



Online Adres <http://www.hemarge.org.tr/>
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği-HEMAR-G
yayın organıdır

ISSN:1307- 9557 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online)
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2013; 15(3): 26-41

Hemşirelikte
Araştırma
Geliştirme
Dergisi

Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi

Developing a scale of attitudes towards medical errors

Dilek GÜLEÇ^{a 1}, Şeyda SEREN-İNTEPELER^b

^aBİm. Uzm., Kemalpaşa Devlet Hastanesi, İzmir

^bDoç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir

Özgün Araştırma

Özet

Amaç: Çalışma, hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek üzere "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olup, araştırmanın örnekleme 80 hekim ve 207 hemşire alınmıştır (N=287). Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikler formu ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, sayı, yüzde, korelasyon analizi, faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı ve bağımlı gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmacılar tarafından 20 maddelik ölçek havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliği kapsamında uzman görüşü alınmıştır. Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,31-0,54 arasında değişmektedir ve 0,25 altındaki üç madde ölçekten çıkarılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda üç faktörlü ölçek yapısı doğrulanmıştır. Uyum iyiliği istatistiklerinde, uyum değerleri yeterli düzeyde belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,75'tir. Araştırmada test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,91 olup, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirliği yüksek, hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemede yeterli bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hekim, hemşire, tıbbi hata, tutum, ölçek

Abstract

Objective: The study was methodologically conducted to determine the attitudes of doctors and nurses towards medical errors and improve the "Scale of Attitudes towards Medical Errors".

Method: The study was carried out in a training and research hospital and included 80 doctors and 207 nurses (N=287). The study data were collected through a socio-demographic characteristics form and the "Scale of

¹E-mail address: dgulec.11@hotmail.com

Geliş Tarihi: 3 Aralık 2013

Kabul Tarihi: 26 Nisan 2014

Attitudes towards Medical Errors". The collected data were analyzed using number, percentage, correlation analysis, factor analysis, Cronbach's alpha coefficient, and t-test for dependent groups.

Results: The researchers created a 20-item scale repository. Expert opinion was asked for content validity. The total item correlation coefficients ranged between 0.31-0.54 and three items with coefficient under 0.25 were excluded from the scale. As a result of the confirmatory factor analysis, three-factor scale was confirmed. In the statistics on goodness of fit, goodness indices were found adequate. Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale was 0.75. In the study, the test-retest reliability coefficient was 0.91, and there was a positive, strong, and statistically very significant correlation between the scores of two measurements.

Conclusion: It was determined that the "Scale of Attitudes towards Medical Errors" had high validity and reliability and it was an adequate measurement tool for determining the attitudes of doctors and nurses towards medical errors.

Keywords: Doctor, nurse, medical error, attitude, scale

Giriş

"Hata Yapmak İnsana Özgüdür: Daha Güvenli Bir Sağlık Sisteminin Kurulması" başlıklı Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM)'nün raporunda; sağlık hizmetlerinin güvenli olması gerektiğini ve olabileceği kadar güvenli olmadığını bildirmiştir.¹ Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan "güvenli" sıfatı; sunulan hizmetin hastaya yarar sağlaması, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açan, hataların önlenmesi olarak tanımlanmaktadır.² Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır. Hasta güvenliği konusu son yıllarda büyük önem kazanmaya başlamıştır.³ Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin toplamıdır.⁴

ABD'de 2000 yılında Ulusal Tıp Enstitüsü tarafından yayımlanan son rapora göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir.¹ Bu rakam, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır.³

Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hata kavramını; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır.⁵ Benzer şekilde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir.⁶ Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmada tıbbi hata yapıldığına inananların oranının ABD'de %34, Kanada'da %30, Avustralya'da %27, Almanya'da %23 ve İngiltere'de %22 olduğu saptanmıştır.⁷

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi açısından önemlidir. Hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan belirlenmelidir. Bu da ancak uygun raporlama ile olasıdır. Raporlamanın, kişilerin kimlikleri açıklanmadan, cezalandırıcı olmadan, kişilerin hata bildirimini özendirici, bildirim yapan personeli koruyucu bir yapıda olması gerekmektedir. Zorunlu tıbbi hata bildiriminden çok gönüllü hata bildirimine odaklanmak ana stratejilerden birisi olmalıdır.²

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklim benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadırlar.⁸ Bunun yanı sıra, hatanın tam olarak tanımlanması konusunda ortak bir görüşe varılamaması, yönetimin desteğinin olmaması ve rapor

hazırlamanın belirli bir çaba gerektirmesi de çalışanların hata raporu doldurmamasının nedenlerinden sayılabilir.⁹

Tıbbi hatalar yukarıda da bahsedildiği üzere hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Tıbbi hata türleri hekim ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken en sık karşılaştıkları veya yol açtıkları hata türlerini içermektedir. Bu bağlamda hata oranlarının azaltılabilmesi için sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Katz; tutumu,"bireyin sahip olduğu değerler dizgesine bağlı olarak bir simgeyi, bir nesneyi, bir kişiyi veya dünyayı iyi ya da kötü, yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir ön düşünce biçimi" olarak tanımlamaktadır.¹⁰ Tutum, aynı zamanda bazı uyaranların oluşturduğu bir sınıfa, belli tepki sınıfları ile cevap verme eğilimlerini kapsar. Bu tepkiler, duygusal tepkiler (hoşlanma ve hoşlanmama gibi değerlendirici duyguları ilgilendiren); bilişsel tepkiler (tutum nesnesi ile ilgili inanışları, fikirleri ve görüşleri ilgilendiren) ve davranışsal tepkiler (davranışsal niyetleri veya hareket eğilimlerini ilgilendiren) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Tutumlar yalnızca bir davranış eğilimi ya da sadece bir duygu değil, biliş-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir.¹¹

Sağlık profesyonelleri bilgi düzeyleri, konu ile ilgili duyguları ve davranışlarıyla tıbbi hataya karşı belli tutumlar sergilemektedir. Ancak tıbbi hataların çoğunluğunun çalışanlar tarafından hata olarak algılanmadığı ve bu nedenle raporlama oranlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir.^{7,9} Raporlamaları artırmak için öncelikle çalışanların tıbbi hatalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi önemlidir ve tutumları belirlemenin raporlamayı artırma yönünde yararlanılan stratejilerden biri olduğu düşünülmektedir. Yapılan literatür incelemesi sonucunda daha önce yerli ve yabancı literatürde tıbbi hatalardaki tutumları belirlemeye yönelik olarak geliştirilen herhangi bir ölçüm aracının olmadığı belirlendiğinde, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesine karar verilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek üzere "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma aşağıdaki araştırma sorularına yanıt vermek üzere gerçekleştirilmiştir:

1. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği hatalara karşı sağlık personelinin tutumunu belirlemede geçerli bir ölçek midir?
2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği hatalara karşı sağlık personelinin tutumunu belirlemede güvenilir bir ölçek midir?

Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma metodolojik tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir'de 500 yatak kapasitesine sahip olan Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Ocak- Ekim 2012 tarihleri arasında uygulanmıştır. Hastanede 165 hekim ve 265 hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü hastanede görev yapan tüm hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılma kriterleri, hekim ve hemşirelerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve anket formlarını tam olarak doldurması şeklinde belirlenmiştir. Herhangi bir dışlama kriteri kullanılmamıştır. Değerlendirmeye alınan 287 anket örnekleme oluşturmuştur. Örnekleme ulaşılabilirlik oranı %66.74'tür. Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı ve hatta 10 katı

olması^{12,14,15,16}önerilmekte olup çalışmada bu koşul sağlanmıştır. Test- tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için de en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir.¹¹Bu kapsamda test- tekrar test uygulaması için aynı örneklem grubundan 90 kişiye üç hafta ara ile ikinci uygulama yapılmıştır.^{11,17,18}Birinci ve ikinci uygulama sonucunda ölçeği eksiksiz dolduran 65 kişinin verisi analiz edilmiştir. Araştırmanın örneklem dağılımı Şekil 1’de gösterilmiştir.

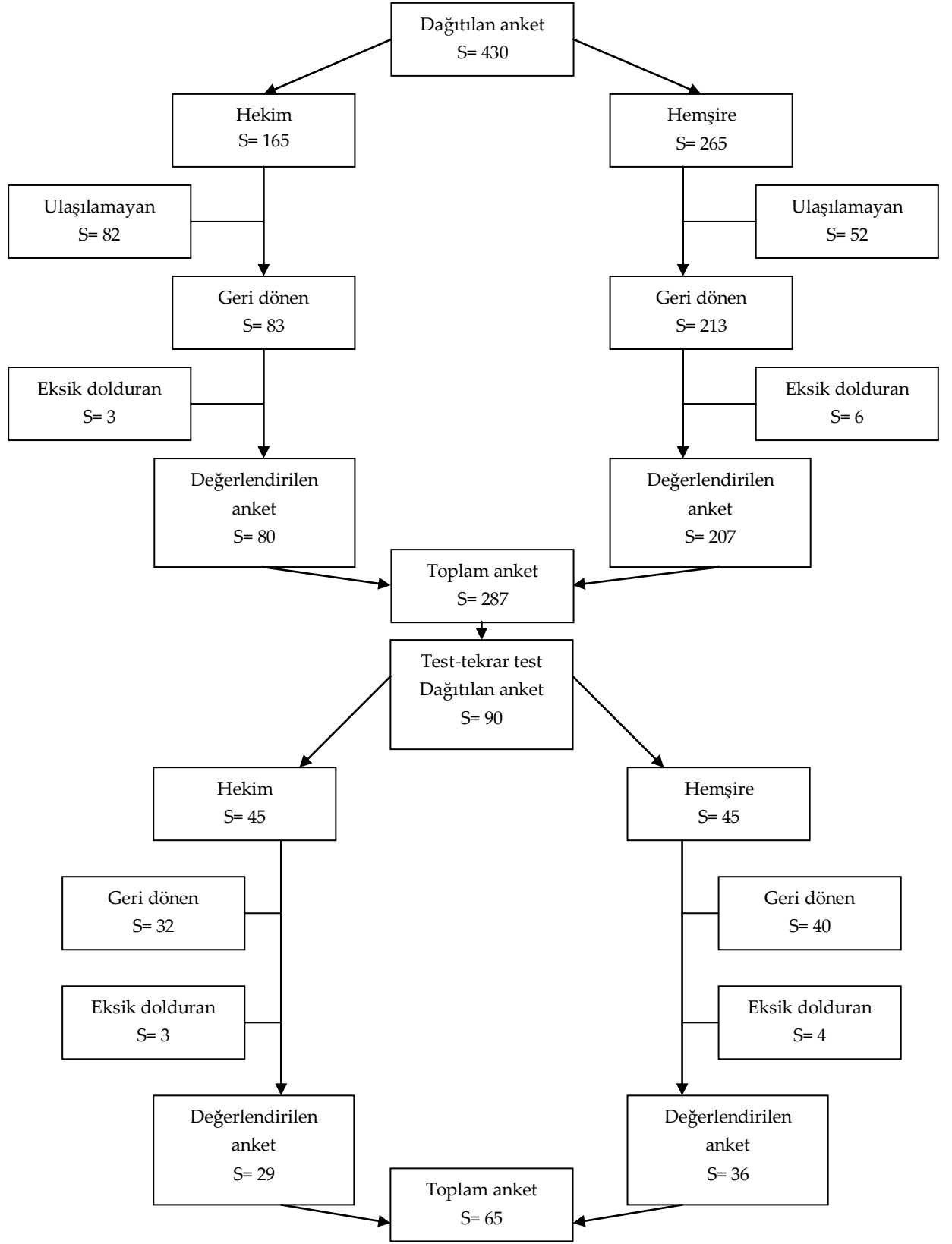
Örneklem özellikleri açısından katılımcılar değerlendirildiğinde %45.3’ü 31-40 yaş grubundadır ve yaş ortalaması $\bar{X}=36.9$ (SS=8.0) yıldır. Katılımcıların %78’i kadın, %72.1’i hemşire ve %29.6’sı uzman hekim, %35.9’u lisans mezunudur. Katılımcıların %26.5’i dahiliye kliniğinde, %72.5’i gündüz-gece ve %87.1’i 45 saat ve üzeri çalışmaktadır.

Verileri Toplama Aracı

Araştırmada iki bölümden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır. İlk bölümde sosyo demografik özelliklere ilişkin soru formu, ikinci bölümde ise "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" (THTÖ) yer almaktadır. Soru formunda; çalışanların yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, çalışılan birim, çalışma şekli ve haftalık çalışma saati ile ilgili sorular bulunmaktadır.

İkinci bölümde kullanılan THTÖ için ölçek geliştirme çalışmalarının ilk adımı olan madde havuzu çalışması yapılmıştır. Literatürde belirtildiği üzere tutum; bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç öğeden oluşmaktadır.^{12,13,19} Ayrıca konunun temelini oluşturan tıbbi hatalara ilişkin tutum, tıbbi hatalar ve tıbbi hatalarda tutum anahtar kelimeleri ile son on yılın Türkçe ve İngilizce literatürü incelenmiş,^{9,23,24,25,26,27,28} hekim ve hemşirelerin tutumlarını ortaya çıkarmak amacıyla tıbbi hatalarda tutumun bilişsel öğesi ile ilgili yedi madde, duygusal öğesi ile ilgili beş madde ve davranışsal öğesi ile ilgili ise sekiz madde olmak üzere üç alt boyutta tasarlanmıştır. Bu öğeler kapsamında tıbbi hatalardaki tutumu öğrenmeye yönelik 20 maddeden oluşan madde havuzu oluşturulmuştur.

Ölçek geliştirme çalışması tamamlandığında 1.faktör "tıbbi hata algısı" 2 madde, 2.faktör "tıbbi hata yaklaşımı" 7 madde, ve 3. faktör "tıbbi hata nedenleri" 7 madde olarak isimlendirilmiştir. THTÖ'nin son hali 16 maddedir ve beşli likert tipindedir. Maddeler (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek hesaplamasında ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünür ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; çalışanların, tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata



Şekil 1. Araştırmanın Örneklem Dağılımı

bildiriminin öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir.

Veri toplama araçları, hekim ve hemşirelere araştırmacılar tarafından elden dağıtılmış ve 2-7 gün arasında geri toplanmıştır. Test-tekrar test uygulaması üç hafta ara ile yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 18.0 istatistik paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için Lawshe'nin kapsam geçerliliği oranı (KGO) formülü kullanılmıştır.²⁰ Yapı geçerliliğini değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.^{21,22} Güvenilirlik analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile madde-toplam puan korelasyon, alt boyut madde-alt boyut toplam puan korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.^{12,17} Diğer bir güvenilirlik analizi olarak iç tutarlılığı test etmek üzere Cronbach Alfa analizi kullanılmıştır. Ölçeğin ve alt boyutların zamana göre değişmezliği bağımlı gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.^{17,18} Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık değeri <.05 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin toplanmasında; hekimlere ulaşmada güçlük yaşanması, yeterli veriye ulaşmada da sorunlara neden olmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden, araştırmanın uygulandığı Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesine Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar Tarihi: 30.06.2011, Karar No: 2011/22-12).

Hekim ve hemşirelere araştırmanın amacı, yararları açıklanmış, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılar anket formlarını isim belirtmeksizin doldurmuşlardır. İlk uygulamada hekim ve hemşirelerden bir takma ad kullanmaları istenmiş, test - tekrar test uygulamasında da aynı takma ad kullanılmıştır.

Bulgular

Kapsam Geçerliliği

Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında ilk etapta oluşturulan 20 maddelik ifade havuzu beşli likert tipinde hazırlanmıştır. THTÖ, alanda çalışan hemşire ve hemşire yöneticiler ile hemşirelik lisans eğitimi veren kurumlarda çalışan, daha önce ölçek geliştirme çalışması yapmış olan öğretim üyelerinden seçilen toplam 19 uzman tarafından yapı ve kapsam yönünden incelenmiştir. Her bir madde uzman görüşleri; madde hedeflenen yapıyı ölçüyor "1", madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz "2" ya da madde hedeflenen yapıyı ölçmez "3" şeklinde derecelendirilmektedir. Lawshe tekniğine göre 19 uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden, kapsam geçerlik⁴² olarak belirlenmiştir. Taslak ölçekte soru 16 ve 9'un aynı anlamda olması ve soru 16'nın KGO değerinin negatif olmasından dolayı ölçekten çıkarılmıştır. Madde 1 ve 5 KGO değerleri 0.22 olmasına rağmen,

konunun önemli boyutlarını içerdiğinden dolayı araştırmacılar tarafından pilot uygulama sonrası değerlendirilmek üzere kalması uygun bulunmuştur. Uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilerek taslak ölçeğin madde sayısı 19 olarak son şeklini almıştır.

Uzman görüşünden sonra son şekli verilen ölçek, araştırma kapsamına alınacak hekim ve hemşirelerle benzer özellik taşıyan üç hekim ve 21 hemşireye pilot uygulama kapsamında uygulanmıştır. Pilot uygulamada her bir madde anlaşılır bulunduğu için ölçekte herhangi bir değişikliğe gidilmemiş ve sonraki analizlere devam edilmiştir.

Madde Analizi

THTÖ'nin güvenilirlik çalışması için 19 maddenin madde- toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 16 maddenin korelasyon katsayılarının $r = .31$ ile $.54$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$). Geriye kalan üç maddenin (madde 4, madde 10, madde 19) güvenilirlik katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmakla birlikte korelasyon katsayısı $< .25$ olduğu saptanmış ve ölçekten çıkarılmıştır ($p < .01$, $r = .18 - .20$ (Tablo 1).

Tablo 1 : THTÖ'nin Birinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n= 287)

Taslak Ölçek Maddeleri (19 Madde)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	P
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	.51	.000
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	.49	.000
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	.44	.000
4. Tıbbi hatanın fark edilmesi hatayı yapan kişi için utanç vericidir.	.20	.001
5. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	.38	.000
6. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	.49	.000
7. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	.38	.000
8. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	.31	.000
9. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	.53	.000
10. Tıbbi hata yapan sağlık çalışanları cezalandırılmamalıdır.	.18	.003
11. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	.42	.000
12. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	.37	.000
13. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	.41	.000
14. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	.43	.000

15. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	.49	.000
16. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	.43	.000
17. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	.35	.000
18. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	.54	.000
19. Yaptığım tıbbi hataları bildirdiğimde diğer çalışanlar tarafından duyulmasını istemem.	.20	.001

Yapı Geçerliliği

THTÖ'nin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. THTÖ madde analizinden sonra kalan 16 madde ile yapılan açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı .74 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($\chi^2= 822.313$; $df= 120$, $p=.000$) anlamlı bulunmuştur. Sonrasında ölçeğin oluşturulmasındaki faktör yapısına uygunluk açısından doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

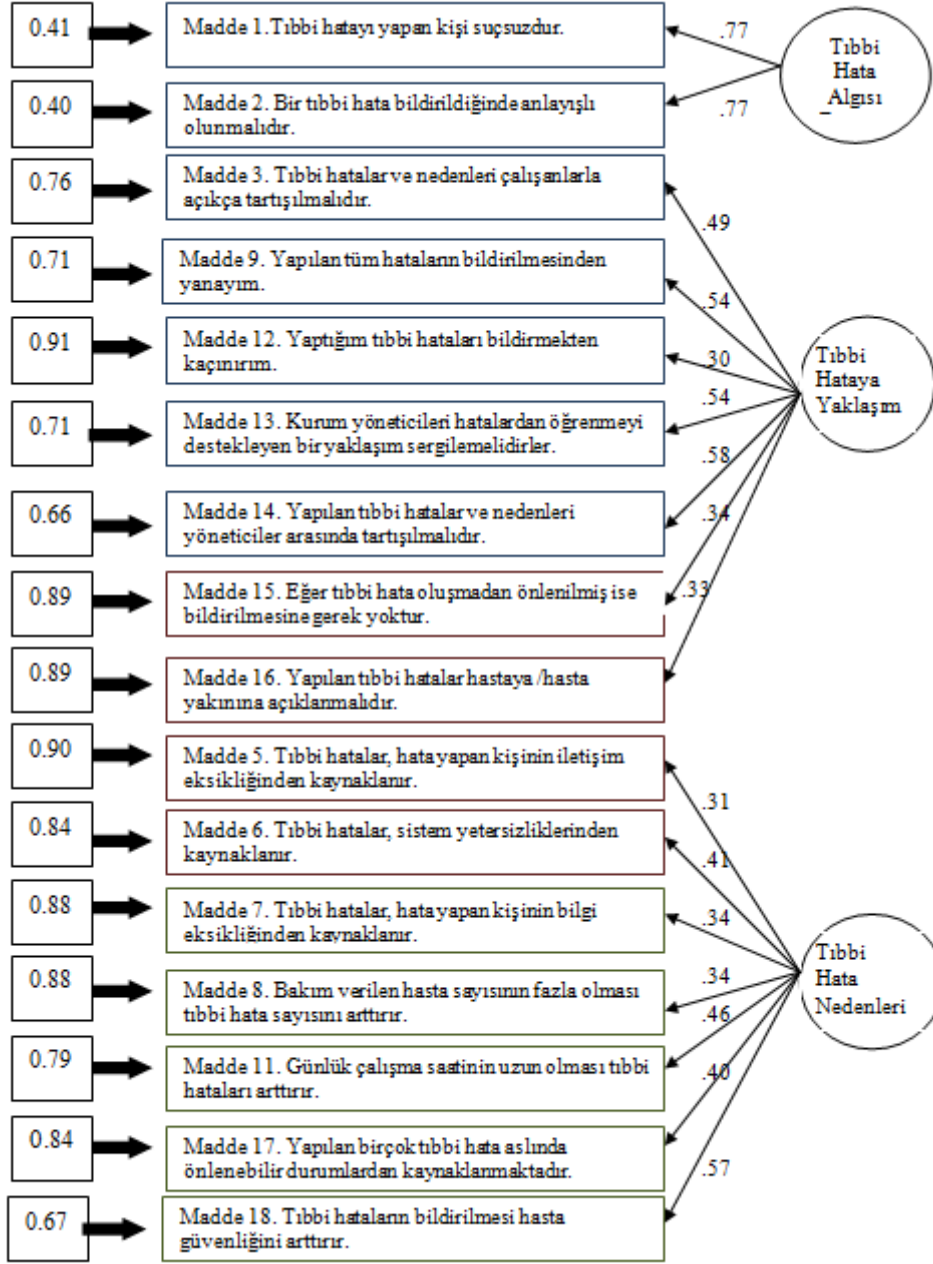
THTÖ taslağının kalan 16 madde ile teorik bilgiye uygun olarak belirlenen üç faktörün (alt boyutun) uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

İlk yapılan doğrulayıcı faktör analizinde Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) değeri .085, Non-Normed Fit Index (NNFI) değeri .80 ve Comparative Fit Index (CFI) değeri .83 olarak bulunmuştur. Bu uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı görülmüştür. Modifikasyon önerileri doğrultusunda 8 ile 11. ve 5 ile 7. maddelerin hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda (RMSEA= .067, NNFI= .88, CFI= .90) uyum değerlerinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: THTÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

DFA Uyumluluk Değerleri	İlk Yapılan DFA Sonuçları	Modifikasyon Sonrası DFA Sonuçları
Ki-kare / p değeri	309.11 / p = .00 (p<.05)	225.79 / p= .00 (p < .05)
Serbestlik Derecesi	101	99
Ki-kare değeri:serbestlik derecesi	309.11:101= 3.06	225.79:99= 2.28
RMSEA / p	.085 (p< .05)	.067 (p < .05)
SRMR	.075	.065
CFI	.83	.90
NNFI	.80	.88
GFI	.88	.91
AGFI	.84	.88

Şekil 2.Thtö'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları



THTÖ'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 2'de verilmiştir. Alt boyut ile maddeler arasındaki okların arasındaki değerler faktör yüküne eşdeğer yüklerdir ve yol katsayıları olarak da adlandırılır. En az .30 ve üzerinde olması önerilir. Bu ölçek çalışmasında ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan faktör yükleri (yol katsayıları) .30 ile .77 arasında bulunmuştur.

Alt Boyutların Madde Analizi

Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının $r = .35$ ile $.56$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. THTÖ'nin üç alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki güvenilirlik katsayıları tıbbi hata algısı boyutunda

$r=.89$ ile $.90$, tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $r= .46$ ile $.63$, tıbbi hata nedenleri boyutunda $r= .47$ ile $.63$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n=287)

Yeni No	Ölçek Maddeleri (16 madde)	Madde-Toplam Korelasyonları		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
		r	p	r	p
Faktör 1:Tıbbi hata algısı					
1	1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	.49	.000	.90	.000
2	2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	.47	.000	.89	.000
Faktör 2: Tıbbi hataya yaklaşım					
3	Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	.47	.000	.53	.000
8	Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	.55	.000	.63	.000
10	Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	.36	.000	.46	.000
11	Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	.48	.000	.54	.000
12	Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	.49	.000	.57	.000
13	Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	.46	.000	.61	.000
	Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	.43	.000	.56	.000
Faktör 3: Tıbbi hata nedenleri					
4	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	.46	.000	.63	.000
5	Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	.52	.000	.61	.000
6	Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	.42	.000	.59	.000
7	Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	.35	.000	.47	.000
9	11. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	.45	.000	.49	.000
15	Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	.40	.000	.51	.000
16	Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	.56	.000	.49	.000

İç Tutarlılık

THTÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .75$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik sayısı, tıbbi hata algısı boyutunda $.74$, tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $.62$, tıbbi hata nedenleri boyutunda ise $.60$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: THTÖ Ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n= 287)

Ölçek ve Alt boyutları	16 Maddelik Ölçek için	
	α	
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	.75	
Alt Boyutlar	Faktör 1. Tıbbi hata algısı	.74
	Faktör 2. Tıbbi hataya yaklaşım	.62
	Faktör 3. Tıbbi hata nedenleri	.60

THTÖ ve üç alt boyutunun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırılmıştır. Hemşire ve hekimlere üç hafta ara ile yapılan iki ölçümden elde edilen tıbbi hatalarda tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

THTÖ ve üç alt boyutunun güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar test uygulamasından elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; iki hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Tıbbi hata türleri, hekim ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken en sık karşılaştıkları veya yol açtıkları hata türlerini içermektedir. Bu bağlamda hata oranlarının azaltılabilmesi için sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri bilgi düzeyleri, konu ile ilgili duyguları ve davranışlarıyla tıbbi hataya karşı tutumlarını sergilemektedir.

Ölçeğin Geçerliği

Geçerlik; bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçebilmesidir.^{25,26} Bir ölçeğin geçerliği; ölçeğin objektif, ayırt edici, kapsamlı, kolay uygulanabilir ve puanlandırılabilir olma özelliğinden etkilenir.²⁷ Ölçeğin geçerlik düzeyini belirlemede geçerlik katsayısının hesaplanmasından yararlanır ve güvenilirlik katsayılarıyla beraber yorumlanır. Geçerliği yüksek olan ölçme aracının bir dereceye kadar güvenilirliği de yüksektir. Fakat güvenirlüğün yüksek olması, aracın geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında net bilgi vermemektedir.²⁴ Çünkü güvenilir olmayan bir ölçek geçerli de değildir.¹¹

Kapsam geçerliği: Ölçülmek istenilen özellik ile ölçek maddeleri arasındaki bağıntı, ölçek aracının geçerliğine ilişkindir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin madde havuzu kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere 19 uzman görüşüne sunulurken, maddelerin ifade şeklini ve uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden, kapsam geçerlik oranlarının minimum değeri Veneziano ve Hooper (1997) tarafından belirtilen tabloda .42'ye karşılık gelmektedir. Lawshe tekniğine göre tablodaki KGO'ların .42 değerinin altındaki maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir. Taslak ölçekte madde 16 ve 9'un aynı anlamda olması ve madde 16'nın KGO değerinin negatif olmasından dolayı ölçekten çıkarılmıştır. KGO değerleri negatif ya da 0 değer içeriyorsa, böyle maddeler ilk etapta elenen maddelerdir.²⁷ Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinden sonra 20 maddelik taslak ölçek 19 maddeye indirilmiştir.

Madde analizleri ve madde toplam puan korelasyonları: THTÖ'nin güvenilirlik çalışması için 19 maddenin madde- toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 16 maddenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının $r = .31$ ile $.54$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 1).

Üç maddenin korelasyon katsayısı $.25$ altında olduğu ve kabul edilebilir düzeyde olmadığı için ölçekten çıkarılmıştır. Madde güvenirligi olarak bilinen bu yöntemde amaç, her bir maddenin ölçek toplam puanına katkılarını değerlendirmek ve bütünüyle ne derece ilişkili olduğunu belirlemektir. Bu

incelemede, ölçekteki her bir maddenin varyansı, ölçek toplam puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu ilişki, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmekte ve bu değer (r değeri) +1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir. Madde seçmede madde-toplam puan korelasyonlarının düzeyi önemli bir kriterdir. Madde-toplam puan korelasyon katsayılarının yeterlilik düzeyi kaynaklara göre değişiklik göstermektedir. En az .20 olması gerektiğini yazan kaynaklar da vardır ancak en kabul gören değer olarak .25 kabul edilir, .30-.40 arasında olan maddelerin "iyi", .40 üstünde olan maddelerin "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir.^{11,16} Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, maddelerin güvenilirliği o kadar iyi olmaktadır.

Yapı geçerliği: Faktör analizinin, ölçek puanlarının yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde önemli bir yeri vardır. Temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan yöntemdir.²⁹ Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Yani faktör analizinde değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulması amaçlanmaktadır.^{17,30} Faktör analizi, açıklayıcı veya doğrulayıcı olabilir.^{17,25,31} Araştırmacının belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türleri "Açıklayıcı Faktör Analizi" olarak adlandırılmaktadır. Eğer araştırmacı kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir yapıyı test etmek istiyorsa kullanılan analiz türü "Doğrulayıcı Faktör Analizi" (DFA) olarak tanımlanmaktadır.²⁵ Açıklayıcı faktör analizinde verilerin korelasyon matrisi kullanılarak birbiri ile ilişkili değişkenler bir araya toplanmakta ve birbirinden farklı daha az sayıda yeni değişkenler üretilmektedir. Analizde örneklemin yeterliliğine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO değeri; .90-1.00 olduğunda mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda çok iyi, .70-.79 arasında olduğunda iyi, .60-.69 arasında olduğunda orta, .50-.59 arasında zayıf, .50'nin altında olduğunda kabul edilemez olarak değerlendirilir.³¹ Bu çalışmada, faktör analizisonucunda KMO'nun .74 olması örneklemin faktör analizine uygun olduğunu, Barlett testinin anlamlı olması (p= .000), ankette bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizinde ise kuramsal faktörler ile bu faktörleri belirlemede ana rol oynayan değişkenler arasındaki uyumluluk test edilmektedir.²⁵ Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir.^{17,33}

Bu çalışmada, yapı geçerliğini incelemek, maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediğini ve alt yapıların ölçeğin yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.^{12,22} Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nde yapılan DFA sonucunda, 16 madde üç faktör altında toplanmıştır. Alt boyut ile maddeler arasındaki faktör yükleri en az .30 ve üzerinde olması önerilir. Bu ölçek çalışmasında tüm maddelerin yükleri **.30 ile .77 arası** bulunmuştur ve belirtilen aralığa uygundur. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir.

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir.^{21,22,32,34} Ki kare uyum istatistiği

beşin altında bulunduğu modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin ilk yapılan DFA sonuçlarına göre **bu değer; 3.06**, modifikasyon sonrasında **2.28** olarak bulunmuştur (Tablo 2'yi giriniz).

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), (CFI), (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dir.^{32,34} RMSEA'nın .080'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu,^{32,34} .10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir.³⁴ SRMR'nin .10'dan küçük olması CFI, NNFI değerlerinin .90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin .80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir.^{32,34} GFI değerinin .85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir.^{21,22} İlk yapılan doğrulayıcı faktör analizinde RMSEA, NNFI ve CFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı görülmüştür. Modifikasyon önerileri doğrultusunda 8 ile 11. ve 5 ile 7. maddelerin hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum değerlerinin yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 2'yi giriniz). Hata varyanslarında uyarılma yapılan maddelerin aralarında yüksek korelasyon olduğu belirlenmiştir. Maddelerin ölçtüğü alanlar birbiriyle ilişkili olduğu için bu sonucun (madde çiftleri arasındaki korelasyonun yüksek olmasının) normal olduğu kabul edilerek model tarafından önerilen modifikasyon/düzenleme yapılmıştır.

Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve .080'in altında olması (.067) uyumun iyi olduğunu; SRMR değerinin .10'dan küçük olması (.065); CFI değerini .90'a eşit olması (.90); NNFI değerinin (.88) .90'a yakın olması; GFI değerinin .85'in üstünde olması (.91); AGFI değerinin .80'in üzerinde olması (.88) uyumun olduğunu göstermiştir (Tablo 2'yi giriniz). Alt boyutlar incelendiğinde; tıbbi hata algısı alt boyutunda güçlü, toplam puan ve diğer iki (tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri) alt boyut puanları arasında çok güçlü ilişki olduğu bulunmuştur.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin ilk madde analizi sonucunda ölçekte kalan 16 maddelik yapısı ile madde-toplam puan analizleri tekrarlanmış ve ayrıca madde-alt boyut puan analizleri ve alt boyutlarının ikinci aşamadaki madde toplam puan korelasyonları yapılmıştır (Tablo 3). Tüm maddelerin madde-toplam puan Pearson korelasyon analizinde güvenilirlik katsayılarının $r = .35$ ile $.56$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin üç alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları tıbbi hata algısı boyutunda $r = .89$ ile $.90$, tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $r = .46$ ile $.63$, tıbbi hata nedenleri boyutunda $r = .47$ ile $.63$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmada korelasyon değerleri, iyi ve çok iyi düzeyde ayırt edici olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; tıbbi hata algısı alt boyutunda güçlü, toplam puan ve diğer iki (tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleri) alt boyut puanları arasında çok güçlü ilişki olduğu bulunmuş ve çok iyi düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği

Güvenirlik; bir ölçme aracı kullanılarak aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının göstergesidir.^{27,35,36} Güvenirlik; değişmezlik, tutarlılık, kestirim gücü ve doğrulukla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır.^{17,29} Ancak değişmezlik ve tutarlılık aracın tekrarlı

ölçümlerde benzer sonuçlar verme yeteneğini, doğruluk ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini ifade ettiği için güvenilirlik tanımı tüm bu özellikleri kapsamalıdır. Dolayısıyla güvenilirlik, ölçüm yanılıklarının olmaması anlamını da taşımaktadır.²⁹

İç tutarlılık analizi: Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa katsayısı, maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenen konuyla ilgili olup olmadığını gösterir. Bir ölçme aracıda yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır.^{12,16,17} Alfa katsayısı .40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, .40-.59 arası düşük güvenilirlikte, .60-.79 arası oldukça güvenilir, .80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir.³²

THTÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .75$ 'dir. Alt boyutların katsayıları da .60-79 arasında bulunduğundan THTÖ oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı, **tıbbi hata algısı boyutunda**.74, **tıbbi hataya yaklaşım** boyutunda .62, **tıbbi hata nedenleri** boyutunda ise .60 olarak bulunmuştur (Tablo 4'ü giriniz). Alt boyutların katsayıları da .60-74 arasında bulunduğundan THTÖ'nin oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Test-tekrar test analizi: Test- tekrar test analizi, testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.^{12,17,18} Bu testte birinci ölçüm ve ikinci ölçüm arasında en az iki hafta en fazla altı hafta olması ve testin en az 30 kişi ile yapılması önerilmektedir.^{12,17} Bu çalışmada, 65 kişi ile üç hafta ara ile yapılan ikinci uygulamayla elde edilen puanlar arasındaki ilişki, Pearson Momentler Çarpımı korelasyon formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. Elde edilen katsayı, ölçek puanının değişmezlik göstergesi olarak kabul edilir ve en az .70 olması beklenir.^{12,18,31,39} Bu araştırmada test-tekrar test **korelasyon katsayısı** .91 olup, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

THTÖ ve üç alt boyutunun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Hemşirelere ve hekimlere üç hafta ara ile yapılan iki ölçümden elde edilen tıbbi hatalarda tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Tekrarlanan ölçümler sonrası farkın olmaması; ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu göstermiştir.

Sonuç

Sonuç olarak; literatüre yeni kazandırılan THTÖ hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumunun değerlendirilmesi amacıyla kullanabilecekleri geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bu ölçeğin daha geniş örneklem gruplarında test edilmesi, ölçek kamu hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, üniversite ve özel hastanelerde de uygulanması, THTÖ sadece kamu hastanesinde hekim ve hemşire grubunda gerçekleştirildiğinden, diğer tüm sağlık profesyonellerinin de tıbbi hatalarda tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: D G, Ş-Sİ

Veri toplama ve/veya analiz: D G

Makalenin hazırlanması: D G, Ş-S İ

Kaynaklar

1. The Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, Washington, National Academies Press, 2001; 67-82.
2. Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2007; 3: 42-47.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors.[Online] To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine, Washington, DC: The National Academy Press. 2000. Available from: <http://www.nap.edu>. (Accessed 2011 August 19).
4. National Patient Safety Foundation (NPSF). Patient safety definition. 2008. Available from: <http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php> (Accessed 2011 August 15).
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Sentinel Event Statistics, ABD, 2006. Available from: http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx (Accessed 2014 February 22).
6. Wong J, Beglarya B. Strategies for hospitals to improve patient safety: A Review of the Research, 2004 Available from : www.ahrq.gov. (Accessed 2012 August 22).
7. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient with health problems in six countries. Health Aff 2005; 16: 509-25
8. Wolf ZR, Serembus J. Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, Clin Nurse Spec 2000; 6: 278-287
9. Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 7: 519-533.
10. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2010: 18-44.
11. Kağıtçıbaşı Ç. Günümüzde İnsan ve İnsanlar. Sosyal Psikolojiye Giriş, 10. Baskı, İstanbul: Evrim Basım Yayım ve Dağıtım Yayıncılık, 2010:22-42.
12. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu O, Görak G. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreci ve Yöntemleri. 3. Baskı, Aralık, 2004:12-38.
13. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. California: Sage Publications, 2003:58-75.
14. Tezbaşaran A. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997:63-78.
15. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 2: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. HEMAR-G 2003; 5(1):3-14.
16. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice., Philadelphia, Wolters Kluwer& Lippincott Williams& Wilkins, 2010:87-98.
17. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. 5.Baskı, İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınları, 2010: 56-68.
18. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res Nurs Health 1997; 20: 269-274.
19. Harrington D. Confirmatory factor analysis. Newyork, Oxford University Press, USA, 2009:106-153.
20. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ankara, Cem Web Ofset, 2007:88-95.
21. Carlton G. Nurses perception of factors leading to the discovery of potential medication administration error. University of Colorado Health Science Center. ProQuest dissertations and Theses; 2007: 1-231.
22. Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005; 5(3) : 141-146
23. King H. (2007). Team STEPPS, strategies and tools to enhance performance and patient safety. Available from: http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_safety/conference/2007/docs/teamstepps-evolving_the_culture_of_safety_through_teamwork.pdf (Accessed 2012 October 01).
24. Berlanda A, Natvig GK, Gundersenb D. Patient Safety and Job-Related Stress: A Focus Group Study. Intensive and Critical Care Nursing 2008; 24: 90-97.
25. Garbutt J, Brownstein DR, Klein JE, Watermann A, Krauss MJ, Marcuse EK, Hazel E, Dunagan WC, Fraser V, Gallagher TH. Reporting and disclosing medical errors, Arch Pediatr Adolescent Med, 2007; 161: 179-85.
26. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. Western Journal of Nursing Research, 2007: 82-98.
27. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir 2007: 18-32.
28. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30;(3): 211-216.
29. Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. M.U Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 1995;(4): 125-148.

30. Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *Am J Health Behav*, 1997; 21; (1): 67-70.
31. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul, Odak Ofset, 2002: 54-65.
32. Özdamar, K., Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir, Beşinci baskı, Kaan Kitabevi, 2005: 22-35.
33. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, 3. Basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1997: 65-68.
34. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". Üçüncü Baskı, Ankara, Emek ofset Lmt.Şti.,2005: 87-92.
35. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005: 36-68.
36. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları ve Yorumu. 2.Baskı. Ankara, Pegema Yayıncılık. 2002: 34-43.
37. Yurdağül N. Paralel, Eşdeğer ve Konjerik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2006; 39; (1): 15-37
38. Polit DF, Hungler BP. Principles and Methods. Fourth Edition, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 2001; 597-607.
39. Baysal AC, Tekaslan E. Davranış Bilimleri. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 2.Baskı, İstanbul, Avcıol Basım-Yayın, 1996: 99-124.