

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

DİLEK GÜLEÇ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2012

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc- 2010970068

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİLEK GÜLEÇ

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ.DR.ŞEYDA SEREN İNTEPELER

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970068

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans programı öğrencisi Dilek Güleç'in '**Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Geliştirilmesi**' konulu Yüksek Lisans tezini 03.12.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



BAŞKAN

Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler



Yrd. Doç. Dr. Hatice Mert



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Murat Bektaş

İÇİNDEKİLER	I
TABLO LİSTESİ.....	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
KISALTMALAR.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TIBBİ HATALAR	4
2.1.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği	4
2.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü	6
2.1.3. Tıbbi Hatalar	7
2.1.4. Tıbbi Hataların Bildirimi	9
2.1.5. Tıbbi Hataların Bildirilmesinde Hemşireler ve Hekimlerin Sorumlulukları	11
2.2. TUTUM	13
2.2.1. Tutumun Kapsamı.....	13
2.2.2. Tutumun Tanımı ve Gelişim Süreci.....	13
2.2.2.1. Tutumu Oluşturan Temel Öğeler	15
2.2.2.2. Tutumun Yapısı.....	18
2.2.2.3. Tutumun Kriterleri	18
2.2.2.4. Tutumun İşlevleri	19
2.2.2.5. Tutumun Boyutları	20
2.2.2.6. Tutumların Oluşumu	22
2.2.3. Tutum ve Davranış İlişkisi	23
2.2.4. Tutum Değişim Kuramları	25
2.2.5. Tutumların Ölçülmesi	28
2.2.6. Likert Tutum Ölçeği.....	29
2.2.7. Likert Tipi Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliği	30

3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Örneklemi	32
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu	34
3.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	34
3.5. Araştırma Planı	37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.8. Araştırmanın Etiği	38
4. BULGULAR	39
4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
4.2. Geçerlik Bulguları	42
4.2.1. Kapsam (içerik) geçerliği	42
4.2.2. Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi	49
4.2.3. Alt Boyutların Madde Analizi	53
4.3. Güvenirlik Bulguları	55
4.3.2. Test- Tekrar Test Analizleri	56
5. TARTIŞMA	58
5.1. Ölçeğin geçerliği	58
5.1.1. Madde havuzunun oluşturulması	58
5.1.2. Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği	59
5.1.3. Ölçeğin yapı geçerliliği	60
5.2. Ölçeğin güvenirliliği	63
5.2.2. Test-tekrar test analizi	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	67

8. EKLER.....	76
EK-1 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Madde Havuzu.....	76
EK-2 Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu.....	77
EK-3 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.	78
EK-4 Aydınlatılmış Onam Formu.....	79
EK-5 Veri Toplama Aracının Hazırlanmasında Alınan Uzman Görüşleri.	80
EK-6. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü İzni.	81
EK-7 Kurum İzni.	82
EK-8 Etik Kurul İzni.....	83
EK-9 Araştırmacı Özgeçmişi.....	84

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ölçeğin Yapısı	36
Tablo 2. Bireylerin Sosyo-demeografik Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 3. Bireylerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları	40
Tablo 4. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları	44
Tablo 5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri	46
Tablo 6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Birinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları	47
Tablo 7. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri.....	49
Tablo 8. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları	53
Tablo 9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları	54
Tablo 10. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	55
Tablo 11. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	56
Tablo 12. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları	57

SEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Basit Tutum- Davranış İlişkisi	24
Şekil 2. Araştırmanın Örneklem Dağılımı	33
Şekil 3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları	51

KISALTMALAR

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi
- HKS : Hastane Hizmet Kalite Standartları
- HRC : Healthcare Risk Control (Sağlık Bakım Risk Kontrolü)
- ICN : Internationa Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
- IOM : Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
- JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
- JCI : Joint Commission International (Uluslararası Birleşik Komisyon)
- KGO : Kapsam Geçerlilik Oranı
- NPSF : National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kurumu)
- SPSS : Statistical Package for Social Sciences
- WHO : World Health Organizations (Dünya Sağlık Örgütü)

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında, her türlü rehberlik, bilgi, deneyim ve manevi desteğini esirgemeyen, değerli danışmanım sayın Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER'e, ders döneminde bilgisinden ve deneyimlerinden yararlandığım, görüş ve desteklerini aldığım sayın Prof. Dr.Gülseren KOCAMAN'a ve sayın Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ'a,

Ölçek geliştirme çalışmaları sırasında verilerin analizi ve değerlendirilmesinde yardımcı olan emekli öğretim üyesi sayın Yard.Doç.Dr. Saniye ÇİMEN'e,

Araştırma uygulamasının yapılmasına izin veren hastane yöneticilerine ve araştırmaya gönüllü katılımlarıyla destek veren tüm hekim ve hemşire meslektaşlarıma,

Eğitim, öğrenim ve tez sürecinde bana gönülden destek veren ve her an beni motive eden anneme, babama, kardeşim Sibel GÜLEÇ'e ve her zaman destek olan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dilek GÜLEÇ

Aralık, 2012

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Dilek Güleç

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

dgulec.11@hotmail.com

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, araştırmanın yapıldığı hastanede Ocak -Aralık 2012 tarihleri arasında 80 hekim ve 207 hemşire alınmıştır (N: 287). Test tekrar test güvenilirliği için aynı örneklem grubundan 65 kişiye üç hafta sonra tekrar test uygulanmıştır. Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikler ve 19 maddelik "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" taslak formu ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, kodlanarak bilgisayar ortamında geçerlik ve güvenilirlik analizleri kapsamında sayı, yüzde, korelasyon analizi, faktör analizi, Cronbach Alfa katsayısı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Araştırmaya katılanların %45.3'ü 31-40 yaş grubundadır ve yaş ortalaması $\bar{X} = 36.9$ (SS:8.0)'dur. 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 haftada 45 saat ve üzeri çalışmaktadır. Araştırmacı tarafından 20 maddelik ölçek havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliği için 19 uzmanın görüşüne başvurulmuş ve alınan geri bildirimler sonrasında madde sayısı 19 olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda güvenilirlik katsayıları .25'in altında olan üç madde ölçekten çıkarılmıştır. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğine 16 madde olarak son şekli verilmiş ve üç faktörde toplanmıştır. Faktörler tıbbi hata algısı, tıbbi hataya yaklaşım ve tıbbi hata nedenleridir. Tüm maddelerin madde toplam puan korelasyon katsayıları .35 ile .56 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .75$ 'tir. Araştırmada

test tekrar test güvenilirlik katsayısı .91 olup, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirliği yüksek, hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemede yeterli bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hekim, Hemşire, Tıbbi hata, Tutum, Ölçek geliştirme

DEVELOPMENT OF THE MEDICAL ERRORS ATTITUDE SCALE

Dilek Güleç

Dr. Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital

dgulec.11@hotmail.com

ABSTRACT:

Objective: This study was conducted methodologically in order to develop "Medical Errors Attitude Scale" to determine the attitudes of physicians and nurses for medical errors

Method: The study was carried out on 80 physicians and 207 nurses in a training and research hospital between January 2012 and December 2012 (N: 287). Sixty-five subjects from the sample group were re-tested after three weeks for the test-retest reliability. The data were collected as socio-demographic characteristics and using a 19-item "Medical Errors Attitude Scale". The data obtained from this study were coded and evaluated using number, percentage, correlation analysis, factor analysis, Cronbach's alpha coefficient, and independent samples t- test within the scope of the validity and reliability analysis on the computer.

Results and Conclusion: Of those surveyed, 45.3% were between the age group of 31 to 40 years and the mean age was $\bar{X}=36.9$ (SD: 8.0). Seventy eight percent of the participants were female, 72.1% were nurse and 29.6% were specialist physicians, and 35.9% were Bachelor's degree graduates. Twenty-six point five percent of the participants were working in the department of internal medicine, 72.5% were day/night workers, and 87.1% were working 45 hours or more. A 20-item scale pool was created by the researcher. We consulted 19 specialists about the content validity and the number of items was determined as 19 according to the feedbacks. As a result of confirmatory factor analysis for construct validation, three items with a reliability coefficient of $< .25$ were excluded from the scale. The final version of the attitude scale of the medical errors included 16 items and was grouped under three factors: the perception of medical errors, approach to medical errors and causes of medical errors. The item-total correlation coefficients of all items were between .35 and .56 and showed a positive and statistically high significance. The Cronbach's

alpha reliability coefficient was found as $\alpha = .75$ for the whole scale. In this study, test-retest reliability coefficient was .91 and a positive, strong and statistically significant correlation was found between the two measurement points. In conclusion, "Medical Errors Attitude Scale" was found as a measuring tool with high reliability and validity and as sufficient for determining the attitudes of physicians and nurses for medical errors.

Keywords: Physician, Nurse, Medical error, Attitude, Scale development

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzün en karmaşık yapıdaki işletmeleri olan hastanelerde sunulan hizmet, yüksek güvenilirliğe sahip olmalıdır (Çakır ve Tütüncü, 2009). Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında yer alan "güvenli" sıfatı, sunulan hizmetin hastaya yarar sağlaması, yaralanma, sakatlık ve ölüme yol açan, hataların önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Bu nedenle sağlık sektöründe hedeflenen başarı düzeyi "sıfır hata" olmalıdır (Çakır ve Tütüncü, 2009). Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (NPSF, 2008).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2000 yılında Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından yayınlanan son rapora göre, bu ülkedeki hastanelerde her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (IOM, 2001). Bu rakam, sağlık sektöründeki hataların ne kadar önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000).

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 (JCAHO, 2006). 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 (Wong ve Beglaryan, 2004). 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 (Schoen, Osborn ve ark., 2005).

Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu 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 (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Sağlık hizmeti sunanların tıbbi hatalara ilişkin rapor hazırlama konusunu nasıl algıladıklarını inceleyen bir araştırmada, kurumsal iklime benzer bir takım faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışanlar, iş arkadaşları tarafından ayıplanma, hata yaptığını toplumda kabule zorlanma ve hata yaptığının sicil dosyasına işlenmesi kaygısı taşımaktadır (Wolf ve Serembus, 2000). 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 (Tütüncü, Küçükusta ve Yağcı, 2007).

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.

Birey çevresindeki diğer birey, kurum veya nesnelere sürekli karşı karşıya kalmakta ve onlardan uyarılar alarak etkilenmekte, onlara karşı bir inanç veya düşünce sistemi oluşturmaktadır. Birey, çevresinde bulunan ve kendisini sürekli uyaran diğer birey ve olaylardan aldığı uyarıları derleyip düzenlemekte ve zihinsel sisteminde saklamaktadır. Tekrar aynı kişi veya durumlarla karşılaştığında ise bu düzenleyip sakladığı düşünce demetini kullanmakta ve bir tutum sergilemektedir (Erdoğan, 1997).

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 (Tavşancıl, 2010).

Tutum, bazı uyaranların oluşturduğu bir sınıfa, belli tepki sınıfları ile cevap verme eğilimleridir. Bu tepkiler, duygusal (hoşlanma ve hoşlanmama gibi

değerlendirici duyguları ilgilendiren) tepkiler; bilişsel (tutum nesnesi ile ilgili inanışları, fikirleri ve görüşleri ilgilendiren) tepkiler ve davranışsal (davranışsal niyetleri veya hareket eğilimlerini ilgilendiren) tepkiler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Tutumlar yalnızca bir davranış eğilimi ya da sadece bir duygu değil, biliş-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir (Kağıtçıbaşı, 2010).

Sağlık profesyonelleri bilgi düzeyleri, konu ile ilgili duyguları ve davranışlarıyla tıbbi hataya karşı tutumlarını sergilemektedir. Ancak tıbbi hatayı çalışanların hata olarak algılamadıkları ve bu nedenle raporlamadıkları düşünülmektedir. Raporlamaları arttırmak için öncelikle çalışanların tıbbi hatalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi ve buna yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek üzere "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TIBBİ HATALAR

2.1.1. Sağlık Hizmetleri ve Hasta Güvenliği

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Hasta güvenliği yoksul- zengin tüm ülkelerin önemli bir sorunudur ve karşı karşıya olunan risk sağlık hizmetlerinin pek çok yönü ile ilişkilidir. Hasta güvenliğine yönelik çalışmaların başarıya ulaşabilmesi, öncelikle sorunun boyutunun büyüklüğüne ilişkin farkındalığı arttırmak, daha sonra da hatalardan öğrenmeyi kolaylaştıracak, suçlayıcı ve cezalandırıcı olmayan bir kültür geliştirmekle mümkün olabilecektir (WHO, 2006).

Sağlık hizmetleri toplum yararına olmakla birlikte hizmetle ilgili süreçler, teknolojiler ve aynı amaca hizmet eden birden fazla meslek grubunun dahil olduğu bu sürecin karmaşık bileşimi nedeniyle hata ve istenmeyen olayların meydana gelme riski bulunmaktadır (Akalin, 2004; ICN, 2006).

Bireyin taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaktadır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine yol açmıştır. Hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunmak, hizmeti verenlerin öncelikli konusu olmalıdır (Kohn ve ark, 2000). Bu alanla ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün girişimiyle hasta güvenliğinin uluslar arası hedefleri için çalışma başlatılmıştır.

Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır (NPSF, 2008). Hasta güvenliği ihlalleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, ihlallerin kök nedenleri arasında iletişim yetersizliği %70, oryantasyon/ eğitim eksikliği %60, hasta değerlendirmede yetersizlik %40 ve insan gücü yetersizliği %25 olarak belirlenmiştir (King, 2007).

Uluslar arası düzeydeki çalışmalarda, Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI) uygulamaları ön plandadır. JCI, topluma sunulan sağlık hizmetinin güvenliğini ve kalitesini geliştirmeyi amaçlamaktadır. JCI Uluslararası Hastane Standartları kullanılarak akredite edilen bütün kurumlarda 1 Ocak 2011 tarihinden itibaren uygulanması gereken Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerini tanımlamıştır. "Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri"nin amacı hasta güvenliğinde iyileştirmelerin artırılmasıdır. Hedefler sağlık bakımındaki problemleri alanları aydınlatmakta ve bu problemler için kanıt ve uzman temelli çözüm yolları tanımlamaktadır. JCI Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri: (JCI, 2011)

Hedef 1: Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Hedef 2: Etkili İletişimin Artırılması

Hedef 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

Hedef 4: Doğru-Taraf, Doğru-Prosedür ve Doğru-Hasta Cerrahisi'nin Sağlanması

Hedef 5: Sağlık Hizmetleri İle İlişkili Enfeksiyonların Önlenmesi

Hedef 6: Düşmelerden Kaynaklanan Hastaların Zarar Görme Riskinin Azaltılmasıdır

Hasta güvenliği ile ilişkili olarak tanımlanan bazı kavramlar aşağıda belirtilmiştir.

Hasta: Sağlık bakımı alan kişi olarak; sağlık bakımı ise, sağlığın düzeltilmesi, korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi için bireyler ve toplum tarafından alınan hizmetler olarak tanımlanmıştır.

Güvenlik: Tehlikelerden uzak olma halidir.

Tehlike: Riske götürebilecek ya da riski arttırabilecek hareket etmen ya da koşuldur.

Olay (hasta güvenliği olayı): Hastanın zarar görmesine sebep olan veya zarar görmesi şeklinde sonuçlanan durumdur.

Hata: Yanlış bir plan yapılması veya planlanmış bir eylemin yanlış yürütülmesidir.

İhlal etme: Bir işlemin sürecinden, standardından veya kurallarından kasıtlı olarak sapmadır.

Risk: Bir olayın meydana gelebilme ihtimalidir.

İstenmeyen olay (advers event): Hastada bir zararın meydana gelmesini doğuran olaydır.

Zarar: Vücudun işlevinin ya da yapısının bozulması veya bundan dolayı sağlığa zararlı bir etkinin olmasıdır.

Kılıpayı (near-miss): Zarara çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır (WHO, 2008).

Sağlık organizasyonlarında hasta güvenliğinin sağlanması, beraberinde davranış ve tutum değişimi gerektirdiğinden belli bir süreci gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetlerine bağlı hataların önlenmesi ve bu hataların neden olduğu hasta hasarlarının yok edilmesi veya azaltılması olarak ifade edilen hasta güvenliğinin örgütlerde sağlanması hasta güvenliği kültürünün oluşmasına bağlıdır. Bu nedenle hasta güvenliği kültürü, üzerinde önemle durulması gereken bir kavramdır (Akalin, 2005).

2.1.2. Hasta Güvenliği Kültürü

"Kültür", bir organizasyondaki ortak tutumlar, deneyimler, inançlar ve değerler bütünüdür ve kurumda işlerin nasıl yürütüldüğünü gösterir. Güvenlik kültürü; bireylerin, grupların, değerleri davranışları ve yeteneklerinin ürünü ile organizasyonun güvenlik ve sağlık programlarına bağımlılığını, profesyonelliğini belirleyen davranışlar bütünü olarak tanımlanmıştır (Gadd ve Collins, 1993). Basitçe güvenlik kültürü, gelişmeye gereksinim duyulan konuları içeren, "Bizim, burada bir şeyleri yaparken kullandığımız yol" olarak tanımlanabilir (Clarke, 2006; HRC, 2005).

Kurumsal (organizasyonel) kültür, tüm organizasyonu bir arada tutan yapı, karmaşık değerler bütünüdür. Hasta güvenliği kültürü de, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir (Cooper, 2000; Pizzi ve ark, 2001).

Kültür kazanıldıktan ve benimsendikten sonra kolay değişim göstermemektedir. Kültürü paylaşan çalışanlar, genellikle değişimlere direnç göstermekte ve bunu kabullenmeleri zaman alabilmektedir (Şekercilerolu, 2001). Sağlık profesyonelleri zaman içerisinde bir hata ya da olumsuz bir olayla karşılaştıklarında, durumu yöneticilerinin suçlama konusundaki değişik yaklaşımlarından dolayı farklı ele almışlardır. Bu şekilde sağlık profesyonellerinin suçlamalara maruz kalmamalarında kurum lider ve yöneticilerinin korku olmadan hataların bildirilebildiği bir kültür yaratmaları önemlidir (Coles ve ark, 2001; Cozens ve ark, 2001). Eğer bir organizasyonun kültürü gizliliğe, savunma davranışlarına, profesyonel koruma politikasına ve otoriteye karşı uygun olmayan itaate dayalı

olursa, bu kültür hasta güvenliğini tehdit eder ve bakım kalitesini zayıflatır (Walshe ve Shortell, 2004).

IOM' un tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili önerilerinden birisi de sağlık hizmeti veren organizasyonlarda "hasta güvenliği" kültürünün yaratılmasıdır. Hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında (Pronovost ve ark., 2006);

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin cesaretlendirilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devredilmesi,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması gerekmektedir.

Hasta güvenliği konusunda iyileştirme yapabilmek için öncelikli olarak sistematik bir yaklaşım içine girmek gerekir. Bu yaklaşım içinde kanıt toplama ve araştırma, sistemdeki sorunlara cevap verecek stratejilerin geliştirilmesi ve kurumda korkmadan, çekinmeden hataların bildirilebildiği bir hasta güvenliği kültürünün yaratılması yer almalıdır.

2.1.3. Tıbbi Hatalar

Sağlık bakımı oldukça karmaşık bir konu olup, bakım sırasında bazı zamanlarda tıbbi hatalar yaşanabilmekte ve bu hatalara bağlı ölüm, yaralanma ya da sakatlık gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Oktay ve Aksayan, 1998).

IOM yayınladığı iki rapor ile sağlık hizmetlerinin çok önemli iki sorununu gözler önüne sermiştir; tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite sorunudur. Bu raporlara göre ABD her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybetmekte, tıbbi hataların büyük bir kısmı da kişisel hatalardan çok, sistemdeki hatalardan kaynaklanmaktadır. Tıbbi hatalar ABD'de ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almakta ve motorlu taşıt kazaları, meme kanseri ve AIDS'e bağlı ölümlerden önce gelmektedir (IOM, 2001; Kohn ve ark, 2000).

Tıp Enstitüsü'nün tanımında tıbbi hata (medical error); planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması şeklindedir (IOM, 2001).

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 (JCAHO, 2006). Bir başka tanımda ise; tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir (Sütlaş, 2005). 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 (Brennan ve Hebert 1991; Wong ve Beglarya, 2004).

Tıbbi hatalar, kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar üçe ayrılırlar:

- **İşleme bağlı hatalar:** Yanlış işlemi yapma
- **İhmale bağlı hatalar:** Doğru işlemi yapmama
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama (NPSF, 2007).

Hata türü açısından ise, ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar (transfüzyon hataları, düşmeler ve hastane enfeksiyonları) olmak üzere beş grupta incelenmektedir (Akalin, 2005).

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalin'a (2005) göre tıbbi hataların ana nedenleri insana bağlı faktörler ve kurumsal faktörler olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. İnsana bağlı faktörlerin başında; yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi etkenler yer almaktadır. Kurumsal faktörler ise; iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, personelin yanlış planlanması, yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği olarak sıralanabilir. Adams ve Garber'e (2007) göre tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun oluşturmaktadır. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'unun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden

ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Dhankhar ve ark, 2007).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan tıbbi hataların kabul edilemez düzeyde yüksek olduğu düşünülmektedir (Kohn ve ark, 2000). Tütüncü ve Küçükusta'nın kaynağında belirttiği gibi Emsley (2001)'de yaptığı çalışmaya göre İngiltere'de her yıl 40.000, Kanada'da 5.000 ile 10.000 arasında kişi tıbbi hatalar sonucunda yaşamını yitirmektedir (Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Almanya'da ise her yıl 100.000 tıbbi hata meydana gelmekte ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi ölmektedir (Allgemeiner, 2009).

Yapılan araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarından hizmet alınan potansiyel risklerinin neredeyse dağa tırmanma, bungee jumping gibi yüksek riskli etkinlikler kadar tehlikeli olduğu belirtilmektedir (Young, 2005).

Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Bu tür hataların İngiltere'de maliyetinin yıllık altı milyar dolar, ABD'de ise 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Slonim ve ark, 2003).

2.1.4. Tıbbi Hataların Bildirimi

Etkili güvenlik kültürü oluşturmada hataların bildirimi ve hataların açıklanması güvenlik kültürünü etkilemektedir. Hangi hataların belirlendiği, kabullenildiği, ilgili veya etkilenen kişilere bildirildiği, güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir (HRC, 2005).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataları tanımlamak, bu hatalardan dolayı hastaların zarar görmesini engellemek ve azaltmaya yönelik kullanılan en önemli yöntem hataların bildirilmesi ve analizidir (Dienemann, 1998; Skurka, 1998).

Hasta güvenliğinde tehlike yaratan olayların bildirilmesi ve hata azaltma süreci devamlı kalite geliştirme programlarının ilk basamağıdır. Bununla birlikte hataların doğru bir şekilde bildirimi için güvenli bir ortam oluşturulmalı, çalışanların destek ve katılımları sağlanmalıdır. Günümüzde pek çok hasta güvenliği programının başarılı olamamasının nedeni, gerekli güven ortamının sağlanamamasıdır (Skurka, 1998).

Hatalardaki insan faktörünün analizi, istenmeyen olayların nasıl meydana geldikleri, sistem yanlışlıkları, olayların nedenlerini ve olayların etrafındaki koşulları anlamamıza yardımcı olur. Hataların araştırılması, tartışılması hatalardan öğrenmeyi sağlayarak aynı hatanın bir kez daha gerçekleşmesini önleyecektir. Geribildirim

sayesinde bilgilenme ve farkında olma; hatalara ve olaylara karşı uyanık olmaya, risk faktörlerini azaltmaya ve önlemeye yönelik sistem geliştirmeye yönlendirir. Bu nedenle sağlık kuruluşları sağlık profesyonellerini istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda cesaretlendirmeli, bildirim sistemi oluşturulması için gönüllü katılımı sağlamalıdır (Tomey, 2000). JCAHO bildirimlerin gönüllülük esasına dayalı doldurulmasını desteklemektedir (JCAHO, 2003).

Hata ve istenmeyen olayların bildiriminde karşılaşılan diğer bir problem, hatanın tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Genellikle sağlık çalışanları hasta ve yakınlarında istenmeyen bir olayla sonuçlanmayan davranışlarını "hata" olarak tanımlamamaktadır. JCAHO standartlarına göre "hata" olması için istenmeyen olayla sonuçlanması zorunlu değildir (JCAHO, 2003). Bildirimler; hataların ve yakın hataların tartışıldığı bir yöntem oluşturur. Sistem problemleri; hastalara zarar veren hataların, oluşan fakat hastaya zarar vermeyen hataların ve hastaya ulaşmadan zararın azaltıldığı hataların bildirilmesi ile belirlenebilir.

Çakır ve Tütüncü'nün (2009) yaptığı çalışmada, hastanelerde hata bildirim sıklığı analiz edildiğinde, %12'si hastaya zarar verebilecek düzeyde bir hata gerçekleşip zarar vermeden atlatıldığında her zaman raporlanmaktadır. Ancak %19'u hata hastayı etkilemeden önce fark edilip düzeltildiğinde asla bildirilmemektedir veya %39'u nadiren bildirilmektedir. Kılıç'ın (2009) yaptığı çalışmada ise; hemşirelerin %56.4'ü, hekimlerin %46.9'u bir hata oluştuğu zaman önlenirse bildirilmesine gerek olmadığını düşünmektedir.

Hatalarda açık iletişim; hasta güvenliği hareketinin köşe taşıdır. Sağlık profesyonelleri, kurumları ve meslektaşları ile açıkça konuşmaya cesaretlendirilmelidir. Bu sayede olay analiz edilebilir ve tekrarlanması önenebilir (Garbutt ve ark, 2007).

Hataların kabul edildiği ve neden oluştuğunu anlamaya çalışan bir kültür birçok organizasyon tarafından desteklenmiştir (Aspden ve Corrigan, 2004). Hataların bildirilmesi, yapılan hataların tartışılmasını destekler ve hatanın önlenmesine yardımcı olur (Kennedy ve ark, 2008). Aynı zamanda çözümlerin sınıflandırılması, hatalardan ders alınması ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi ile sonuçlanan güvenlik konularının belirlenmesi için önemli bir araçtır (Tighe ve ark, 2006).

Çalışanlara son bir yıl içerisinde kaç tane olay bildirim formu doldurduğu sorulduğunda, %81.5'i hiç olay bildirimini yapmadığını ifade etmiştir. Olay bildirim

raporlarını doldurmayanların %81.5'inden, "personel yaptığı hataların siciline işleneceğinden endişe duyar" ifadesine çalışanların %71.4'ü "katılıyorum" şeklinde yanıt vermişlerdir (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliği" 6 Nisan 2011 tarihi itibarıyla yayınlamıştır (Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011). Sağlık Bakanlığı politikaları gereği tıbbi hataların bildirimini indikatörler ve güvenlik raporlama sistemi olmak üzere iki şekilde izlemektedir. Hastane Hizmet Kalite Standartları (HKS) kapsamında belirlenen bu indikatörler; kesici-delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları ile temas, düşmeler, yoğun bakım hastane enfeksiyonları her ay incelenerek üç aylık analizlerinin yorumları bakanlığa bildirilmektedir. HKS gereği tüm kurumların bildirilmesi zorunlu olan güvenlik raporlama sisteminde; ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik ve transfüzyon güvenliği yer almaktadır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012).

2.1.5. Tıbbi Hataların Bildirilmesinde Hemşireler ve Hekimlerin Sorumlulukları

Hemşireler, kalite ve hasta güvenliğinin en yakın takipçileridirler, çünkü hastaların zarar görebileceği birçok potansiyel yerde hemşireler vardır. Hemşirelerin bu pozisyonu sağlık bakımında hatalara katkıda bulunan faktörleri tanımlamak ve hataları bildirmek için çok önemlidir. Bu nedenle hatalara neden olan faktörlerin tanımlanması ve riskli durumların azaltılması özellikle hemşireler tarafından yürütülmektedir. Birçok hemşire ciddi sonuçları olan hatalar açısından sorumluluk almaktadırlar (Meurier ve ark, 1997).

Hata bildirim sistemlerinin kullanılmasında hemşireler hekimlerden daha fazla eğilim göstermektedirler (Schuerer ve ark, 2006). Hataların bildirilmesi birkaç faktörden dolayı engellenmektedir. İlk olarak hekimler; disiplin cezalarından, davalardan ve sorumluluktan korkmaktadırlar (Hobgood ve ark, 2004; Hughes ve Ortiz, 2005; Robinson ve ark, 2002). Hemşireler ise disiplin cezası korkusu olmadan ilaç hatalarını bildirmelerine rağmen diğer hataların bildirilmesinde isteksiz davranmaktadırlar (Meurier ve ark, 1997).

Tıbbi hata ve istenmeyen olay bildirimini önündeki en büyük engel yasal boyuttan korkmaktır (Barach, 2003). Hekimler ve hemşirelerin, yöneticilerden geri bildirim alamadıklarını ifade etmeleri, kılpayı hataları önemsemedikleri ve iş

yoğunluğu gibi nedenlerle hata raporlamamaları ise diğer engelleyici nedenlerdir (Evans ve ark, 2006). Evans ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, Avustralya'da hastane olay raporlama sistemi farkındalığı, hekimlerde %96, hemşirelerde %99.8'dir. Buna karşın olay raporlama ise hekimlerde %64.6, hemşirelerde %89.2 oranındadır.

Reason, (1998) sağlık kurumlarında; aktif ve gizli ihmal olmak üzere iki tür ihmal tanımlamaktadır. Aktif ihmaller; hafıza yanılmaları, prosedürlerdeki bilişsel hatalarla ilgili olabilir. Gizli ihmaller ise; ağır çalışma koşulları, stresli çalışma ortamı ve zayıf iletişim şeklinde çalışma şartları ile ilgilidir. Bu ihmaller sonucu oluşan birçok hatanın bildirilmemesinin yanında, hatalar oluşmadan önce de bildirilmemektedir. Sağlık profesyonelleri hatalarından dolayı utanç duymakta, suçlarını gizlemeye çalışmakta, başkasını suçlayarak kendilerini savunmakta veya başka şekilde kendine çıkış yolu aramaktadırlar. Sağlık profesyonelleri ciddi hataların ardından endişeli, suçlu ve üzgün hissettiklerini ayrıca disiplin cezalarından korktuklarını, aynı zamanda da hatalardan doğrudan sorumlu olduklarının farkında olduklarını belirtmektedirler (Serembus, 2001; Wolf ve ark, 2000).

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.

2.2. TUTUM

Bireylerin çevresindeki insan, nesne, fikir, kurum ve olaylara ilişkin değişik tutumları vardır. Bu insan, nesne, fikir, kurum ve olaylara ne şekilde tepkide bulunulacağı büyük ölçüde tutumlar tarafından belirlenir (Aydın, 2009). Genel olarak insanın herhangi bir olay ya da durum karşısında olası bir tavır ya da davranış biçimini oluşturma eğilimi olarak ele alındığında, insanın her türlü davranışının kaynağında tutumun yer aldığı kabul edilmesi gerekir (İnceoğlu, 2010).

2.2.1. Tutumun Kapsamı

Tutum kavramı genel olarak bireyin çevresindeki herhangi bir olgu veya nesneye ilişkin sahip olduğu tepki eğilimini ifade eder. Başka bir deyişle tutum, bireyin bir durum, olay ya da olgu karşısında ortaya koyması beklenen olası davranış biçimi olarak tanımlanabilir. Bir eşya, bir tasarım, bir durum, bir olay ya da bir birey veya bireyler grubu tutumun konusu olabileceği gibi, herhangi soyut bir kavram, olgu ya da durum da mutluluk, mutsuzluk, iyi, kötü, yüce vb. tutuma konu edilebilir (İnceoğlu, 2010).

Birey çevresindeki diğer birey, kurum veya nesnelere sürekli karşı karşıya kalmakta ve onlardan uyarılar alarak etkilenmekte, onlara karşı bir inanç veya düşünce sistemi oluşturmaktadır. Bu inanç veya düşünce sisteminin sonucu olarak da birey, kurum ve nesnelere karşı özel bir davranış sergilemektedir. Birey, çevresinde bulunan ve kendisini sürekli uyaran diğer birey ve olaylardan aldığı uyarıları derleyip düzenlemekte ve zihinsel sisteminde saklamaktadır. Tekrar aynı kişi veya durumlarla karşılaştığında ise bu düzenleyip sakladığı düşünce demetini kullanmakta ve bir tutum sergilemektedir (Erdoğan, 1997).

2.2.2. Tutumun Tanımı ve Gelişim Süreci

Tutum hakkında çok sayıda tanım yapıldığı gözlenmektedir. Davranış bilimciler, özellikle de sosyologlar, sosyal psikologlar, psikologlar ve hatta siyaset bilimciler tutumu tanımlarken kendi ilgi alanlarına ilişkin öğeleri öne çıkarma eğilimi göstermişlerdir. Aynı zamanda tutumların, davranış bilimlerinin oldukça geniş bir platformunda önemli görüldüğü, dolayısıyla da araştırma konusu yapıldığı gerçeğini pekiştirmektedir (İnceoğlu, 2010).

Tutum konusu, Baysal'ın kaynağında belirttiği gibi; ilk olarak 1918'de Thomas ve Znaniecki'nin sosyal psikolojiyi tutumların bilimsel incelemesi olarak tanımlamasıyla ortaya çıkmıştır. Yine Baysal'ın belirttiğine göre, Maier ise; tutumun

bir danışma çerçevesi olduğunu, tutumun bireylerde belirli kanılar oluşturma eğilimi yarattığını söyler. Bir danışma çerçevesi olarak ele alındığında tutumlar, bireylerde olayları algılamada bir duygusal temel oluşturmakta ve bireyler bu oluşan duygusal temele dayanarak çevredeki olayları değerlendirip tepki göstermektedir. Bu açıklamalar sonucu tutum, "bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal obje ya da olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki eğilimidir". Maier'in sözünü ettiği bu tür tutumların ortaya çıkmasındaki yoğunluk derecesi eğitim derecesi ile yakından ilgilidir. İyi eğitim görmüş, düşünsel anlamda olgun birinin, kendi tutumlarına yön verirken duygusal dünyasındaki etkilerinden çok zihinsel, yani bilgi ve akıl dünyasındaki etkilerinden hareket etmesi beklenir (Baysal, 1981).

Tekarslan'ın belirttiği üzere; 1960'lı yıllarda ise Rosenberg ve Hovland tarafından tutum öğeleri bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak sınıflandırılarak bu konuyu sosyal psikolojinin en çok üzerinde durulan konusu haline getirmiştir (Tekarslan ve ark., 2000). Cüceloğlu'na (2010) göre tutumlar, oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir.

İnceoğlu'nun belirttiği gibi; tutumu, kavramsal düzeyde ilk ele alanlar ve tanımlayanlar arasında Alport gelir. Konuya özellikle psikoloji perspektifinden bakma eğiliminde olan Alport'a göre tutum, "bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan ve bilgilerde organize olan ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir". Burada tutum, bireyin tepkisini yönlendirici bir unsur olarak onun davranış biçimini belirlemektedir (İnceoğlu, 2010). Tavşancıl'ın kaynağında belirttiği gibi Katz (1967) ise, 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 biçimidir" olarak tanımlamıştır (Tavşancıl, 2010).

Sherif ve Sherif (1996) ise, "Bir tutum, psikolojik bir sürecin herhangi bir değer yargısıyla damgalanmış bir nesne veya duruma ilişkin olarak bireyin olumlu mu yoksa olumsuz mu duygusal tepki göstereceğini belirleyen oldukça sürekliliği olan bir hazır olma durumudur" şeklinde tanımlamaktadır. Tutum bir kez bireyde yerleştikten sonra bunun durgun duygusal bir özelliği vardır. Bilişsel, güdüsel ve davranışsal bir yapısı olan tutum, bireyin dış dünyaya ilişkin her türlü duygusunu içerir.

Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir (İnceoğlu, 2010).

Tutumlar, eylemlerin ortaya çıkması ve gelişmesi sürecinde etkin role sahiptirler. Aynı şekilde eylemlerde gelişim süreçleri içerisinde, kendilerine etki eden tutumların değişiklik göstermesinde etkin olabilmektedirler. Bu durumda denebilir ki tutumlar ve eylemler bir bakıma karşılıklı etkileşim içindedirler, yani güçlülük derecelerine göre biri diğerine etki edebilmekte, onu pekiştirmekte ya da değiştirebilmektedir. Ama bu karşılıklı etkinlik durumu genelde eylemin ortaya çıkması sürecinden itibaren söz konusu olabilmektedir. Oysa eylemin ortaya çıkması sürecinden önce etkin ve güçlü konumda olan her zaman tutumdur (İnceoğlu, 2010).

2.2.2.1. Tutumu Oluşturan Temel Öğeler

Bir tutum, bireyin düşünce, duygu ve davranış eğilimlerini birbiriyle uyumlu kılmaktadır. Tutumların zihinsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögesi vardır ve bu öğeler arasında genellikle örgütlenme dolayısıyla da iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır (Erdoğan,1991; Nahavandi ve Malekzadeh, 1999).

Bu varsayıma göre, bireyin bir konu hakkında bildikleri (zihinsel öge), ona nasıl bir duyguyla yaklaşacağını (olumlu, olumsuz, nötr) ve ona karşı nasıl bir tavır ortaya koyacağını (davranışsal öge) belirlemektedir. Bireyin bir nesne, durum ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda ortaya koyduğu duruş onun tutumunu yansıtır. Dolayısıyla da tutumun oluşması için söz konusu üç öge arasında örgütsel ve uyumlu bir ilişki ve eşgüdüm olmak zorundadır (İnceoğlu, 2010).

Birbirinden farklı öğeleri olduğuna göre, tam gelişmiş bir tutum yalın değil, karmaşıktır. Öğeler, bir tutumu kendi içinde tutarlılığı olan bir sistem haline getirmektedir. Başka bir deyişle tutum, bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir eğilimdir. Böylece, bireyin çevresindeki çeşitli objelere karşı beslediği duyguları, o objeler hakkındaki fikirleri ve bilgileri ve onlara karşı davranışları devamlılık ve düzenlilik göstermektedir (Kağıtçıbaşı, 2010). Tutumu oluşturan bu öğeler;

1. Tutumun gerçeklere dayanan bilgi hazinesini oluşturan bilişsel (zihinsel, kognitif) öge,
2. Tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma hoşlanmama yönünü oluşturan duygusal (emosyonel) öge,

3. Tutumun sözlü ya da eylemsel ifadesi olan davranışsal ögedir (İnceoğlu, 2010).

a) Bilişsel (Zihinsel) Öge

Tutumun konusunu oluşturan kişi, durum, olay veya nesneye ilişkin olarak sahip olunan her türlü bilgi, deneyim, inanç ve düşünceyi içeren zihinsel ya da bilişsel öge tutumun önemli bir kesitini oluşturmaktadır (İnceoğlu, 2010). Tutumun kesinliğini ve kararlılığını, tutumun yönünü veya işaretini belirleyen faktörler, tutumun bilişsel ögesi içinde yer almaktadır (Erdoğan, 1991; Tekarslan ve ark, 2000).

Tutumun bilişsel ögesi, bireyin genellikle çevresindeki uyarıcılara ilişkin olarak yaşadığı deneyimlerden kaynağını alan bilgi birikimine dayanır. Tutumun konusunu oluşturan nesne, bir kişi ya da bir durumla ilgili bu bilgilerde çoğu zaman bireyin, o nesne, kişi ya da durumla ilgili olarak yaşadığı deneyimler aracılığıyla elde edilir. Bireyin önce bu tür bir uyarıcının ya da uyarıcı grubunun var olduğunu doğrudan (yüz yüze ya da birebir ilişki sonucu) ya da dolaylı olarak (aracılı) öğrenmesi gerekir. Varlığından haberdar olunmayan bir duruma ilişkin tutum oluşmaz. Tutum konusu hakkındaki bilgiler, gerçeklerle ilgi derecesi oranında kalıcı ya da geçici olur. Bilgi değişikliği tutum değişikliğini yaratabilir (İnceoğlu, 2010).

b) Duygusal Öge

Tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan tutum konularını istenen ya da istenmeyen (ödüllendirme- cezalandırma) sonuçlarla ilişkilendirerek, tutum konusu hakkında hoşlanma- hoşlanmama, sevme- sevmeme gibi duygular geliştirmektedir (Baysal ve Tekarslan, 1996; Şimşek ve ark, 2001).

Çevre ile ilgili bilgi, duyum ve deneyimlerin sınıflandırılmasının yanı sıra, bu sınıflandırmaların olumlu, olumsuz olaylarla, arzulanan ya da arzulananmayan amaçlarla ilişkilendirilmesi söz konusudur. Böyle bir ilişkinin varlığı tutumun duygusal ögesini temsil eder. Ancak duygusal öge diğer iki ögeden bağımsız olarak varlık kazanmaz. Bireyin deneyimleri, bilgi birikimi, yani zihinsel öge duygusal ögenin gelişmesinde önemli bir etkidir. Bireyin herhangi bir tutum konusuna olumlu ya da olumsuz duygular içinde olması önceki deneyimleriyle ilişkili bir durumdur. Eğer herhangi bir uyarıcıya karşı bireyde olumlu ya da olumsuz duygular olmuşsa, bu demektir ki, bireyin bu uyarıcılarla daha önce bir ilişkisi olmuş ve o

ilişki, dolayısıyla da deneyimler sonucunda bunları kabullenmiş ya da reddetmiştir (İnceoğlu, 2010; Morgan, 1995).

Tutumun duygusal ögesinin, oluşumu açısından bilişsel ögeye göre oldukça basit olduğu ifade edilmektedir. Ancak duygusal ögesi ağır basan bir tutumun değişmesinin daha zor olduğu ve tutumun devamlılığını ve şekillenmesini sağlayan ögenin duygusal öge olduğu belirtilmektedir (Erdoğan, 1991; Steers ve Black, 1994; Tekarslan ve ark, 2000).

Duygusal öge, aynı zamanda bireyin değerler sistemi ile de yakından ilişkilidir. Birey bir nesne, durum ya da kişi ile ilişkiye geçerken sahip olduğu ya da içinde yer aldığı değer sistemi onun ilişki biçiminin oluşmasına önemli ölçüde etki eder.

Diğer yandan duygusal öge ile davranışsal öge arasında da yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Davranışsal öge genellikle duygusal ögenin sonucu biçiminde yansımaktadır. Yani, sonuçta ortaya çıkan davranış bir bakıma duygusal ögenin somutluk kazanmasıdır. Duygusal öge ile davranışsal öge arasında bir bakıma neden- sonuç ilişkisi vardır (İnceoğlu, 2010).

c) Davranışsal Öge

Davranışsal öge, bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum konusuna karşı davranış eğilimini yansıtmaktadır. Birey, inanç ve bilgileri sonucunda edindiği yargı ile tutum konusuna karşı olumlu veya olumsuz hareket etmeye yönelmekte ve eğer herhangi bir objeye karşı olumlu bir tutuma sahipse, o objenin gerektirdiği doğrultuda davranmaya hazır hale gelmektedir. Bu davranış eğilimi sözler veya diğer hareketlerden gözlemlenebilmekte ve bu davranış eğilimi bireyin alışkanlıkları, değer yargıları ve tutum konusu ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlardan da etkilenebilmektedir (Erdoğan, 1991; Tekarslan ve ark, 2000; Şimşek ve ark, 2001; İnceoğlu, 2010).

Davranışsal öge, duygusal davranış ve normatif davranış olmak üzere iki tür davranışı içermektedir. Duygusal davranış, tutum konusunda hoş giden ya da gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu, normatif davranış ise, doğru davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayanmaktadır. Bireyin bağlı olduğu grup ya da alt kültürde, bir davranış doğru olarak görülüyorsa, birey bu davranışı hoşuna gitmese de yapar. Tutum konusuna yönelik davranışın, davranış normları ile yakından ilişkili olduğu dolayısıyla bireylerin normatif davranış gösterdiği

belirtilmektedir. Bu nedenle bireyin belli bir konuya ait bilgi ve duyguları ile davranışı her zaman uymayabilir (İnceoğlu, 2010).

Duygusal davranışın temelinde, olumsuz ya da olumlu duygu olmak üzere iki boyut vardır, yani ilişki kurma ya da kurmama eylemi söz konusudur. Bu da üç tip davranış biçiminde ortaya çıkar; tutum konusuna yaklaşma, karşı koyma ya da kaçınma şeklinde görülür (İnceoğlu, 2010).

Tutumunu oluşturan öğeler karşılıklı etkileşim içindedir ve birinde ortaya çıkan bir değişiklik, tutarlılığı korumak için, diğer öğelerle zincirleme bir değişime neden olur. Bireyin bir tutum konusuna karşı olumlu- olumsuz tavrı değiştğinde, ona karşı tutumunun zihinsel ve davranışsal ögesi de yeniden düzenlenir (İnceoğlu, 2010).

2.2.2.2. Tutumun Yapısı

Tutumun yapısını, onun örgütlenmesinde rol oynayan temel öğeler belirlemektedir, Bunlar;

- İlişkilendirme
- Tutum konusu ile doğrudan deneyim
- Başkalarından öğrenme olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

İlişkilendirme, birey belli bir tutum konusunu olumlu/ olumsuz, ödüllendirici/ cezalandırıcı, iyi/ kötü olarak anlamlandırmayı ve o tutum konusuyla bu anlamlandırma biçiminden hareketle ilişki kurmayı, onu kendi yaşamıyla bu noktadan yola çıkarak ilişkilendirmeyi öğrenme süreci içerisinde öğrenir.

Aynı şekilde bireyin herhangi bir tutum konusuna ilişkin deneyimleri de yine sözü edilen öğrenme süreci içerisinde gerçekleşir. Dolayısıyla da birey, bir tutum konusu ile karşılaştığında nasıl bir tavır ortaya koyacağını daha önce yaşadığı aynı ya da benzer deneyimlerden hareketle kararlaştırır (İnceoğlu, 2010).

2.2.2.3. Tutumun Kriterleri

Sherif ve Sherif (1996) tutumları, diğer sıradan düşünce yapılarından ve bunların oluşturduğu davranışlardan ayırt etmek için şu kriterleri öngörmüştür;

- Tutumlara doğuştan sahip olunmaz, onlar sonradan kazanılırlar.
- Tutumlar geçici düşünsel durumlar değildirler, bir kez ortaya çıktıktan sonra, az ya da çok belirli bir süre devam ederler. Bunun nedeni tutumların aşamalı olarak biçimlenmesidir.
- Tutumlar, birey ile nesnelere arasındaki ilişkilere tutarlılık, kararlılık ve düzenlilik kazandırır.

- İnsan-nesne ilişkisinde, özellikle tutumlar aracılığıyla belirlenen bir etkilenme-güdülenme süreci ortaya çıkmaktadır.
- Tutumların oluşması ve biçimlenmesi için birbirleriyle karşılaştırılabilir birçok ögenin bir arada olması zorunludur.
- Tutumların bireysel düzeyde oluşumu ile ilgili ilkeler, genellenerek toplumsal tutumların oluşmasına da uygulanabilir.

2.2.2.4. Tutumun İşlevleri

Tutumun, birey ve örgüt açısından yararlı olan dört temel işlevi olduğu vurgulanmaktadır. Bu işlevler, araçsallık, ego savunmacılık, değer ifade edicilik ve bilgi birikimi sağlamaktır.

a) Araçsal (Uyumsal yarar) İşlevi

Bireyler, çevrelerine uyumu kolaylaştıracak şekilde tutum edinerek veya değiştirerek iş ortamlarına ya da topluma uyum sağlamaktadır. Ayrıca tutumlar bireylerin amaçlarına ulaşmasında araç olarak rol oynamakta ve kolay değişebilmektedir (Baysal, 1981; Erdoğan, 1991; İnceoğlu, 2010).

Araçsallık, bireyin ya geçmişe dönük yaşam deneyimlerine dayanır ya da geleceğe dönük amaçlarına ulaşmada araç olarak işlev görmektedir (İnceoğlu, 2010).

b) Ego Savunmacı İşlevi

Birey, çevresindeki uyaranlara karşı (olumu veya olumsuz davranışlar) kendisine ilişkin kabul etmediği gerçekleri reddederek, egosuna güvenini koruma yoluna gider ve kendine göre bir yargı sistemi geliştirerek olumlu veya olumsuz kararlar vererek psikolojik savunma mekanizmasını güçlendirir. Ayrıca birey, kendisi hakkında istemediği gerçekleri kabul etmez ve "ben"ine saygısını korur. Yüksek derecede "ben koruyucu" tutumların, değiştirilmesi en zor tutumlar olduğu belirtilmektedir (Baysal, 1981; Erdoğan, 1991; İnceoğlu, 2010).

c) Değer İfade Edici İşlevi

Tutumlar, psikolojik kimliğe ilişkin değerleri açıklayıcı özelliklere sahiptirler. Birey kendini, öz değerleri açısından ifade etmek ve görmek istediği biçimde algılama sağlayan tutumlar da geliştirirler. Bu işlevi gören tutumlar bireyin benlik kimliğini tanımlar ve güçlendirirler (İnceoğlu, 2010).

Bireyin, bulunduğu ortamın kurallarını algılayarak edinmiş olduğu yargısı, bireyin tutumunun yön ve şiddetini etkilemekte ve bu yargının etkisi altında kalarak olay veya durumlara karşı tutumlar oluşturmasına yol açmaktadır. Tutumun bu fonksiyonu, bireyin kendi merkezi değerleri ile tutumlarının tutarlı olması isteğine dayanmaktadır (Baysal, 1981; Erdoğan, 1991).

d) Bilgi İşlevi

Tutumlar salt istek ve beklentilerin doyumu amaçlı ortaya çıkmazlar, bireyin sahip olduğu bilgi birikimi doğrultusunda istediği bilgiye ulaşmasındaki araçsallıkları açısından da oluşturulabilirler (İnceoğlu, 2010). Tutumlar, kişilerin belli durumlar hakkında bilgi hazinesi oluşturmalarına ve bu bilgiler doğrultusunda yeni tutumlar geliştirmelerine yardım etmektedir. Bu fonksiyon bireyin, bilgi edinme ve bu bilgiyi çevreye anlam verecek şekilde örgütleme gereksinimine dayanmaktadır (Baysal, 1981; Erdoğan, 1991).

2.2.2.5. Tutumun Boyutları

Tutum konusunda yapılan araştırmalar, tutumların çeşitli boyutlar içerdiğini bazı ortak yönleri olduğunu ve bu ortak yönlerin tutum boyutları olarak ifade edildiğini belirtmektedir. Tutumun boyutları; tutumun konusu, tutumun yönü, değişim aralığı ve yoğunluk, iki yönlü çekim ve tutumun esnekliği ya da katılığı, tutumlarda kalıp yargılar, belirginlik ve merkezilik, zihinsel karmaşıklık ve bilinçlilik şeklinde belirtilmektedir (Baysal, 1998; Erdoğan, 1991; İnceoğlu, 2010).

a) Tutumun Konusu

Her tutumun birer konusu vardır ve bireyin çevresinde bulunan her şey onun için bir tutum konusudur. Bir tutum konusu aynı zamanda tutumun türünü belirler. Tutumun konusu somut olabileceği gibi soyut kavramlar da olabilmektedir. Her birey ancak kendi zihninde var olan konularla ilgili inanç ve tutumlara sahip olabilmektedir (Baysal, 1998; Erdoğan, 1991; İnceoğlu, 2010).

b) Tutumun Yönü

Her tutumun bir yönü vardır. Tutum konusuna karşı ya olumlu ya da olumsuz yönde bir tepki eğilimi söz konusudur. Tutumun yönü olumlu olunca, tutum konusuna karşı olumlu duygular, değerlemeler ve eğilimler gösterilmektedir. Dolayısıyla tutum konusuna yaklaşma söz konusudur. Olumsuz yönde ise bunun tam

tersine olmakta ve tutum konusundan kaçma ya da tutum konusuna zarar verme tepki eğilimi görülmektedir (Baysal, 1998; İnceoğlu, 2010; Tekarslan, 2000).

Tutumlar istenilen yönde değiştirilebilir. Kesinlik derecesinin az ve kararsızlığın yüksek olduğu durumlarda, tutumun yönünü etkilemek daha kolay iken, çok kesin merkezi ve kişiye göre önemli olan, aşırı bir tutumu değiştirmek oldukça zor olmaktadır (Eren, 2001).

c) Değişim Aralığı ve Yoğunluk

Bütün tutumların, olumlu ve olumsuz yönler olmak üzere iki uç nokta arasında bir değişim aralığına sahip olduğu vurgulanmaktadır. Bu durum, tutumun olumluluk ya da olumsuzluk derecesi olarak nitelenmektedir (Baysal, 1998; Tekarslan, 2000). Bir tutum eğer herhangi bir değerler sistemine güçlü bir biçimde bağlı ise, böyle bir tutumun değişmesi oldukça güçtür (İnceoğlu, 2010).

Ayrıca her tutumun bir yoğunluğu vardır. Yoğunluk, tutumun duygusal ögesinin gücü, yani duygusal içeriğidir. Tutum ne kadar uçta ise ve ne kadar duygusal ise o kadar yoğun ve değişmesi o derece zor olmaktadır. Tutumun yoğunluğu, kişinin psikolojik unsurlardan etkilenme derecesini belirler (Baysal, 1998; İnceoğlu, 2010; Tekarslan, 2000).

d) İki Yönlü Çekim ve Tutumun Esnekliği ya da Katılığı

Tutumların esnekliği ya da katılığı bireyin kişilik özelliklerini oluşturan değerlerle, inançlarla, bilgi birikimiyle, deneyimleriyle, eğitim durumuyla içinde yer aldığı sosyo-kültürel yapıyla yakından ilgilidir (İnceoğlu, 2010).

Bazı tutumlarda iki yönlü çekim olduğu yani bireyde tutum konusu ile ilgili aynı anda hem olumlu hem olumsuz fikir, duygu ya da davranışların var olabileceği belirtilmektedir. Bu iki karşıt yöndeki eğilimler ne kadar eşit ölçülerde ise iki yönlü çekim de o kadar güçlü olmaktadır (Baysal, 1998; Tekarslan ve ark., 2000). Tutumlardaki tutarsızlıklar gevşek veya iki yönlü duygulardan kaynaklanabilir. Bir tutumun duygusal ve zihinsel ögeleri çeliştiğinde, davranış tutarlı olmayabilir (İnceoğlu, 2010).

e) Tutumlarda Kalıp Yargılar

Bireyin, belli bir konuya ilişkin tutum oluşturmaları için o konu ile doğrudan ilişkiye girmesi gerekmez. Dolaylı yollardan (medya, başka insanlar, kitaplar)

edinilen bilgilerle de bireylerin belli konu ve durumlar hakkında birtakım tutumlar oluşturması olasıdır (İnceoğlu, 2010).

f) Belirginlik ve Merkezilik

Bir tutumun, diğer tutumlar arasında birey için ifade ettiği öncelik durumu olarak tanımlanmaktadır. Tutumların bu özelliğini, tutumun bireyin bilincinde işgal ettiği yer olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre, bazı tutum konuları bireyin bilincini sürekli meşgul etmekte ve bu tutumun varlığı çeşitli durumlarda kendini göstermektedir (Baysal, 1998; İnceoğlu, 2010; Tekarslan ve ark., 2000).

Merkezi tutum, bir tutum grubu arasında en önemli olan tutumu ifade etmekte olup bütün tutumlarda bu durum bulunmaktadır. Tutum grubu arasında bir tutum merkezde toplanırken diğerleri onun çevresinde toplanmaktadır. Bir tutumun değiştirilmesi diğer tutumların da değişmesine neden olabilir ya da olmayabilir. Bu, söz konusu tutumun ne kadar merkezi olduğuna bağlı olarak değişmektedir (Baysal, 1998; İnceoğlu, 2010; Tekarslan ve ark., 2000).

g) Zihinsel Karmaşıklık

Zihinsel karmaşıklık, bireyin tutum konusu hakkında sahip olduğu bilgi yoğunluğu olarak tanımlanmakta ve zihinsel karmaşıklığa neden olan bilgilerin birbirinin yerini tutabilecek bilgiler değil, aynı yönde birbirini tamamlayıcı bilgiler olması gerektiği ifade edilmektedir. Karmaşıklık derecesi de kısmen tutum konusunun kapsamına bağlıdır (Baysal, 1998; İnceoğlu, 2010; Tekarslan, 2000).

h) Bilinçlilik

Bireyin bilinçli tutumlarının kaynağı ve hedefi kendisi için bellidir. Birey bazı tutumlarını belirler ve sürdürürken olumlu/ olumsuz sonuçlarının neler olabileceği konusunda genellikle bir bilince sahiptir (İnceoğlu, 2010).

2.2.2.6. Tutumların Oluşumu

Çoğu tutumların kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir (Kağıtçıbaşı, 1999). Tutumların varlığı davranışlardan anlaşılabilirse de kendi kendilerine oluşmazlar (Baysal, 1981).

Tutum ile ilgili literatürde tutumun oluşumu konusunda çeşitli yaklaşımlar ortaya atılmış olup tutumun oluşumunda etkili olan faktörler şöyle sıralanmıştır:

- Genetik faktörler
- Fizyolojik etkenler (ergenlik, yaşlılık, hastalık)
- Tutum konusu ile yüz yüze iletişim
- Kişilik
- Toplumsallaşma süreci
- Grup üyeliği
- Sosyal sınıf

Bu faktörlerden her biri, tutum oluşumuna iki biçimde etki eder: Birinci olarak, bireyin inanç sistemine tutumsal orjinallik katar; ikinci olarak, tutum sistemine, değişme, ataklık ya da bütünleşme gibi dinamik özellikler katar (İnceoğlu, 2010). İlk dört faktör, doğrudan bireyin kendi yapısı ile ilgili özellikler, diğer üçü ise bireyin toplumsal yaşantısının sosyo-psikolojik özellikleri ile ilgili olmaktadır. Bu faktörlerin değişik ölçülerde tutum oluşumuna katkıda bulunduğu ve bunlar arasında en etkili faktörlerin toplumsallaşma süreci ve grup üyeliği olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeninin de tutumların oluşmasında temel etkenin diğer bireyler olduğu ifade edilmektedir. Toplumsallaşma sürecinde, içinde bulunduğu topluma uyma birey için büyük önem taşımakta ve birey, kişilerarası ilişkiler yolu ile içinde bulunduğu toplumun rol beklentilerini, değerlerini ve tutumlarını öğrenmektedir. Bu süreç, bireylerin çocukluk yıllarında kişilik gelişimi ile birlikte aile çevresinde başlayıp diğer çevresel koşulların etkisiyle yaşam boyu devam etmektedir (Baysal, 1998; Tekarslan ve ark., 2000).

Tutumların oluşmasında ikinci etken bilginin kullanılabilirliğidir. Kişinin, bir olay ile karşı karşıya kaldığında kendini harekete geçirecek bilgi birikimine sahip olması ile kişi bu bilgi birikimine göre deneyimlerini davranışa yansıtabilecek ve davranışının sonucunu tahmin edebilecektir.

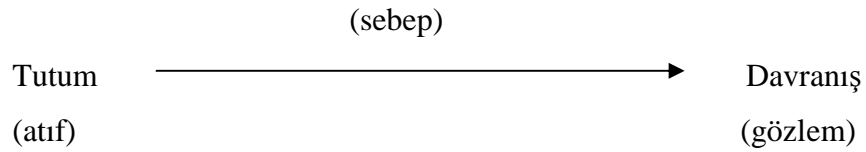
Tutumu oluşturan üçüncü etken genelleme özelliğidir. Bireyin benzer durumlarda benzer etkilerle karşı karşıya kalması durumunda deneyim ve bilgisini genelleme ve elde ettiği düşünsel sonucu davranışa dönüştürmesidir (Erdoğan, 1991).

2.2.3. Tutum ve Davranış İlişkisi

Uzun bir süre davranış bilimciler, bireylerin davranışlarının tutumlarıyla tutarlı olduğunu savunmuşlarsa da bu durum 1960'ların sonundan itibaren değişmiş ve tutum ve davranış arasında basit, doğrudan bir ilişki olmadığı kabul edilmiştir. Bu

nedenle araştırmacılar tutum ve davranış ile ilişkili yeni sorular sormaya başlamışlardır. Tutumlar davranışla ne zaman ilişkili hale girer; bu korelatif ilişkinin ölçüsünü ne zaman, hangi unsurlar etkiler; tutumlar ne gibi süreçler yoluyla davranışı etkiler veya bir kimsenin bir konuda tutumu biliniyorsa, o konudaki davranışı önceden tahmin edilebilir mi sorularının cevaplarını aramaya başlamışlardır (Erdoğan, 1991; Arkonaç, 2001; Kağıtçıbaşı, 2010).

Tutuculuk (tutum) gözle görülmez fakat gözle görülebilen bazı davranışlara yol aadığından, bu davranışların gözlenmesi sonucu, bu tutumun var olduğu öne sürülebilir. Basit bir şema ile gösterilecek olursa:



şekil 1. Basit Tutum- Davranış İlişkisi

Kaynak: Kağıtçıbaşı, Ç., (2010) Günümüzde İnsan ve İnsanlar, Evrim Yayınevi, 12. Baskı, İstanbul.

Kağıtçıbaşı (2010) bir davranışı hazırlayan, davranışın ortaya çıkmasına sebep olan bir eğilimin söz konusu olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla bir davranışın bir tutuma atfedilebileceğini ancak; bir davranışı kesin olarak bir tutumun belirlediğinden söz etmenin mümkün olmadığını ifade etmiştir. İnsanın kendisinin neyi önemsemiğine odaklandığında, tutumlar davranışlar üzerinde daha etkili olabileceğini; başkalarının neyi önemsemiğine odaklandığında, onların beklentilerine uygun davranışlarda bulunabileceğini belirterek tutumu; bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilim olarak tanımlamıştır.

Ancak, tutumun insan davranışını etkilediği ve davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu da bilinen bir gerçektir. Tutumun, davranışın öncü uyararı, bireyi davranışa hazırlayan ve bireylerin ne yapacaklarını belirlemelerine yardım eden bilgi birikimi olduğu vurgulanmaktadır (Erdoğan, 1999; İnceoğlu, 2010).

Tutumların, doğrudan gözlemlenemeyen, kuramsal ya da gizli değişkenler olduğundan, varlıkları ancak sözlü ifadeler ve davranışlarla saptanabilmektedir. Tutum kavramı, bireylerin herhangi bir davranış ya da tepkisini yansıtmakta, birçoğ davranış ve tepkilerinden çıkarılmaktadır. Tutumların ortaya çıkacak olan davranışı

etkilediği varsayılmaktadır dolayısıyla, tutumlara davranışa yol gösteren olarak bakılmaktadır (Arkonaç, 2001).

Bilinen bir tutum, her bireyde ve her ortamda aynı davranışı ortaya çıkarmamaktadır. Yani bireylerin hissettikleri ve düşündükleri her zaman aynı Şekilde davranacağını göstermemektedir (Erdoğan, 1991; Nahavandi ve Malekzadeh, 1999). Bir tutum objesine karşı zıt tutumları olan iki kişi görünüşte aynı Şekilde davranabilir. Dolayısıyla tutum, belli bir davranışın olabileceğine işarettir, mutlaka olacağı anlamına gelmemektedir. Bu nedenle tutumlar "aracı nedenler" olarak nitelenmektedir (Baysal, 1998; Tekarslan ve ark., 2000).

2.2.4. Tutum Değişim Kuramları

Tutum değişikliğine ilişkin çalışmalar 1930'lu yıllara kadar belirli bir kurama dayanmaksızın, daha çok belli tutum konularına karşı bireylerin geliştirdikleri tepkileri ölçmeye yönelik olarak srdrlmştir.

a) ğrenme Kuramları

Günümüzde geliştirilen yeni kuramların ışığında, tutum olgusunun bu kadar basit olarak dşnlemeyeceği ve tutumun zihinsel, duygusal ve davranışsal öğelerinin hangi koşullar altında ve ne Şekilde birbirleri ile uyumlu olacağına ilişkin kuram ve modeller geliştirilmiştir. Bu kuram ve modeller sayesinde birbiri ile ilişkisiz gibi görünen birçok olgunun da anlaşılması sağlanmıştır (İnceoğlu, 2010).

Tutum değişimi, bir öğrenme süreci olarak ele alınmaktadır. Eski tutumun yerine yeni bir tutum öğrenilmektedir. Yapılan araştırmalarda; tutum değişimini, toplumsal iletişimin etkilerini ve motivasyonel iletişimin özellikleri bakımından öğrenme kuramını baz almaktadır. Birey belli bir tutum konusu ile ilişkili olarak ödüllendirici bir deneyim geçirirse, o konuya karşı tutumu genellikle olumludur, deneyim cezalandırıcı ise tutum olumsuz yönde gelişecektir. Başka bir deyişe, öğrenme ilkelerine göre tutum değiştirmenin mümkün olduğu gösterilmiştir (Kağıtbaşı, 2010). Burada olumluluk ile ödüllendirme, olumsuzluk ile cezalandırma arasında bir ilişkilendirme söz konusudur. Tutumun yönü de büyük lde bu ilişkilerle belirlenmektedir (İnceoğlu, 2010).

b) İşlevsel Kuramlar

Toplumsal etki sonucu oluşan tutum değişikliği farklı süreçler içerir. Bu süreçler; uyma (kabullenme), zdeşleşe ve benimsemedir. Bu süreçlerden ilk ikisi,

tutum değiştiren kişi ile tutumu değiştirten kişi arasındaki ilişkidir. Üçüncüsü ise bireyin sahip olduğu tutum ile hedeflenen değişim arasındaki ilişkiye aittir (İnceoğlu, 2010).

Bu yaklaşımda, birey kendisi için gördüğü psikolojik işlev ya da sağladığı yararı düşünerek ilk tutumu seğer ya da yeni bir tutuma geğer. Birey amacına ulaşmada o tutumu araç işlevi gördüğü için benimseyebilir. Kısaca, bu yaklaşım tutumları kişi için sağladıkları yarar açısından ele almaktadır (Kağıtçıbaşı, 2010).

c) Zihinsel Tutarlılık Kuramları

Erdoğan'ın kaynağında belirttiği gibi, Fritz ve Heider tarafından geliştirilen ve daha çok tutumun genel davranışları etkileme yönü ile ilgilenen tutarlılık modelinde üç faktöre bağlı olarak tutum – davranış arasındaki ilişki ağıklanmaktadır. Bu faktörler;

- a. Kişinin bir kavram ya da objeye karşı tutumu
- b. Kişinin bir başka kişiye karşı tutumu
- c. Benzer obje veya kavramlara karşı diğer kişilerin tutumları hakkında kişinin sahip olacağı inanę olarak belirtilmektedir (Erdoğan, 1997).

Tutum değişimi kuramları arasında araştırmalara en çok konu olan, zihinsel tutarlılık kuramları olmuştur. İnsanların zihinsel sistemlerinde, değişik nedenlerle bazı tutarsızlıklar olması ve bunların yaşamlarının bir paręasını oluşturmasıdır. Bu tutarsızlık/ çelişki nedenlerinden bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

- İçinde yaşadığımız toplumda, farklı geręekleri olan çelişkili roller söz konusudur.
- Sosyal yaşam sürekli bir devinim ve gelişme içindedir. Bu durum, bireyin değişimi izleme ve katılma konusunda, zihinsel yapılanmalarını yeniden örgütlemesini zorunlu kılmaktadır.
- Birey ideallerine ters düşen dış baskılar altında olabilir.
- Kişilerarası etkileşim ya da tutum konusu ile doğrudan ilişki sonucu birey, daha önce edindiği bilgilere ve yaşam denemelerine ters düşen önerileri onaylamak zorunda kalabilir (İnceoğlu, 2010).

Söz konusu faktörlere göre kişinin tutumu ile davranışı arasındaki ilişki, kişinin davranışlarını, inanę ve düşüncelerini benimsediği ve beğendiği kişilerin davranışlarına uyumlandırma (benzetme) isteğine bağlı olmaktadır. Kişi, yakınlık duyduğu kişilerin tutumlarına benzer tutumlar gösterebilir. Eğer çevrede bu tür

kişiler yoksa kişisel tutum tam olarak oluşmayabilir ve kişi gösterdiği davranıştan tatmin olmayabilir. Bu durumda da tutum değişikliği ortaya çıkabilir ya da eğilimsizlik (nötr tutum) görülebilir (Erdoğan, 1997).

Uyumsuzluk aynı zamanda bir kişinin tutumlarıyla uyumsuz bir şekilde davrandığında da ortaya çıkmaktadır. Tutum ve davranışlar birbirleriyle uyumlu olmadığı zaman kişiler belli bir gerilim ya da rahatsızlık deneyimlemekte ve bu gerilim ya da uyumsuzluğu azaltma yolları aramaktadırlar (Steers ve Black, 1994; Erdoğan, 1997).

d) Zorunlu Tutum Değişikliği

Bireyler zaman zaman sahip oldukları ve sürdürmekte de kararlı oldukları tutumlarını istenmeyen bir takım dış etkiler ve zorlamalar sonucunda değiştirmek zorunda kalabilmektedirler. Öyle ki zorunlu tutum değişim durumunda kişi bazen sahip olduğu tutumun tam tersi bir tutumu benimsemek zorunda bile kalabilir. Zorunlu olarak olumsuz değer taşıyan bir tutum konusuna katlanmak veya onunla anlaşmak ihtiyacı olunca da, onun hoş taraflarını bulmak eğilimi belirir (İnceoğlu, 2010).

e) Zihinsel Uyuşum Kuramı

Bu model, denge modelinden daha basit durumları incelemektedir. Belki de en basit tutum değiştirme durumu olan, bireyin bir başka birey ya da nesne hakkında söylediği sözlerin (olumlu/ olumsuz), diğer bir birey üzerindeki etkisini ele almaktadır.

Zihinsel uyuşum kuramına göre, bu tutumda ortalama bir kayma olacaktır; örneğin, iki nesneye karşı birbirine zıt tutumları olan birey zihinsel uyumunu sağlamak için, daha olumlu olan tutuma doğru kayma eğilimi gösterecektir. Denge kuramında konular yalnız olumlu ya da olumsuz olarak, uyuşum kuramında ise tutumların gücü de göz önüne alınarak incelenmektedir (İnceoğlu, 2010).

f) İki-Süreç Kuramı

Tutum değişimi araştırmalarında tutarlılık için iki süreç önem kazanır: mantık kurallarını izleyen tutumlar ve düşleri gerçekmiş gibi gösteren tutumlar. Bazı tutumlar, mantık kurallarına uygun olarak birbirleri ile tutarlıdır (İnceoğlu, 2010).

g) Zihinsel Çelişki Kuramı

Zihinsel tutarlılık kuramları arasında en çok ilgi çeken ve tutum değişimi konusunda en çok üzerinde araştırma yapılmış olanı Festinger'in "zihinsel çelişki" kuramıdır. Bu kuram, bireyin kendi iç dünyasında tutarsızlıklardan arınmak için bilgileri, duyguları ve davranışları arasında tutarlılık sağlamaya çalıştığı varsayımına dayanır. Şayet birey, belli bir şeye inanıyorsa ve inandığına ters düşen davranış içinde ise, bu uyumsuzluğu azaltmak isteyecek ya da artmasını önlemeye çalışacaktır. Bu uyumsuzluk ya da tutarsızlık, "çelişki" olarak nitelendirilmektedir (İnceoğlu, 2010).

2.2.5. Tutumların Ölçülmesi

Tutumların ölçülmesi Amerika'da büyük bir endüstri haline gelmiştir. İnsanların tutumları hakkında bilgi edinmek için gösterilen bu çabanın nedeni, onların tutumlarını bilmekle, davranışlarını önceden kestirmek ve kontrol etmeyi sağlayabilmektir. Aynı zamanda tutumların olumlu ya da olumsuz olduğunun bilinmesi uygulamalarda gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmektedir (Eren, 2001).

Tutumların fiziksel bir boyutu olmadığı için diğer bir deyişle soyut kavramlar oldukları için doğrudan gözlemek olanaksızdır. Bireylere herhangi bir tutum objesi ya da konusu ile ilgili tutumları sorulduğunda, tam bir cevap veremezler, yüzeysel ya da yanlış ifadelerde bulunmaktadırlar. Bu nedenle bireylerin tutumlarını öğrenmek için onların düşünceleri, duyguları ve tepki eğilimleri ile ilgili bilgi edinilmeye çalışılır. Bu ölçmede genellikle kullanılan davranış, sorulara cevap vermek ya da fikir belirtme şeklinde beliren sözel davranıştır (Kağıtçıbaşı, 2010).

Tutumlarla görüşler birbirine benzerdir; fakat görüşler genellenebilirlik derecesi ve ölçme tekniği bakımından tutumlardan farklıdır. Görüşler, belirli oluşumlara veya durumlara gösterilen özgül tepkilerdir. Tutumlar ise daha geniş çapta olaylar grubuna veya insan topluluklarına karşı bireyin tepkilerindeki etkileri bakımından daha geneldir. Ayrıca insanlar görüşlerinin farkındadırlar ama tutumlarının tam olarak farkında olmayabilirler (Tezbaşaran, 1997).

Tutumların "kanı boyutu" tutumun "duygu boyutuna" eşlik eden sözel davranışlardır. Diğer bir deyişle duyguların sözel ifadeleri olan kanılar bireyin tutumlarını sembolize etmektedirler. Öz güven'in de kaynağında belirttiği gibi;

Thurstone tutumların sözel bir ifadesi olan kanılar aracılığı ile ölçülebileceğini belirtmiştir (Özgüven, 2000).

Ölçme bakımından, tutumun boyutları arasında; yönü, derecesi ve yoğunluğu çok önemlidir. Tutumların ölçülmesinde yararlanılan yöntem, teknik ve ölçekler çeşitli şekilde sınıflandırılmaktadır (Özgüven, 2000).

Bireylerin bir dizi cümle ya da sıfat dizisine gerçek duyguları doğrultusunda tepkide bulunmaları istenmektedir. Bu cümle ya da sıfat listelerine ölçek denilmektedir. En sık kullanılan Thurstone, Likert, Guttman ve Duygusal Anlam ölçekleridir. Thurstone, Likert ve Guttman ölçekleri cümleleri içermekte, Duygusal Anlam ölçeği ise bir dizi iki uçlu değerlendirme sıfatlarından oluşmaktadır (Tavşancıl, 2010).

Tutum ölçekleri, soyut olan birçok değişkenin nitel özelliklerini çeşitli sınıflarla ifade etmeli ve bunları sayısal değerlerle dile getirmesi gerekmektedir. Bir değişkenin sayısal olarak ifade edilmesinin çeşitli yararları vardır. En önemlisi nitel bir özellikli matematiksel işlemlere elverişli olmadığından, sayısal olarak ifade edildiğinde değişkenler analiz edilebilir olmaktadır (Köklü, 1995).

Derecelendirme ölçekleri tutumların ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin bazı temel ilkeleri vardır:

a) Süreklilik: Derecelendirme ölçekleri, ölçülen niteliğin kategorik değil, sürekli bir değişken olduğunu kabul eder. Tutum ölçeklerinde, birbirine zıt iki ucu arasındaki çeşitli derecelendirmelerin sonsuz derecede birbirini izleyen küçük birimlere ayrılması halinde bile sürekliliğin korunacağı varsayılmaktadır.

b) Tek Boyutluluk: Derecelendirme ölçeklerinde, ölçülen niteliğin elden geldiğince tek bir özelliğe bağlı kalması öngörülür. Ancak tutum ölçeklerinde tek bir boyutun ölçüldüğünü varsaymak zordur. Tek boyutluluk, ölçekteki maddelerin iç tutarlılık dereceleri araştırılarak sağlanmaya çalışılmaktadır.

c) Doğrusallık ve Eşit aralıklar: Bir sayıtlı olarak ölçülen niteliğin bir doğru çizgi biçiminde sürekli olduğu ve aralıkların birimlerle gösterildiği kabul edilmektedir (Köklü, 1995; Tezbaşaran, 1997; Tavşancıl, 2010).

2.2.6. Likert Tutum Ölçeği

Likert ölçeği, tutumları ölçmek için kullanılan belki de en kolay ve doğrudan bir yöntemdir (Kağıtçıbaşı, 2010). Bu ölçek 1932'de Rensis Likert tarafından geliştirildiği için bu şekilde isimlendirilmiştir. Bu ölçekler bir şahsın tek bir objeye

karşı gösterdiği tutumla ilişkili olarak hazırlanmış cümle serisini içerir. Bu ölçeklerde iki tür cümle yapısı görülmektedir. Birinci tip, ilgi nesnesine karşı olumlu bir tutumu gösteren onaylama cümleleridir. İkinci tip, nesneye karşı olumsuz bir tutumu gösteren onaylama cümleleridir. Likert ölçeğinde bu tür olumlu ve olumsuz cümleler yaklaşık eşit sayıda oluşturulmaya çalışılmaktadır (Tezbaşaran 1997).

Geliştirilen dereceleme toplamlarıyla ölçekleme yaklaşımında, ölçülmek istenen söz konusu tutumla ilişkili çok sayıda olumlu ve olumsuz ifade, çok sayıda cevaplayıcıya uygulanır. Cevaplayıcılar her ifade için "Tamamen katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum", "Kesinlikle katılmıyorum" biçiminde tepkide bulunurlar. Böylece her cevaplayıcı, ölçekteki her ifadenin kapsadığı tutum ögesine katılma / katılmama derecesini bildirmiş olmaktadır.

Eren (2001), Kağıtçıbaşı (1999), Tezbaşaran (1997) ve Tavşancıl (2010)'ın da kaynaklarında belirttikleri gibi, Anderson Likert tipi bir ölçek geliştirilirken izlenmesi gereken sekiz basamak önermektedir:

1. Belli bir tutumla ilgili olduğu kabul edilen olumlu ya da olumsuz çok sayıda tutum maddesi yazılmalıdır.
2. Yazılan bütün maddeler bir ön denemeden geçirilmeli ve değerlendirilmelidir. Bu ön deneme ölçeğin uygulandığı grup (hakemler grubu), ölçeğin düzenlendiği (benzer) gruptan seçilmeli ve her bir maddeyi olumlu, olumsuz ya da nötr olarak değerlendirmelidirler.
3. Bu grubun çoğunluğu tarafından olumlu ya da olumsuz olarak bir değerlendirmeye tabi tutulmayan maddeler ölçekten çıkarılmalıdır.
4. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra kalan maddeler rasgele sıralanmalıdır.
5. Bu şekilde oluşturulan denemelik Likert ölçeği, ölçeğin üzerinde geliştirilmesinin amaçlandığı denek grubuna uygulanmalıdır.
6. Her tutum maddesinden alınan puanla, bütün ölçekten alınan puan arasındaki ilişki katsayısı hesaplanmalıdır.
7. Yapılan hesaplamalar sonucunda yani madde analizi sonucunda tüm ölçek puanlarıyla, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmayan maddeler ölçekten çıkarılmalıdır.
8. Bu şekilde Likert tutum ölçeği son şeklini alır.

2.2.7. Likert Tipi Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliği

Ölçek geliştirmede temel amaç, güvenilir ve geçerli ölçme aracı oluşturmaktır. Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, farklı uygulamalar arasında tutarlı ve kendi içinde kararlı sonuçlar verebilmesi gücüdür. Yukarıda belirtilen aşamalardan sonra yapılması gereken güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları vardır (Tavşancıl, 2010).

Güvenirlik: Likert tipi bir tutum ölçeğinde bir maddeden elde edilen puan dağılımının sürekli bir değişken olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca, ölçekte cevap seçenekleri ikiden daha fazla ve seçenekler içinde tek bir doğru cevap yoktur. Bunun dışında bu ölçeğin temel varsayımlarından biri, ölçekteki her bir maddenin ölçülen tutumla monotonik bir ilişki içinde olduğudur. Bunun anlamı her bir maddenin aynı tutumu ölçtüğüdür. Bundan dolayı, Likert tipi bir tutum ölçeğinde güvenilirlik düzeyini saptamak için iç tutarlılığın bir ölçütü olan, Cronbach tarafından geliştirilmiş olan ∞ katsayısının kullanılması uygundur. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin ∞ katsayısı yüksek olur. Ölçeğin ∞ katsayısı ne kadar yüksek ise bu, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini ölçen maddelerden oluştuğunu gösterir.

Likert tipi tutum ölçeğinde, test tekrar test yapılarak da güvenilirlik düzeyi kestirilebilir. Bu güvenilirlik katsayısı ölçeğin tümü ve her bir madde için bulunmalıdır. Test tekrar test güvenirligi, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme gücünün bir ölçüsüdür.

Geçerlik: Bu ölçekte, geçerlik türlerinden kapsam, ölçüt ve yapı geçerliğinin saptanması önemlidir. Ölçeğin geliştirme aşamasından sonra kapsam geçerliğini saptamanın bir yolu, eğer varsa kapsam geçerliğine sahip olduğu düşünülen daha önce geliştirilmiş bir ölçeğin ve geliştirilmekte olan ölçeğin aynı gruba uygulanarak, aralarındaki ilişkinin hesaplanmasıdır. Bu iki ölçek arasında hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı yüksek ve anlamlı ise ölçeğin geçerli olduğuna karar verilir. Ölçek kapsam geçerliğine sahip ve bu belirlenebilmişse, ölçek puanlarının üst ve alt gruplardaki ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığının test edilmesi ile de geçerlik tahmini yapılabilir. Daha önce madde analizinde açıklandığı gibi, bunda da bağımsız iki grup arasındaki farkın test edilmesinde kullanılan t testi yapılır. Eğer t testi sonucunda bulunan t değeri anlamlı ise, ölçeğin geçerli olduğuna karar verilir (Eren, 2001; Kağıtçıbaşı, 1999; Tezbaşaran, 1997; Tavşancıl, 2010).

3. GEREK VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek üzere "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

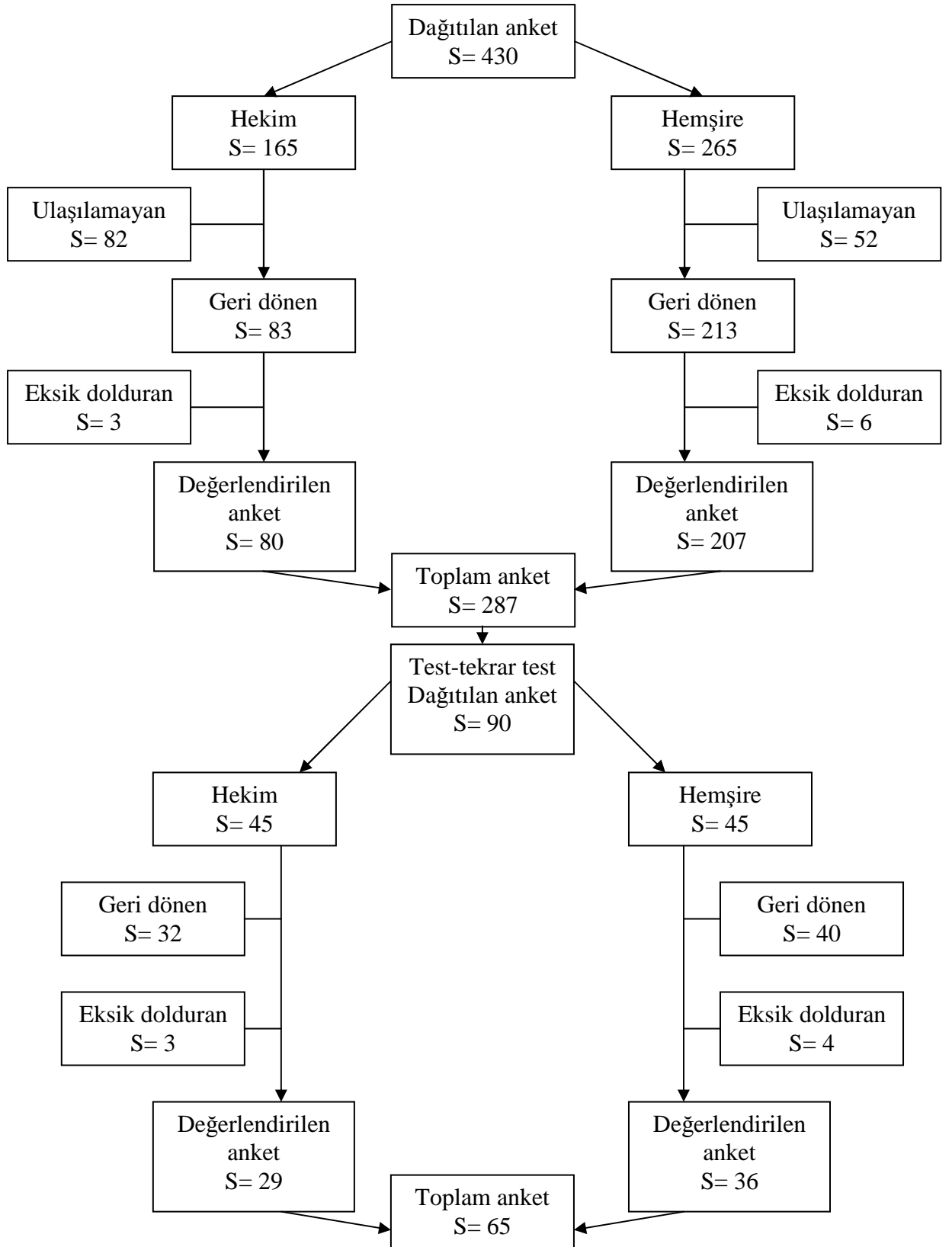
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

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

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, ölçek geliştirme çalışmasına uygun olarak belirlenmiştir. Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı ve hatta 10 katı olması (Aksayan ve ark, 2004; DeVellis, 2003; Tavşancıl, 2010; Tezbaşaran, 1997) önerilmekte; test- tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için de en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (Tavşancıl, 2010). Araştırmada geliştirilen Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği madde havuzu 20 maddeden oluşmaktadır (Ek 1). Bu nedenle örnekleme en az 200 kişi (20x10) alınması planlanmıştır. 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 (Hekim 80, hemşire 207). Örnekleme ulaşılabilirlik oranı %66.74’tür. Araştırmanın örnekleme dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Ayrıca test- tekrar test uygulaması için aynı örnekleme grubundan 90 kişiye üç hafta ara ile ikinci uygulama yapılmıştır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Polit ve Beck, 2010); birinci ve ikinci uygulama sonucunda ölçeği eksiksiz dolduran 65 kişinin verisi analiz edilmiştir (Hekim 29, hemşire 36).



Şekil 2. Araştırmanın Örneklem Dağılımı

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki bölümden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır. İlk bölümde sosyodemografik ve çalışma özellikleri soru formu, ikinci bölümde ise "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği" yer almaktadır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri Soru Formu (Ek 2):

Bu formda; çalışanların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, aynı kurumda çalışma süresi, çalışılan birim, aynı birimde çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati ve kadro durumu ile ilgili 11 soru yer almaktadır.

3.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Ek 3):

Araştırma verilerini toplamak üzere geliştirilen ölçeğin madde havuzu araştırmacılar tarafından tıbbi hatalara ilişkin literatürden (Carlton, 2007; Kim ve ark., 2007; Korkmaz, 2008; Kılıç, 2009; Seren ve ark., 2010; Akalın ve Çakmakçı, 2011) yararlanılarak oluşturulmuştur (Ek 1). Literatürdeki ölçek geliştirme ve tutuma ilişkin teorik bilgiler doğrultusunda (Kağıtçıbaşı, 2010; İnceoğlu, 2010; Tavşancıl, 2010) toplam 20 maddeden oluşan taslak ölçek; tıbbi hatalarda tutumun bilişsel ögesi (yedi madde), tıbbi hatalarda tutumun duygusal ögesi (beş madde) ve tıbbi hatalarda tutumun davranışsal ögesi ile (sekiz madde) olmak üzere üç alt boyutta tasarlanmıştır. Uzman görüşleri alınmış (19 uzman) ve 24 kişiye pilot uygulama yapılmıştır.

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. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin son hali 16 maddedir ve beşli likert tipindedir. Maddeler (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum, ve (5) tamamen katılıyorum şeklindedir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin ölçek yapısı Tablo 1'de verilmiştir. Toplam ölçek puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Bu maddelerin puanı tersine çevrilmiş, daha sonra maddelerin puanı toplanarak ham puan elde edilmiştir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altı 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

bildiriminin öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken; olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata 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 araçlarının doldurulması 15-20 dakika zaman almaktadır. Araçlar, hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından elden dağıtılmış, 2-7 gün arasında geri toplanmıştır. Test-tekrar test uygulaması üç hafta ara ile yapılmıştır.

Tablo 1. Ölçeğin Yapısı

Ölçek Yapısı / Analizler	Maddeler	
Taslak Ölçek	19 Madde	
1. Madde-Toplam Puan Analizi	Çıkarılan Maddeler ($r < .25$) : 4, 10, 19	
	Kalan Maddeler: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	
Ölçek	16 Madde	
2. Doğrulayıcı Faktör Analiz Sonuçları ve Alt Boyutları	Faktör 1. Tıbbi hata algısı	1, 2
	Faktör 2. Tıbbi hata yaklaşımı	3, 9, 12, 13, 14, 15, 16
	Faktör 3. Tıbbi hata nedenleri	5, 6, 7, 8, 11, 17, 18
Ölçeğin Son Hali	16 Madde*	
3. Yeni Madde Numaraları ile Alt Boyutları	Faktör 1. Tıbbi hata algısı	1, 2
	Faktör 2. Tıbbi hata yaklaşımı	3, 8, 10 , 11, 12, 13 , 14
	Faktör 3. Tıbbi hata nedenleri	4, 5, 6, 7, 9, 15, 16

* Bold ile belirtilen maddeler ters puanlanmaktadır.

3.5. Araştırma Planı

Adımlar	Zaman
Literatür tarama ve araştırma konusunun belirlenmesi	Nisan – Temmuz 2011
Taslak ölçek sorularının oluşturulması	Haziran – Eylül 2011
Kurumlardan ve Etik Kuruldan izin alınması	Eylül 2011
Tez öneri sınavı	Ekim-Kasım 2011
Ölçek için uzman görüşünün alınması	Aralık 2011
Pilot uygulamanın yapılması	Aralık 2011
Geçerlik güvenirlik çalışması için verilerin toplanması	Aralık 2011 – Ocak 2012
Geçerlik güvenirlik verilerinin analizi	Temmuz 2012
Tezin yazımı	Temmuz- Ekim 2012
Tezin Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne teslimi ve tez savunma	Aralık 2012

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

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

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin toplanmasında, hekimlere ulaşmada güçlük yaşanması, yeterli veriye ulaşmada da sorunlara neden olmuştur. Bu nedenle araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 4), araştırmanın uygulandığı Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ek 5), ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 6). (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 (Ek 7). 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.

4. BULGULAR

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular üç başlık altında değerlendirilmiştir.

1. Çalışanların sosyodemografik ve çalışma özelliklerine ilişkin bulgular
2. Ölçeğin geçerlik bulguları
3. Ölçeğin güvenirlik bulguları

4.1. Sosyodemografik ve Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmada, bireylerin sosyodemografik ve çalışma özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin Sosyo-demeografik Özelliklerine Göre Dağılımları (S: 287)

Özellikler	S	%
Yaş Grupları		
20-30 Yaş	64	22.3
31-40 Yaş	130	45.3
41-50 Yaş	78	27.2
≥ 51 Yaş	15	5.2
Cinsiyet		
Kadın	224	78.0
Erkek	63	22.0
Eğitim Düzeyi		
Lise	30	10.5
Ön Lisans	69	24.0
Lisans	103	35.9
Uzman*	85	29.6

*Uzman: Hekim uzmanlığı

Örneklem grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir. Grubun yaş ortalaması $\bar{X}=36.9$ (SS:8.0)'dur ve katılımcıların %45.3'ü 31-40 yaş arasındadır. Katılımcıların %78'i kadın, %22'si erkektir. Eğitim durumları incelendiğinde %35.9'u lisans mezunu, %29.6'sı uzman hekim, %24'ü önlisans mezunu ve %10.5'i lise mezunudur.

Tablo 3. Bireylerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımları (S: 287)

Çalışmaya İlişkin Özellikler	S	%
Meslek		
Hemşire	207	72.1
Hekim	80	27.9
Meslekte Çalışma Süresi		
0-5 Yıl (≤ 5 Yıl)	56	19.5
6-10 Yıl	32	11.1
11-15 Yıl	59	20.6
16-20 Yıl	63	22.0
≥ 21 Yıl	77	26.8
Aynı Kurumda Çalışma Süresi		
0-5 Yıl (≤ 5 Yıl)	123	42.9
6-10 Yıl	52	18.1
11-15 Yıl	47	16.4
16-20 Yıl	36	12.5
≥ 21 Yıl	29	10.1
Çalıştığı Birim		
Dahiliye	76	26.5
Cerrahi	34	11.8
Yoğun Bakım	56	19.5
Acil	16	5.6
Ameliyathane	13	4.5
Diğer *	92	32.1
Aynı Birimde Çalışma Süresi		
0-5 Yıl	176	61.3
6-10 Yıl	69	24.0
11-15 Yıl	20	7.0
≥ 16 Yıl	22	7.7
Çalışma Şekli		
Gündüz	79	27.5
Gündüz-Gece	208	72.5
Haftalık Çalışma Süresi		
45 Saat	37	12.9
45 Saat Üzeri	250	87.1
Kadro Durumu		
Sözleşmeli	27	9.4
Kadrolu	260	90.6

*Diğer: bronkoskopi ünitesi, kemoterapi ünitesi, uyku bozuklukları merkezi, idari birimler

Örneklem grubundaki bireylerin çalışma özelliklerine göre dağılımları Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %72.1'i hemşire, %27.9'u hekimdir. Meslekte çalışma süresi ortalama $\bar{X}=14.6$ (SS:8.6) yıl'dır ve çalışanların %26.8'i 21 yıl ve üzerinde görev yapmaktadır. Aynı kurumda çalışma süresi ortalama $\bar{X}=9.1$ (SS:7.7) yıl ve katılımcıların %42.9'u 0-5 yıl arasında çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların

%26.5'i dahiliye kliniğinde, %19.5'i yoğun bakımda, %11.8'i cerrahi kliniğinde, %5.6'sı acil serviste, %4.5'i ameliyathanede ve %32.1'i diğer birimlerde (bronkoskopi, kemoterapi, uyku bozuklukları merkezi ve idari birimler) çalışmaktadır. Aynı birimde çalışma süresi ortalama $\bar{X}=3.4$ (SS: 2.0) yıl ve katılımcıların %61.3'ü 0-5 yıl arasında aynı birimde görev yapmaktadır. Katılımcıların %72.5'i gündüz-gece, %87.1'i 45 saat üzeri ve %90.6'sı kadrolu olarak çalışmaktadır.

4.2. Geçerlik Bulguları

"Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği"nin geçerlik bulgularının değerlendirilmesi amacıyla kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve alt boyutların madde analizi sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.2.1. Kapsam (içerik) geçerliği

Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında ilk etapta literatürden yararlanılarak tutumun; bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç ögesi incelenmiştir (Kağıtçıbaşı, 2010; İnceoğlu, 2010; Tavşancıl, 2010). Aynı zamanda tıbbi hatalara ilişkin literatür taraması da yapılmıştır (Carlton, 2007; Kim ve ark., 2007; Korkmaz, 2008; Kılıç, 2009; Seren ve ark., 2010; Akalın ve Çakmakçı, 2011). Bu öğeler kapsamında tıbbi hatalardaki tutumu öğrenmeye yönelik 20 maddeden oluşan madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçülmek istenilen özellik ile ölçek maddeleri arasındaki bağıntı, ölçek aracının geçerliğine ilişkindir. Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama (kapsam geçerliği) ya da maddenin ilgili yapıyı yorma (yapı geçerliği) gücünü belirlemek amacıyla ön çalışmalara ihtiyaç vardır (McGartland ve ark, 2003). Yine ölçme aracının geçerliğini etkileyen diğer faktörlerde ölçek geçerliği için göz önüne alınması gereken noktalar; ölçek maddesinin anlaşılır olması, hedef- kitleye uygunluğudur. Çalışmalarda elde edilen uzman görüşleri arasındaki uyum/ uyumsuzluk aynı zamanda yapı geçerliği için birer kestirim niteliğinde kullanılmaktadır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kullanılan Kapsam geçerlik oranları (KGO), Lawshe (1975) tarafından geliştirilmiştir. Lawshe tekniğinde; en az beş, en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır (McGartland ve ark, 2003).

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği, alanda çalışan hemşire ve hemşire yöneticiler ile hemşirelik lisans eğitimi veren kurumlarda çalışan öğretim üyelerinden oluşan 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. Buna göre, uzmanların herhangi bir maddeye ilişkin görüşleri toplanarak KGO elde edilir. KGO, herhangi bir maddeye ilişkin "Gerekli" görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına oranının bir eksiği ile elde edilir. Eşitlik 1'e göre; uzmanların yarısı maddeye ilişkin "Gerekli" şeklinde görüş bildirdiklerinde KGO=0, yarısından fazlası "Gerekli"

şeklinde görüş bildirmiş ise $KGO > 0$ ve uzmanların yarısından fazlası "Gerekli" şeklinde görüş bildirmemiş ise $KGO < 0$ olacaktır.

KGO değerleri negatif ya da 0 değer içeriyorsa, böyle maddeler ilk etapta elenen maddelerdir. KGO değerleri pozitif olan maddeler için istatistiksel ölçütler ile anlamlılıkları test edilir. Elde edilen KGO'ların istatistiksel olarak anlamlılığı test etmek için hesaplama kolaylığı açısından $\alpha = .05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) Veneziano ve Hooper (1997) tarafından tabloya dönüştürülmüştür. Buna göre, uzman sayısına ilişkin en düşük değerler aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılığını vermektedir.

Tablo 4. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları (KGO)

Maddeler	Uygun	Değiştirilmeli	Uygun Değil	KGO
Madde1	12	7	0	0.22
Madde2	14	5	0	0.44
Madde3	18	1	0	0.88
Madde4	15	3	1	0.55
Madde5	12	7	0	0.22
Madde6	16	3	0	0.66
Madde7	15	4	0	0.55
Madde8	14	4	1	0.44
Madde9	14	4	1	0.44
Madde10	19	0	0	1
Madde11	18	1	0	0.88
Madde12	15	4	0	0.55
Madde13	18	1	0	0.88
Madde14	14	5	0	0.44
Madde15	14	5	0	0.44
Madde16	9	10	0	-0.11
Madde17	17	2	0	0.77
Madde18	18	1	0	0.88
Madde19	19	0	0	1
Madde20	18	1	0	0.88

Uzmanların değerlendirme sonuçları ve KGO Tablo 4’te verilmiştir. Tabloda toplam 19 uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden, kapsam geçerlik oranlarının minimum değeri Veneziano ve Hooper (1997) tarafından belirtilen tabloda (0.42)’ye karşılık gelmektedir. Lawshe tekniğine göre tablodaki KGO’ların 0.42 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. 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 şekli verilmiştir.

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.

Tablo 5. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri
(S: 287)

Taslak Ölçek Maddeleri (19 Madde)	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	\bar{X}	SS
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.	1.00	5.00	3.29	.89
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.	1.00	5.00	2.74	.86
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	1.00	5.00	1.60	.66
4. Tıbbi hatanın fark edilmesi hatayı yapan kişi için utanç vericidir.	1.00	5.00	2.66	1.15
5. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	1.00	5.00	2.93	1.01
6. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	1.00	5.00	2.47	.94
7. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	1.00	5.00	2.56	.95
8. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.	1.00	5.00	1.56	.69
9. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	1.00	4.00	1.87	.77
10. Tıbbi hata yapan sağlık çalışanları cezalandırılmamalıdır.	1.00	5.00	3.13	1.00
11. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.	1.00	4.00	1.51	.67
12. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınıyorum.	1.00	4.00	2.30	.71
13. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	1.00	5.00	1.76	.77
14. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	1.00	4.00	1.64	.61
15. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	1.00	5.00	2.97	1.03
16. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	1.00	5.00	2.95	.92
17. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	1.00	4.00	2.07	.84
18. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.	1.00	4.00	1.91	.76
19. Yaptığım tıbbi hataları bildirdiğimde diğer çalışanlar tarafından duyulmasını istemem.	1.00	5.00	3.21	1.08

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 5'te belirtilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin taslak ölçek maddelerinden Madde 1. "Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur", en yüksek madde puan ortalaması $\bar{X}=3.29$ (SS: .89) olarak bulunmuştur. Madde 8. "Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır" en düşük madde puan ortalaması $\bar{X}=1.56$ (SS: .69) olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin Birinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (S= 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 kaçınıyorum.	.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

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin birinci aşamadaki madde toplam puan korelasyonları Tablo 6'da belirtilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'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: Tıbbi hatanın fark edilmesi hatayı yapan kişi için utanç vericidir. Madde 10: Tıbbi hata yapan sağlık çalışanları cezalandırılmamalıdır. Madde 19: Yaptığım tıbbi hataları bildirdiğimde diğer çalışanlar tarafından duyulmasını istemem.) güvenilirlik katsayıları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmakla birlikte korelasyon katsayısı $.25$ 'in altında saptanmış ve ölçekten çıkarılmıştır ($p < .01$, $r: .18 - .20$, Tablo 6).

4.2.2. Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin 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.

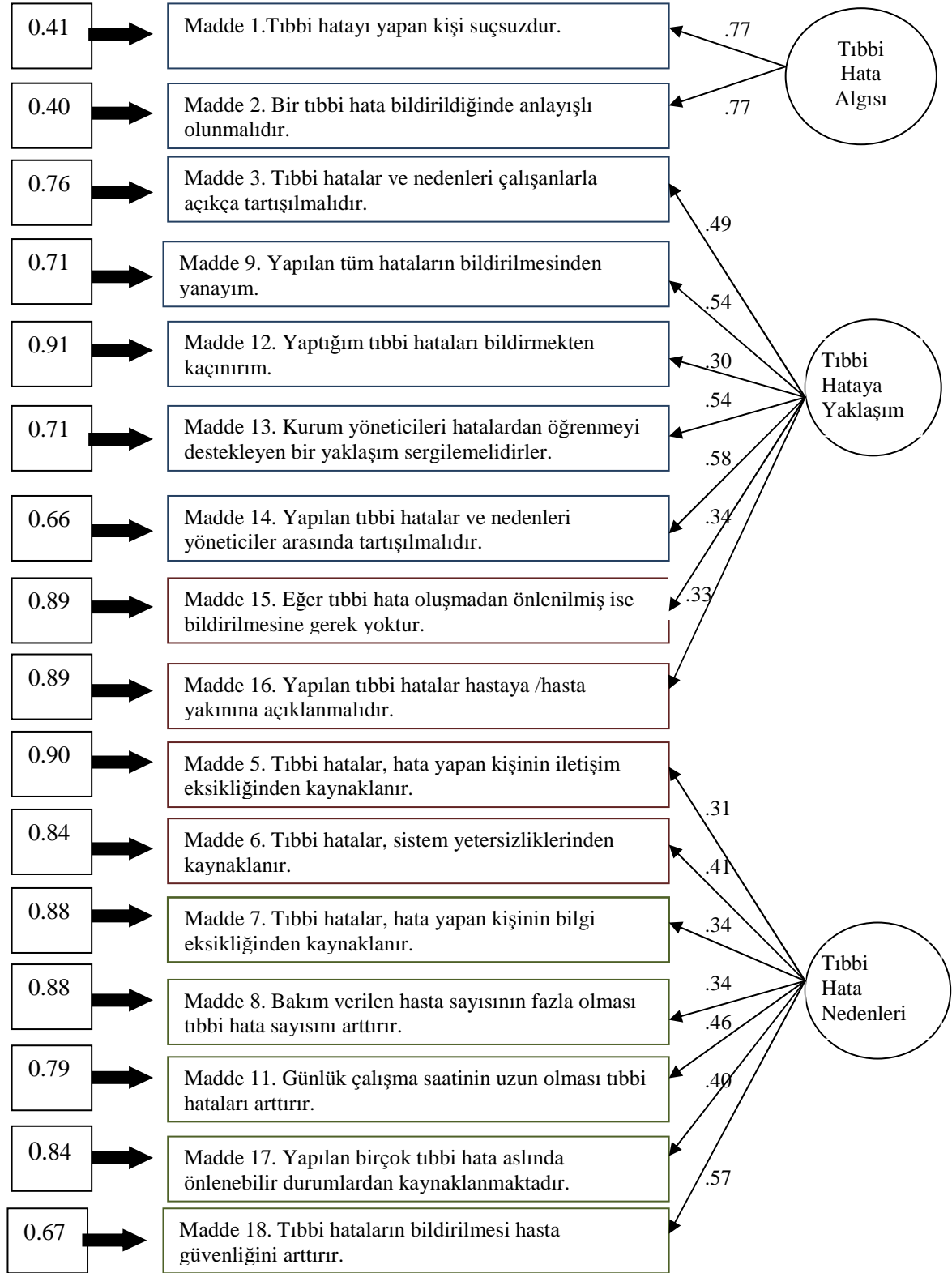
Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geçerlik bulguları kapsamındaki yapı geçerliliğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 7. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'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)	.67 (p < .05)
SRMR	.075	.065
CFI	.83	.90
NNFI	.80	.88
GFI	.88	.91
AGFI	.84	.88

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri Tablo 7'de verilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği taslağının yapı geçerliği için, madde toplam puan korelasyon katsayıları .25'in altında olan üç madde çıkarıldıktan sonra 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 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.



Şekil 3. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 3'te 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 faktör yükleri ise; Faktör 1. "Tıbbi hata algısı" boyutunda .77, Faktör 2. "Tıbbi hataya yaklaşım" boyutunda .30 ile .58 ve Faktör 3. "Tıbbi hata nedenleri" boyutunda ise .31 ile .57 arasındadır.

4.2.3. Alt Boyutların Madde Analizi

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 yapılmıştır.

Tablo 8. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (S= 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	3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.	.47	.000	.53	.000
8	9. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.	.55	.000	.63	.000
10	12. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.	.36	.000	.46	.000
11	13. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.	.48	.000	.54	.000
12	14. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.	.49	.000	.57	.000
13	15. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.	.46	.000	.61	.000
14	16. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.	.43	.000	.56	.000
	Faktör 3: Tıbbi hata nedenleri				
4	5. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.	.46	.000	.63	.000
5	6. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.	.52	.000	.61	.000
6	7. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.	.42	.000	.59	.000
7	8. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını arttırır.	.35	.000	.47	.000
9	11. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları arttırır.	.45	.000	.49	.000
15	17. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.	.40	.000	.51	.000
16	18. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini arttırır.	.56	.000	.49	.000

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin ve alt boyutlarının ikinci aşamadaki madde toplam puan korelasyonları Tablo 8'de gösterilmiştir. Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon 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 güvenirlik katsayıları (birinci faktörde) tıbbi hata algısı boyutunda $r : .89$ ile $.90$, (ikinci faktörde) tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $r : .46$ ile $.63$, (üçüncü faktörde) tıbbi hata nedenleri boyutunda $r : .47$ ile $.63$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur .

Tablo 9. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları (n= 287)

Ölçek Alt Boyutları	Alt Boyut-Toplam Ölçek Korelasyon Katsayıları (16 madde)	
	r	p
Faktör 1. Tıbbi hata algısı	.54	.000
Faktör 2. Tıbbi hataya yaklaşım	.83	.000
Faktör 3. Tıbbi hata nedenleri	.82	.000

Tıbbi hatalarda Tutum Ölçeği'nin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları Tablo 9'da verilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, korelasyon katsayılarının $r : .54$ ile $.83$ arasında, pozitif yönde, orta düzeyde (birinci alt boyut ile toplam ölçek puanı arasında güçlü, ikinci ve üçüncü alt boyut ile toplam ölçek puanı arasında ise çok güçlü düzeyde) ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

4.3. Güvenirlik Bulguları

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin güvenirlik bulgularının değerlendirilmesinde iç tutarlılık ve test tekrar test analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

4.3.1. İç Tutarlılık

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin güvenirlik bulguları kapsamında alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 10. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (S= 287)

Ölçek ve Alt boyutları		16 Maddelik Ölçek için ∞
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

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 10'da verilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için $\infty = .75$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik sayısı, **Tıbbi hata algısı boyutunda** boyutunda .74, **Tıbbi hataya yaklaşım** boyutunda .62, **Tıbbi hata nedenleri** boyutunda ise .60 olarak bulunmuştur.

4.3.2. Test- Tekrar Test Analizleri

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin güvenilirlik bulgularının değerlendirilmesinde test tekrar test sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 11. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (S= 287)

Ölçek ve Alt Boyutları		Olası en düşük ve en yüksek ölçek puanı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ortalama \bar{X}	Standart Sapma
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Toplam Puan)		1-5	1.31	3.38	2.26	.38
Alt Boyutlar	Faktör 1. Tıbbi hata algısı	1-5	1.00	5.00	3.01	.78
	Faktör 2. Tıbbi hataya yaklaşım	1-5	1.14	3.71	2.16	.44
	Faktör 3. Tıbbi hata nedenleri	1-5	1.00	3.57	2.15	.46

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 11'de gösterilmiştir. Puanlama "1-5" aralığında olup, maddeler toplandığında elde edilen ham puan madde sayısına bölünerek ortalamalar elde edilmiştir.

Tablo 12. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları

Ölçek ve Alt Boyutları		İlk Uygulama $\bar{X} \pm SS$	İkinci Uygulama $\bar{X} \pm SS$	t*	P	r	P
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (Toplam Puan)		35.29±6.48	35.77±6.37	.912	.365	.91	.000
Alt Boyutlar	Faktör 1. Tıbbi Hata Algısı	6.32±1.52	6.17±1.51	.902	.370	.60	.000
	Faktör 2. Tıbbi Hataya Yaklaşım	14.86±3.40	15.08±3.32	1.775	.081	.84	.000
	Faktör 3. Tıbbi Hata Nedenleri	14.11±3.31	14.52±3.27	1.375	.174	.84	.000

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi: serbestlik derecesi = 64

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması ve korelasyonları Tablo 12’de verilmiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği 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.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği 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.

5. TARTIŞMA

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. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği oluşturulurken yapılan literatür incelemesi sonucunda daha önce yerli ve yabancı literatürde bu amaca yönelik olarak geliştirilen herhangi bir ölçüm aracının olmadığı anlaşıldığından, bu ölçeğin geliştirilmesine karar verilmiştir.

Bu bölümde Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesi sürecindeki geçerlik ve güvenilirlik bulguları tartışılmıştır.

5.1. Ölçeğin geçerliği

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçebilmesidir (Eser, 2007; Ercan ve Kan, 2004). Bir ölçeğin geçerliği; ölçeğin objektif, ayırtedici, kapsamlı, kolay uygulanabilir ve puanlandırılabilir olma özelliğinden etkilenir (Ergin, 1995). Ölçeğin geçerlik düzeyini belirleyen geçerlik katsayısı hesaplamasıdır ve güvenilirlik katsayılarıyla beraber yorumlanır. Geçerliği yüksek olan ölçme aracının bir dereceye kadar güvenilirliği de yüksektir. Fakat güvenilirliğin yüksek olması, aracın geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında net bilgi vermemektedir (Eser, 2007). Çünkü güvenilir olmayan bir ölçek geçerli de değildir (Tavşancıl, 2005).

5.1.1. Madde havuzunun oluşturulması

Likert ölçekler, tutumları ölçmek için kullanılan en kolay ve doğrudan bir yöntemdir (Kağıtçıbaşı, 2010). Bu ölçekler bir kişinin tek bir objeye karşı gösterdiği tutumla ilişkili olarak hazırlanmış cümle serisini içerir. Likert tipi ölçeklerde, olumlu ve olumsuz olmak üzere iki tür cümle yapısı görülmektedir (Tezbaşaran, 1997). Literatürde belirtildiği üzere tutum; bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç öğeden oluşmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2010; İnceoğlu, 2010; Tavşancıl, 2010). Ayrıca konunun temelini oluşturan tıbbi hatalara ilişkin literatür incelenmiş (Carlton, 2007; Kim ve ark., 2007; Korkmaz, 2008; Kılıç, 2009; Seren ve ark., 2010; Akalın ve

Çakmakçı, 2011) ve hekim ve hemşirelerin tutumlarını ortaya çıkarmak amacıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutta ölçek maddeleri hazırlanmıştır.

Bu çalışmada, madde havuzu oluşturulurken tutumun özellikleri dikkate alınarak olumlu ve olumsuz şekilde tıbbi hatalara ilişkin toplam 20 tutum maddesi oluşturulmuştur. Oluşturulan bu maddeler tıbbi hatalarda tutumun bilişsel ögesi ile ilgili yedi madde, tıbbi hatalarda tutumun duygusal ögesi ile ilgili beş madde ve tıbbi hatalarda tutumun davranışsal ögesi ile ilgili ise sekiz madde olmak üzere üç alt boyutta tasarlanmıştır. Oluşturulan madde havuzu kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur.

5.1.2. Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği

Ölçülmek istenilen özellik ile ölçek maddeleri arasındaki bağıntı, ölçek aracının geçerliğine ilişkindir. Ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama (kapsam geçerliği) ya da maddenin ilgili yapıyı yorma (yapı geçerliği) gücünü belirlemek amacıyla ön çalışmalar yapılmalıdır (McGartland ve ark, 2003). Bu çalışmaların başında uzman görüşü alınması gerekmektedir. Lawshe tekniğine göre; en az beş, en fazla 40 uzman görüşüne ihtiyaç vardır (Grant ve Davis, 1997; Gözüm ve Aksayan, 2003; Özgüven, 2000). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin madde havuzu kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere ekte belirtilen 19 uzman görüşüne sunularak, maddelerin ifade şeklini ve uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar maddelerin uygunluğunu değerlendirmek için, her ifadeyi 1 (uygun), 2 (değiştirilmeli), 3 (uygun değil) olarak puanlamışlardır (Tablo 4). Puanlama ve alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler yeniden gözden geçirilmiştir. Tabloda toplam 19 uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden, kapsam geçerlik oranlarının minimum değeri Veneziano ve Hooper (1997) tarafından belirtilen tabloda (0.42)'ye karşılık gelmektedir. Lawshe tekniğine göre tablodaki KGO'ların 0.42 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. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinden sonra 20 maddelik taslak ölçek 19 maddeye indirilmiştir (Tablo 5).

Taslak ölçek, örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 24 kişilik bir gruba pilot uygulama yapılarak ifadelerin anlaşılabilirliği açısından test edilmiş, alınan

geribildirimlerde herhangi bir olumsuzluk belirtilmediğinden, ölçek geliştirmenin diğer adımlarına geçilmesine karar verilmiştir.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 16 maddenin korelasyon katsayılarının $r = .31$ ile $.54$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Üç maddenin korelasyon katsayısı $.25$ altında olduğu ve kabul edilebilir düzeyde olmadığı için ölçekten çıkarılmıştır.

Madde güvenilirliği 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 (Tavşancıl, 2005; Gözüm ve Aksayan, 2003). Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, maddelerin güvenilirliği o kadar iyi olmaktadır.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin üç alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları (birinci faktörde) tıbbi hata algısı boyutunda $r = .89$ ile $.90$, (ikinci faktörde) tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $r = .46$ ile $.63$, (üçüncü faktörde) tıbbi hata nedenleri boyutunda $r = .47$ ile $.63$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur (Tablo 8).

5.1.3. Ölçeğin yapı geçerliliği

Faktör analizinin, ölçek puanlarının yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde önemli bir yeri vardır. Temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan yöntemdir (Erefe, 2002). Faktör analizinin temel amaçlarından biri değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Yani faktör analizinde değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulması amaçlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Özdamar,

2005). Faktör analizi, açıklayıcı veya doğrulayıcı olabilir (Öner, 1997; Eser, 2007; Gözüm ve Aksayan, 2003). 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" olarak tanımlanmaktadır (Eser, 2007).

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 (Akgün, 2005). Bu çalışmada, faktör analizi sonucunda 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 (Eser, 2007). Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005).

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 (Tavşancıl, 2005; Şimşek, 2007; Harrington, 2009). 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 (Şekil 3) ve belirtilen aralığa uygundur.

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler;

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 (Büyüköztürk, 2002; Akgül, 2005; Şimşek, 2007; Harrington, 2009). Ki kare uyum istatistiği beşin altında bulunduğu modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermiştir. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin ilk yapılan DFA sonuçlarına göre **bu değer; 3.06**, modifikasyon sonrasında **2.28** olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dır (Akgül, 2005; Büyüköztürk, 2002). RMSEA'nın .80'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu (Akgül, 2005; Büyüköztürk, 2002), .10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2002). SRMR'nin .10'dan küçük olması (Büyüköztürk, 2002), CFI, NNFI değerlerinin .90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin .80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Akgül, 2005; Büyüköztürk, 2002). GFI değerinin .85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Şimşek, 2007; Harrington, 2009). 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 7). Hata varyanslarında uyarılama 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 .80'in altında olması (.67) uyumun iyi olduğunu; SRMR değerinin .10'dan küçük olması (.065); CFI değerini .90'a eşit olması (.90); NNFI değerinin .90'a yakın olması (.88); GFI değerinin .85'in üstünde olması (.91); AGFI değerinin .80'in üzerinde olması (.88) uyumun olduğunu göstermiştir (Tablo 7).

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin ilk madde analizi sonucunda ölçekte kalan 16 maddelik yapısı ile madde-toplam puan analizleri tekrarlanmış ve ayrıca madde-alt boyut puanlarının toplam ölçek puan ile korelasyonları yapılmıştır (Tablo 8, Tablo 9). Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon 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 (birinci faktörde) tıbbi hata algısı boyutunda $r: .89$ ile $.90$, (ikinci faktörde) tıbbi hataya yaklaşım boyutunda $r: .46$ ile $.63$, (üçüncü faktörde) tıbbi hata nedenleri boyutunda $r: .47$ ile $.63$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur (Tablo 8). 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 (Tablo 9) ve çok iyi düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu saptanmıştır.

5.2. Ölçeğin güvenirligi

Güvenirlilik; bir ölçme aracı kullanılarak aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (Sayın ve Aksay, 2006; Ergin, 1995; Yurdagül, 2006). Güvenirlilik; değişmezlik, tutarlılık, kestirim gücü ve doğrulukla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Polit ve Hungler, 2001; Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003). Ancak değişmezlik ve tutarlılık aracın tekrarlı ölçümlerde benzer sonuçlar verme yeteneğini, doğruluk ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini ifade ettiği için güvenirlilik tanımı tüm bu özellikleri kapsamalıdır. Dolayısıyla güvenirlilik, ölçüm yanlışlarının olmaması anlamını da taşımaktadır (Erefe, 2002).

5.2.1. Ölçeğin iç 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 aracında yeterli sayılabilecek güvenirlilik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tezbaşaran,

1997; Tavşancıl, 2010). 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 (Akgül, 2005).

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .75$ 'dir. 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 11). Alt boyutların katsayıları da .60-74 arasında bulunduğundan Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin oldukça güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

5.2.2. Test-tekrar test analizi

Test- tekrar test analizi, testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005; Polit ve Beck, 2010). Bu testte birinci ölçüm ve ikinci ölçüm arasında en az iki hafta en fazla altı hafta olması (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2005) ve testin en az 30 kişi ile yapılması önerilmektedir (Tavşancıl, 2005). 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 (Aksayan ve ark, 2004; Baysal ve ark, 1996; Öner, 1997; Polit ve Beck, 2010). 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 (Tablo 12). Bu durum çok iyi düzeyde ayırt ediciliği göstermektedir.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve üç alt boyutunun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik 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 (Tablo 12). Tekrarlanan ölçümler sonrası farkın olmaması; ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu göstermiştir.

6. SONUC VE ÖNERİLER

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla yapılan araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin madde havuzu 20 maddeden oluşmuş, kapsam geçerliği analizleri ve pilot uygulama sonucunda madde sayısı 19 olarak belirlenmiştir.
- Ölçeğin yapı geçerliğinde madde toplam puan korelasyon analizi sonucunda korelasyon katsayıları .25'in altında olan üç madde taslak ölçekten çıkarılarak 16 madde olarak son şekli verilmiştir.
- Doğrulayıcı faktör analizinde faktör yükleri .30 ile .77 arasında değerler almıştır.
- Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin, üç faktörde toplandığı bulunmuş ve faktör 1; tıbbi hata algısı, faktör 2; tıbbi hataya yaklaşım, faktör 3; tıbbi hata nedenleri olarak adlandırılmıştır.
- Ölçeğin, ikinci aşamasında 16 madde ile tekrarlanan korelasyon analizinde katsayıların pozitif yönde ve çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Ölçeğin Cronbach ∞ güvenirlik katsayısı .75 oldukça güvenilir bulunmuştur.
- Yapılan test- tekrar test güvenirliği sonucunda iki ölçüm arasında pozitif yönde, güçlü ve ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca üç hafta ara ile yapılan analiz sonuç ölçümleri arasında tutarlılığın olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, literatüre yeni kazandırılan Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumunun değerlendirilmesi amacıyla kullanabilecekleri geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin geliştirilerek geçerlik ve güvenirliğinin yapıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre:

- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin daha geniş örneklem gruplarında tekrar geçerlik ve güvenirlik düzeylerinin yeniden değerlendirilmesi,
- Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kamu hastanesinde gerçekleştirilmiş olup, ölçeğin yaygınlığının artırılmasına yönelik birde çok hastanede (üniversite ve özel hastanelerde eklenerek) geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması,

- Geçerlik ve güvenirlik çalışmasının hekim ve hemşireler dışında tüm sağlık profesyonellerinin tıbbi hatalarda tutumlarının belirlemeye yönelik yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments. Journal of Empirical Legal Studies, 2007; 4: 185-222.

Akalın E. Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? Ankem Dergisi, 2004;18:12-13.

Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi, 2005; 5(3) : 141-146.

Akalın E, Çakmakçı M. Hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları anketi. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Uygulama Hataları Farkındalık Çalışması Anketi, 2011. <http://anket.uzakyakin.net/> Erişim: 20.05.2011

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". Üçüncü Baskı, Ankara, Emek ofset Lmt.Şti.,2005.

Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yaz 2007;3: 42-47.

Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, Emiroğlu ve ark., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. 3. Baskı, Aralık, 2004.

Allgemeiner Ö. Patienten Verband. 2009. www.patienten-verband.de/system.htm Erişim tarihi: 01.02.2012

Arkonaç SA, Sosyal Psikoloji. Değiştirilmiş ve Genişletilmiş 2.Baskı, İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım, 2001.

Aspden P, Corrigan J. Patient safety: achieving a new standart for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.

Aydın O. Davranış Bilimlerine Giriş. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, 10.Baskı, Eskişehir, 2009.

Barach P. The end of the beginning: lessons learned from the patient safety movement. J Leg Med, 2003;24, 7-27.

Baysal AC. Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul, 1981.

Baysal AC, Kılıçarslan E. Davranış Bilimleri. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 275, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, 1998.

Baysal AC, Tekaslan E. Davranış Bilimleri. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, 2.Baskı, İstanbul, Avcıol Basım-Yayın, 1996.

Brennan TA, Hebert LE. Hospitals characteristics associated with adverse events and substandard care. Journal of the American Medical Association, 1991; 265 (24): 3265-3269.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni, Spss Uygulamaları ve Yorumu. 2.Baskı. Pegema Yayıncılık. Ankara, 2002.

Carlton G. Nurses perception of factors leading to the discovery of potential medication administration error. ProQuest dissertations and Theses; 2007.

Clarke SP. Organizational climate and culture factors. Fitzpatrick JJ, Stone PW, Hinton-Walker P. Annual review of nursing research. Springer Publ; 2006; 258-260.

Coles J, Pryce D, Shaw C. The reporting of advance clinical incidents- achieving high quality reporting: the results of a short research study. National Patient Safety Research Programme, Birmingham, UK; University of Birmingham, 2001.

Cooper MD. Towards a model of safety culture. Safety Science, 2000.

Cozens J, Redfern N, Moss F. Confronting errors in patient safety: report on focus groups. National Patient Safety Research Programme, Birmingham, UK; University of Birmingham, 2001.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 2010. <http://www.pdrceyiz.biz/insan-davranisi-dogan-cuceloglu-t5671.html> Erişim tarihi: 12.10.2012.

Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, 2009;2,Antalya.

DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. Sage Publications, California, 2003.

Dienemann AJ. Nursing Administration: Managing Patient Care. Appleton and Lange, Stanford/ Connecticut, 1998.

Dhankhar P, Khan MM, Bagga S. Effect of medical malpractice on resource use and mortality of AMI Patients. *Journal of Empirical Legal Studies*, 2007; 4: 163-183.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004; 30(3): 211-216.

Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadı Enstitüsü Araştırma ve Yardım Vakfı, Yayın No:5, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, 1999.

Erdoğan İ. İşletmelerde Davranış. 1. Baskı, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 242, İstanbul, İşletme İktisadı Enstitüsü Yayın No: 135: 1991.

Erdoğan, İ., İşletmelerde Davranış. 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 272, İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri: 1997.

Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak Ofset, İstanbul, 2002.

Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 7. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları Eylül 2001.

Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *M.U Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1995;4: 125-148.

Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir 2007; 28-32.

Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*, 2006; 151: 39-43.

Gadd S, Collins AM. Safety culture: a review of the literature, definition of "safety culture". 1993

Garbutt J, Brownstein DR, Klein JE, Watermann A. ve ark. Reporting and disclosing medical errors, *Arch Pedi Adolescent Med*, 2007; 161: 179-85.

Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 2: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003; 5 (1):3-14.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Research in Nursing and Health, 1997; 20, 269-274.

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. 6 Nisan 2011 Sayı: 27897 Resmi Gazete. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>). Erişim tarihi: 09.10.2012

Harrington D. Confirmatory factor analysis. Oxford University Press, Newyork, USA, 2009.

Healthcare risk control (HRC). Risk analysis, culture of safety. ECRI Institute; 2005: Available from [URL:https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf](https://www.ecri.org/Documents/Patient_Safety_Center/HRC_CultureofSafety.pdf) Erişim tarihi: 14.06.2012.

Hobgood C, Hevia A, Hinchey P. Profiles in patient safety: when an error occurs. Acad Emer Med, 2004; 11 (7) : 766-70.

Hughes RG, Ortiz E. Medication errors: why they happen, and how they can be prevented. Amer J Nurs, 2005; 105 (3) : 14-20.

International Council of Nurses (ICN). Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland, 2006.

The Institute of Medicine (IOM). To Err is Human, 2000.

The Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, 2001.

İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. Beykent Üniversitesi Yayınları, 5.Baskı, İstanbul, 2010.

Joint Commission International (JCI). The International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety, 2011. <http://www.jointcommissioninternational.org/International-Essentials-for-Quality-and-Patient-Safety/> Erişim Tarihi: 16.11.2012

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO, ABD, 2003.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO. Sentinel Event Statistics, ABD, 2006.

Kağıtçıbaşı Ç. Günümüzde İnsan ve İnsanlar. Sosyal Psikolojiye Giriş, 10. Baskı, İstanbul: Evrim Basım Yayım ve Dağıtım Yayımcılık, 2010.

Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi 10. Baskı, Ankara, Nobel yayın dağıtım Ltd Şti. 2000.

Kennedy A, Littenberg B, Senders J. Using nurses and Office staff to report prescribing errors in primary care. Int J Qual Health Care, 2008; 1-8.

Kılıç H. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgilerin ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

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.

King H. Team steps, team strategies & tools to enhance performance & patient safety, AHRQ, 2007; 105-111

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Washington, DC : The National Academy Pres. 2000, <http://www.nap.edu>, <http://www.csen.com/err.pdf> Erişim tarihi:19.08.2011

Korkmaz M. Sağlık çalışanlarında delici kesici alet yaralanmaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3-9.

Köklü N. Tutumların ölçülmesi ve Likert tipi ölçeklerde kullanılan seçenekler. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1995;28 (2): 81-92.

<http://dergiler.ankara.edu.tr> Erişim tarihi: 08.10.2012.

Lowery JE. Understanding the culture shift in health care. Culture shift: A leader's guide to managing change in health care. American Hospital Publishing Inc, Chicago, 1997.

McGartland RD, Berg-Weger M, Tebb S, Lee ES. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. Social Work Reserch, 2003; 27(2) : 94-104.

Meurier CE, Vincent C.A, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 1997; 26 (1) : 111-9.

Morgan CT. Psikolojiye Giriş. Çev Sor. Sirel Karakaş, 11.Baskı, Ankara, Meteksan A.Ş. 1995.

National Patient Safety Foundation-NPSF Slips, trips and falls in hospital (3rd Report from the Patient Safety Observatory). United Kingdom. 2007, www.nrls.npsa.nhs.uk/resouces/?entryid45=59821 Erişim Tarihi:03.04.2012

National Patient Safety Foundation-NPSF. Patient safety definition. 2008. <http://www.npsf.org/rc/mp/definitions.php> Erişim:15.08.2011

Nahavandi A, Malekzadeh AR. Organizational Behavior (The Person Organizationfit). Prentice Hall, 1999; 114-115.

Oktay S, Aksayan S. 2000'e iki kala Türkiye'de hemşirelik için yasal düzenlemelere bir bakış. Hemşirelik Forumu, 1998; 1 (2): 79-80.

Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, 3. Basım, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1997.

Özgüven İE. Psikolojik Testler. Ankara, Sistem Ofset, 2000.

Özdamar, K., Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Beşinci baskı, Eskişehir, Kaan Kitabevi, 2005.

Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety, Making health care safer. AHRQ Publication, 2001.

Polit DF, Hungler BP. Principles and Methods. Fourth Edition, J.B Lippincott Company, Philadelphia, 2001.

Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Wolters Kluwer& Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, 2010.

Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmveller CG, Lubomski LH. Ve ark. Toward learning from patient safety reporting systems. Journal of Critical Care, 2006; 21: 305-315.

Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice Work&stres, 1998; 12 (3): 293-306.

Robbinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D. ve ark. Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical of medical errors. Arch Inter Med, 2002; 162: 2186-90.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 2012.

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=534> Erişim tarihi:15.04.2012.

Sayın YY, Aksoy G. Cerrahi hastası ve yakınlarının karşılanan ve gereksinim duydukları bilgi durumlarının karşılaştırılması. Ulusal Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Türk Cerrahi Derneği, Antalya, 2006; 18-24.

Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty Z. Ve ark. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient with health problems in six countries. Health Aff 2005;16:509-25

Schuerer DJ, Nast PA, Haris CB, Krauss MJ. Ve ark. A new safety event reporting system improves physician reporting in the surgical intensive care unit. J Am Coll Surg, 2006; 6: 202-205.

Serembus JF, Wolf ZR, Youngblood N. Consequences of fatal medication errors for health care providers: a secondary analysis study. Medsurg Nurs 2001; 10 (4): 193-201.

Seren Ş, Gül G, Bol P, Gerçeker B. ve ark. "Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına ilişkin algıları ve raporlama kültürü", 4. Ulusal Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 24-27 Şubat 2010; 24-38.

Sherif M, Sherif CW. Sosyal Psikolojiye Giriş 2, Çev: Mustafa Atakay ve Aysun Yılmaz. Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1996.

Skurka AM. Health Information Management. Aha Pres, Chicago, 1998.

Slonim AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital- Reported Medical Errors in Children. Offical Journal of The American Academy of Pediatrics, 2003;111:617-621.

Steers RM, Black JS. Organizational Behavior. Fifth Edition. Harper Collins Collge Publishers, 1994.

Sütlaş M. Tıbbi Yanlış Uygulama ve Mesleki Mesuliyet Sigortası Üzerine Bazı Saptamalar, 2005, <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm> Erişim tarihi: 09.10.2012

Şekercilerolu M. İnsan Kaynaklarının Etkinliğinde Örgüt Kültürünün Rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya, 2001.

Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005.

Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Cem Web Ofset, Ankara, 2007.

Şimşek MŞ, Akgemici T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. 2. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, 2001.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2010.

Tekarslan E, Şencan H, Kılınc T, Baysal AC. Davranışın Sosyal Psikolojisi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi. Yayın No: 278, İstanbul, Dönence Basım ve Yayımlar Hizmetleri: İstanbul, 2000.

Tezbaşaran A. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.

Tighe C, Woloshynowvch M, Brown R, Wears B. Incident reporting in one UK accident and emergency department. Accident Emerg Nurs 2006; 14: 27-37.

Tomey MA. Guide to Nursing Management and Leadership. Sixth Edition, Mosby Lmt, St. Louis Missouri, 2000: 382-416.

Tütüncü Ö, Küçükusta D. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. Hastane Yönetimi Dergisi, 2006; 61-68.

Tütüncü Ö, Küçükusta D, Yağcı K. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği kültürü ve bir ölçme aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, İzmir. 2007;7 (1). 519-533.

Veneziano L, Hooper J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. American Journal of Health Behavior, 1997, 21 (1): 67-70.

Walshe K, Shortell S. When things go wrong: how healthcare organizations deal with major failures. Health Aff, 2004; (23) : 103-5.

Wolf ZR, Serembus J. Responses and Concerns of Healthcare providers to Medication Errors, Clin Nurse Spec, 2000;(6), 278-287

Wong J, Beglarya B. Strategies for hospitals to improve patient safety: A Review of the Research, 2004. www.ahrq.gov. Erişim tarihi:22.08.2012.

World Health Organization (WHO). World Alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007. Geneva, Switzerland; WHO Press:2006.

World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.0 for Use in Field Testing 2007-2008 ICPS. WHO: 2007c: [cited 2008 Nov 12] Available from URL: Erişim tarihi: 18.07.2012.

http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html.

Young S. The Role of Health IT in Reducing Medical Errors and Improving Healthcare Quality & Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality: 2005. Available from URL: http://www.ehealthinitiative.org/assets/documents/Capitol_Hill Erişim Tarihi: 02.03.2012.

Yurdağül N. Paralel, Eşdeğer ve Konjirik Ölçmelerde Güvenirlik Katsayılarının Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2006; 39(1); 15-37.

8.EKLER

EK-1.

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ MADDE HAVUZU

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.Tıbbi bir hata yapılmışsa, hata yapan kişi suçsuzdur.					
2.Bir hata bildirildiği zaman objektif/anlayışlı/yapıcı olunmalıdır.					
3.Hata ve hata nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4.Tıbbi bir hatanın fark edilmesi hatayı yapan kişi için utanç vericidir					
5.Hatalar, hatayı yapan kişinin iletişim yetersizliğinden kaynaklanır.					
6.Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
7.Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
8. Hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır					
9.Eğer hata oluşmadan önlenmişse, bildirilmeyebilir.					
10. Yapılan tüm tıbbi hataların bildirilmesinden yanayım.					
11. Tıbbi hata yapan sağlık çalışanları cezalandırılmamalıdır.					
12. Uzun süreli vardiya çalışması tıbbi hataları artırır.					
13. Yaptığım hataları bildirmekten kaçınıyorum.					
14. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekler.					
15. Yapılan hatalar ve nedenleri çalışanlar arasında açıkça tartışılmalıdır.					
16. Eğer bir hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
17. Yapılan hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
18. Meydana gelen birçok hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
19. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.					
20. Yaptığım hataları bildirdiğimde duyulmasını istemem.					

EK-2.

Sayın Katılımcı,

Günümüzde tıbbi hataların, hasta ve çalışan açısından neden olduğu olumsuz sonuçlar hepimiz tarafından bilinmektedir. Bu soruna çözüm bulmak amacıyla kurumunuzdaki hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını değerlendirmek üzere aşağıda anketini bulacağınız çalışma planlanmıştır. Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Yanıtlarımız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Kurumsal anlamda önemli bir soruna ışık tutacağını düşündüğümüz bu çalışmaya verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.

Saygılarımla

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Dilek Güleç

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler

SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ SORU FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz.....

3. Mesleğiniz: Hemşire Hekim

4. Eğitim durumunuz:

Lise Ön lisans Lisans Lisans üstü/uzman

Diğer

5. Mesleğinizde çalışma süreniz:.....

6. Aynı kurumda çalışma yılınız:.....

7. Çalıştığınız birim:

8. Aynı birimde çalışma yılınız:

9. Çalışma şekliniz: Gündüz Gündüz/gece Gece

10. Haftalık çalışma saatiniz:

11. Kadro durumunuz: Sözleşmeli Kadrolu

EK-3.**TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ**

Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

EK-4

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.10.4.ISM.4.35.00.47/ 4071
ŞUBE : Kamu Yat.Ted.Kur.Şub.
KONU : Dilek GÜLEÇ'in Tez Çalışması

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir / Sağlık Müdürlüğü
Gözetim Birimi
16.09.2011 08:59:50 / 94646
KAMU YATAKLI



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgil: 13/09/2011 tarih ve 2409 sayılı yazınız.

İlgil sayılı yazınız ve ekleri Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş olup, söz konusu tez çalışmasının ilgili hastanelerimizde yapılması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Ahmet Murat IŞIL
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK-5

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Genel Evrak)
16.09.2011 08:59:20 94645
KAMU YATAKLI

SAYI : B.10.4.ISM.4.35.00.47/ 412 333
ŞUBE : Kamu Yat. Ted.Kur.Şub.
KONU : Dilek GÜLEÇ'in Tez Çalışması



**DR.SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞBAŞLIĞINA**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dilek GÜLEÇ'in "Tıbbi Hata Algıları Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Algıları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını Ekim 2011 - Şubat 2012 tarihleri arasında hastanemizde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup, bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Ahmet Murat İŞL.
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

Dağıtım:
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğt. Arg. Hast.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/22-12	Tarih:30.06.2011
	Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER 'in sorumlusu olduğu "Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Hata Algularının Belirlenmesi ve Raporlama Sisteminin Oluşturulması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açılan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zahar BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.PhD.Meltem Kınık GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK-7.

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışmayı hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla yapmaktayız. Araştırmanın ismi "**TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**" dir.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı önermekteyiz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Sağlık kurumlarında raporlamaları arttırmak için öncelikle çalışanların tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi ve buna yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Hataların raporlanması ve hata oranlarının azaltılabilmesi için sağlık çalışanlarının tıbbi hatalarda tutumlarının saptanması büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma, siz hekim ve hemşirelerin tıbbi hatalarda tutumunuzu belirlemek üzere "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin" geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada size tıbbi hatalarda tutumunuzu ölçmek için sorular sorulacaktır. Size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dilek Güleç tarafından anket soruları size yöneltilecektir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığınızda aşağıdaki kişiyle irtibat kurabilirsiniz.

Adı Soyadı: DİLEK GÜLEÇ

İş telefonu: 0232 878 75 75 / 1116

Cep telefonu: 0505 4548719

Adres: Kemalpaşa Devlet Hastanesi /İzmir

KATILIMCININ İMZASI

EK-8.**VERİ TOPLAMA ARACININ HAZIRLANMASINDA ALINAN UZMAN GÖRÜŞLERİ**

Uzmanlar	Uzmanların Bağlı Olduğu Kurumlar	Uzmanların Bölümleri
Prof.Dr. Gülseren Kocaman	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Prof.Dr. Hülya Okumuş	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr.Şeyda Seren İntepeler*	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Doç.Dr. Ahmet Emin Erbaycu	Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Göğüs Hastalıkları Uzmanı Başhekim
Yard.Doç.Dr. Hatice Mert	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Özlem Bilik	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Aklime Dicle	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Nurcan Uysal	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Serap Altuntaş	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Serap Sökmen	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Yard.Doç.Dr. Murat Bektaş	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Araş.Gör.Dr. Hatice Şen	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Öğr.Gör. Havva Aslan Yürümezoğlu	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Uzman Ali Çakır	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü	Şube Müdürü
Uzman Hemşire Ecem Yaprak	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Başhemşire Yardımcısı
Uzman Hemşire Aysun Ünal	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Sorumlu Hemşire
Zehra Çapa	Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hastanesi	Klinik Hemşire
Dilek Yağız Soydemir	Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi
Uzman Özge Hazneci	Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Klinik Psikolog

*Tez Danışmanı

EK-9

DİLEK GÜLEÇ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :DİLEK GÜLEÇ
Doğum Yeri : BALIKESİR
Doğum Tarihi :16.11.1978
Uyruğu :T.C.
Medeni Hali : Bekar
Adresi : Kemalpaşa Devlet Hastanesi
Telefon : (232) 878 75 75 Dahili : 1116
E-posta : dgulec.11@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

2010-2012 :Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim A.B Dalı Y.L.
Öğrencisi
2001-2006 :Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
1994-1997 :Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümü

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

2012- :Kemalpaşa Devlet Hastanesi /Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
2008-2012 :Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi/ Eğitim Hemşiresi
2001-2008 : Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi/ Klinik Hemşiresi
2001-2001 :Ayvalık Devlet Hastanesi
1999-2001 :Elazığ Hankendi Sağlık Ocağı