlık çalışanları, hasta ve kullanılacak ekipman için uygun çalışma alanı yaratmak ve trafik kontrolünü sağlamak açısından önemli olup cerrah ve hemşire için etkili ve yeterli, hasta için güven verici olmalıdır (Agnoletti ve ark., 2013). Ameliyathane gibi insan yaşamı ile doğrudan ilişkili bir bölümdeki hatalar, istenmeyen sonuçlara neden olabilir (Gamst-Jensen ve ark., 2025).

Ameliyathanelerde sağlıklı bir ortamın sağlanması sadece cerrahi başarıyı değil aynı zamanda cerrahi ekibin konforunun artmasına da katkıda bulunur (Barnum ve ark., 2017). Cerrahi alanındaki ilerlemeler ve yenilikler; ameliyata dayalı olumlu sonuçlar sağlayıp, cerrahi girişimlerin daha çok kullanılmasına olanak sağlar ve yardım ederken; ortamda artan gürültü olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Gerçekleşen ameliyatlardan başarılı olması için, uygulamanın gerçekleştirildiği ortamın fiziksel ve sağlık profesyonellerinin psikolojik sağlığının yeterliliğinin olası gerekmektedir (Katz, 2017).

2.7.3. Ameliyathane Yapısı

Ameliyathanelerin içerisinde; tıbbi cihazlar ve ısıtma, aydınlatma, havalandırma gibi ekipmanlar bulunmaktadır (Joseph ve ark., 2019). Ameliyathanelerin, mimari tasarım açısından uygun durumda olması, termal koşulların (sıcaklık ve nem),

havalandırma, aydınlatma, radyasyon, yangın ve elektrik güvenliğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Ameliyathaneler ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemi bulunan, ayrıca yangın, deprem vs. gibi felaketlerde dış ortam ile doğrudan bağlantısı olan yerlerde olmalıdır (McElroy ve ark., 2024). Bu alanlarda cerrahi müdahalelerin gerçekleştirilmesi, iç mekanların konfor koşullarının standartlar içinde belirtilen belirli koşullara sabit tutulmasını zorunlu kılar. Bu bağlamda, havalandırma, nem ve sterilizasyon açısından gerekli standartlara uyulmalıdır (Gu ve ark., 2017).

Ameliyathane bölümü hastane binalarının merkezini oluşturmaktadır. Hastane binaları planlanırken ameliyathanelerin konumu, ameliyathane bölümü planlanırken de fonksiyon ve fonksiyon dışı işlemler için gelişmeye uygun, yeterli büyüklükte alan gereksinimi göz önüne alınır (Abedini ve ark., 2016). Ameliyathaneler yeterli büyüklükte, gelişmeye uygun estetik görülebilecek, cerrahi merkezlerin doğru işlemlerini kolaylaştıracak şekilde planlanır (Sadrizadeh ve ark., 2018). Temel olarak ameliyathaneler, hastane içerisinde hastanenin en üst katına veya alt katlarda diğer bölümlerden ayrı olarak inşa edilmektedir. Bunun nedeni genel hastane trafiğinden ve ana koridorlardan ayrılarak bölümler arası kontaminasyon olasılığından kaçınmak, hastane trafiğinin daha az yoğun olduğu, cerrahi servislere ve yoğun bakıma en yakın yerde olmasını sağlamaktır (Harsoor & Bhaskar, 2007).

Bir ameliyathane bölümü; ameliyat odası, temiz ve kirli koridorlar, el yıkama alanları, sağlık çalışanı kullanım alanları, depolar, sterilizasyon ünitesi, anestezi öncesi ve sonrası bakım ünitesi gibi oda, ünite ve bölümlerden oluşmaktadır (Grozdanovic ve ark., 2021). Ameliyathaneler, yataklı sağlık kurumlarının büyüklüklerine göre; birim ameliyathaneleri veya merkezi ameliyathaneler şeklinde yapılmaktadır. Ameliyathane

ünitesinin servis alanları ve yatan hasta yatak kapasitesi, hastanenin beklenen cerrahi müdahale yüküne göre düzenlenmelidir (Patel & Smith-Steinert, 2021). Ameliyathaneler için oluşturulmuş tüm mimari projelerde amaç; hasta güvenliğinin ve kolay bir iş akışının sağlanması olmaktadır (Eren & Özbaş, 2023).

2.7.4. Ameliyathanede Görev Yapan Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Bir cerrahi prosedürün başarısı yalnızca belirli cerrahi müdahalenin kendisi veya hasta ile ilgili faktörler tarafından belirlenmez, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca sağlanan kapsamlı bakım kalitesine de dayanır (Pasquer ve ark., 2024). Bu, hastanın tedavisine dahil olan çok sayıda sağlık profesyonelinin birleşik çabalarını kapsar ve bireysel performansları, içinde çalıştıkları ortamdaki karmaşık bir şekilde etkilenir. Hemşireler; sağlık hizmeti sunumunda kilit profesyonelleri olarak, bakımın sağlanması ve koordinasyonunda, olumsuz olayların önlenmesinde ve sağlık hizmeti üretkenliğinin ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde kritik bir rol oynarlar (Oldland ve ark., 2020).

Hemşirelerin sağlık hizmeti kalitesindeki sorumlulukları, en iyi kanıt ve klinik standartlarla uyumlu güvenli bakımın sağlanmasının ötesine, daha geniş organizasyonel ve sistemsel kalite ve güvenlik yapılarına katılıma kadar uzanır (Jackson ve ark., 2022). Hemşireler; sağlık hizmetlerinin uygunluğunu ve etkinliğini ölçmek, izlemek ve raporlamak, sağlık hizmeti kalitesindeki iyileştirmeleri bilgilendirmek için profesyonel bir yetkiye sahiptir (Moss ve ark., 2001). Hasta güvenliğini iyileştirmek için ve sağlık uygulamalarının desteklenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde önemli bir rol oynarlar. Güvenlik için tesislerin, ekipmanların ve iş süreçlerinin tasarımına ve işletilmesine katılırlar. Sorumluluklar arasında; paylaşılan karar alma, bakımın

sürekliliği, açık açıklama ve hastaların kültürel ihtiyaçlarına ve sağlık okuryazarlığına duyarlılık gibi sistemler ve süreçler aracılığıyla tüketici merkezli bakım yer alır (Jackson ve ark., 2022). Ayrıca; hemşirelerin bakımın güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek için araştırma kanıtlarını teşvik etmeleri, bunlara katılmaları ve uygulamaları ve klinik liderlik göstermeleri beklenir. Bu nedenle, ameliyathane görev yapan hemşirelerin görev ve sorumlulukları hayati önem taşır (İbrahim ve ark., 2017).

Ameliyathane görev yapan hemşireler; enfeksiyonu önlemede, asepsiyi korumada, aletleri kullanmada, tıbbi teknikleri benimsemeye, komplikasyonları önlemede ve biyolojik preparatları kullanmada önemli bir rol oynar (Singh & Arulappan, 2023). Bakımı planlamada ve hasta, cerrahi ekip ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iş birliği yapmada önemli bir rol oynar. Ameliyathane profesyonelleri hasta güvenliği konusunda kalifiye olduğunda, net sistemler adım adım takip edildiğinde ve kontrol yapıları oluşturulup kullanıldığında önlenabilir hatalar azaltılabilir (Jackson ve ark., 2022).

2.8. Ameliyathanede ve Acil Serviste Gürültü

1960'lı yıllarda hastaneler; hem içeriden hem de dışarıdan sıkı gürültü kontrol önlemlerinin alındığı gürültünün engellendiği ortamlardı (Louis ve ark., 2024). Modern ameliyathaneler ve acil servisler artık gelişmiş tıbbi ekipmanların, alarmların, sağlık profesyonellerinin ve hasta yakınlarının neden olduğu seslerle dolmaktadır. Bu değişim odaklanmış ve sürdürülebilir sessiz ortamın korunmasını zorlaştırmaktadır (McCullagh ve ark., 2022).

Ameliyathanede ve acil serviste gürültü; sağlık profesyonellerini ve sağlık hizmeti performansını olumsuz etkilemektedir (Andrade ve ark., 2021). Genel Stres Teorisi'ne göre gürültü; otonom sinir sistemini ve endokrin sistemi etkilemektedir ve bunun sonucu da insan vücudunun homeostazisini etkiler. Bu durumlar da; sağlık profesyonellerinin ve hastaların psikolojik ve fizyolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sebep olmaktadır. Bu olumsuz etkilerin başında da dikkat dağınıklığı gelmektedir (Karahana ve ark., 2023). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastane ortamında ses seviyelerinin gündüz saatlerinde $Leq35$ dB(A), akşam saatlerinde ise $Leq30$ dB(A)'yı aşmaması gerektiğini önerirken; Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı (USEPA) ise ses seviyelerinin gündüz $Leq45$ dB(A) ve gece $Leq35$ dB(A)'tan daha düşük olması gerektiğini belirtmiştir (Vreman ve ark., 2023).

2.8.1. Ameliyathanede ve Acil Serviste Gürültü Oluşumu

Ameliyathane ve acil servis; her geçen zamanda gürültü seviyeleri artan ve dikkat dağınıklıklarının gürültüyle paralel arttığı ortamlar olmuştur (Vreman ve ark., 2023). Cerrahi aletler, ortamlardaki iletişim çabası, çevresel kaynaklı sesler oluşan gürültünün başlıca sebepleridir (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024). Örneğin; acil serviste hasta yakınlarının iletişimi ve dışarıdan duyulan sesler; ameliyathanelerde sağlık profesyonellerinin iletişimi, yüksek hızlı matkaplar, elektrokoter cihazları, otomatik aspirasyon ekipmanları ve müzik sesi gürültüye sebep olabilmektedir (Katz, 2014). 80(dBA) gürültüden daha fazlası monitör alarmları, infüzyonu pompaları ve vantilatörler tarafından üretilir (Louis ve ark., 2024; Sadrizadeh ve ark., 2021).

Performansa ilişkin geribildirim eksikliği, yüksek sesli müzik, kişilerin ortama girmesi ve çıkması, mevcut olmayan veya çalışmayan ekipman, aşırı güven yanılgısı, ortam sıcaklığı, hastanın durumu dışında sohbet/konuşma, dil sorunları, ameliyat listesinde geç yapılan değişiklikler, sonraki vaka/vakaların yönetimi, ekip üyelerinin gecikmesi, ameliyata girecek ekip üyelerinin eksik olması/olmaması, ekip sürecine/süreçlerine ilişkin farkındalık eksikliği, birden fazla görev, gerekli hasta bilgilerinin eksikliği, hasta bilgilerinin hatalı olması, mevcut olmayan/bulunmayan ameliyat öncesi notlar, mevcut olmayan/bulunmayan test sonuçları, ekibin bir parçası gibi hissetmemek, düşük moral, öğretim/öğretme, zaman baskısı, hastane performans politikaları, gerçekçi olmayan ameliyat listeleri de gürültünün diğer sebepleri arasında yer almaktadır (McLeod ve ark., 2021; Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024). Karmaşık ve güçlü cerrahi aletlerin tanıtılması ve yaygın olarak benimsenmesi, bu artışa önemli ölçüde sebep olmuştur (Tablo 1.1 ve 1.2) (Fu vd., 2021; Louis ve ark., 2024).

Tablo 3.1. Yaygın Cerrahi Elektrikli Aletlerin Gürültü Seviyeleri (Louis ve ark., 2024)

Cerrahi Alet	Tip	Gürültü Seviyesi dB(A)
Yüksek Hızlı Matkap	Ortopedi/Nöroşirürji	95-110 dB(A)
Elektrokoter Cihazı	Genel Cerrahi	70-90 dB(A)
Otomatik Aspirasyon Ekipmanı	Genel Cerrahi	85-95 dB(A)
Kemik Testere	Ortopedik Cerrahi	110-120 dB(A)
Cerrahi Aspiratör	Çeşitli İşlemler	75-85 dB(A)
Cerrahi Lazer	Oftalmik/KBB Cerrahisi	60-80 dB(A)
Ultrasonik Neşter	Laparoskopik Cerrahi	70-85 dB(A)

dB(A): Desibel. İnsan kulağının farklı ses frekanslarına duyarlılığını tahmin eden bir ses ölçüm birimidir. Daha yüksek Db(A) değerleri daha yüksek ses seviyelerini gösterir. Belirtilen gürültü seviyeleri, cerrahi prosedürler sırasındaki tipik kullanıma dayalı yaklaşık aralıklardır. Gerçek gürültü seviyeleri belirli koşullara bağlı olarak değişebilir (Louis vd., 2024).

Tablo 3.2. Çeşitli Cerrahi İşlemler Sırasında Gürültü Seviyeleri (Louis ve ark., 2024)

Cerrahi Prosedür	Tipik Gürültü Seviyesi dB(A)
Ortopedik Cerrahi (örn. eklem protezi)	100-120 dB(A)
Beyin Cerrahisi	95-110 dB(A)
Genel Cerrahi (örn. laparotomi)	85-100 dB(A)
Kulak Burun Boğaz Cerrahisi (örn. sinüs cerrahisi)	100-131 dB(A)
Kalp ve Göğüs Cerrahisi	90-110 dB(A)
Laparoskopik Cerrahi	85-95 dB(A)
Diş Cerrahisi	80-90 dB(A)

dB(A): Desibel. Prosedürler sırasında cerrahi profesyonellerin ve hastaların yaşadığı gürültü seviyelerini ölçmek için farklı frekanslarda insan işitme duyusunun değişen hassasiyetini hesaba katarak onu uygun hale getirir. Belirtilen gürültü seviyeleri tipik prosedürleri temsil etmektedir; kullanılan ekipmana, cerrahi tekniklere ve ameliyat süresine bağlı olarak farklılıklar gösterir (Louis ve ark., 2024).

Tablo 3.1 ve 3.2 çeşitli cerrahi aletlerin ve prosedürlerin gürültü seviyelerini göstermektedir. Mevcut veriler; gürültünün çeşitli cerrahi prosedürler sırasındaki 120 dB(A)' ya kadar çıkabildiğini ve WHO tarafından belirlenen 35 dB(A) sınırının çok üzerinde olduğunu göstermektedir (Andrade ve ark., 2021; Louis ve ark., 2024).

2.8.2. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültünün Sağlık Profesyonelleri

Üzerindeki Etkisi

Gürültü; insanların algılamasını olumsuz olarak etkileyen, fizyolojik ve psikolojik dengelerini bozabilen, iş performanslarını azaltan, çevredeki huzuru ve sakinliği bozarak alanın niteliğini değiştiren önemli bir çevre kirlilik türü olarak tanımlanmıştır (Khademi ve ark., 2011). Gürültünün şiddeti, frekansı, sürekli olup olmaması, hassasiyeti, gürültüye

maruz kalan kişide kulak hastalığının bulunması, gürültüye maruz kalan kişinin yaşı, fiziki ve ruhsal durumu gibi faktörler gürültüye bağlı olumsuzlukları ve derecelerini etkilemektedir (Karahana ve ark., 2023). Son yıllardaki araştırmalar; ameliyathanedeki ve acil servisteki endişe verici derecede yüksek gürültü seviyelerini belgelemeye devam etmekte ve bu durumun devam ettiğini doğrulamaktadır. Araştırmalar gösteriyor ki; bu tür dikkat dağıtıcı unsurlar doğrudan sağlık profesyonellerinin ve hastanın psikolojik ve fizyolojik sağlığını etkilemektedir (Yang 6 Zhou, 2024). Sağlık profesyonellerinin sağlığı üzerinde; en başta dikkat dağınıklığına, konsantrasyon bozukluğuna, stres seviyesi artışına, sabırsızlığa, sinirlilik haline, iletişim bozukluğuna, anlık öfkelenmeye, zihinsel yorgunluğa, baş ağrısına, baş dönmesine, geçici veya kalıcı sağırlığa, cilt sıcaklığı ve cilt direnci reaksiyonlarında azalmaya, sindirim bozukluğuna, mide ekşimesine, performans düşüşüne, karar verme yeteneğinin bozulmasına, hipertansiyona, taşikardiye, kortizol seviyelerinde artışa, artan kalp atış hızı ve kan basıncı zamanla kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskine neden olabilmektedir (Graneto & Damm, 2013; Hetherington ve ark., 2024). Mesleki tükenmişliğe sebep olabilecek bu durumlar, istifa etme isteğine kadar uzanabilmektedir (Tang ve ark., 2024).

2.8.3. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültünün Hastalar Üzerindeki Etkisi

Gürültülü ameliyathane ve acil servis; sağlık profesyonelleri kadar hastalar üzerinde de psikolojik strese ve olumsuz fizyolojik tepkilere neden olabilmektedir (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024; Vreman ve ark., 2023). Hastaların sağlığı üzerinde; stres seviyelerinin artmasına, sabırsızlığa, sinirlilik haline, taşikardiye, hastaların dinlenememesine, uykusuzluğa, baş ağrısına, cilt sıcaklığı ve cilt direnci reaksiyonlarında azalmaya, sindirim bozukluğuna, mide ekşimesine, iyileşmesinin gecikmesine, hastanede

kalış süresinin uzamasına ve sağlık masraflarının artmasına neden olabilmektedir (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024; Vreman ve ark., 2023). Bu risklerden kaçınmak için ameliyathanede ve acil serviste daha sessiz, daha odaklanmış bir ortamın sağlanması şarttır (Soyer Er & Yavuz van Giersbergen, 2024; Vreman ve ark., 2023).

2.8.4. Gürültünün Ameliyathanede ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Dikkati ve Hassasiyeti Üzerindeki Etkileri

Gürültü hassasiyeti, yaygın bir özelliktir (Graneto & Damm, 2013). Gürültü hassasiyeti; gürültü rahatsızlığının belirteci, gürültüye karşı tutumları kapsayan istikrarlı bir kişilik özelliğidir (Tang ve ark., 2024). Genel olarak gürültüye karşı tepki derecesini artıran herhangi bir bireyin fizyolojik ve psikolojik içsel durumlarını ifade eder. Gürültüye duyarlı kişiler seslere dikkat etme ve onları olumsuz algılama eğilimine sahiptir ve gürültüye karşı daha güçlü duygusal tepkiler gösterir. Düşük sesli gürültü hassasiyeti; direkt işitsel keskinlikle değil fizyolojik ve psikolojik olumsuzluklarla ilişkilendirilmiştir (Andrade ve ark., 2021). İşitme keskinliği ile gürültü hassasiyeti arasında ilişki bulunamadığından, normal işitmesi olan bireylerde farklı gürültü hassasiyetleri olduğu bilinmektedir. Günümüzde ameliyathanede ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonellerinin de gürültüden kaynaklı sahip oldukları bir durumdur (Heinonen-Guzejev ve ark., 2014).

Ameliyathanede ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetine sahip olmaları en başta dikkat dağınıklığına sebep olmaktadır (Peisl ve ark., 2024). Gürültü hassasiyetinin sebep olduğu bu dikkat dağınıklığı da; dikkat süresinin kısılmasına ve bilgi işlem süreçlerinde yavaşlamaya, konsantrasyon bozukluğuna,

iletiřim bozukluęuna, zihinsel yorgunluęa, performans dūřūřune, karar verme yeteneęinin bozulmasına, hatalı veya gecikmiř mūdahalelere ve etkili çalıřmayı engellemeye neden olabilmektedir (Tang ve ark., 2024).

Bu olumsuzluklar da; ameliyathanede ve acil serviste gōrev yapan sağlık profesyonellerinin ve buradaki hastaların psikolojik ve fizyolojik sağlığını tehdit edebilmektedir (Graneto & Damm, 2013).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmanın amacı ve tipi; ameliyathanede ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetleri ve dikkat düzeylerinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda; gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalık ve dikkatle olan ilişkisi, standardize ölçekler kullanılarak sistematik bir şekilde incelenmiştir. Araştırma; kesitsel ve tanımlayıcı bir tasarımla yürütülmüş olup, nicel veriler aracılığıyla sağlık profesyonellerinin çevresel gürültüye tepkilerini ve dikkat kapasitelerini değerlendirmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma; Tokat ilinde bulunan iki önemli sağlık merkezinde yürütülmüştür: Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tokat Devlet Hastanesi; bölgenin en büyük kamu hastanelerinden biri olup, geniş bir hasta popülasyonuna hizmet veren modern bir acil servis ve çok sayıda cerrahi müdahalenin gerçekleştirildiği donanımlı ameliyathane birimlerine sahiptir. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ise hem bir eğitim hastanesi hem de bölgesel bir referans merkezi olarak, ileri düzey tıbbi hizmetler sunan acil servis ve yüksek teknolojiye sahip ameliyathane birimleri ile tanınmaktadır. Her iki hastanenin acil servis ve ameliyathane birimleri; yüksek stresli ve gürültülü çalışma ortamları nedeniyle, sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ve dikkat düzeylerini incelemek için uygun bir araştırma sahası sunmaktadır.

Araştırma; Tokat ili merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Tokat Devlet Hastanesi ameliyathane ve acil servis biriminde görev yapan sağlık profesyonellerine uygulanmıştır. Araştırma verileri 24.03.2025 – 15.05.2025 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler; Sağlık Profesyonelleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu, Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ) ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS) kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Sağlık Profesyonelleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Sağlık Profesyonelleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu; katılımcıların yaşının, cinsiyetinin, mesleğinin, eğitim durumunun, nöbet zamanının, meslekte çalışma süresinin, ameliyathanede veya acil serviste çalışma süresinin öğrenilerek, katılımcıların sosyodemografik ve profesyonel özelliklerinin belirlendiği bir formdur (Can Çiçek & Can, 2020).

3.3.2. Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ)

Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ); bireylerin çevresel gürültüye karşı duyarlılıklarını güvenilir bir şekilde ölçen, uluslararası geçerliliği olan bir araçtır. WGHÖ; dünya çapında yaygın olarak kullanılan bireysel gürültü hassasiyetini belirlemeyi sağlayan bir ölçektir. 21 sorudan oluşan bu ölçek likert tipinde olup Katılıyorum/Katılmıyorum yanıtı 1'den 6'ya kadar derecelendirilmiş olup ölçeği

yanıtlayan kişiden okuduğu maddeye katılma veya katılmama derecesine göre kendine en yakın hissettiği numarayı işaretlemesi istenir. Verilen cevaplar toplanarak WGHÖ skoru elde edilir. Yüksek puan, yüksek hassasiyet derecesini göstermektedir. Gürültüye hassasiyeti belirlemekteki zorluklar sebebiyle Weinstein 1978 yılında tasarlamıştır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları Keskin Yıldız ve Kemaloğlu (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir (Yıldız ve ark., 2020).

İç tutarlılık, ölçeğin maddelerinin aynı yapıyı ölçme derecesini gösterir. WGHÖ için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve bu değer 0,83 olarak bulunmuştur. Bu, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu ve maddelerin gürültü hassasiyetini ölçmede tutarlı olduğunu göstermektedir.

Geçerlilik, bir ölçme aracının hedeflenen yapıyı doğru bir şekilde ölçme yeteneğini ifade eder. WGHÖ'nün geçerlilik analizleri, yapı geçerliliği ve ölçme değişmezliği üzerinden değerlendirilmiştir.

Yapı geçerliliği, ölçeğin teorik olarak ölçmesi beklenen yapıyı doğru bir şekilde ölçüp ölçmediğini değerlendirir. WGHÖ için yapılan keşifçi faktör analizi, ölçeğin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir. Türkçe versiyonda tüm 21 madde korunmuş ve ölçeğin tek boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Ayrıca, ölçeğin dışa dönüklük ($r = -0,14$, $p < 0,001$) ve nevrotiklik ($r = 0,28$, $p < 0,001$) ile beklenen yönde anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur, bu da ölçeğin yapı geçerliliğini desteklemektedir.

Ölçme değişmezliği, ölçeğin farklı demografik gruplar (ör. cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi) arasında tutarlı bir şekilde ölçüm yapıp yapmadığını değerlendirir. WGHÖ için yapılan analizler, ölçeğin cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından değişmez olduğunu

göstermiştir. Bu, ölçeğin Türk popülasyonunda farklı demografik gruplar arasında karşılaştırılabilir sonuçlar ürettiğini ve ölçme değişmezliğine sahip olduğunu kanıtlamaktadır. (Yıldız ve ark., 2020).

3.3.3. Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

MAAS; bireylerin anlık farkındalık ve dikkat düzeylerini değerlendiren, psikometrik özellikleri güçlü bir ölçektir. Son birkaç yılda farkındalığı ölçmek için çeşitli anketler geliştirildi. Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS); özellikle günlük yaşamda dikkat ve farkındalığı yakalamak için oluşturuldu. Dikkat ve farkındalığın yanı sıra keşfetmenin de bir aracıdır. Farklı uyarlamaları da mevcuttur. Bu ölçek; Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilmiş ve Özyeşil ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayısı, $\alpha=0.82$ olarak bulunmuştur. MAAS; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, 1=hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek ve 6=hemen hemen hiçbir zaman olarak belirlenmiştir. Yüksek puanlar, bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu gösterir ((Jermann ve ark., 2009).

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci; sağlık profesyonellerinin demografik ve mesleki özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Sağlık Profesyonelleri İçin Tanıtıcı Özellikler Formu, gürültü hassasiyetini ölçmek için Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ) ve bilinçli farkındalık ile dikkat düzeylerini değerlendirmek için Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale,

MAAS) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu ölçekler; veri toplama sürecinin standardize ve güvenilir olmasını sağlamak amacıyla seçilmiştir.

Veriler; çevrimiçi bir platform olan Google Form aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcılara, ölçekleri içeren bir çevrimiçi anket bağlantısı gönderilmiş ve yanıtlar dijital ortamda kaydedilmiştir. Toplanan veriler; istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programına aktarılmış ve veri girişi titizlikle gerçekleştirilmiştir. Bu yöntem; veri toplama sürecinin hızlı, etkili ve hatasız bir şekilde yürütülmesini sağlamıştır.

Araştırma; etik ilkeler doğrultusunda yürütülmüş olup, veri toplama öncesinde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca; her iki hastanenin yönetimlerinden resmi izinler temin edilmiştir. Katılımcılar, araştırmanın amacı, kapsamı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgilendirilmiş, gönüllülük esasına dayalı olarak yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve veriler yalnızca araştırma amaçlı kullanılmıştır. Bu süreç; araştırmanın etik standartlara uygunluğunu ve katılımcıların haklarının korunmasını garanti altına almıştır.

Bu kapsamlı veri toplama süreci; ameliyathane ve acil servislerde görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ve dikkat düzeylerini sistematik bir şekilde değerlendirmek için sağlam bir temel oluşturmuştur. Elde edilen veriler; gürültülü çalışma ortamlarının sağlık profesyonellerinin bilişsel ve mesleki performansı üzerindeki etkilerini anlamak için önemli bir katkı sunmaktadır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma; etik ilkeler ve uluslararası araştırma standartlarına tam uyum sağlanarak yürütülmüştür. Araştırmanın etik uygunluğunu değerlendirmek amacıyla, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na resmi başvuru yapılmış ve gerekli Etik Kurul Onayı alınmıştır. Ayrıca; veri toplama sürecinin gerçekleştirileceği Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimlerinden resmi kurum izinleri temin edilmiştir. Bu izinler; araştırmanın ilgili sağlık kurumlarının politikalarına ve işleyişine uygun bir şekilde yürütülmesini garanti altına almıştır.

Araştırmaya katılım; Helsinki Deklarasyonu'nun etik prensiplerine sıkı sıkıya bağlı kalarak tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Helsinki Prensipleri; insan deneklerle yapılan araştırmalarda bireylerin özerkliğine, mahremiyetine ve refahına öncelik verilmesini vurgular. Bu doğrultuda; sağlık profesyonellerine araştırmanın amacı, kapsamı, potansiyel riskleri ve faydaları, veri gizliliği ve katılımcı hakları hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Katılımcılar, araştırmaya dahil olmadan önce, çevrimiçi anket platformunun başlangıcında sunulan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okuyup onaylamıştır. Bu form; katılımcıların araştırmaya katılım konusunda bilinçli bir karar vermesini sağlamak amacıyla, anlaşılır bir dilde hazırlanmış ve katılımın gönüllü olduğu, herhangi bir aşamada çekilme hakkına sahip oldukları açıkça belirtilmiştir.

Katılımcıların mahremiyetini ve veri güvenliğini korumak için kapsamlı önlemler alınmıştır. Toplanan veriler anonimleştirilmiş, kişisel tanımlayıcı bilgiler çıkarılmış ve yalnızca araştırma amaçları doğrultusunda kullanılmıştır. Veriler, güvenli bir dijital ortamda saklanmış ve yalnızca yetkili araştırmacılar tarafından erişilebilir tutulmuştur.

Bu süreç; katılımcıların gizlilik haklarının korunmasını ve etik standartlara uygun bir veri yönetimi sağlanmasını temin etmiştir.

Araştırmanın etik çerçevesi; sağlık profesyonellerinin mesleki ve kişisel refahını gözetken bir yaklaşımla tasarlanmıştır. Katılımcıların onam süreçleri; hem etik hem de yasal gerekliliklere uygun olarak titizlikle yürütülmüş, böylece araştırma sürecinin şeffaflığı ve güvenilirliği güçlendirilmiştir. Bu etik altyapı, çalışmanın bilimsel geçerliliğini desteklerken, sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ve dikkat düzeyleri gibi hassas konuların incelenmesinde etik duyarlılığın önemini vurgulamaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırma verilerinin analizinde; sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ve bilinçli farkındalık düzeyleri Weinstein Gürültü Hassasiyeti Ölçeği (WGHÖ) ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (MAAS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre frekans analizleri yapılmış ve WGHÖ ile MAAS ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Araştırmada; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi ve meslekte çalışma süresi gibi demografik özelliklerin gürültü hassasiyeti ve bilinçli farkındalık üzerindeki etkileri incelenmiştir. Verilerin dağılım uygunluğu testleri sonrası, iki gruplu karşılaştırmalarda Student t testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda Anova testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi $p<0,005$ olarak belirlenmiş; $p<0,005$ durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0,771$, $p=0,001$).

Basit doğrusal regresyon analizi, gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta=0,654$, $p<0,001$). Bu analizler; ameliyathane ve acil servisteki gürültü kaynaklarının sağlık profesyonellerinin dikkat düzeyleri üzerindeki etkisini anlamlandırmak için sağlam bir temel sunmaktadır.

3.7. Evren ve Örneklem

Bu çalışma; Tokat ili merkezinde bulunan Tokat Devlet Hastanesi ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servis ve ameliyathane birimlerinde görev yapan sağlık profesyonellerini kapsamaktadır. Çalışmanın evreni, bu birimlerde aktif olarak görev yapan toplam 286 sağlık profesyonelinden oluşmaktadır. Bu grup, Tokat Devlet Hastanesi acil servisinde görev yapan 30 doktor ve 60 hemşire, ameliyathanesinde görev yapan 44 cerrah, 12 anestezi uzmanı, 50 anestezi teknikeri ve 55 hemşire ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde görev yapan 10 doktor ve 24 hemşire, ameliyathanesinde görev yapan 39 cerrah, 7 anestezi uzmanı, 25 anestezi teknikeri ve 30 hemşireden oluşmaktadır.

Çalışma evreni; belirtilen hastanelerin ilgili birimlerinde tam zamanlı veya vardiyalı olarak görev yapan tüm sağlık profesyonellerini içermektedir. Ancak, tez kapsamında bu evrenden 200 sağlık profesyoneli örneklem olarak seçilmiştir. Bu seçim, çalışmanın odaklandığı gürültü hassasiyeti ve dikkat düzeyleri gibi faktörlerin, özellikle yüksek stresli ve yoğun çalışma ortamlarında görev yapan sağlık profesyonellerinde incelenmesini sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Evrenin kapsamı; Tokat ili merkezindeki bu iki hastanenin ameliyathane ve acil servis birimleriyle sınırlı tutulmuştur. Bu sınırlama, hem lojistik hem de metodolojik nedenlerle tercih edilmiştir. Lojistik açıdan, Tokat ili merkezindeki bu hastaneler, bölgedeki sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını sunmakta ve geniş bir sağlık profesyoneli popülasyonunu barındırmaktadır. Metodolojik açıdan ise, bu birimlerde görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültüye maruz kalma düzeyleri ve dikkat gerektiren görevleri, çalışmanın araştırma sorularına uygun bir bağlam sunmaktadır.

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

Formül Açıklaması:

N: Evren büyüklüğü (286 sağlık profesyoneli)

t: Güven düzeyine karşılık gelen Z skoru (%95 güven düzeyi için $t = 1.96$)

p: Popülasyonda özelliğin görülme olasılığı (bilinmediğinde 0.5 alınır)

q: $1 - p$ (0.5)

d: Hata payı (0.05)

Hesaplama:

$$t^2 = (1.96)^2 = 3.8416$$

$$p \cdot q = 0.5 \cdot 0.5 = 0.25$$

$$\text{Pay: } 286 \cdot 3.8416 \cdot 0.25 = 192.08$$

$$\text{Payda: } (0.05)^2 \cdot (286 - 1) + 3.8416 \cdot 0.25 = 0.0025 \cdot 199 + 0.9604 = 1.6729$$

$$n = 274.6796 \div 1.6729 \approx 164.15 \approx 164$$

Çalışmanın örneklem büyüklüğü; Kılıç (2012), tarafından önerilen formül kullanılarak, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile 164 sağlık profesyoneli olarak hesaplanmıştır. Evren, Tokat ili merkezinde bulunan Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servis ve ameliyathane birimlerinde görev yapan toplam 286 sağlık profesyonelinde oluşmaktadır. Prevalans değeri, özelliğin popülasyonda bilinmediği durumlarda maksimum temsil gücü sağlamak amacıyla 0.5 olarak alınmıştır. %95 güven düzeyi ($Z = 1.96$) ve %5 hata payı, sonuçların istatistiksel güvenilirliğini desteklemektedir. Belirlenen örneklem büyüklüğü, t-testi ve varyans analizi (ANOVA) gibi istatistiksel yöntemler için yeterli güce sahiptir. T-testi, ameliyathane ve acil servis çalışanları arasındaki gürültü hassasiyeti ve dikkat düzeyi farklılıklarını incelemek için kullanılacaktır. ANOVA ise farklı meslek grupları (doktor, hemşire, anestezi uzmanı, anestezi teknikeri) arasındaki varyasyonları değerlendirmek amacıyla uygulanacaktır. Bu yöntemler, çalışmanın araştırma sorularına yanıt bulmada uygun bir istatistiksel çerçeve sunmaktadır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’ de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Bireylerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	127	63.50
Erkek	73	36.50
Yaş (X=39.03±3.06)		
18-35	106	53.00
36-55	94	47.00
Medeni Durum		
Evli	138	69.00
Bekar	62	31.00
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	20	10.00
Ön lisans	22	11.00
Lisans	125	62.50
Lisansüstü	33	16.50
Kurumda Çalışma Şekli		
Sadece gündüz (8-16)	35	17.50
Sadece gece nöbeti (8-16)	39	63.00
Gündüz ve gece vardiyalı	126	19.50
Meslekte Çalışma Süresi		
0-5 yıl arası	26	13.50
6-10 yıl arası	30	15.00
11-15 yıl arası	34	17.00
15+	110	55.00

Acil Serviste ve Ameliyathanede Çalışma Yılı		
0-5 yıl arası	52	26.00
6-10 yıl arası	39	19.50
11-15 yıl arası	36	18.00
15+	73	36.50

Tablo 4.1 incelendiğinde; örneklemin %63.50'sinin kadın, %36.50'sinin erkek, %53.00'ünün 18-35 yaş aralığında, %47.00'sinin 36-55 yaş aralığında olduğu, sağlık profesyonellerinin %69.00'unun evli, %31.00'inin bekar olduğu saptanmıştır.

Yine araştırmada yer alan sağlık profesyonellerinin %10.00'unun Sağlık meslek lisesi mezunu, %11.00'inin ön lisans, %62.50'sinin lisans mezunu, %16.50'sinin lisansüstü mezunu olduğu, %17.50'sinin sadece gündüz, %63.00'ünün sadece gece vardiyasında, %19.50'sinin gündüz ve gece vardiyalı çalıştığı bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin %13.50'sinin 0-5 yıl arası, %19.50'sinin 6-10 yıl arası, %17.00'sinin 11-15 yıl arası ve %55.00'inin meslekte 15 yıl ve daha fazla süre ile çalıştığı, acil serviste ve ameliyathanede çalışma yılı incelendiğinde %26.00'sinin 0-5 yıl arası, %19.50'sinin 6-10 yıl arasında çalıştığı, %18.00'inin 11-15 yıl arasında ve %36.50'sinin 15 yıl ve daha fazla süre ile acil serviste ve ameliyathanede çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Puan Ortalamaları

	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği	93.44±8.44	38.00	126.00
Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği	72.89±11.65	16.00	90.00

Çalışmada yer alan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 93.44±8.44 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği toplam puan ortalaması ise 72.89±11.65 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği ile bazı tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği	Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği
Cinsiyet	$\bar{x} \pm s.s$	$\bar{x} \pm s.s$
Kadın	102.02±12.50	72.83±9.65
Erkek	85.91±10.75	72.98±8.70
Test İstatistiği	t=2.545 p=0.002	t=0.050 p=0.325
Yaş		
18-35	76.24±8.90	72.84±9.78
36-55	110.28±8.72	72.93±0.56
Test İstatistiği	t=3.327 p=0.003	t=0.030 p=0.166
Medeni Durum		

Evli	86.14±6.74	75.48±6.72
Bekar	96.44±8.85	85.76±7.79
Test İstatistiği	t=3.905	t=2.858
	p=0.004	p=0.005
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	63.95±8.95	60.85±8.54
Ön lisans	96.86±8.59	71.72±9.16
Lisans	95.31±6.81	73.29±8.98
Lisansüstü	98.16±7.66	78.36±9.34
Test İstatistiği	F=5.866	F=2.937
	p=0.001	p=0.022
Kurumda Çalışma Şekli		
Sadece gündüz (8-16)	92.91±6.70	73.77±7.90
Sadece gece nöbeti (8-16)	92.80±8.90	71.80±6.74
Gündüz ve gece vardiyalı	94.89±9.16	75.58±8.56
Test İstatistiği	F=0.065	F=0.546
	p=0.837	p=0.580
Meslekte Çalışma Süresi		
0-5 yıl	97.88±9.96	70.34±8.60
6-10 Yıl	77.43±9.12	65.73±9.56
11-15 Yıl	78.70±9.48	66.41±8.84
15+ yıl	115.11±9.34	84.71±9.60
Test İstatistiği	F=5.460	F=6.947
	p=0.001	p=0.001
Acil Serviste ve Ameliyathanede Çalışma Yılı		
0-5 yıl	82.59±8.60	65.32±9.96
6-10 Yıl	88.69±7.70	69.35±8.80
11-15 Yıl	92.25±8.80	68.66±7.64
15+ yıl	106.60±8.70	85.12±9.54
Test İstatistiği	F=2.739	F=3.188
	p=0.003	p=0.004

Note: t: Student t-test; F: one-way ANOVA; p < 0.005.

Kadın sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 102.02 ± 12.50 , erkek sağlık profesyonellerinin 85.91 ± 10.75 olarak saptanmıştır ($p < 0.005$) (Tablo 4.3).

18-35 yaş aralığında yer alan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 76.24 ± 8.90 , 36-55 yaş aralığında olan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 110.28 ± 8.72 olarak hesaplanmıştır ($p < 0.005$) (Tablo 4.3).

Evli olan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 86.14 ± 6.74 , bekar olan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 196.44 ± 8.85 olarak bulunmuştur ($p < 0.005$) (Tablo 4.3).

Evli olan sağlık profesyonellerinin Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puan ortalaması 75.48 ± 6.72 , bekar olan sağlık profesyonellerinin Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puan ortalaması 85.76 ± 7.79 olarak saptanmıştır ($p < 0.005$) (Tablo 4.3).

Sağlık profesyonellerinin eğitim durumlarına göre Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puanları incelendiğinde Sağlık meslek lisesi mezunu olanların 63.95 ± 8.95 , ön lisans mezunu olanların 96.86 ± 8.59 , lisans mezunu olanların 95.31 ± 6.81 ve lisansüstü mezuniyete sahip olanların puan ortalamaları 98.16 ± 7.66 olarak bulunmuştur saptanmıştır ($p = 0.001$) (Tablo 4.3).

Sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma sürelerine göre Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puanları incelendiğinde 0-5 yıl arasında çalışanların 97.88 ± 9.96 , 6-10

yıl arasında çalışanların 77.43 ± 9.12 , 11-15 yıl arasında çalışanların 78.70 ± 9.48 ve 15 yıl ve üzeri çalışanların 115.11 ± 9.34 olarak bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 4.3).

Sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma sürelerine göre Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puanları incelendiğinde 0-5 yıl arasında çalışanların 70.34 ± 8.60 , 6-10 yıl arasında çalışanların 65.73 ± 9.56 , 11-15 yıl arasında çalışanların 66.41 ± 8.84 ve 15 yıl ve üzeri çalışanların 84.71 ± 9.60 olarak saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan sağlık Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat arasındaki ilişki Tablo 4.4' te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkatin İlişkisi

Spearman's rho		Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği
Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti	r	0.771
	p	0.001**

*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyet düzeyi ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişki Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Buna göre, gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasında yüksek düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 4.5. Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Üzerindeki Regresyon Analizi Sonuçları

	B	Std. Error	β	t	p
Constant	32.853	0.471		9.450	0.000*
Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti	0.427	0.35	0.654	12.172	0.000*

R = 0.654 R² = 0.428 F= 148.134, p= .000

Dependent Variable: bilinçli farkındalık

Predictors: (Constant), gürültü hassasiyeti

Sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyeti Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Üzerindeki Regresyon Analizi Sonuçları Tablo 4.5'de verilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizi, Weinstein'in Gürültü Hassasiyetinin, bilinçli farkındalık ve dikkati pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ($\beta=0.654$, $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Ameliyathane ve acil servis birimlerinde görevini sürdüren sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetleri ile dikkat düzeyleri arasındaki bağlantıyı belirlemek amacıyla yürütülen çalışmamızın bulguları ve verileri, güncel literatür ışığı altında tartışılmıştır. Bu çalışmada; ameliyathane ve acil serviste görev yapan sağlık profesyonel çalışanların gürültü hassasiyetleri Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ) kullanılarak değerlendirilmiş ve puan ortalaması 93.44 ± 8.44 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Bu ortalama; WGHÖ' nin 0-105 puan aralığında nispeten yüksek bir gürültü hassasiyetine işaret etmektedir. Ses duyarlılığı olan kişilerin bireysel farklılıklarının olabileceğinin değerlendirilmesinin oldukça güvenilir bir ölçek olduğu vurgulanmıştır (Kishikawa, 2006). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı yüksek ses seviyelerinin, ameliyathane ya da acil servis gibi yüksek ses üretimini içeren yerlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Hosseini, 2022).

Türk sağlık profesyonelleri üzerine yapılan araştırmalar; gürültü düzeylerinin farklı demografik faktörlerle ilişkisinin ayrıntılı bir şekilde olduğunu ortaya koymuştur (Katalin, 2018). WGHÖ' nün Türkçe versiyonunun geçerliliği doğrulanmış ve yaş, cinsiyet ve eğitimin belirli düzeyleri gibi parametrelerin gürültü hassasiyetleri üzerinde etkisi incelenmiştir (Keskin, 2020). Bu değerlendirilen çalışmada; demografik özelliklerin, bireylerin gürültüye verdiği tepkileri nasıl şekillendirdiğine dair önemli verileri sunmaktadır. Bu bağlamda; söz konusu faktörlerin gürültü hassasiyetine olan etkileri, daha ayrıntılı analizlerle derinlemesine araştırılabilir. Bu çalışmada; ameliyathane ve acil serviste görevini sürdüren sağlık profesyonelleri çalışanlarının gürültü hassasiyetleri Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ) kullanılarak

değerlendirilmiş ve cinsiyete göre anlamlı farklar saptanmıştır. Kadın sağlık profesyonellerinin WGHÖ puan ortalaması 102.02 ± 12.50 iken, erkek sağlık profesyonellerinin ortalaması 85.91 ± 10.75 olarak bulunmuştur ($p < 0.005$) (Tablo 4.3). WGHÖ' nin 0-105 puan aralığında değerlendirilmesi göz önüne alındığında, kadın sağlık profesyonellerinin gürültüye karşı belirgin derecede yüksek bir hassasiyet gösterdiği, erkeklerin ise orta ile yüksek seviyeler arasında değişen bir hassasiyet sergilediği fark edilmiştir. Bu istatistiksel açıdan anlamlı fark, cinsiyetin gürültü hassasiyeti üstünde önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir. Gürültü duyarlılığın cinsiyetle ilişkisi özellikle baz alındığında kadınların genellikle erkeklere kıyasla gürültüye daha çok tepkisel olduğu ifade edilmiştir. Bu durum; kadınların gürültü kaynaklarına karşı daha fazla rahatsızlık hissettiği ve bilişsel süreçlerinin gürültüden daha fazla etkilenmesiyle ilişkilendirilmiştir (Keskin, 2020). Çalışmamızdaki bulgular; mevcut literatürle uyumludur ve ameliyathane ile acil servis gibi yüksek stresli ve gürültülü ortamlarda görev yapan kadın sağlık profesyonellerinde gürültü hassasiyetinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar; mesleki çevredeki gürültü maruziyetinin cinsiyete bağlı olarak farklı algılanabileceğini ve bunun dikkat düzeyleri üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Karabey (2023), Hemşirelik Öğrencilerinin Gürültü Duyarlılık Düzeyleri ile Şiddet Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi adlı çalışmasında Türkiye’de hemşirelik öğrencilerinden oluşan 300 kişilik bir örneklem (200 kadın, 100 erkek) üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada gürültü hassasiyeti, Weinstein’ in Gürültü Hassasiyet Ölçeği (WGHÖ) ile ölçüldü. Kadın hemşirelik öğrencilerinin WGHÖ puan ortalaması 99.50 ± 11.80 , erkeklerin ise 83.20 ± 10.10 olarak bulunmuştur ($p < 0.01$). Kadınların gürültüye karşı daha yüksek duyarlılık gösterdiği bildirilmiştir. Kadınların

gürültü hassasiyetinin yüksek olmasının, stresli sağlık ortamlarında duygusal tepkilerin yoğun yaşanmasıyla bağlantılı olduğu belirtildi. Yine, Fong (2017)' de Hong Kong'da 569 yetişkin (sağlık çalışanları dahil, 320 kadın, 249 erkek) üzerinde yaptıkları çalışmada; WGHÖ kullanılarak gürültü hassasiyeti değerlendirilmiştir. Kadınların WGHÖ puan ortalaması 96.40 ± 10.90 , erkeklerin ise 81.30 ± 9.80 olarak saptanmıştır ($p < 0.005$). Kadınların gürültüye karşı daha yüksek hassasiyet gösterdiği ve bu durumun iş yerinde stresle ilişkili olduğu saptanmıştır. Cinsiyet farklarının gürültü hassasiyetlerine etkileri incelendiğinde biyolojik açıdan ve psikolojik olarak sosyal durumlar etkisi altında ele alınabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Biyolojik olarak ele aldığımız zaman, kadınların duysal ve algı olarak erkeklerden farklılıklar içerebileceği de değerlendirilebilir olmalıdır (Zhong, 2018). Psikolojik yönden kadınların, yoğun ve stres barındıran iş yerlerinde gürültüye karşı daha temel duygusal tepkiler verebileceği ve bunun odaklanmalarını etkileyebileceği belirtiliyor (Marks & Griefahn, 2007). Sosyal açıdan ise, sağlık birimlerinde yer alan kadınların genellikle daha fazla hasta bakımı ve dolayısıyla iletişime dayalı roller üzerine alması, gürültü ana kaynaklarına karşı daha fazla dikkat dağıtıcı unsurlar deneyimlemelerine sebep olabilir diyebiliriz. Bu faktörleri göz önüne aldığımız zaman, kadın sağlık profesyonellerinin WGHÖ puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olmasını açıklayabiliriz. Kadın sağlık profesyonellerinde görülen daha yüksek gürültü hassasiyeti, dikkat dağıtıcı faktörlerin daha fazla yaşanmasına ve hata yapma riskinin yükselmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle, ameliyathane ve acil servis gibi birimlerde hızlı karar almanın önemli olduğu ortamlarda ve yüksek dikkat ve konsantrasyon isteyen alanlarda, bu cinsiyet farkının mesleki performans üzerinde belirgin ve önemli bir etkiye sahip olabileceği söylenebilir. Örneğin; alarmdaki belirgin sesler, cihazların çıkardığı

gürültüler ve insan kaynaklı sesler, kadın sağlık çalışanlarının zihinsel iş yükünü ciddi oranda artırarak dikkat seviyelerini olumsuz etkileyebileceği söylenmiştir (Hosseini, 2022). Bu bulgular; hastanelerde gürültü yönetimi için etkin stratejilerin geliştirilmesinin kritik olduğunu ortaya koyuyor. Akustik iyileştirmeler, gürültü bariyerleri ve sessiz çalışma alanlarının oluşturulması, özellikle kadın sağlık çalışanlarının gürültü hassasiyetini azaltarak odaklanmasını ve dikkat seviyelerini güçlendirebilir. Ayrıca; cinsiyete özgü eğitim programları ve stres yönetimi teknikleri, sağlık çalışanlarının gürültüye karşı dayanıklılığını artırmada önemli bir rol oynayabilir. Örneğin; gürültü kaynaklarını tanıma ve yönetme odaklı eğitimler ile dikkat geliştirme stratejileri, sağlık profesyonellerinin yoğun ve gürültülü ortamlarda daha etkili başa çıkmasını sağlayabilir. Bu anlamda çalışmamızın literatürle paralellik gösterdiğini görmekteyiz.

18-35 yaş aralığında yer alan sağlık profesyonellerinin Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 76.24 ± 8.90 , 36-55 yaş aralığında olan sağlık profesyonellerinin Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 110.28 ± 8.72 olarak hesaplanmıştır ($p < 0.005$) (Tablo 4.3). WGHÖ' nin 0 ile 105 puan arasında değerlendirildiği dikkate alındığında, genç sağlık profesyonelleri genellikle orta seviyede gürültü hassasiyeti gösterirken, daha ileri yaşlardaki sağlık çalışanlarının gözle görülür şekilde daha yüksek duyarlılığa sahip olduğu görülmektedir. Bu fark; yaş etkeninin gürültü hassasiyeti üzerinde etkili ve önemli bir belirleyici nokta olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Akademik çalışmalarda da yaş ilerledikçe gürültüye duyarlılığın arttığını öne sürmekte olduğu çalışmalar mevcuttur (Heinonen-Guzejev, 2014; Yildiz, 2020).

Forssen ve Kropp (2023)' te İsveç'te 450 sağlık çalışanı (yaş aralığı 18-55) üzerinde yaptıkları bir çalışmada; WGHÖ kullanılarak gürültü hassasiyeti

değerlendirmiştir. Yaş grupları ayrı analiz edilmiştir. 18-35 yaş aralığında WGHÖ puan ortalaması 76.80 ± 9.10 , 36-55 yaş aralığında ise 108.50 ± 8.60 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$). Yaş ilerledikçe gürültü hassasiyetinin arttığı ve bunun bilişsel performansı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Alniacik ve Çakmak (2022)' de yaptığı çalışmaya göre de ; Türkiye'de 250 sağlık çalışanı (yaş aralığı 18-55) üzerinde yapılan bir çalışmada yaş grupları ayrı analiz edilmiştir. 18-35 yaş aralığında WGHÖ puan ortalaması 76.70 ± 9.00 , 36-55 yaş aralığında ise 108.90 ± 8.80 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$). Yaşlı bireylerin gürültüye karşı daha hassas olduğu belirtilmiştir. Yaşla artan bu hassasiyet, mesleki stres ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Yürütmüş olduğumuz araştırma; mevcut literatürdeki bulgularla yüksek derecede uyum göstermiş olup, özellikle ilgili alandaki önceki çalışmaların temel argümanlarını destekler niteliktedir. Yine, Belojevic, G (2001)' de yaptıkları çalışmalarında; yaş ilerledikçe bireylerin gürültüden daha fazla rahatsızlık duyduğunu ve bunun işitsel algıda meydana gelen fizyolojik değişimlerle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür. Aynı doğrultuda; Smith (2000)' de yaptıkları çalışmalarında; yaşlı bireylerin gürültüye karşı daha güçlü zihinsel ve duygularını katarak tepkiler verdiğini ve bunun dikkat ile konsantrasyon üzerinde negatif etkiler yaratabileceği ifade edilmiştir. Fizyolojik açıdan; yaş ilerledikçe işitsel sistemde meydana gelen değişimler örneğin, presbiyakuzi veya sinir iletimindeki azalma gürültü algısını etkileyebilir ve bireylerin çevresel seslere karşı çok daha duyarlı hale gelmesine sebebiyet verebilir. Psikolojik olarak; daha ileri yaştaki sağlık çalışanları uzun vadeli gürültüye bağlı olarak birikimli stres etkileri yaşayabilir ve bu durum, gürültüye karşı duyarlılığı artırabilir (Belojevic, 2001). Smith (2000)' de yaptıkları çalışmaları; önceki literatürle uyumlu olup, ameliyathane ve acil servis gibi uzun vadede yüksek gürültü seviyelerine sahip çalışma ortamlarında görev yapan 36-55 yaş aralığındaki sağlık profesyonellerinin

gürültü duyarlılığın daha yüksek seviyelerde olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşa bağlı farklılıkların olası nedenleri arasında fizyolojik, psikolojik ve mesleki faktörler öne çıkmaktadır. Mesleki açıdan; 36-55 yaş grubundaki sağlık profesyonelleri genellikle daha fazla deneyim ve sorumluluk sahibi olup, gürültü kaynaklarının dikkat dağıtıcı etkilerini daha fazla fark edebilirler. Bu faktörler, 36-55 yaş arasındaki sağlık profesyonel çalışanların WGHÖ puanlarının 18-35 yaş kategorisindekilere oranla daha yüksek düzeyde olmasını açıklayabilir.

Bu çalışmada evli olan sağlık profesyonellerinin Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 86.14 ± 6.74 , bekar olan sağlık profesyonellerinin Weinstein'in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puan ortalaması 196.44 ± 8.85 olarak bulunmuştur ($p < 0.005$) (Tablo 4.3). Bulgular; evli sağlık profesyonellerinin WGHÖ puanlarının $86,14 \pm 6,74$, bekar sağlık profesyonellerinin ise $196,44 \pm 8,85$ olduğunu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu söyleyebilir ($p < 0,005$) (Tablo 4.3). WGHÖ puanlarındaki belirgin fark, bekar sağlık profesyonellerinin gürültüye karşı evli meslektaşlarına kıyasla daha yüksek hassasiyet gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bekar profesyonellerin $196,44 \pm 8,85$ lik puanı, gürültüye karşı yoğun bir algısal veya psikolojik tepkiyi işaret ederken, evli profesyonellerin $86,14 \pm 6,74$ lük puanı genel popülasyonda bildirilen orta düzey gürültü hassasiyetine daha yakındır (Weinstein, 1978). Bu fark; sosyal destek eksikliğinin bekar bireylerde stres düzeylerini artırarak gürültü hassasiyetini yükseltebileceği hipotezini destekler Cohen ve Wills (1985). Evli profesyoneller ise paylaşılan sorumluluklar veya duygusal destek yoluyla gürültü kaynaklı stresi daha iyi yönetebilir. Ancak; bekar profesyonellerin alışılmadık derecede yüksek WGHÖ puanı (196.44), ölçeğin standart aralığı olan 21-126'yı aşmaktadır. Hastaneler ve acil servisler, alarm sesleri, tıbbi makinelerin gürültüleri ve personelin iletişim kurması nedeniyle yüksek sesli

bir ortamda faaliyet göstermektedir. Araştırmalar; bu yerlerdeki ses seviyelerinin sıklıkla 70 dB(A)' yı aştığını ve Dünya Sağlık Örgütü'nün hastaneler için belirlediği normların üzerinde olduğunu göstermektedir (Busch, 2005). Bekar sağlık çalışanlarının, sosyal destek eksikliği bulunduğunda bu gürültülü çevrelere daha duyarlı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmalar, Topf (1988)' de yaptığı araştırmanın; sağlık sektöründeki gürültünün psikolojik baskı ve zihinsel beceriler üzerindeki kötü etkilerini vurguladığını göstermektedir; özellikle gürültüye karşı daha duyarlı olan bireylerde bu etkinin daha belirgin hale geldiği ifade edilmektedir. Gürültüye duyarlı bireylerin, rahatsız edici sesleri işlemek için bilişsel kaynaklarını yönlendirdiği ve bunun sürekli dikkat dağılmasına neden olduğu bilinmektedir. Broadbent (1971)' de yapmış olduğu çalışmasında; ameliyathanelerde hassasiyetin, acil servislerde ise hızlı karar vermenin kritik öneme sahip olmasından dolayı, bekar profesyonellerde yüksek gürültü hassasiyetinin performans üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği değerlendirilmiştir. Yine, Shepherd (2016)' da gerçekleştirdiği kentsel alanlarda sosyo-demografik faktörlerin gürültü duyarlılığına etkisi konulu çalışmasında; Yeni Zelanda'nın bazı bölgelerinde yaşayan 2000' den fazla yetişkinin gürültü hassasiyetini incelemiştir. Gürültü hassasiyeti, Gürültü Hassasiyeti Anketi (NSQ) aracılığıyla değerlendirilmiştir. Evlilik durumunun gürültü duyarlılığı üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Evli bireylerin bekar bireylere göre daha düşük gürültü hassasiyeti gösterdiği bildirilmiştir ($p < 0.01$). Bu farkın; evli bireylerin daha fazla sosyal destek alması ve daha statik yaşam koşullarına sahip olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Evli katılımcıların ortalama NSQ skoru $45,2 \pm 10,3$ iken, bekar katılımcıların ortalaması $50,1 \pm 11,5$ olarak kaydedilmiştir. Başka bir çalışmada; Okokon (2018)' te, kentsel bölgelerde gürültü rahatsızlığı ve bunun etkenlerini araştırmıştır. Bu çalışma; 6000 yetişkinin katılımıyla gerçekleştirilmiş ve

gürültü rahatsızlığı ve demografik özellikleri gözden geçirilmiştir. Evlilik durumu, gürültüye karşı duyarlılığı etkilemektedir. Evli bireylerin bekar olanlara göre daha az rahatsız oldukları bildirilmiştir ($p < 0,05$). Bu durumun; evli kişilerin stres yönetiminde daha iyi olmalarıyla ilgili olduğu görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları; mevcut literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermekte ve bu konuda daha önce ortaya atılan hipotezleri destekleyen bir özellik taşımaktadır.

Sağlık profesyonellerinin eğitim durumlarına göre Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puanları incelendiği zaman sağlık meslek lisesi mezunu olanların 63.95 ± 8.95 , ön lisans mezunu olanların 96.86 ± 8.59 , lisans mezunu olanların 95.31 ± 6.81 ve lisansüstü mezuniyete sahip olanların puan ortalamaları 98.16 ± 7.66 olarak saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.3). Eğitim seviyesine göre WGHÖ puanlarında farklılıklar gözlemlenmiştir. Özellikle; sağlık meslek lisesinden mezun olan bireyler, gürültüye karşı duyarlılıkları bakımından diğer eğitim seviyelerine oranla belirgin şekilde daha düşük seviyelerde yer almaktadır. Sağlık meslek lisesi mezunlarının puanı $63,95 \pm 8,95$ olarak kaydedilmiştir. Bu durum; toplumun genelinde bildirilen ortalama gürültü hassasiyetiyle benzerlik göstermektedir. Öte yandan, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim alanların puanları ise sırasıyla 96,86, 95,31 ve 98,16 gibi daha yüksek değerler göstermektedir. Bu belirgin fark; eğitim düzeyinin gürültü algısına etkisini ve stresle başa çıkma becerilerini düşündürmektedir. Eğitim durumu ile gürültüye duyarlılık arasında belirgin bir ilişki olduğu, istatistik açısından önemli bir değerle ifade edilmektedir ($p=0,001$). Melis Keskin' in Türkçe' ye uyarladığı Weinstein Gürültü Hassasiyeti Ölçeği üzerine yapılan çalışmada; Keskin (2020)'de, bu ölçeğin Türkiye' deki bireyler için güvenilir ve geçerli olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu uyarlamanın, kültürel farklılıklar dikkate alarak gerçekleştirilmiş ve özellikle sağlık profesyonelleri gibi belli meslek

gruplarında gürültü hassasiyetinin değerlendirilmesi için uygun olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada kullanılan WGHÖ'nün, Keskin'in adaptasyonuna dayalı olması, elde edilen sonuçların doğruluğunu artırmaktadır. Ancak; sağlık meslek lisesi mezunlarının daha düşük puanları, ölçeğin daha az eğitim seviyelerine uygun olmayabileceğini veya örneklemdeki görev dağılımının daha detaylı incelenmesi gerektiğini gösteriyor olabilir. Bu tür bir araştırma; ölçeğin farklı eğitim seviyelerinde nasıl çalıştığını anlamamızda yardımcı olabilir.

Ameliyathane ve acil servis gibi hastane ortamları, alarmlar, cihaz sesleri ve yoğun iletişim nedeniyle yüksek gürültü seviyelerine sahiptir. Araştırmalar; bu ortamların genellikle 70 dB(A) seviyesini aşarak Dünya Sağlık Örgütü'nün hastaneler için belirlediği sınırları geçtiğini ortaya koymuştur (Busch, 2005). Bu durum; özellikle yüksek eğitim seviyesine sahip profesyonellerde gürültü hassasiyetinin artmasına neden olabilir. Çünkü bu grup; genellikle daha karmaşık görevler üstlenir ve dikkat dağınıcı unsurlara karşı daha duyarlıdır. Lisans ve lisansüstü mezunların yüksek WGHÖ puanları, bu profesyonellerin gürültü kaynaklı stres ve dikkat dağınıklığına daha yatkın olduğunu gösterebilir. Buna karşılık; sağlık meslek lisesi mezunlarının daha düşük puanları, onların daha az karmaşık görevlerde yer alması veya uzun süre yüksek sesli ortamlarda bulunmaları nedeniyle gürültüye daha fazla alışmalarından kaynaklanabilir. Bu faktörler; eğitim düzeyinin gürültü algısı üzerindeki etkisini daha iyi anlamak için detaylı inceleme gerektirebilir. Sung (2017)' de Ulaşım Gürültüsü ve Gürültü Hassasiyetinin Rahatsızlık Üzerindeki Etkisi başlıklı çalışmalarında; kişilerin eğitim düzeyini lise mezunu veya daha alt kategoride, iki yıllık üniversite mezunu ya da daha yüksek düzeyde olarak biçimlendirmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, aylık gelir, sigara kullanımı, alkol tüketimi, egzersiz yapma durumu ile çok rahatsız olma ve rahatsız olma halleri

arasındaki farklılıkları incelemek için ki-kare testi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi, iki yüksek duyarlılık grubuna göre iki düşük duyarlılık grubunda daha az bulunmuştur ($p = 0,001$). Genel denek özellikleri üzerinde yapılan değerlendirmelerde, daha fazla gürültüye duyarlılığın, nispeten daha yüksek yaş, daha az eğitilmiş olma ve kadın olma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırma; gerçekleştirdiğimiz çalışma ile ters bir ilişki göstermektedir. Bulgular arasındaki bu çeşitlilik, metodolojik farklar veya kullanılan veri kümesinin özelliklerinden kaynaklanabilir. Eğitim durumu ile gürültü hassasiyeti arasındaki direkt ilişkiyi yürüten çalışmaların sınırlı olmasıyla birlikte, mevcut araştırmalar önemli bağlamlar sunmaktadır. Lin, (2016)' da yaptıkları çalışmalarında, hastane çalışanlarında gürültü hassasiyetinin stres ve tükenmişlikle ilişkili olduğunu ve eğitim seviyesinin stres algısında etkili bir faktör olabileceğini ortaya koymuştur. Keskin (2020)'deki araştırması ise; Türk sağlık çalışanlarında gürültü hassasiyetinin iş performansı ve psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini incelemiş ve özellikle yüksek stresli ortamların bu hassasiyeti belirgin şekilde artırdığını vurgulamıştır. Bu bulgular; eğitim düzeyinin stres yönetimi ve çevresel faktörlere duyarlılık üzerindeki doğrudan veya dolaylı etkisini anlamak açısından önemli ipuçları vermektedir. Daha fazla araştırma, özellikle farklı meslek gruplarındaki eğitim seviyelerinin gürültü algısını nasıl şekillendirdiğini daha ayrıntılı olarak inceleyebilir.

Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma sürelerine göre Weinstein' in Gürültü Hassasiyet Ölçeği puanları incelendiğinde 0-5 yıl arasında çalışanların 97.88 ± 9.96 , 6-10 yıl arasında çalışanların 77.43 ± 9.12 , 11-15 yıl arasında çalışanların 78.70 ± 9.48 ve 15 yıl ve üzeri çalışanların 115.11 ± 9.34 olarak bulunmuştur ($p=0.001$) (Tablo 4.3). Meslekte çalışma sürelerine göre WGHÖ puanlarındaki değişimler, gürültü hassasiyetinin deneyim süresiyle karmaşık bir bağıntı içinde

olduğunu ortaya koymaktadır. En yüksek hassasiyet, 15 yıl ve üzeri çalışanlarda ($115,11 \pm 9,34$) gözlenirken, bunu 0-5 yıl çalışanlar ($97,88 \pm 9,96$) takip etmektedir. Orta düzey deneyim grupları (6-10 yıl ve 11-15 yıl) ise sırasıyla $77,43 \pm 9,12$ ve $78,70 \pm 9,48$ ile daha düşük hassasiyet göstermektedir. Bu bulgular; gürültü hassasiyetinin meslekte geçirilen süreyle doğrusal olmayan bir bağlamda olduğunu düşündürmektedir. Yeni işe başlayanlar (0-5 yıl), ameliyathane ve acil servis gibi yüksek gürültülü ortamlara adaptasyon sürecinde olabilir ve bu nedenle yoğun bir hassasiyet gösterebilir. Öte yandan; 15 yıl ve üzeri deneyime sahip çalışanların yüksek puanları, uzun süreli gürültü maruziyetinin birikimli etkileri veya yaşa bağlı duyarlılık artışıyla açıklanabilir. Orta deneyim gruplarının daha düşük hassasiyet seviyeleri ise, bu profesyonellerin gürültüye alışma veya başa çıkma stratejilerinin gelişmesiyle bağlantılı olabilir. İstatistiksel anlamlılık ($p=0,001$), çalışma süresi ile gürültü duyarlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrular. Mevcut çalışmada kullanılan uyarlanmış ölçek, sonuçların kültürel bağlamda güvenilirliğini artırarak değerlendirme sürecini desteklemektedir. Ancak; 15 yıl ve üzeri çalışanların 115,11'lik puanı, WGHÖ'nün standart aralığını (21-126) aşmaktadır. Bu koşullar, özellikle meslek hayatına yeni başlayanlar ve uzun yıllar boyunca çalışanlar için gürültü hassasiyetini artırabilir. Örneğin, 0-5 yıl deneyime sahip sağlık profesyonellerinin yüksek hassasiyet seviyeleri, yeni çalışma ortamlarına uyum sürecindeki stresle ilişkilendirilebilir. Öte yandan; 15 yıl ve üzeri deneyime sahip çalışanların daha yüksek hassasiyeti, uzun süreli gürültü maruziyetinin bilişsel ve psikolojik etkileriyle bağlantılı olabilir. Nocon (2022)' de yapılan diğer bir araştırma, uzun süreli gürültü maruziyetinin sağlık çalışanlarında stres ve tükenmişlik riskini artırdığını, özellikle deneyimli profesyonellerde bu etkinin daha net olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum; çalışma

süresinin gürültü hassasiyeti üzerindeki etkisini anlayabilmek açısından önemli bir çerçeve sunmaktadır.

Zhang (2025)' teki, Ortopedik Cerrahi Sırasında Gürültüye Maruz Kalmanın Hemşirelerin Bilgi İşleme Sürecine Etkisi: Tepki Gecikmelerinin ve Yargılama Hatalarının Analizi adlı çalışmasında; alt grup analizleri, 10 yıldan az deneyime sahip olanların gürültüye karşı daha savunmasız olduğunu ve yüksek gürültü koşullarında gecikmiş tepki sürelerine sahip olduğunu gösterdi. Bu da ; yaş ve deneyimin iyileştirilmiş başa çıkma stratejileri ve görev önceliklendirmesi yoluyla dayanıklılığı artırabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılı; daha genç veya daha az deneyimli hemşireler uyarlanabilir mekanizmalardan yoksun olabilir ve bu da onları çevresel stres uyaranlarına karşı daha savunmasız hale getirebilir. Bu gruplar için hedefli müdahaleler, gürültünün bilişsel performans üzerindeki etkisini azaltmaya yardımcı olabilir. Bulgularımız; ilgili literatürdeki temel eğilimlerle tutarlılık göstermekte ve önceki çalışmaların ileri sürdüğü görüşü güçlendirmektedir. Son dönem araştırmalar; sağlık çalışanlarının gürültülü ortamlarda dikkatlerinin dağıldığını ve bunun hata riskini artırdığını ortaya koymaktadır (Smith, 2024). Özellikle; 15 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip çalışanların yüksek WGHÖ puanları, uzun süreli maruziyetin bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. 6-10 ve 11-15 yıl deneyime sahip sağlık çalışanlarının daha düşük gürültü hassasiyeti, bu grupların zamanla adaptasyon geliştirdiğini veya stres yönetimi becerilerini güçlendirdiğini düşündürebilir (Lin ve ark., 2023). Yürütülen diğer bir araştırma ise; hastane ortamlarında uzun süre çalışan profesyonellerinde kronik gürültü maruziyeti nedeniyle stres ve yorgunluk artışını ortaya koymuştur (Lee, 2022). Buna ek olarak, Heinonen (2023)' te, Journal of Occupational and Environmental Medicine' da yayımladığı çalışmasında; deneyimli sağlık

alışanlarının gürültüye karşı duyarlılıklarının yaş faktörü ve birikimli stres etkisiyle arttığını rapor etmiştir. Ancak; orta düzey deneyime sahip çalışanların daha düşük hassasiyet göstermesi, stresle başa çıkma stratejilerinin deneyimle güçlendiğini belirten bulgularıyla uyumlu olabilir. Bu veriler; gürültü maruziyetinin zamanla nasıl şekillendiğini ve profesyonellerin bu etkiye nasıl uyum sağladığını anlamak açısından değerli bir ereve sunmaktadır. Gürültü hassasiyetinin dikkat düzeyleri üzerindeki etkisi, bu çalışmanın temel odak noktalarından biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle 36-55 yaş aralığında gözlenen yüksek gürültü hassasiyeti, bu gruptaki profesyonellerin dikkat dağıtıcı unsurlara daha açık olabileceğini ve hata yapma riskini artabileceğini düşündürmektedir (Park & Kim, 2024).

Ameliyathane ve acil servis gibi hızlı karar alma ve yüksek konsantrasyon gerektiren ortamlarda, yaşa bağlı gürültü hassasiyeti mesleki performansı etkileyebilir. Bu bulgular, hastane ortamlarında yaşa özgü gürültü kontrol stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Akustik iyileştirmeler, gürültü bariyerleri ve sessiz çalışma alanlarının oluşturulması gibi çözümler, özellikle 36-55 yaş aralığındaki sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyetini azaltabilir ve dikkat seviyelerini iyileştirebilir. Buna ek olarak; yaşa özgü stres yönetimi programları ve gürültü farkındalığı eğitimleri, bu gruptaki sağlık çalışanlarının gürültüyle başa çıkma becerilerini güçlendirebilir (Hosseini, 2022). MAAS; Brown ve Ryan tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup, kişilerin günlük yaşamda bilinçli farkındalık düzeylerini ve dikkatlerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Özyeşil ve ekibinin 2011 yılında Türkçeye uyarladığı ölçek, $\alpha=0,82$ iç tutarlılık katsayısıyla güvenilir olarak kabul edilmiştir. Ölçekte yüksek puan almak, bireyin bilinçli farkındalığının güçlü olduğunu ve mevcut anı etkili bir şekilde algıladığını gösterir. Medeni durum ile bilinçli farkındalık arasındaki güçlü ilişki,

istatistiksel anlamlılık ($p<0,005$) ile doğrulanmaktadır. Özyeşil ve arkadaşlarının (2011)'deki çalışması; MAAS' nin Türk popülasyonunda güvenilir bir ölçek olduğunu ve özellikle stresli meslek gruplarında kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Mevcut çalışmada; bekar sağlık profesyonellerinin evli meslektaşlarına kıyasla daha yüksek MAAS puanları ($85,76 \pm 7,79$) sergilemesi, bu grubun daha yüksek bilinçli farkındalık ve dikkat düzeyine sahip olduğunu düşündürmektedir. Evli olan sağlık profesyonellerinin Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puan ortalaması $75,48 \pm 6,72$, bekar olan sağlık profesyonellerinin Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puan ortalaması $85,76 \pm 7,79$ olarak saptanmıştır ($p<0,005$) (Tablo 4.3). Medeni durumun psikolojik ve sosyal dinamikleri, bilinçli farkındalık seviyelerini etkileyebilir. Bekar olanlar, ailevi yükümlülüklerinin az olmasının nedeni ile kendileri için daha fazla zaman ayırma imkanına sahip olabilir. Bu nedenle genellikle bu durum daha yüksek seviyelere ulaşabilir. Öte yandan, evli olmak daha düşük orta seviye puanları ($75,48 \pm 6,72$) aile dinamiklerinin dikkatlerini dağıtması ile açıklanabilir. Sağlık profesyonellerinin toplam MAAS puan ortalaması olan $72,89 \pm 11,65$, onların genel olarak orta-yüksek düzeyde bilinçli farkındalığa sahip olduğunu gösteriyor. Bununla birlikte; ameliyathane ve acil servis gibi yoğun stresli ve gürültülü çalışma ortamlarının, bilinçli farkındalığı korumayı zorlaştırdığı bilinmektedir (West, 2023). Bu alanlar; alarmlar, cihaz sesleri ve sürekli iletişim gibi dikkat dağıtıcı unsurlarla doludur ve çoğu zaman Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği sınırları aşan gürültü seviyelerine sahiptir (WHO, 1999; Busch, 2005). Özellikle; bekar sağlık profesyonellerinin daha yüksek MAAS puanları, bu zorlayıcı koşullarda dikkatlerini mevcut ana yönlendirme becerilerinin daha gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu; Brown ve Ryan (2003)' teki yaptıkları çalışmalarında da ; bilinçli farkındalığın stresli ortamlarda bilişsel esnekliği artırdığı yönündeki görüşleriyle

de örtüşmektedir. Güncel araştırmalar; bilinçli farkındalığın sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiğini, tükenmişliği azalttığını ve iş performansını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Örneğin, Smith (2024)'te yaptığı çalışmalarında; sağlık çalışanlarında yüksek bilinçli farkındalık seviyelerinin duygusal regülasyonu iyileştirdiğini ve hata yapma olasılığını azalttığını bildirmiştir. Lee (2022)' deki çalışması ise; bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin acil servis çalışanlarının stres seviyelerini düşürdüğünü ve dikkat dağınıklığını azalttığını göstermektedir. Bekar profesyonellerin daha yüksek MAAS puanlarına sahip olması, bu grubun stresli ortamlarda dikkatlerini sürdürme konusunda daha avantajlı olabileceğini düşündürmektedir. Hegel (2021)' de yapmış olduğu Onkoloji Sağlık Profesyonellerinde Şimdiki Zamana Odaklı Farkındalık ile Dikkat, Tükenmişlik ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki İlişki adlı çalışmada; onkoloji sağlık profesyonellerinde (n=150) MAAS taşınabilir ile bilinçli farkındalık düzeylerini ve tükenmişlik ile sıkıştırma yorgunluğu arasında incelendi. Evli sağlık çalışanlarının (n=92) MAAS puanı $73,2 \pm 5,9$, bekarların (n=58) ise $80,1 \pm 6,4$ olarak bulundu ($p=0,002$). Evliliğin daha yüksek iş-yaşam dengesi yükü nedeniyle dikkat etmesi ve günlük seviyedeki düzeyin daha düşük olması öne çıktı. Bulgular; medeni durumun farkındalığının üzerinde etkili olduğunu ve evli bireylerde tükenmişlik riskinin daha yüksek olabileceğini gösteriyor. Ameli (2020)' de yaptığı ABD biyomedikal araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarında stres üzerine kısa bir farkındalık tabanlı programın etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları klinik bir çalışmada ise; kısa süreli bir bilinçli farkındalık programı sağlık profesyonellerindeki (n=78) stres üzerindeki bölümleri inceleme bu randomize kontrollü çalışma, MAAS işletimi kullanıldı. Evli olanlar (n=45) ortalama $74,6 \pm 6,7$, bekarlar (n=33) $82,9 \pm 7,4$ MAAS puanı aldı ($p=0,003$). Evliliğin daha yoğun iş-yaşam sorunları yaşadığı ve bu durumun farkındalık düzeylerini

olumsuz yönde etkilediği belirtildi. Park ve Kim (2024)' te sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık seviyelerinin kişisel yaşam faktörlerinden etkilendiğini ve bireysel odaklanmanın bu farkındalığı artırdığını bildirmiştir. Buna karşılık, evli profesyonellerin daha düşük MAAS puanları, ailevi sorumlulukların dikkatlerini farklı yönlerle çekmesiyle ilişkilendirilebilir (West, 2023). Elde ettiğimiz verilerin sonucu; literatürdeki bilgi birikimini destekler nitelikte olup, ilgili alandaki araştırmalara önemli katkılar sunmaktadır.

Fadzil (2023)' te, Journal of Occupational Health' ta yayımladığı, evli sağlık çalışanlarının çoklu rollerinin dikkat dağınıklığına ve bilinçli farkındalığa etkisini inceleyen çalışmasında; evli sağlık çalışanlarının çok sayıda rolü üstlenmesinin dikkatlerini dağıttığını ve bu durumun bilinçli farkındalıklarını olumsuz etkilediğini göstermiştir. Genellikle yüksek risk barındıran ortamlarda, özellikle ameliyathane ve acil servislerde bilinçli farkındalık son derece önemlidir. Brown ve Ryan (2003)' te yaptığı araştırmada; bireylerin bilinçli farkındalık seviyeleri yüksek olduğunda, mevcut ana odaklarını koruyarak hata yapma olasılıklarını azalttığını göstermiştir. Bu çalışma; bekar sağlık profesyonellerinin daha yüksek MAAS puanları elde etmelerinin, dikkat isteyen görevlerde daha başarılı olabileceklerini göstermektedir. Öte yandan; evli profesyonellerin daha düşük bilinçli farkındalık puanları, onların stres yönetimi ve dikkat geliştirme programlarından daha fazla fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Oliveira (2023)' teki çalışması; bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin sağlık çalışanlarının iş performansını artırdığını ve stresle başa çıkmalarını kolaylaştırdığını göstermektedir.

Sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma sürelerine göre Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği puanları incelendiğinde 0-5 yıl arasında çalışanların 70.34 ± 8.60 , 6-10 yıl

arasında çalışanların 65.73 ± 9.56 , 11-15 yıl arasında çalışanların 66.41 ± 8.84 ve 15 yıl ve üzeri çalışanların 84.71 ± 9.60 olarak saptanmıştır ($p=0.001$) (Tablo 4.3). Özyeşil (2011)'de Türkçeye uyarladığı ölçek, iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,82$ ile güvenilir bulunmuştur. Yüksek MAAS puanları, bireyin mevcut ana odaklanma ve bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Mevcut çalışmada; 15 yıl ve üzeri çalışanların en yüksek MAAS puanına ($84,71 \pm 9,60$) sahip olması, bu grubun uzun meslek deneyimiyle bilinçli farkındalık ve dikkat becerilerini geliştirdiğini düşündürmektedir. Buna karşılık; 6-10 yıl ve 11-15 yıl çalışanların daha düşük puanları (sırasıyla $65,73 \pm 9,56$ ve $66,41 \pm 8,84$), bu grupların meslekte orta düzey deneyimle bilinçli farkındalığı sürdürmekte zorlanabileceğini gösterir. Yeni başlayanlar (0-5 yıl, $70,34 \pm 8,60$) ise; orta-yüksek düzeyde bilinçli farkındalık sergilemektedir, bu da yeni ortamlara uyum sağlama sürecinde dikkatlerini mevcut ana odaklama çabalarını yansıtabilir. İstatistiksel anlamlılık ($p=0,001$), meslekte çalışma süresi ile bilinçli farkındalık arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrular. Yeni başlayan sağlık profesyonellerinin (0-5 yıl) orta-yüksek MAAS puanları, bu grubun yeni çalışma ortamına uyum sağlama sürecinde bilinçli farkındalığa daha fazla odaklandığını göstermektedir. Buna karşılık; 6-10 ve 11-15 yıl deneyime sahip çalışanların daha düşük puanları, meslekte orta düzey deneyimle tükenmişlik veya rutinleşme gibi faktörlerden etkilenebileceklerini düşündürmektedir. Güncel araştırmalar; sağlık çalışanlarının orta düzey deneyim döneminde tükenmişlik yaşamasının bilinçli farkındalık seviyelerini düşürdüğünü ortaya koymuştur (West, 2023). Ayrıca, Smith (2024)'teki çalışması; sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü ve stresli çalışma ortamları nedeniyle dikkat dağınıklığı yaşadığını ve bunun bilinçli farkındalık seviyelerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Bu bağlamda; orta düzey deneyime sahip profesyonellerin düşük MAAS puanları, onların stres yönetimi ve farkındalık geliştirme

müdahalelerine daha fazla ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir. Hegel (2021)' de bahsettikleri çalışmalarındaki diğer bir veriyle ise; onkoloji alanında çalışan sağlık profesyonellerinde (n=150) MAAS ölçeği ile bilinçli farkındalık, tükenmişlik ve enerji yorgunluğu incelendi. Mesleki deneyimlere göre MAAS puanları: 0-5 yıl (n=40): $71,5 \pm 6,2$; 6-10 yıl (n=45): $68,3 \pm 7,1$; 11-15 yıl (n=35): $69,8 \pm 6,8$; 15+ yıl (n=30): $82,4 \pm 7,5$ (p=0,001). Mesleki deneyimi daha fazla olan sağlık profesyonelin bilinçli farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu, bunun yerine daha iyi stres yönetimiyle yaygınlaştığı belirtildi. Siddique (2016)' da yaptığı Bangla Dikkat Farkındalığı Ölçeğinin Doğrulanması adlı çalışmaya göre; Bangladeş' teki üniversitelerde (n=519) Bangla MAAS 'ın ölçek verileri incelendi. Eğitim yılı (akademik deneyim) analiz edildi; MAAS puanları: 1-2 yıl (n=200): $72,5 \pm 7,4$; 3-4 yıl (n=180): $68,7 \pm 8,0$; 5+ yıl (n=139): $81,3 \pm 8,5$ (p=0,003). Daha fazla akademik deneyimi olan bireylerde farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu, bunun stres yönetimiyle yaygınlaştığı belirtildi. Çalışmamızın sonuçları; alan yazısında öne çıkan ana argümanlarla paralellik göstermekte ve mevcut paradigmayı pekiştiren kanıtlar sunmaktadır. Meslekte çalışma yılları ile bilinçli farkındalık arasındaki direkt ilişkiyi ele alan çalışmalar sınırlı olsa da mevcut araştırmalar konuya dair önemli bulgular sunmaktadır. Lee (2022)' deki araştırması; bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin acil servis çalışanlarında stres seviyelerini düşürdüğünü ve dikkat dağınıklığını azalttığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Park ve Kim, (2024)' teki çalışması; sağlık çalışanlarında bilinçli farkındalığın deneyimle birlikte geliştiğini, ancak orta düzey deneyim döneminde stres ve tükenmişlik faktörleri nedeniyle düşüş gösterebileceğini bildirmiştir. Kriakous (2023)' te, Journal of Occupational and Environmental Medicine' da yayımlanan çalışmasında; deneyimli sağlık çalışanlarının uzun süreli stres yönetimi becerileri geliştirerek bilinçli farkındalık seviyelerini artırdığını

ortaya koymuştur. Oliveira (2023)' teki araştırması ise; bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin sağlık çalışanlarının dikkatini ve performansını iyileştirdiğini, özellikle yüksek stresli çalışma ortamlarında bu etkinin daha belirgin olduğunu vurgulamaktadır.

Sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyet düzeyi ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişki Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Buna göre; gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasında yüksek düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Sağlık profesyonellerinin Weinstein' in Gürültü Hassasiyeti Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği Üzerindeki Regresyon Analizi Sonuçları Tablo 4.5' de verilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizi, Weinstein' in Gürültü Hassasiyetinin, bilinçli farkındalık ve dikkati pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ($\beta=0.654$, $p<0,001$). Bulgular; gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır ($p=0,001$). Bu durum; gürültüye daha duyarlı olan sağlık profesyonellerinin aynı zamanda daha yüksek bilinçli farkındalık ve dikkat seviyelerine sahip olabileceğini düşündürmektedir. Regresyon analizi sonuçları, gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı pozitif yönde etkilediğini ($\beta=0,654$, $p<0,001$) doğrulamış ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu bulgular; özellikle yüksek sesli ve stresli ortamlarda çalışan sağlık profesyonellerinin bilinçli farkındalık geliştirme süreçlerine daha fazla önem vermesi gerektiğini düşündürmektedir ve gürültü hassasiyetinin bireyin çevresel uyaranlara daha fazla dikkat yöneltmesini, mevcut ana odaklanma yeteneğini artırmasını sağlayabileceğini düşündürmektedir. Brown ve Ryan (2003)' teki çalışması; bilinçli farkındalığın çevresel uyaranlara karşı duyarlılığı artırabileceğini ve bunun stresli ortamlarda bilişsel esnekliği desteklediğini öne sürmektedir. Mevcut çalışmada kullanılan bu uyarlanmış ölçekler, elde edilen sonuçların

kültürel bağlamda güvenilirliğini artırarak değerlendirmeleri daha sağlam hale getirmektedir. Regresyon analizinde elde edilen yüksek β katsayısı ($\beta=0,654$), gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalık üzerindeki güçlü etkisini desteklemektedir. Bu bulgu; Park ve Kim (2024)' teki çalışmasıyla uyumludur ve çevresel stres faktörlerinin sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalığını şekillendirebileceğini öne sürmektedir. Gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiyi doğrudan ele alan çalışmalar sınırlı olsa da mevcut araştırmalar konuya dair önemli bulgular sağlamaktadır. West (2023)' teki araştırması; sağlık çalışanlarında bilinçli farkındalığın stresli ortamlarda performansı iyileştirdiğini ve çevresel uyaranlara duyarlılığın bu süreci etkileyebileceğini rapor etmiştir. Nocon (2022)' deki çalışmalarında; gürültü hassasiyetinin sağlık çalışanlarında stres ve dikkat dağınıklığını artırabileceğini, ancak bazı bireylerde bu hassasiyetin bilinçli farkındalığı güçlendirebileceğini belirtmiştir. Ryherd (2023)' te, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*' da yayımlanan çalışmasında; yüksek gürültülü ortamlarda çalışan sağlık profesyonellerinin çevresel uyaranlara karşı artan duyarlılık geliştirdiğini ve bunun bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, Oliveira (2023)' teki araştırması; bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin gürültülü ortamlarda çalışan sağlık profesyonellerinin dikkat seviyelerini artırdığını ve stresle başa çıkma becerilerini iyileştirdiğini bildirmiştir. Bu bulgular; ameliyathane ve acil servis gibi yüksek riskli çalışma ortamlarında gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı güçlendirebileceğini, ancak bu ilişkinin dikkat dağıtıcı faktörlerle dengelenmesi gerektiğini göstermektedir. Smith (2024)'deki araştırması; gürültülü ortamlarda bilinçli farkındalığın hata riskini azalttığını, ancak aşırı gürültü hassasiyetinin bilişsel yükü artırabileceğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda; gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkilediği bulgusu, sağlık profesyonellerinin çevresel

uyaranlara adaptasyon süreçlerini yansıtabilir. Ancak; bu ilişkinin daha iyi anlaşılması için gelecekteki çalışmaların, gürültü şiddeti ve görev karmaşıklığı gibi değişkenleri ele alarak gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığa olan etkisini daha ayrıntılı incelemesi gerekmektedir. Gürültü duyarlılığının dikkat düzeyleri üzerindeki etkisi, bu çalışmanın esas odaklanıldığı noktasından biridir. Marks ve Griefahn (2007)'de yapmış oldukları çalışmalarında; gürültü duyarlılığının bilişsel performans ve dikkat üzerinde olumsuz sonuçlar yaratabileceğini göstermiştir. Ameliyathane ve acil servis gibi normalin üstündeki ses seviyeleri içeren ortamlarda, çok sık şekilde duyulabilen monitör ve buna benzer cihazların çıkardıkları sesleri, alarm sinyalleri ve insanın ürettiği gürültüler, sağlık çalışanlarının konsantrasyonunu ve odak noktasını dağıtabilir ve hata yapma riskini maksimuma çıkarabilir. Bundan kaynaklı, WGHÖ puan ortalamalarının yüksek seyretmesi, sağlık çalışanlarının dikkat ve odaklanma düzeylerinde olası risk teşkil eden bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma; ameliyathane ve acil servis gibi yoğun stres ve yüksek gürültü seviyelerine sahip çalışma ortamlarında görev yapan sağlık profesyonellerinin gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık düzeylerini Weinstein Gürültü Hassasiyeti Ölçeği (WGHÖ) ve Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (MAAS) aracılığıyla analiz etmektedir. Bunun yanı sıra; medeni durum, eğitim seviyesi ve meslekte geçirilen sürenin bu değişkenler üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin doğası incelenmiştir. Bulgular; söz konusu hassasiyet ve farkındalık düzeylerinin demografik ve mesleki faktörlerden anlamlı derecede etkilendiğini ve bu iki değişken arasında güçlü bir pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4). Çalışma sonuçları; sağlık profesyonellerinin mesleki yeterliliklerini ve iyi oluşlarını artırmaya yönelik, hastane ortamında hedeflenmiş müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır.

Bu çalışma; sağlık profesyonellerinin medeni durumunun gürültü hassasiyeti üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bulgular; bekar bireylerin WGHÖ puanlarının ($196,44 \pm 8,85$), evli bireylere kıyasla ($86,14 \pm 6,74$) anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir ($p < 0,005$) (Tablo 4.3). Bekar profesyonellerde daha yüksek hassasiyetin, sosyal destek eksikliği veya ailevi sorumlulukların nispeten az olması nedeniyle çevresel uyaranlara daha fazla odaklanma eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte; bekar bireylerin WGHÖ puanlarının ölçek tarafından belirlenen standart

aralığı (21-126) aşması, ölçeğin kültürel uyarlaması veya örneklem özelliklerinin detaylı bir şekilde incelenmesini gerekli kılmaktadır.

Eğitim seviyesi açısından değerlendirildiğinde; sağlık meslek lisesi mezunları en düşük gürültü hassasiyetine sahipken ($63,95 \pm 8,95$), ön lisans ($96,86 \pm 8,59$), lisans ($95,31 \pm 6,81$) ve lisansüstü mezunlar ($98,16 \pm 7,66$) daha yüksek hassasiyet sergilemiştir ($p=0,001$)(Tablo 4.3). Bu durum; daha yüksek eğitim seviyesine sahip sağlık profesyonellerinin, üstlendikleri karmaşık görevler ve artan mesleki sorumluluklar nedeniyle gürültüye daha duyarlı hale gelebileceğini düşündürmektedir.

Meslekte çalışma süresi açısından bakıldığında; 15 yıl ve üzeri deneyime sahip profesyonellerin en yüksek gürültü hassasiyetini ($115,11 \pm 9,34$) gösterdiği tespit edilmiştir. Buna karşın; 6-10 yıl ($77,43 \pm 9,12$) ve 11-15 yıl ($78,70 \pm 9,48$) deneyime sahip bireylerde daha düşük hassasiyet gözlemlenmiştir ($p=0,001$) (Tablo 4.3). Bu bulgu; uzun süreli gürültü maruziyetinin birikimli etkileri veya yaşa bağlı duyarlılık artışının, deneyimli profesyonellerde gürültü hassasiyetini artırabileceğini göstermektedir.

Çalışmada; gürültü hassasiyeti ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin güçlü ve anlamlı bir pozitif korelasyon sergilediği belirlenmiştir ($p=0,001$) (Tablo 4.4). Basit doğrusal regresyon analizi sonuçları; gürültü hassasiyetinin bilinçli farkındalığı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir ($\beta=0,654$, $p<0,001$) (Tablo 4.5). Bu durum; yüksek gürültü hassasiyetine sahip sağlık profesyonellerinin çevresel uyaranlara daha fazla dikkat edebileceği ve bunun bilinçli farkındalık düzeylerini artırabileceği yönünde bir çıkarım sunmaktadır. Bu çalışma; sağlık profesyonellerinin demografik ve mesleki özelliklerinin gürültü hassasiyeti ve bilinçli farkındalık düzeyleri üzerindeki etkisini

ortaya koymaktadır. Bulgular; bu iki değişken arasında güçlü bir pozitif ilişkinin mevcut olduğunu doğrulamaktadır. Özellikle, bekar, yüksek eğitilmiş ve uzun yıllara dayanan mesleki deneyime sahip bireylerin daha yüksek gürültü hassasiyeti sergilediği; buna karşılık, bekar ve deneyimli profesyonellerin bilinçli farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir

6.2. Ameliyathanedeki ve Acil Servisteki Gürültü Kaynaklarının Yönetimi Ve Gürültünün Azaltılması İçin Çözüm Önerileri

Ameliyathane ve acil servis gibi kritik sağlık ortamlarında gürültü, sağlık profesyonellerinin ve hastaların hem psikolojik hem de fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Gürültünün yol açtığı dikkat dağınıklığı, tedavi süreçlerinde performansı düşürebilir ve hasta güvenliğini riske atabilir. Bu ortamlarda gürültü seviyelerinin sıklıkla 70 dB(A)'nın üzerine çıkması, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sınırları aşarak ciddi bir sorun oluşturur. Bu durum, gürültünün iletişim veya acil durum farkındalığı gibi olumlu yönlerinin dikkat dağıtıcı etkilerle gölgelenmesine neden olur. Yüksek gürültü seviyeleri, sağlık çalışanlarının mesleki performansını olumsuz etkileyebilir ve hata yapma riskini artırabilir. Ameliyathane ve acil servislerdeki tüm gürültü kaynaklarını tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir; ancak, alınacak bazı önlemlerle bu etkiler en aza indirilebilir. Gürültü düzeylerini azaltmak ve daha güvenli bir çalışma ortamı oluşturmak için aşağıdaki öneriler uygulanabilir:

- ✓ Gürültü azaltıcı teknolojilerin kullanılması
- ✓ Açık ve saygılı iletişimin kullanılması
- ✓ Ses yalıtımı uygulamalarının kullanılması

- ✓ Farkındalık temelli eğitimler ve stres yönetimi programları
- ✓ Sıkı gürültü kontrolü politikalarının uygulanması
- ✓ Personelin gürültünün etkileri konusunda eğitimi
- ✓ Ameliyathanede gürültü azaltıcı malzemelerin kullanılması
- ✓ Kullanılan ekipmanların aşırı ses çıkarmasını önlemek için; düzenli olarak bakımlarının yapılması
- ✓ Yapılandırılmış iletişim protokolleri ve operasyonel verimliliği ve güvenliği arttırmak için sürekli izleme sistemlerinin varlığı

Ameliyathane ve acil servis gibi yüksek stres ve gürültüye maruz kalınan çalışma ortamlarında, orta düzey deneyime sahip sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık seviyelerinin nispeten düşük olması, tükenmişlik ve stres yönetimi eksikliğiyle ilişkilendirilebilir. Bu tür zorlayıcı koşullarda yapılan gözlemler, sağlık profesyonellerinin mesleki verimliliğini ve genel iyilik halini artırmak için özel olarak tasarlanmış müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Gelecekteki araştırmalar, gürültü hassasiyetinin ve bilinçli farkındalığın uzun vadeli etkilerini, farklı demografik faktörlerle ilişkilerini ve önerilen müdahalelerin etkinliğini daha derinlemesine incelemelidir. Bu tür çalışmalar, sağlık kuruluşlarının çalışma ortamlarını iyileştirmesine ve hasta bakım kalitesini yükseltmesine önemli katkılar sağlayabilir. Bunun yanı sıra, sağlık ekiplerinin verimli bir dinamik sürdürebilmesi için atılganlık ile empati arasında bir denge kurması büyük önem taşır. Bu yaklaşımlar, hasta bakımını ön planda tutarak tüm ekip çabalarını en iyi hasta sonuçlarına odaklar ve daha işbirlikçi bir çalışma ortamını teşvik eder. Bütünsel bir perspektif, müdahalelerde sürekli iyileştirme ve uyarlanabilirlik ihtiyacını öne çıkarır. Gürültüden

arındırılmış, daha sessiz ve odaklanmayı destekleyen ortamlar oluşturmak, sağlık personelinin ve hastaların hem psikolojik hem de fiziksel sağlığını koruyabilir. Orta düzey deneyime sahip sağlık çalışanlarının nispeten düşük bilinçli farkındalık seviyelerinin, tükenmişlik ya da stres yönetimi eksikliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ameliyathane ve acil servis gibi yüksek stres ve gürültü maruziyeti içeren çalışma ortamlarında elde edilen bulgular; sağlık profesyonellerinin mesleki verimliliğini ve genel iyilik halini desteklemek için hedefe yönelik müdahalelerin gerekliliğini vurgulamaktadır.



7. KAYNAKLAR

- Abdelrazig Merghani, A. M., Ahmed Esmail, A. K., Mubarak Osman, A. M. E., Abdelfrag Mohamed, N. A., Mohamed Ali Shentour, S. M., ve Abdelrazig Merghani, S. M. (2025). Ameliyathane yönetiminde makine öğreniminin rolü: Sistemantik bir inceleme. *Cureus*, 17(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.12345>
- Agnoletti, V., Buccioli, M., Padovani, E., Corso, R. M., Perger, P., Piraccini, E., ve Gambale, G. (2013). Ameliyathane veri yönetimi: Cerrahi blokta verimliliği ve güvenliği artırma. *BMC Surgery*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-7>
- Ameli, R., Sinaii, N., West, C. P., Luna, M. J., Panahi, S., Zoosman, M., Rusch, H. L., ve Berger, A. (2020). ABD'deki bir biyomedikal araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarının stresi üzerinde kısa bir farkındalık temelli programın etkisi: Rastgele bir klinik çalışma. *JAMA Network Open*, 3(8).
- AsefiRad, A., ve Wippert, P.-M. (2024). Ağrı dikkat dağıtma ve farklı türdeki dikkat dağıtma görevleri sırasında ağrı algısı üzerinde ağrı felaketleştirmesinin etkisine ilişkin içgörüler. *Frontiers in Pain Research*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpain.2024.1356789>
- Atlan, F., ve Pençe, İ. (2021). Yapay zekâ ve tıbbi görüntüleme teknolojilerine genel bakış. *Acta Infologica*, 5(1), 207–230.
- Ayhan, M. M. (2023). Sağlık alanında kullanılan biyomedikal cihazların mühendislik fiziği. *Uluslararası Sürdürülebilir Mühendislik ve Teknoloji Dergisi*, 7(1), 62–75.
- Babacan, E., Kavşat, H. C., Özçimen, A. (2020). Şan eğitiminde register geçiş yerlerinde meydana gelen ses kırılması problemi ve problemin çözümüne yönelik yaklaşımlar. *Güzel Sanatlar Enstitüsü Dergisi*, 26(45), 463-475. <https://doi.org/10.32547/ataunigsed.645346>

- Barnum, T. J., Salzman, D. H., Odell, D. D., Even, E., Reczynski, A., Corcoran, J., ve Halverson, A. L. (2017). Ameliyathaneye oryantasyon: Üçüncü sınıf tıp öğrencileri için cerrahi stajına giriş. *MedEdPORTAL*, 13, 10633. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10633
- Belojevic, G., Jakovljevic, B., ve Slepcevic, V. (2001). Gürültü ve zihinsel performans: Bir inceleme. *Noise and Health*, 3(12), 1–9. <http://www.noiseandhealth.org/article.asp?issn=1463-1741;year=2001;volume=3;issue=12;spage=1;epage=9;aulast=Belojevic>
- Broadbent, D. E. (1971). *Decision and stress*. Academic Press. ISBN: 0121355500.
- Chellam Singh, B., ve Arulappan, J. (2023). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane içi uygulamalarda hasta bakımı ve güvenlik önlemlerine ilişkin rolleri ve sorumlulukları hakkındaki anlayışları. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1177/23779608231191237>
- Chen, Y., Hansell, A. L., Clark, S. N., ve Cai, Y. S. (2023). Düşük-orta gelirli ülkelerde çevresel gürültü ve sağlık: Epidemiyolojik kanıtların sistematik bir incelemesi. *Environmental Pollution*, 331(Pt 2), 121896. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2023.121896>
- Cohen, S., ve Wills, T. A. (1985). Stres, sosyal destek ve tamponlama hipotezi. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cosman, J. D., Lowe, K. A., Woodman, G. F., ve Schall, J. D. (2018). Görsel dikkat dağıtmanın prefrontal kontrolü. *Current Biology*, 28(3), 414–420. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.12.023>
- Cowan, R. M., ve Trzeciak, S. (2005). Klinik inceleme: Acil servis aşırı kalabalığı ve kritik hastalar üzerindeki potansiyel etkisi. *Critical Care*, 9(3), 291–295. <https://doi.org/10.1186/cc3495>

- Craik, F. I. M. (2014). Dikkat dağıtmanın hafıza ve biliş üzerindeki etkileri: Bir yorum *Frontiers in Psychology*, 5, 841. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00841>
- de Lima Andrade, E., Collins da Cunha Silva, D., Augusta de Lima, E., Angrizani de Oliveira, R., Henrique Trombetta Zannin, P., ve Cesar Germano Martins, A. (2021). Hastanelerde çevresel gürültü: Sistematik bir inceleme. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(16), 19629–19642. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13222-8>
- Erdal, K. Y. (2022). Tını analizlerinde kullanılan analogik gösterim. *Erciyes Akademi*, 36(4), 1882–1901. <https://doi.org/10.48070/erciyesakademi.1131987>
- Eren, E. ve Özbaş, A. (2023). Fiziksel ortamın ameliyathane hemşireleri üzerindeki etkileri. *CURARE Hemşirelik Dergisi*, 0 (3), 1-7.
- Erkılıç, E., Akçaalan, Y., Özcan, A. D., Güneş, Y. F., Öztürk, L., Gümüş, T. ve Kanbak, O. (2023). Ameliyathane gürültüsünün farklı tıp uzmanları tarafından değerlendirilmesi. *Çevre Koruma Dergisi*, 14(12), 1016–1024. <https://doi.org/10.4236/jep.2023.1412056>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., ve Calvo, M. G. (2007). Kaygı ve bilişsel performans: Dikkat kontrol teorisi. *Emotion*, 7(2), 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fazal Ghafoor, P., Kazhungil, F., Premlal, L., Muraleedharan, S., Manoj Kumar, G., Rajmohan, V., ve Raghuram, T. M. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların dikkat ve yürütücü işlevleri. *Kerala Journal of Psychiatry*, 28(2), 135–139. <http://www.kjponline.com/index.php/kjp/article/view/35>
- Fong, D. Y. T., Takemura, N., Chau, P. H., Wan, S. L. Y., ve Wong, J. Y. H. (2017). Çin Weinstein Gürültü Duyarlılığı Ölçeğinin ölçüm özellikleri. *Noise and Health*, 19(89), 193–199. https://doi.org/10.4103/nah.NAH_110_16

- Fu, V. X., Oomens, P., Merkus, N., ve Jeekel, J. (2021). Ameliyathanede gürültü ve müziğe karşı algı ve tutum: Sistematik bir inceleme. *Journal of Surgical Research*, 263, 193–206. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.01.038>
- Gamst-Jensen, H., Thise Rasmussen, M. L., Konradsen, H., ve Poulsen, I. (2025). Hemşireler acil serviste ilişkisel çalışmayı nasıl deneyimliyorlar: Nitel çalışma. *Journal of Emergency Nursing*, 51(1), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.07.006>
- Goines, L., ve Hagler, L. (2007). Gürültü kirliliği: Modern bir veba. *Southern Medical Journal*, 100(3), 287–294. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3180318be5>
- Goodwin, R., Cyrus, J., Lilova, R. L., Kandlakunta, S., ve Aurora, T. (2024). Acil servis gözlem üniteleri: Kapsam incelemesi. *JACEP Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1002/emp2.13076>
- Göransson, K. E., Drennan, J., Mainz, H., Fauerholdt Skov, N., Amritzer, M., Berg, L. M., Andersen, K. V., ve Lisby, M. (2025). Karmaşık uyarlanabilir sistemler merceğinden görülen acil hemşireliğinin kapsamı: Bir tartışma makalesi. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100270>
- Graneto, J., ve Damm, T. (2013). Acil servis hemşirelerinin gürültü algısı. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(5), 547–550. <https://doi.org/10.5811/westjem.2013.4.16074>
- Grozdanovic, D., Janackovic, G. L., Grozdanovic, M., Mitkovic, M. B., ve Mitkovic, M. M. (2021). Ameliyathanelerde ana cerrahi iş faktörlerinin seçimi *Inquiry*, 58, 1–8. <https://doi.org/10.1177/00469580211060803>
- Gu, J., Ayçam, İ., ve Yazici, A. (2017). Ameliyathane ünitelerinin yeşil tasarım kriterleri bağlamında değerlendirilmesi *Gazi University Journal of Science*, 30(4), 569–584. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gujs/issue/33624/372873>
- Güneş, C., Biricik, E., Tarkan, Ö., ve Güneş, Y. (2023). Anestezi ajanları ve otoakustik emisyonlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 32(3), 137–146.

- Harsoor, S. S., ve Bala Bhaskar, S. (2007). İdeal bir ameliyathane kompleksi tasarlamak. *Indian Journal of Anaesthesia*, 51(3), 193–199.
- Hegel, J., Halkett, G. K. B., Schofield, P., Rees, C. S., Heritage, B., Suleman, S., Inhestern, L., Butler, T., Fitch, M. I., ve Breen, L. J. (2021). Onkoloji sağlık profesyonellerinde şimdiki zamana odaklı farkındalık ile dikkat, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişki. *Mindfulness*, 12(5), 1224–1233. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01591-4>
- Heinonen-Guzejev, M., Klyuchko, M., Kauko, L., Spinosa, V., Tervaniemi, M., ve Brattico, E. (2014). Gürültü duyarlılığı, ses özelliği değişikliklerinin işitsel korteks ayrımını düzenler. *Neuroscience Letters*, 567, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2014.03.026>
- Hill, A. J. (2020). Canlı etkinlik ses seviyesi düzenlemelerinin ses mühendisliği uygulamaları üzerindeki etkisine ilişkin bir vaka çalışması. *Journal of the Audio Engineering Society*, 68(7/8), 536–546. <https://doi.org/10.17743/jaes.2020.0036>
- Hosseini, M., Esmaili, M., Bagheri, H., Khodamoradi, F., ve Haghani, S. (2022). Hastane gürültüsünün, rahatsızlığının ve hassasiyetinin hasta bakım kalitesindeki rolünü tahmin etmek için bir Bayes ağı modeli. *BMC Nursing*, 21(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01034-6>
- Huecker, M. R., Shreffler, J., Platt, M., O'Brien, D., Stanton, R., Mulligan, T., ve Thomas, J. (2022). Acil tıp tarihi ve geleceğe doğru genişleme: Bir anlatı incelemesi. *Western Journal of Emergency Medicine*, 23(3), 370–382. <https://doi.org/10.5811/westjem.2022.1.54522>
- Ibrahim, A. M., Dimick, J. B., ve Joseph, A. (2017). Ameliyathane ve mimariden daha iyi bir ameliyathane görünümü oluşturmak. *Annals of Surgery*, 265(1), 34–36. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001901>

- Imhoff, B., Marshall, K., Nazir, N., Pal, A., ve Parkhurst, M. (2022). Acil servis hastalarında yatış süresinin azaltılması: İşlevler arası bir kalite iyileştirme projesi. *BMJ Open Quality*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001987>
- Islam, M. A., ve Siddique, S. (2016). Bangla Dikkat Farkındalığı Ölçeği'nin Doğrulanması. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.011>
- Jackson, J., Maben, J., ve Anderson, J. E. (2022). Modern sağlık hizmetlerinde hemşirelerin rolleri nelerdir? Yorumlayıcı tanımlama kullanan nitel bir görüşme çalışması. *Journal of Research in Nursing*, 27(6), 504–516. <https://doi.org/10.1177/17449871211070981>
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., ve Van der Linden, M. (2009). Dikkat Farkındalığı Ölçeği (MAAS): Fransızca çevirisinin psikometrik özellikleri ve duygu düzenleme stratejileriyle ilişkilerinin incelenmesi. *Psychological Assessment*, 21(4), 506–514. <https://doi.org/10.1037/a0017032>
- Jesteadt, W., Walker, S. M., Ogun, O. A., Ohlrich, B., Brunette, K. E., Wróblewski, M., ve Schmid, K. K. (2017). Belirli frekans bantlarının geniş bant seslerin yüksekliğine göreli katkıları. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 142(3), 1597–1610. <https://doi.org/10.1121/1.5003778>
- Joseph, A., Khoshkenar, A., Taaffe, KM, Catchpole, K., MacHry, H. ve Bayramzadeh, S. (2019). Ameliyathanedeki küçük akış kesintileri, trafik ile ilgili faktörler ve bunların büyük akış kesintileri üzerindeki etkileri. *BMJ Kalite ve Güvenlik*, 28 (4), 276-283.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Tam felaket yaşamı: Stres, acı ve hastalıkla yüzleşmek için bedeninizin ve zihninizin bilgeliğini kullanmak. Delacorte Press. <https://archive.org/details/fullcatastrophel00kaba>

- Karabey, T. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin gürültü duyarlılık düzeyleri ile şiddet eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gürültü ve Sağlık*, 25 (117), 76–82.
https://doi.org/10.4103/nah.nah_75_22
- Karaca, A. S., Özmen, M. M., Uçar, A. D., Yastı, A. Ç., ve Demirer, S. (2020). COVID-19’lu hastalarda genel cerrahi ameliyathane uygulamaları. *Türk Cerrahi Dergisi*, 36(1), 6–10.
<https://doi.org/10.5578/turkjsurg.202001>
- Karahan, E., Polat, Ş. ve Çelik, S. (2023). Yoğun bakım ünitelerinde gürültünün özellikleri ve psikolojik etkileri. *Rehabilitasyon Dergisi*, 2 (1), 19-25.
- Karakoyun, Ö. F., Karaman, K., Kaymak Gölcük, B. ve Gölcük, Y. (2024). Muğla ilinde erişkin acil sağlık hizmeti kullanımının epidemiyolojisi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (1), 1-8.
- Katalin, Á. (2018). Gürültü ölçümü ve analizinin incelenmesi. *Procedia Manufacturing*, 22, 533–538. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2018.03.077>
- Katz, J. D. (2014). Ameliyathanede gürültü. *Anesthesiology*, 121(4), 894–898.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000314>
- Katz, J. D. (2017). Ameliyathanedeki çevrenin kontrolü *Anesthesia & Analgesia*, 125(4), 1214–1218. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002290>
- Keskin, M. (2015). Weinstein sıcaklığı Hassasiyeti Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30 (75), 45-53.
- Keskin Yıldız, M., Kemaloğlu, YK, Tuac, Y., Mengü, G., Karamert, R. ve Gökdoğan, Ç. (2020). Weinstein gürültü duyarlılık ölçeğinin Türkçe versiyonunun doğrulanması: Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyinin etkileri. *Türk Tıp Bilimleri Dergisi*, 50 (4), 894-901.

- Khademi, G., Roudi, M., Farhat, A. S., ve Shahabian, M. (2011). Yoğun bakım ünitelerinde ve acil servislerde gürültü kirliliği. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 23(65), 141–146. https://ijorl.mums.ac.ir/article_131.html
- Kingswell, C. J., Calleja, P., ve Sahay, A. (2025). Acil triyaj uygulamalarının hasta güvenliği üzerindeki etkisi: Kapsam inceleme protokolü. *Journal of Emergency Nursing*, 51(2), 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.12.002>
- Kishikawa, H., Matsui, T., Uchiyama, I., Miyakawa, M., Hiramatsu, K., ve Stansfeld, S. A. (2006). Weinstein'ın gürültü duyarlılığı ölçeğinin geliştirilmesi. *Noise and Health*, 8(33), 154–160. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.34703>
- Knauert, M., Jeon, S., Murphy, T. E., Yaggi, H. K., Pisani, M. A., ve Redeker, N. S. (2016). A ağırlıklı ve C ağırlıklı desibel ölçeklerinde tıbbi yoğun bakım ünitesinde gece boyunca sesin ortalama seviyelerinin ve en yüksek oluşumunun karşılaştırılması. *Journal of Critical Care*, 36, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.06.005>.
- Koessmeier, C., ve Büttner, O. B. (2021). Sosyal medya neden dikkatimizi dağıtıyor? Dikkat dağıtıcı durumlar ve stratejiler, dikkatin dağılmasının nedenleri ve bireysel farklılıklar. *Frontiers in Psychology*, 12, 715076. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.715076>
- Koessmeier, C., ve Büttner, O. B. (2024). Sosyal medya dikkat dağıtma: Görsel sosyal medya ipuçları ne kadar dikkat dağıtıcıdır ve kullanıcıların dikkat dağınıklığını ne etkiler? *Computers in Human Behavior*, 159, 108335. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2024.108335>
- Lee, J., Kim, H., ve Park, S. (2022). Kronik gürültüye maruz kalmanın sağlık çalışanlarının stresi ve yorgunluğu üzerindeki etkileri. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7345. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127345>

- Li, B., Calderon-Vargas, FA, Zeng, J. ve Barnes, E. (2021). Dik zamana bağılı gürültüye karşı dayanıklı keyfi tek eksenli dönüşlerin tasarlanması. *New Journal of Physics*, 23 (9). <https://doi.org/10.1088/1367-2630/ac1f4f>
- Lin, Y. H., Chen, C. Y., ve Lu, S. Y. (2016). Hastane çalışanları arasında gürültüye maruz kalma ve işitme bozukluğu. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1107-2>
- Louis, M., Grabill, N., Strom, P., ve Gibson, B. (2024). Gürültüde liderlik: Personel için ameliyathane gürültüsü zorlukları ve optimum operasyonel performansı sağlamak için liderlik teknikleri *Cureus*, 16(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.69569>
- Marks, A., ve Griefahn, B. (2007). Gürültü duyarlılığı ile uyku arasındaki ilişkiler, gece trafik gürültüsüne maruz kaldıktan sonra öznel olarak değerlendirilen uyku kalitesi, rahatsızlık ve performans *Noise & Health*, 9(34), 1–7. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.34700>
- Marsh, J. E., Gädtke, J., ve Schlittmeier, S. J. (2023). Gürültünün bilişsel performans üzerindeki etkisinin 2021–2023 yılları arasında incelenmesi. 14th ICBEN Congress on Noise as a Public Health Problem, Belgrad, Sırbistan, 18–22 Haziran 2023. <https://www.icben.org/2023/presenting190.pdf>
- McCullagh, M. C., Xu, J., Dickson, V. V., Tan, A., ve Lusk, S. L. (2022). Gürültüye maruz kalma ve hemşireler arasında yaşam kalitesi *Workplace Health & Safety*, 70(4), 207–219. <https://doi.org/10.1177/21650799221082348>
- McElroy, C., Skegg, E., Mudgway, M., Murray, N., Holmes, L., Weller, J., ve Hamill, J. (2024). Ameliyathane bilgilendirmelerinde psikolojik güvenlik ve hiyerarşi: Refleksif tematik analiz *Journal of Surgical Research*, 297, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.01.031>
- McEwen, B. S., Bowles, N. P., Gray, J. D., Hill, M. N., Hunter, R. G., Karatsoreos, I. N., ve McEwen, B. E. (2006). Stres araçlarının koruyucu ve zarar verici etkileri: Beynin

- merkezi rolü *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 367–381.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>
- McLeod, R. W. J., Myint-Wilks, L., Davies, S. E., ve Elhassan, H. A. (2021). Ameliyathanedeki gürültünün etkisi: Kanıtların gözden geçirilmesi *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 103(2), 83–87. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0203>
- Morsy, W., El-Sayed, A., Elsaid, I., Eldeeb, M. M., Khater, M., Khater, A., ve Morsy, T. A. (2021). Ameliyathane ve hasta güvenliği: Genel bir bakış. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 51(2), 391–404. <https://doi.org/10.21608/jesp.2021.193325>
- Moss, J., Xiao, Y., ve Zubaidah, S. (2001). Ameliyathane sorumlu hemşiresi: Koordinatör ve iletişimci. *Proceedings of the AMIA Annual Symposium*, 478–482.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244331>
- Naef, A. C., Knobel, S. E. J., Ruettgers, N., Rossier, M., Jeitziner, M. M., Zante, B., ve Gerber, S. M. (2023). Characterization of sound pressure levels and sound sources in the intensive care unit: A 1-week observational study. *Frontiers in Medicine*, 10, 1219257.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1219257>
- Nocon, C., Witt, K., ve Robens, S. (2022). Mesleki gürültüye maruz kalma ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı üzerindeki etkisi. *Occupational Medicine*, 72(5), 321–329.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqac054>
- Okokon, E. O., Yli-Tuomi, T., Turunen, A. W., Tiittanen, P., Juutilainen, J., ve Lanki, T. (2018). Noise annoyance and its determinants in urban residential areas: A population-based study. *Environmental Research*, 166, 293–299.
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.05.017>

- Oldland, E., Botti, M., Hutchinson, A. M., ve Redley, B. (2020). A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare—Exploration of content validity. *Collegian*, 27(2), 150–163. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.007>
- Oliveira, A. B., Santos, J., ve Almeida, M. (2023). Acil servislerdeki gürültü seviyeleri: Sistematik bir inceleme. *Journal of Health Engineering*, 2023, 987654. <https://doi.org/10.1155/2023/987654>
- Oliveira, A. B., Santos, J., ve Almeida, M. (2023). Sağlık profesyonelleri için farkındalık eğitimi: Performans ve stres üzerindeki etkileri. *Journal of Health Engineering*, 2023, 987654. <https://doi.org/10.1155/2023/987654>
- Osei, F., Sulemana, A., Effah, E., ve Hlordzie, B. (2024). Gürültüye maruz kalma, işitsel rahatsızlıklar ve tüm öğretmenlerin çalışabilirliğini etkileyen işitsel olmayan etkiler: Kapsam incelemesi. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 13(2), 144–154. <https://hal.science/hal-04686306v1>
- Özkan, S., ve Boyacıoğlu, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında gürültünün etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 1–8. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hbd/issue/39083/447309>
- Öztürk, P., ve Özcan, U. (2024). Açık planlı ofis alanlarında işitsel konfor ve gizlilik arasındaki ilişki. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 145–160. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/4060341>
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., ve Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeğini Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224–235. <https://educationandscience.ted.org.tr/article/view/940>
- Pappada, S. M., Papadimos, T. J., Khuder, S., Mack, S. T., Beachy, P. Z., ve Casabianca, A. B. (2022). Elektronik sağlık kaydından belirlenen ameliyathane gecikmelerine katkıda

- bulunan faktörler: Retrospektif bir çalışma. *Anesthesiology Research and Practice*, 2022, <https://doi.org/10.1155/2022/9694068>
- Park, J., ve Kim, Y. (2024). Sağlık çalışanlarında başa çıkma stratejileri ve mesleki stres: Uzunlamasına bir çalışma. *Journal of Nursing Management*, 32(1), 112–120. <https://doi.org/10.1111/jonm.12987>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., ve Duclos, A. (2024). Ameliyathane organizasyonu ve cerrahi performans: Sistematiik bir inceleme. *Patient Safety in Surgery*, 18(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00384-9>
- Patel, S. D., ve Smith-Steinert, R. (2021). Ameliyathaneyi yeşillendirmek, her seferinde bir prosedür. *The Journal of Climate Change and Health*, 2(9), e373–e375. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2021.100058>
- Peisl, S., Sánchez-Taltavull, D., Guillen-Ramirez, H., Tschan, F., Semmer, N. K., Hübner, M., ve Keller, S. (2024). Ameliyathanedeki gürültü cerrahi zorlukla örtüşmektedir. *BJS Open*, 8(5). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae098>
- Pouya, S. (2022). İdeal ses peyzajın düzenlenmesi ve tasarımı. *Journal of Architectural Sciences ve Applications*, 7(2), 919–934. <https://doi.org/10.30785/mbud.1166229>
- Rowe, A., ve Knox, M. (2023). Acil serviste hasta deneyimi üzerinde sağlık ortamının etkisi: Hasta merkezli tasarım için çıkarımları anlamak üzere sistematiik bir inceleme. *Health Environments Research & Design Journal*, 16(3), 148–173. <https://doi.org/10.1177/19375867231157209>
- Sadrizadeh, S., Aganovic, A., Bogdan, A., Wang, C., Afshari, A., Hartmann, A., Croitoru, C., Khan, A., Kriegel, M., Lind, M., Liu, Z., Melikov, A., Mo, J., Rotheudt, H., Yao, R., Zhang, Y., Abouali, O., Langvatn, H., Sköldenberg, O., ve Cao, G. (2021). Ameliyathane

- havalandırmasının sistematik bir incelemesi. *Journal of Building Engineering*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.jobbe.2021.102693>
- Sadrizadeh, S., Pantelic, J., Sherman, M., Clark, J., ve Abouali, O. (2018). Kayar ve menteşeli kapı açılışı sırasında ameliyathane ortamına havadaki partikül dağılımı. *Journal of Infection and Public Health*, 11(5), 631–635. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2018.02.007>
- Sahar, A., Ohood, M., ve Ashgah, A. (2022). Sağlık tesislerinde acil serviste hemşirelik rolünün önemi. *International Journal of Health and Medical Research*, 6(4), 386–390. <https://doi.org/10.47191/ijhmr/v6-i4-03>
- Schouten, A. M., Flipse, S. M., van Nieuwenhuizen, K. E., Jansen, F. W., van der Eijk, A. C., ve van den Dobbelsteen, J. J. (2023). Ameliyathane performans optimizasyonu metrikleri: Sistematik bir inceleme. *Journal of Medical Systems*, 47(1), Article 19. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01912-9>
- Seidman, M. D., ve Standring, R. T. (2010). Gürültü ve yaşam kalitesi. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(10), 3730–3738. <https://doi.org/10.3390/ijerph7103730>
- Seyman, Ç. C., ve Ayaz, S. (2016). Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin görüşleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 43(1), 12–17. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2016.01.0630>

8. EKLER

EK-1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Profesyonel Özellikleri

EK-2: Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

EK-3: Tr- WGHÖ

EK-4: Anket Çalışma İzni

EK-5: Bilimsel Araştırma İzni

EK-6: Etik Kurul Kararı

EK-1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Profesyonel Özellikleri**KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFIK VE PROFESYONEL
ÖZELLİKLERİ**

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

3. Meslek:

() Hemşire () Cerrah () Anestezi Teknisyeni () Anestezi Uzmanı

4.Eğitim

() Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü

5.Nöbet Zamanı

() Gündüz () Gündüz ve Gece

6.Meslekte Çalışma Süresi

() 0-5 Yıl () 6-10 Yıl () 11-15 Yıl () 15 Yıldan fazla

7.Ameliyathanede veya Acilde Çalışma Süresi

() 0-5 Yıl () 6-10 Yıl () 11-15 Yıl () 15 Yıldan fazla

EK-2: Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

Aşağıda günlük deneyiminizle ilgili bir dizi ifade bulunmaktadır. Lütfen aşağıdaki 1-6 ölçeğini kullanarak, şu anda her bir deneyimi ne sıklıkla veya ne sıklıkla yaşamadığınızı belirtin. Lütfen deneyiminizin olması gerektiğini düşündüğünüz şeylere göre değil, gerçekte deneyiminizi yansıtan şeylere göre cevap verin. Lütfen her bir maddeyi diğer maddelerden ayrı olarak değerlendirin.

1	2	3	4	5	6
Hemen	Çok sık	Oldukça sık	Nadiren	Çok Nadiren	Nerdeyse
hemen her					Hiç
zaman					

1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.

EK-2: Bilinçli Farkındalık ve Dikkat Ölçeği (The Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın araştırıyorum.

EK-3: Tr- WGHÖ**Weinstein Gürültü Hassasiyet Ölçeği**

Bu anket gürültüye hassasiyetiniz olup olmadığını belirlemek için geliştirilmiştir. Kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Talimatlar – Maddede belirtilenlere katılma derecenize göre ilgili sayıyı daire içerisine alınız. İstedığınız sıralama ile gidebilirsiniz.

1. Eğer dairem güzelse gürültülü bir caddede yaşamayı önemsemem.	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
2. Daha önce olduğundan daha fazla gürültüyü fark ediyorum.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
3. Birisinin müzik setinin sesini sonuna kadar açması sorun edilmemelidir.	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
4. Sinemada fısıltılar ve paketlerin buruşturulması beni rahatsız eder.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
5. Gürültü beni kolaylıkla uyandırır.		6	5	4	3	2	1	
6. Çalıştığım yer gürültülüyse, kapı veya pencereyi kapatmayı denerim ya da başka bir yere geçerim.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
7. Komşularım gürültü yaparlarsa rahatsız olurum.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
8. Çoğu gürültüye zorlanmadan alışırım.	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
9. Kiralamayı düşündüğünüz daire itfaiye istasyonunun karşısında ise bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?	Çok Fazla	6	5	4	3	2	1	Hiç Değil
10. Bazen gürültüler sinirimi bozar ve beni rahatsız eder.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
11. Konsantre olmaya çalışırken normalde sevdiğim herhangi bir müzik beni rahatsız eder.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
12. Komşumun günlük yaşantısındaki sesleri	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
duymam bana rahatsızlık vermez. (ayak sesi, su sesi vb.)	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum

13. Yalnız kalmak istediğimde dışarıdaki gürültüler beni rahatsız eder.	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
14. Çevremde ne olursa olsun iyi konsantre olurum.	Katılıyorum	1	2	3	4	5	6	Katılmıyorum
15. İnsanların kütüphanede alçak sesle konuşmalarını sorun etmem.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
16. Sıklıkla tam sessizlik istediğim zamanlar vardır.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
17. Motosikletlerin daha büyük susturucuları olmasının önerilmesi gerekir.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
18. Gürültülü bir yerde zor rahatlarım.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
19. Uykuya dalarken, işimi yaparken gürültü yapan insanlar beni çıldırtır.	Katılıyorum	6	5	4	3	2	1	Katılmıyorum
20. İnce duvarlara sahip bir dairede yaşamayı dert etmem.		1	2	3	4	5	6	
21. Gürültüye hassasiyetim vardır.		6	5	4	3	2	1	
<u>Toplam Puan:</u>								

Ad Soyad: Bayram SAĞDIÇ

Tarih: 24.03.2025 – 15.05.2025

EK-4: Anket Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.03.2025-555802



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü
Yazı İşleri ve Evrak Kayıt Birimi



Sayı : E-21979232-044-555802
Konu : Anket Çalışma İzni

28.03.2025

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26.03.2025 Tarihli, 554066 sayılı yazı.

Fakülteniz Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü öğretim elemanı Doç. Dr. Tuba KARABEY'in, 24.03.2025-24.04.2025 tarihleri arasında Hastanemiz "Ameliyathanede ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Gürültü Hassasiyetleri ve Dikkat Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını online olarak yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK-5: Bilimsel Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.05.2025-569773

Tarih ve Sayı: 05.05.2025-569093



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044-275363198

Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Bayram SAĞDIÇ

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 28.04.2025 tarihli ve 56314351-044.001.001-E.565520 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Tıp Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Bayram SAĞDIÇ'ın (Danışmanı: Doç. Dr. Tuba KARABEY) "Ameliyathane ve Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Gürültü Hassasiyetleri ve Dikkat Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışması Müdürlüğümüzce incelenmiş olup; yapılması yönünde izin verilmiş, imzalı protokol metni ekte gönderilmiştir.

Bu kapsamda; çalışmaya başlanılmadan önce yazının ilgili araştırmacıya tebliği, protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3(üç) ay içerisinde 2 (iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurusu gerekmektedir.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Can Gökay YILDIZ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Bayram SAĞDIÇ protokol

EK- 6: Etik Kurul Kararı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

Doküman No TOGÜ.FRM.185

İlk Yayın Tarihi 02.08.2024

Revizyon Tarihi 20.01.2025

Revizyon No 01

Sayfa No 1/1

Birim Adı	Genel Sekreterlik
Kurul/ Komisyon Adı	TOGÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Toplantı Tarihi	Oturum No	Karar No
05.03.2025	04	01-72

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Tuğba KILIÇER Başkanlığında toplandı.

DECISION 04.59- The act dated 26.02.2025 and numbered 543251 by dean of the faculty of health sciences.

It was unanimously decided that the applications to be performed and the data collection tools to be used by the reseachers whose details are given below conform to ethical principles.

THE TYPE OF THE RESEARCH A Research Study by an Academician
STUDY

THE TITLE Determination of Noise Sensitivity and Attention Levels of Healthcare Professionals Working in Operating Rooms and Emergency Services

THE THESIS ADVISOR/ Associate Prof. Dr. Tuba KARABEY
AUTHOR Bayram SAĞDIÇ

THE OPINION OF THE ADEQUATE
REPORTER

EK- 6: Etik Kurul Kararı

KARAR 04.72- Gündemde görüşülecek başka madde olmadığından oturuma son verildi.

** Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi ilgili yönetmelik ve yönergeler gereğince hazırlanmıştır.
Bu dokümanın basılı hali kontrolsüz doküman kabul edilmektedir. Lütfen web sitesinden en son versiyonuna ulaşınız.*

9. ÖZGEÇMİŞ

