

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**DUYGUSAL ZEKÂNIN
HASTA MERKEZLİ BAKIM ALGISINA ETKİSİ:
HASTA PERSPEKTİFİNDEN BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Ceyda ATAÇ
ORCID-ID: 0000-0003-1814-796X**

**Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
ORCID-ID: 0000-0001-6055-6826**

ŞUBAT – 2024

Ceyda ATAÇ tarafından hazırlanan “Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakım Algısına Etkisi: Hasta Perspektifinden Bir Araştırma” başlıklı bu tez, 26/01/2024 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ

Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Ceyda ATAÇ
Öğrenci Numarası	:	Y219047003
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakım Algısına Etkisi: Hasta Perspektifinden Bir Araştırma
Benzerlik Oranı	:	% 19
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. 08 / 01 / 2024 Ceyda ATAÇ		
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbtez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. / / 20.... İmza Danışman		
Uygundur Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Tarih: 08 / 01 / 2024 İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı
EYK Tarih ve No: / / 20.... -		

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen, motive eden, ilgisini ve bilgisini benden esirgemeyen, değerli görüşlerini ve tavsiyelerini paylaşan, birçok alanda tecrübe etme imkanı sunarak akademik kariyerime ışık tutan, üzerimde emeği çok olan kıymetli danışman hocam sayın Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a,

Akademik kariyerimin başlamasına vesile olan ve her zaman bana inanan Dr. Öğr. Üyesi Sinan TARSUSLU hocama ve eğitim hayatım boyunca bende emeği olan tüm değerli hocalarıma,

Beni bu günlere getiren, en yoğun dönemlerimde dualarıyla beni rahatlatan kıymetlim annem Kaşife ATAÇ'a, attığım her adım da arkamda olan babam İrfan ATAÇ'a, eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği çok olan her zaman yanımda olup desteğini hissettiğim canım ablam Funda ATAÇ ve abim Fatih ATAÇ'a,

Her konuda bana yardımcı olmaya çalışan birlikte birçok sorunun üstesinden geldiğimiz kuzenim Büşra KARAKAYA ve en stresli zamanlarımda beni motive eden sevgili arkadaşlarıma,

Hayallerime giden bu güzel yolcuğumda bana inanan, destek veren, güzel dileklerde bulunan tüm sevdiklerime sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ceyda ATAÇ

26.01.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar	iv
ŞEKİLLER	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1. DUYGUSAL ZEKÂ.....	6
-----------------------------	---

1.1. Duygusal Zeka Kavramı.....	6
1.2. Duygusal Zekânın Önemi.....	8
1.3. Duygusal Zekâ Boyutları.....	10
1.3.1. Kendi Duygularının Farkında Olma	11
1.3.2. Sosyal Farkındalık (Empati)	11
1.3.3. Sosyal Beceriler	12
1.3.4. Strese Dayanıklılık (Tolerans)	13
1.3.5. Mutluluk.....	14
1.4. Duygusal Zekâ Modelleri	15
1.4.1. Mayer ve Salovey Duygusal Zekâ Modeli.....	15
1.4.2. Bar-On Duygusal Zekâ Modeli	17
1.4.3. Daniel Goleman Duygusal Zekâ Modeli	19
1.4.4. Cooper ve Sawaf'ın Duygusal Zekâ Modeli.....	22
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekânın Önemi.....	24

BÖLÜM 2. HASTA MERKEZLİ BAKIM.....	27
------------------------------------	----

2.1. Hasta Merkezlilik	27
2.2. Hasta Merkezli Bakım	27
2.3. Hasta Merkezli Bakımın Olumlu Yönleri	31
2.4. Hasta Merkezli Bakımın Olumsuz Yönleri	34
2.5. Hasta Merkezli Bakım Önündeki Engeller.....	35
2.6. Hasta Merkezli Bakım Modelleri	37
2.6.1. Picker Enstitüsü Modeli	38
2.6.2. Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli	39
2.6.3. Planetree Modeli	40
2.7. Hasta Merkezli Bakımın Boyutları.....	41

2.7.1. Hasta Perspektifine Saygı Duymak.....	41
2.7.2. Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek.....	43
2.7.3. Hasta Konforu Sağlamak	46
2.7.4. Hasta Haklarını Savunmak.....	46
2.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Merkezli Bakım Algısının Önemi	48
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	50
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
3.2. Veri Toplama Araçları.....	51
3.3. Veri Toplama Süreci.....	51
3.4. Araştırmanın Kısıtları	52
3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler	52
3.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	55
BÖLÜM 4. BULGULAR	57
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	57
4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	57
4.3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Analizleri	59
4.4. Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Arasındaki İlişki	65
4.5. Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakıma Etkisi	68
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKÇA	79
EKLER.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	100

KISALTMALAR

ACSQHC	: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
EQ	: Emotional Quotient
HMB	: Hasta Merkezli Bakım
IQ	: Intelligence Quotient
PCC	: Patient Centered Care
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization



TABLÖLAR

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekâ ile İlgili Araştırmalar.....	53
Tablo 2: Ölçeklere İlişkin Normal Dağılım Testi Bulguları.....	56
Tablo 3: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=500)	57
Tablo 4: 5’li Likert Ölçekte Aritmetik Ortalamaların Değerlendirme Aralığı	57
Tablo 5: Güvenilirlik Analizi ve Tanımlayıcı İstatistikler.....	58
Tablo 6: Cinsiyete Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi	59
Tablo 7: Yaş Gruplarına Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi	60
Tablo 8: Eğitim Durumuna Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi	62
Tablo 9: Gelir Durumuna Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi	64
Tablo 10: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Hipotezleri Kabul Durumu	65
Tablo 11: Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım İlişkisi.....	67
Tablo 12: Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakıma Etkisi	68
Tablo 13: Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – I	69
Tablo 14: Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – II.....	71
Tablo 15: Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – III	72
Tablo 16: Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – IV	73

ŞEKİLLER

Şekil 1: Araştırma Modeli	55
---------------------------------	----



ÖZET

Ataç, C. (2023). *Duygusal zekânın hasta merkezli bakım algısına etkisi: hasta perspektifinden bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi.

Bireylerin yaşam başarısının entelektüel zekâdan ziyade duyguları anlama ve kontrol etme becerisine bağlı olduğu öne süren duygusal zekâ; kişinin düşünme ve davranışlarına rehberlik etmek ve çevresel talep ve baskılarla başa çıkmak için kendisinin ve başkalarının duygularını tanımasını, ifade etmesini, anlamasını ve değerlendirmesini sağlayan bir dizi yetenektir. Literatürde sağlık hizmetlerinde duygusal zekânın rolüne ilişkin çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalarda duygusal zekânın hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, iş tatmini, performans ve hasta merkezli bakım gibi konulara etkisi ele alınmaktadır. Literatürde sağlık profesyoneli perspektifinde duygusal zekâ konusu ele alan oldukça fazla çalışma bulunmaktadır. Buna karşın, hasta perspektifinde duygusal zekâ konusu ele alan çalışma sınırlıdır. Diğer taraftan hasta merkezli bakım konusunda çalışmalar da çoğunlukla sağlık profesyoneli perspektifindedir. Hasta perspektifinde duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ilişkisini ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmanın amacı hasta perspektifinde duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ilişkisini incelemektir.

Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Pekaar, Bakker, Linden ve Born (2017) tarafından geliştirilen ve Tanrıoğlu ve Türker (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan “Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeği” ile Cramm ve Nieboer (2018) tarafından geliştirilen ve Kırılmaz, Ataç, Erdoğan ve Arslanoğlu (2023) tarafından Türkçeye uyarlanan “Hasta Merkezli Bakım Ölçeği” kullanılmıştır. Ayrıca anket setine katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerini öğrenebilmek adına Kişisel Bilgi Formu eklenmiştir. Çalışmanın evrenini Sakarya ilinde yaşayan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışma araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 500 kişi örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, fark analizleri (independent samples t-test ve tek yönlü varyans analizi), korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, bireylerin duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algıları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlara göre, duygusal zekânın hasta merkezli bakım, hasta tercihleri, fiziksel konfor, bakım koordinasyonu, süreklilik ve geçiş, duygusal destek, bakıma erişim, bilgi ve eğitim ve aile ve arkadaşlara etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı ve gelir durumuna göre duygusal zekâ alt boyutları arasında farklılık söz konusudur. Katılımcıların eğitim durumuna göre ise hasta merkezli bakım alt boyutları arasında farklılık vardır. Sonuç olarak, bireylerin duygusal zekâ düzeyleri hasta merkezli bakım algılarını pozitif yönde etkilemektedir. Hastaların kendi duygularını ve başkalarının duygularını değerlendirebilmeleri ve kontrol edebilmeleri neticesinde, sağlık kurumlarından ve profesyonellerinden hizmeti sunumunda hasta merkezli bakım yaklaşımına öncelik verilmesini beklemelerine yol açmaktadır. Böylelikle hasta beklentilerinin karşılanacağı, hasta memnuniyetinin ve sağlık hizmeti kalitesinin artacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Zekâ, Hasta Merkezli Bakım, Sağlık Hizmeti, Hasta

ABSTRACT

Ataç, C. (2023). *The effect of emotional intelligence on the perception of patient-centered care: a study from a patient's perspective* (Unpublished master's thesis). Sakarya University.

Emotional intelligence, which suggests that individuals' life success depends on the ability to understand and control emotions rather than intellectual intelligence, is a set of abilities that enable individuals to recognize, express, understand, and evaluate their own and others' emotions to guide their thinking and behavior and to cope with environmental demands and pressures. In the literature, there are studies on the role of emotional intelligence in health services. These studies discuss the effects of emotional intelligence on patient satisfaction, service quality, job satisfaction, performance, and patient-centered care. In the literature, several studies are addressing emotional intelligence from the perspective of health professionals. On the other hand, studies on emotional intelligence from the patient's perspective are limited. On the other hand, studies on patient-centered care are mostly from the perspective of health professionals. No study addresses the relationship between emotional intelligence and patient-centered care from the patient's perspective. Therefore, the study aims to examine the relationship between emotional intelligence and patient-centered care from the patient's perspective.

A quantitative research method was used in the study. The questionnaire method was preferred as a data collection tool. The questionnaire consists of three parts. "Rotterdam Emotional Intelligence Scale" developed by Pekaar, Bakker, Linden ve Born (2017) and adapted into Turkish by Tanrıöğen and Türker (2019), and "Patient-Centered Care Scale" developed by Cramm and Nieboer (2018) and adapted into Turkish by Kırılmaz, Ataç, Erdoğan ve Arslanoğlu (2023) were used. In addition, a personal information form was added to the questionnaire set to learn the socio-demographic characteristics of the participants such as gender, age, education, and income level. The population of the study consisted of individuals over the age of 18 living in Sakarya province. The study was carried out in a sample of 500 people who voluntarily agreed to participate in the research. Descriptive statistics, reliability analysis, difference analysis (independent samples t-test and one-way analysis of variance), correlation analysis, and regression analysis were used to analyze the data obtained.

According to the findings of the study, it was determined that there was a positive, moderate relationship between individuals' emotional intelligence levels and their perceptions of patient-centered care. According to the results of this study, the models revealing the effect of emotional intelligence on patient-centered care, patient preferences, physical comfort, care coordination, continuity and transition, emotional support, access to care, information and education, and family and friends are significant and positive. There is a difference between the emotional intelligence sub-dimensions according to the gender, age, and income status of the participants. There is a difference between the sub-dimensions of patient-centered care according to the educational status of the participants. As a result, individuals' emotional intelligence levels positively affect their perceptions of patient-centered care. As a result of patients' ability to evaluate and control their own emotions and the emotions of others, they expect health institutions and professionals to prioritize a patient-centered care approach in service delivery. Thus, it is predicted that patient expectations will be provided, and patient satisfaction and health service quality will increase.

Keywords: Emotional Intelligence, Patient-Centered Care, Health Care, Patient

GİRİŞ

Son yıllardaki çalışmalar hasta hekim etkileşiminde hekimin duygusal zekâsının önemine vurgu yapmaktadır. Mayer ve Salovey (1990), duygusal zekânın, sosyal zekânın bir tipi olduğunu ve kişinin kendisinin ve başkalarının hislerini ve duygularını denetleme, bunları birbirinden ayırma ve bu bilgileri, düşünce ve davranışlarında rehber olarak kullanabilme yeteneği olarak tarif etmişlerdir (Jordan vd., 2002). Mayer ve Salovey (1990) yaptıkları çalışmaları daha da ileriye götürerek duygusal zekânın, duyguların anlamını fark edebilme kabiliyetine dayandığını ve problem çözmenin temelini oluşturduğunu ifade etmişlerdir.

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan değişimler ile hekim merkezli yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma geçilmektedir. Hasta merkezli bakım, hastanın bakış açısına, değerlerine, sağlık durumuna ve kişisel tercihlerine saygı göstermeye odaklı yeni bir uygulama ve bakım aracıdır (Bankert vd., 2014). Sağlık hizmeti sunumunda hasta merkezli bakım; hasta önceliklerinin ve seçimlerinin hem kurumsal hem de profesyonel düzeydeki bakımın sağlanmasında merkezde olması gerektiğini vurgulamaktadır (McCormack vd., 2015; Ogden vd., 2017). Odağında insan olan sağlık sektöründe hastaların tanı, tedavi, klinik işlemler ve bakım sürecine dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Hasta ve hekimin ortak karar alması sonucunda hasta memnuniyetine olumlu katkı sağlayacağı, tedavi ve bakım süreçlerinde ortaya çıkan gereksiz tanı ve testlerin ortadan kaldırılarak sağlık hizmeti alımındaki maliyet ve eşitsizlikleri azaltacağı, bakım kalitesi artırılarak sağlığın gelişimine katkı sağlanacağı ve toplumda sağlık okuryazarlığının artacağı öngörülmektedir. Bu faydalara duygusal zekâyâ sahip bireyler ile erişilebileceği düşünülmektedir.

Bir sağlık personeli, fikir ve duygularını diğer bireylere rahatlıkla ifade edebiliyorsa, bireylere eleştiri yapabiliyor fakat bu durumdan kimse alınmıyorsa, kurum içerisinde ortak çalışma ve birlik olma duygusu var ise, personel girişken olabiliyor ve destekleniyor ise, yani kurum içinde “biz” havası var ise işte o zaman o kurumun duygusal zekâ kavramına uygun çalıştığı ifade edilmektedir. Duygusal zekâ kavramı, bireyin kendisini ve diğer insanları anlayabilmenin bir yoludur. Bireyler arası ilişkiler kurumlar için, bilinç özelliklerden daha çok önem arz etmektedir. Günümüzdeki kurumların yönetim anlayışlarında kişisel yetenekler ve başarılar değil, ortak çalışma yetenekleri ve başarıları önemli hale gelmektedir. Ekip içerisinde ortak çalışmanın, kazanım sonuçlu ve verim

odaklı olabilmesinin yolu da, kurum içi çalışanların duygusal zekâyâ sahip olmaları ile yakından ilişkilendirilmektedir. Her şeyden önce hizmet sektörlerindeki çalışanların hedefleri, hasta bireylere en iyi şekilde zamanında ihtiyaçları doğrultusunda uygun hizmeti sağlama ve sağlık hizmetinin devamlı birebir iletişimi gerekli kılması nedeni ile, sağlık hizmet sektöründe duygusal zekânın hakim olması ve yenilenmesine fazlası ile ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Kılıç vd., 2007).

Sağlık hizmeti veren kurumların, farklı yapıda olmaları, yoğun iş yükü altında çalışmaları; alanında uzman, birbirinden farklı yeteneklere sahip ekip çalışmasına önem veren sağlık çalışanlarının var olması, rekabet yoğunluğu ve sağlık hizmetinin hayati önem arz etmesi sebebiyle, duygusal zekâ görüşünün fonksiyonu açısından en çok önem verilmesi gerekli olan kurumların başında gelmektedir (Goleman, 1995).

Hasta merkezli bakım, hizmetlerin iyileştirilmesi amacı ile sağlık hizmetini talep edenler ile hizmeti sunanlar arasında anlaşmaya ve etkili iletişime dayalı çok yönlü bir kavramdır (Mockford, 2012). Hastaların ve toplumun katılımı, hizmet sürecinden finansman ile ilgili kararlara kadar sağlık hizmetinin birçok alanında kullanılan önemli bir bileşendir (Fraenkel, 2013; Légaré vd., 2007). Hasta merkezli bakım algısına sahip düşünce tarzı ile hastalar ve aile bireylerinin karar verme sürecinde aktif rol almaları, hastaların sağlık sorunlarına yönelik en uygun tedavi ve bakım hizmetine ulaşmalarını sağlayarak sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde uygun davranışları sergileyebilmelerine olanak tanımaktadır (Şahin ve İğde-Artıran, 2014).

Sağlık kurumları için hastaların memnuniyetini belirleyen ve kararlara katılımlarını sağlayan hasta merkezli bakım algısı gibi yaklaşımların kurumlar tarafından benimsenmesi organizasyonlarda gelişimi açık rekabet avantajı elde etmeyi sağlar ve sağlık sistemlerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık kurumları için kaynakların en önemlisi vasıflı insan gücüdür. Sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım algısını benimsemeleri hastaları memnun etmek için önemlidir. Geçmişten günümüze önemi giderek artan hasta memnuniyet düzeyi ve her hastanın ayrı bir vaka olarak değerlendirilmesi, teknolojik gelişmeler ile birlikte artış gösteren sağlık okuryazarlığının sağlık çalışanlarında gelişime açık olmalarına sebep olmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinde kalitenin elde edilmesindeki temel faktör olan hasta memnuniyeti kavramına yönelik hizmet sunmaları gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Sağlık kurumlarına başvuran hasta bireylerin sağlık durumlarına yönelik tedavi süreçlerine katılarak söz sahibi olmaları kabul görülen bir yaklaşımdır. Hastaların sağlık kurumlarına başvurmaları ile sağlık durumları hakkında verilecek kararlara dahil edilmeleri, sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırırken sağlık kuruluşuna, çalışanlarına ve topluma fayda sağlayarak sağlık sistemlerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Kalite kavramının unsuru olan hasta merkezli bakım yaklaşımı, sağlık hizmetinin sunulmasında kalitenin önemli ölçütü olan hasta memnuniyetine değer katarken sağlık sistemlerinin gelişmesine de fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Rekabetin var olduğu sağlık sektöründe rekabet avantajı sağlayabilmek için sağlık kurumlarında hasta merkezli bakım algısına yönelik hizmet vermeleri gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Bu çalışmada, duygusal zekâ düzeyinin hasta merkezli bakım algısına etkisi belirlenmeye çalışılmaktadır. Tez temelde dört ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde, duygusal zekâ ile ilgili kavramsal çerçeve ortaya konarak, duygusal zekâ boyutları, duygusal zekânın önemi, duygusal zekâ modelleri ve sağlık hizmetlerinde duygusal zekânın önemi üzerinde durulmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise, hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım kavramları ele alınarak, hasta merkezli bakımın olumlu-olumsuz yönleri, önündeki engeller açıklanarak hasta merkezli bakım modelleri ve boyutları ve sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakım algısının önemi üzerinde durulmaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, çalışma ile ilgili evren ve örneklem, veri toplama araçları, çalışmanın modeli ve hipotezleri, veri analiz yöntemleri, çalışmada kullanılan ölçekler ile ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, araştırmanın bulguları sunulmuştur. Bu bölümde elde edilen verilere, istatistiksel analizlere ve değerlendirmelere yer verilmektedir. Bireylerin duygusal zekâ düzeylerinin hasta merkezli bakım algısına etkilerinin belirlenmesi ve bu etkilerin hangi yönde olduğunun incelenmesi amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Çalışmanın sonuç ve öneriler bölümünde ise çalışmanın bulguları literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmaktadır. Bu tartışmalar ve tezin sonuçlarından yararlanılarak araştırmacılara, sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmanın Amacı, Problemi ve Soruları

Bu çalışmanın amacı, Sakarya ilinde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin duygusal zekâ düzeylerinin hasta merkezli bakım algısına etkilerinin belirlenmesi ve bu etkilerin hangi yönde olduğunun incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada; bireylerin günlük hayatının her alanında önemli bir yeri olan psikolojik olarak davranışlara olumlu etkisi olan ve birçok araştırmada konu olan duygusal zekâ kavramı üzerinde durulmuştur. Bireylerin yaşamları boyunca almış oldukları sağlık hizmetinde büyük bir öneme sahip olan hasta merkezli bakım kavramı hakkında kavramsal çalışma yapılmıştır. Bireylerin duygusal zekâ düzeylerinin hasta merkezli bakım algısına etkileri araştırılmak istenmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalışmada öncelikle kapsamlı ve sistematik bir yaklaşımla literatür incelemesi gerçekleştirilmiş ve bu inceleme sonucunda cevaplanma gereği ortaya çıkan aşağıdaki dört temel soruya cevap aranması öngörülmüştür:

1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre duygusal zekâ düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta merkezli bakım algıları farklılaşmakta mıdır?
3. Duygusal zekâ düzeyi ile hasta merkezli bakım algısı arasında anlamlı ilişki var mıdır?
4. Duygusal zekâ düzeyinin hasta merkezli bakım algısı üzerinde anlamlı etkisi var mıdır?

Çalışmanın Önemi

Duygusal zekâ literatürüne bakıldığında bu konuda yapılan çalışmaların fazla olmasına karşın sağlık sektöründe hasta merkezli bakımı kapsayıcı nitelikte olanların sayıca az olduğu görülmektedir. Hasta merkezli bakım literatürüne bakıldığında ise duygusal zekâyı nazaran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Hasta merkezli yaklaşım konusunda özellikle bireylerde duygusal zekâyı kapsayan çalışmaların sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda hasta merkezli yaklaşım ve duygusal zekâyı beraber ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konu ile ilgili herhangi bir çalışma ile karşılaşılması konunun özgünlüğünü artırmaktadır. Bu sebeple çalışmanın, duygusal zekânın hasta merkezli bakıma etkisine dair var olan boşluğu doldurarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan Türkiye’de gerek hasta merkezli bakım, gerekse duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ilişkisini hasta

perspektifinde ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanamaması, bu çalışmanın özgün yanını oluşturmaktadır.

Çalışmanın Yöntemi

Araştırmada tanımlayıcı araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırma verileri, Sakarya il sınırları içerisinde bulunan 18 yaş üstü bireylerden anket yöntemiyle elde edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla Pekaar, Bakker, Linden ve Born (2017) tarafından geliştirilen ve Tanrıöğen ve Türker (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan “Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeği” ile Cramm ve Nieboer (2018) tarafından geliştirilen ve Kırılmaz, Ataç, Erdoğan ve Arslanoğlu (2023) tarafından Türkçeye uyarlanan “Hasta Merkezli Bakım Ölçeği” kullanılmıştır. Ayrıca katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerini öğrenebilmek adına Kişisel Bilgi Formu da ankete eklenmiştir. Uygulama alanındaki deneklerin verdikleri cevaplardan elde edilen veriler araştırmanın amacı doğrultusunda IBM SPSS 22 paket programı, tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, fark analizleri (independent samples t-test ve tek yönlü varyans analizi), korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmanın Kısıtları

Çalışma, Sakarya il sınırları içerisinde bulunan 18 yaş üstü bireylere yapılmıştır. Bu nedenle elde edilecek sonuçlar diğer illerde bulunan bireyler için genellenemez. Zamanın kısıtlı ve maddi imkânların sınırlı olması sebebiyle daha geniş çaplı bir örneklem grubuna araştırma yapma imkânı bulunamamıştır. Araştırma sonuçları 17 Şubat – 15 Mayıs 2023 tarihleri arasında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve son altı ay içinde herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet almış olan 18 yaş üstü bireylerin anket formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtlar esas alınarak oluşturulmuştur.

BÖLÜM 1. DUYGUSAL ZEKÂ

1.1. Duygusal Zekâ Kavramı

Sağlık hizmetleri günümüzde, hasta bireylerin hissettikleri duygulara ve sağlık durumlarına odaklanmaksızın, sadece sorunları giderecek bilişim sistemlerine odaklanmaktadır (Illich, 2011). Bu sistemde hekimler, teşhis ve tedavi sürecini belirleyen ve uygulayan sistemin etkin parçası olmaksızın belirlenmiş süreçlere etkisi olmayan teknik uygulayıcılara dönüşmüşlerdir (Sönmez, 2011). Bu anlayış çözümsel, bölücü, ayırt edici bir bakış açısına sahiptir ve bu düşünceye göre sağlık kuruluşuna başvuran hasta bireyler müşteri olarak sınıflandırılmaktadır. Fakat hasta bireyler müşteri olarak algılandığında, duygusal hassasiyet boyutu, hastalığa yönelik şifa beklentisi göz ardı edilir. Sunulan hizmetten faydalanmayı arzu eden, irade sahibi, karar alma durumunda söz sahibi ve bu hizmeti almak için maddi güce sahip bir bireymiş gibi algılanmaktadır. Halbuki sağlık sisteminin sunmuş olduğu hizmetin alıcıları bu özelliklere sahip bireyler değildir (Atilla vd., 2013).

Bu kavram karışıklığını önleyebilmenin yolu, hasta bireyin duygu durumunun göz ardı edilmemesidir. Hasta birey, bir bütün olarak görülmesi gereken, fiziksel bütünlüğünden daha fazlasını ifade eden bir yapıya sahiptir. Etkileşime açık, bulaşıcı duygulara sahip bireylerdir. Bundan dolayı bireylere bütüncül yaklaşılması gerekmektedir. Sağlık hizmetini talep eden bireylerin, sağlıklı bireylere göre hizmet gereksinimleri durumu özelleştirmektedir. Hasta bireylere bu perspektiften bakabilmek, memnuniyeti sağlamak için önemli bir şarttır. Hastaları memnun etmek sağlık hizmetini geliştiren bir kriterdir. Çünkü memnuniyet duyan hastalar tedavi sürecinde hekimlerini dinler, sağlıklarını olumsuz etkileyecek durumlar için ikazları dikkate alarak, buna uygun davranmaktadırlar. Sağlık çalışanlarına karşı sadakatli davranmaktadırlar. Güven duygusu geliştiği için iyileşme süreçleri kısa sürede tamamlanabilmektedir (Atilla vd., 2013).

Merhamet, empati ve benzeri duygusal yeteneklerin belirgin olduğu başka bir ifade ile duygusal zekânın hakim olduğu ilgi hastaları memnun etmek için yeterli olabilmektedir. Hasta sağlık meslek mensubuna ait değil ise, bilgi asimetrisi nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi bilgilerini test etme konusunda yetersiz kalabilmektedir. Almış olduğu hizmeti değerlendirebilmek için gerekli olan malzeme ise duygusal zekânın kapsamına

girmektedir. Başka bir ifade ile sağlık hizmeti alan hastayı memnun etmenin yolu, duygusal zekâdır (Atilla vd., 2013).

Zekâ genel anlamda öğrenme, kavrayabilme ve beklenmedik olaylarla başa çıkabilme, bireyin çevreye uyumu ve çevresindeki kişilerle ilişki kurma yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Acar, 2002). Diğer bir tanıma göre zekâ, basit bilgiye sahip olduktan sonra var olan bilgileri her durumda kullanma yeteneği olarak ifade edilmektedir (Lam ve Kirby, 2002). Zekâ, mantıksal ve benzeri süreçler ile duygusal süreçleri de içermektedir (Budak, 2014; Öner, 1996).

Zekâ ve duygu kavramlarından oluşan duygusal zekâ, insanın düşünme yeteneğini tanımlamaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2013). Duygusal zekâ'nın teorik alt yapısını Thorndike'nin (1920) meydana çıkardığı sosyal zekâ modeli oluşturmaktadır. Sosyal zekâ modeline göre zekâ, farklı niteliklere sahip insanları anlayabilme ve bilinçli bir şekilde davranma olarak tanımlanmıştır (Goleman, 2016). Duygusal zekâ modeline göre bireylerin diğer bireylerin duygularını anlayabilme ve algılayabilme becerisi genel zekâsından farklı bir niteliktir. Thorndike, sosyal zekâ kavramını duygusal zekânın tanımına yakın bir yapı oluşturmuştur (Thorndike, 1920). Thorndike zekânın mekanik, soyut ve sosyal olarak üç ana yapıdan var olduğunu ifade etmiştir. Mekanik zekâyı, mekanizmaları anlayabilme ve yönetebilme becerisi; soyut zekâyı, düşünce ve sembolleri anlama ve yönetebilme becerisi; sosyal zekâyı ise bireyleri anlayabilme ve yönetebilme becerisi olarak tanımlamıştır (Newsome vd., 2000). Literatürde duygusal zekâ kavramının; sosyal zekânın bir alt dalı olarak kişinin kendi zekâsının farkında olması ve diğer kişisel becerilerinin bilincinde olması (Wong ve Law, 2002) duyguların tanınması ve onların ilişkileri altında yatan neden-sonuç ilişkisinin anlaşılması; soyut durumları en az sürede ve doğru bir şekilde kavrama yeteneği (Güney, 2013) olarak tanımlandığı görülmektedir.

Duygusal zekâ, ilk olarak 1990 yılında Salovey ve Mayer tarafından diğer bireylerin sahip oldukları duyguları ve hissettiklerini anlama yeteneği şeklinde ifade edilmiştir (Cumming, 2005). Mayer ve diğerlerinin (2004) gerçekleştirdikleri çalışmada duygusal zekâ; düşünceleri ortaya koymak için duygular ile ilgili akıl yürütebilme kapasitesi olarak ifade edilmiştir. Bu çerçevede duygusal zekâ; kişinin kendisinin ve diğer bireylerin hissettiği duyguları doğru şekilde izah edebilmesi (Lyons ve Schnider, 2005) düşüncelerini gözlemleyerek farkında olması, anlayabilmesi, doğru şekilde değerlendirebilmesi, elde ettiği bilgiyi etkin bir şekilde yönetebilmesi, birinin düşünce ve

davranışlarında rehberlik etme amacıyla verileri yönetebilme yeteneğidir (Faguy, 2012; Goleman, 2016; Mayer ve Salovey, 1993; Robbins vd., 2013). Başka bir tanıma göre duygusal zekâ; bireylerin kendilerini ve diğer bireylerin hissettiği duyguları denetleme ve davranışlarında kullanabilme becerisidir (Baltaş, 2006; Cumming, 2005).

Duygusal zekâ insani temastır (Atilla vd., 2013). Empati kurabilme becerisi, pozitif düşünme, motivasyon artırma, iyi niyet, ahlaki ve vicdani düşünceye sahip olma ve özgüven duygusunu geliştirme olanağı tanıyan ilişkileri yönetebilme, kısa ve uzun vadeli amaçlara tutkuyla bağlanma ve dürüstlük gibi yetenekler duygusal zekâ kavramının bileşenlerini oluşturmaktadır (Doğan ve Demiral, 2007; Dulewicz ve Higgs, 1999; Tuğrul, 1999).

Duygu ve düşüncelerini anlamlandırabilen, duygusal değişimine müdahale edip kontrol sağlayan, engellemelere karşı direnebilen, sağlıklı ruh halinde olan, negatif hislerini pozitif hislere nasıl dönüştüreceğini bilen, yaşamdan keyif alan, farklı koşullarda kolay adapte olabilen ve insanlar ile etkili iletişim kurabilen bireyler duygusal zekâsı gelişmiş bireyler olarak kabul edilmektedir (Akbolat ve Işık, 2012; Aslan, 2013; Atilla vd., 2013; Barut, 2019; Karakaş ve Küçüköğlu, 2011; Shamsaei vd., 2017).

1.2. Duygusal Zekânın Önemi

Bilişsel yeteneklerle ölçülebilen zekâ (intelligence quotient - IQ) kavramı, başarılı olan insanlar için ana güç kaynağı olarak düşünülmektedir. Ancak kişilerin hayat boyu her alanda başarılı olabilmeleri için yalnızca IQ'nun yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Bunun üzerine bilim insanlarının yapmış oldukları araştırmalar neticesinde duygusal zekâ (emotional quotient - EQ) kavramı keşfedilmiştir. “Intelligence Quotient” sözcüklerinin baş harflerini temsil eden IQ, Türkçe ifadesiyle “Entelektüel Zekâ”; bireyin beyin fonksiyonları ile işlem yapabilmek aynı zamanda mantık yürütebilmek için kapasiteyi ölçmeye karşı uyarlanmış bir sistem olarak kullanılmaktadır (Logilife, 2008). Her ne kadar, ileri düzeyde entelektüel zekâ (intelligence quotient) sahibi olmak, kültür düzeyinde ve eğitim sürecinde önem verilen bir husus olsa da; entelektüel zekâ (intelligence quotient), bazı zamanlarda bireylerin hissettikleri duyguları ve düşünceleri tanımlamakta eksik kalmaktadır. Benzer entelektüel zekâ'ya (intelligence quotient) sahip bireylerin, benzeri işlerde farklı başarı elde etmelerinin nedeni, bu gerçeğin en önemli göstergelerindendir.

1980 yılından günümüze kadar, birey psikolojisi ve beyni üzerine yapılan tetkiklerin, kişisel duyguların düşüncelere etkisini meydana getirmesiyle; bireylerin sosyal ve duygusal zekâ seviyeleri değerlendirildiğinde, entelektüel zekâ (intelligence quotient) göre yeni bir fikir olan emotional quotient kavramı ortaya çıkmıştır (Stein ve Book, 2003). Intelligence quotient kavramından yola çıkılarak, adına “Emotional Quotient”, yani Türkçe ifade edilişi ile “Entelektüel Zekâ” olarak bilinen ve literatürde “Duygusal Zekâ” olarak tanımlanan emotional quotient özetle; duygusal işaretleri ve bilgiyi anlama ve yönetme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Robbins ve Judge, 2012). Sanayi Devrimi ile başlayan teknolojik gelişmeler ile birlikte küreselleşme kavramı ve akabinde çalışma hayatından günlük yaşama yansıyan “sürekli iyileştirme” ilkesinin gereği, Duygusal Zekâ (emotional quotient) kavramının gün geçtikçe daha fazla ehemmiyet arz ettiği ifade edilmektedir (Lanser, 2000). Konu ile alakalı var olan çalışmalar, duygusal zekânın; bireysel gelişimi ve ilerlemesi ile birlikte çalışma başarısı üstünde mühim bir faktöre sahip olduğunu göstermektedir. Bu çıkarıma örnek çalışmalar arasında Franklin Roosevelt’ten Bill Clinton’a on bir Amerikan başkanının başarı ve başarısızlıkları arasında toplam beş özellik (iletişim, politik yetenek, vizyon, bilişsel tarz ve duygusal zekâ) üzerinden irdeleyerek analiz edildiği ve çalışma sonunda, başarılı olanlar ve başarısız olanlar arasında ki ana farkın duygusal zekâ olduğu ifade edilmektedir (Greenstein, 2001).

Entelektüel zekâ ile duygusal zekâ birbirlerine karşıt değil, birbirinden ayrı yeteneklerdir. IQ bireyin zekâ fonksiyonlarını değerlendirmekte, buna karşılık EQ bireyin duygusal sentez, tespit ve fonksiyonlarını ortaya koymaktadır (Doğan, 2005; Goleman, 1995). Bireylerin duygusal zekâ düzeyleri doğuştan kalıtsal olarak tayin edilmediği gibi, gelişimi de çocukluk dönemlerinde gerçekleşmemektedir. Her insanda bilişsel zekâ ve duygusal zekânın değişik bir birleşimi bulunmaktadır. Genetik olarak sabit olan IQ’nun aksine, duygusal zekânın sonradan kazanılma olasılığı yüksek olabilmektedir (Yüksel, 2006). Duygusal zekâ kavramı, son zamanlarda pek çok çalışmada yer almış sosyal bilimler ve psikoloji biliminde ise popüler bir kavram haline gelmiştir (Doğan ve Şahin, 2007). Duygusal zekâ hem bireylere hem de topluma özgü bir kavramdır. Farklı kültürlerden oluşan toplumdaki bireylerin de kendilerine özgü duygusal zekâları bulunmaktadır (Kılıç vd., 2007). Bireyler öğrenme ve öğrenerek gelişmeye açık varlıklar olduğundan toplum içi uyumu sağlamaktadırlar (Aydınatan, 2009).

Yatırımlarını kendileri için yapan bireyler hayat boyu her alanda başarı elde etmektedirler. Amaç ve hedeflerine ulaşmak için sadece mantıksal düşünceye sahip olma değil, aynı zamanda belirli düzeyde duygusal zekâya da sahip olmaları gerekmektedir (Arslan vd., 2013). İleri düzeyde duygusal zekâya sahip bireyler, duygusal zekâsı düşük olan bireylere göre hayatlarında daha başarılı olmaktadır (Doğan ve Demiral, 2007). Çevresindeki insanların duygu, düşünce, istek ve beklentilerine önem veren (Altay, 2011; Güllüce ve İşcan, 2010), buna göre davranışlarını şekillendiren bireyler karşılıklı anlaşma sağlamış olurlar (Kılıç vd., 2007).

Bilişsel yetenekler ile duyguları birlikte ele almayı amaçlayan duygusal zekâ; bireylerin sahip olduğu duyguları ve diğer bireylerin duygularını doğru şekilde tanımlayabilme, kolayca anlaşabilme, gerektiğinde kendi kendilerini motive edebilme, kişilerarası ilişkilerinde anlayışlı olma, duygularını yönetebilme ve empati kurabilme yeteneklerini öğreterek duygusal zekâ yeterlilikleri bakımından bireyleri olumlu yönde etkilemektedir (Güney, 2013). Bu nedenle duygusal zekânın cazibesi; bireylerin günlük hayatta çalışma performansını, yaşam doyumunu, tatmin olma durumunu ve çevresindeki insanlara karşı pozitif etki yaratmasını etkilediği gibi aynı zamanda duygularla ilgili yeteneklerinin de etkili olduğu önemli bir unsurdur (Cote ve Miners, 2006; Doğan ve Demiral, 2007).

Bireyler problem çözme odaklı oldukları zaman, duygusal zekânın önemi anlaşılmaktadır. Sorunlar karşısında duygularını etkin kullanabilen bireyler, kendilerinin ve başkalarının duygularını anlayabilme ya da ilgili duyguyu keşfedebilmektedirler (Demir, 2010). Olumsuz durumlar meydana geldiğinde duygusal zekâya sahip bireyler, negatif duygularını yansıtmak yerine duygularını gizleyerek kendilerinden beklenen şekilde davranma, zorluklarla mücadeleden vazgeçmeme, gelişen yeni koşullara uyum sağlama, empatik olma gibi beceriler sayesinde hayatlarını kolaylaştırarak engelleri aşabilmektedirler (Onay, 2011). Duygusal zekâ, bireylerin davranışlarını yönlendiren önemli bir kavramdır (Güllüce ve İşcan, 2010; Yeniçeri vd., 2015). Bu nedenle, geçmişten bugüne kadar önemli bir kavram olarak kabul edilen duygusal zekâ kavramı, gelecekte de önemini koruyacağı öngörülmektedir (Doğan ve Şahin, 2007; Oğan ve Toy, 2017; Yelkikalan, 2006).

1.3. Duygusal Zekâ Boyutları

Literatür incelendiğinde “kendi duygularının farkında olma (öz bilinç)”, “sosyal yeterlilik”, “strese dayanıklılık (tolerans)” ve son olarak “mutluluk” boyutları altında

duygusal zekânın ele alındığı görülmektedir (Bacanlı, 1999; Eren, 2015; Goleman, 2002; Kılınç, 2019).

1.3.1. Kendi Duygularının Farkında Olma

Var olan bir duruma karşı veya o anda ne hissedildiğinin farkında olabilmek duygusal zekânın temelini oluşturmaktadır (Goleman, 1995). Kişinin sahip olduğu duyguları tanınması, güçlü yönlerini ve zayıf yönlerinin farkında olması, iç dünyasında hissettiklerinin bilincinde olması, sınırlarının farkında olması, karar vermede yol gösterici olarak kullanıp doğru tercih yapabilmesi, sahip olduklarının ve kendi yeteneklerinin bilincinde olması anlamını kastetmektedir (Gülbüz ve Yüksel, 2008; Mumcuoğlu, 2002). Bu sayede bireyler sağlam temellere dayanan özgüvene sahip olurlar (Budak, 2014).

Duygularını gizlemeden özgürce yaşayan bireylerin, ruh hallerinin bilincinde oldukları ifade edilmektedir. Bu sebeple birden farklı durumda sağlıklı kararlar alabilir, daha özgün davranabilirler, sınırlarının farkında olup buna göre davranış sergilemektedirler ve pozitif düşünce yapısına sahip olabilmektedirler (Albrecht, 2006; Cherniss, 2000; Goleman, 1995; Tuğrul, 1999). Yüksek düzeyde duygusal zekâyâ sahip olan kişiler, kendi kişilik özelliklerine benzer olan insanları doğrudan etkileyeceğinin farkındadırlar, özel ve meslekî yaşamlarını kendileri için kolaylaştırmaktadırlar (Konrad ve Hendl, 2001), zamanla toplumdaki bireylerin davranışları ve tutumlarını kendilerine uygun yönlendireceklerdir (Eren, 2015; Erdoğan, 2008; Grunberg vd., 2020; Kılınç vd., 2021; Weisinger, 1998).

Kişinin özeleştiri yaparak kendini değerlendirmesi, güçlü ve zayıf yönlerini fark edebilmesi mühim bir konudur. Hissettiği duyguların ve sergilediği davranışların farkında olan kişi, başkalarının da kendisine yönelik yapılan yargılamalarını fark eder yapılan eleştiriler doğrultusunda kendilerini geliştirme fırsatı olarak görüp hareketlerinde ve tutumlarında olumlu düzeltmeler yapar (Eren, 2015; Weisinger, 1998).

1.3.2. Sosyal Farkındalık (Empati)

Duygusal zekânın diğer bir unsuru ise empatidir (Aslan, 2008; Gerits vd., 2005). Empati; bireyin, hem kendi hem de diğer bireylerin de duygularını fark edebilmesi, aynı duygu ve görüşe sahip olmasa da saygı duyması, olaylara verdiği tepkileri, motivasyonlarını anlaması, olaylara onların gözünden bakabilmesi ve yargılamadan içselleştirmesi becerisidir (Budak, 2014; Elias ve Mocer, 2012; Grunberg vd., 2020). Bireyler her

koşulda yargılanmadan anlaşılmak ve anlaşılacak ister. Toplumda birlik ve beraberliğin sağlanması için sosyal farkındalığa ihtiyaç vardır. Bu farkındalığa sahip bireyler kişisel ve grupsal farklı statülerde yer alan insanlarla bir araya gelerek etkili iletişim kurabilirler.

Empati becerisine sahip bireyler başkalarını mutlu eden durumları, istek ve ihtiyaçlarını anlamaya karşı daha hassastırlar. İyi bir dinleyici olmalarının yanı sıra, sezgileri kuvvetli ve konuşmaları tutarlı bireylerdir (Eren, 2015; Kılıç vd., 2007). Empati üzerine kurulu ilişkilerde bireyler yaşanan her olaydan kendilerine de olumlu olumsuz pay çıkarmaktadır. Bir işin başarılması sonucu kazanılan ödülü de, yapılan bir hata neticesinde verilen cezayı da üstlenmektedirler (Altay, 2011). Bu nedenle empati duygusuna sahip olma karşılıklı gelişime olanak sağlamaktadır.

1.3.3. Sosyal Beceriler

Duygusal zekânın boyutlarından biri olan sosyal beceri, diğer insanlar ile etkili iletişim kurabilmeyi ifade etmektedir (Cherniss, 2000; Kılıç vd., 2007; Onay ve Uğur, 2011). Kurulan ilişkilerde karşı tarafın hissettiği duyguları anlayabilmek, doğru analiz edebilmek, sağlıklı iletişim kurabilmek, ortaya çıkan problemlere çözüm üretebilmek ve bu becerileri toplum için kullanmak sosyal beceridir (Budak, 2014).

Sosyal beceriler büyük kitlelere hitap edebilme ve söz sahibi olabilmenin temelidir (Cherniss, 2000; Onay ve Uğur, 2011). Sosyal becerilere sahip olan kişiler, bir konuya özgü düşüncelerini açıklayıp diğer insanları etkileyerek görüş birliği sağlayıp kendilerine destek oluşturmaktadırlar (Başaran, 2004; Goleman, 1995; Kılıç vd., 2007). Sosyal becerilerin hemfikir olma, liderlik vasfı kazanma, çatışma ve etkili iletişim, değişime açık olma gibi birden fazla alt boyutu vardır. Sosyal becerileri yüksek olan bireyler, insanlar arasında sınıf ayrımı yapmayan, ortaya çıkan engelleri aşabilmek için çaba gösteren, değişime ve yeniliğe olumlu bakan, karşılaştıkları engelleri aşmak için mücadele eden bireylerdir (Cherniss, 2000; Eren, 2015; Kılıç vd., 2021).

Duygusal ve sosyal becerileri gelişmiş birey duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve aynı zamanda diğer bireylerin duygularını da doğru bir şekilde anlayabilen bireyler, hayatta daha mutlu olabilmekte, çalışma hayatında üretken yapıya sahip olabilmekte ve insanlar ile etkili iletişim kurabilmektedirler. Duygusal zekâ ve sosyal becerilere sahip olmayan bireyler ise, olumsuz duygu durumuna sahip olabilmekte, çalışma hayatında odaklanma ve stres ile başa çıkabilmede sorun yaşayabilmekte ve insan ilişkilerinde

başarısız olabilmektedirler. Bundan dolayı sosyal beceriler duygusal zekâ boyutlarının bir sonucudur (Goleman, 1995; Kılıç vd., 2007).

1.3.4. Strese Dayanıklılık (Tolerans)

Strese dayanıklılık veya diğer bir ifadeyle tolerans; bireyin gün içerisinde karşılaştığı stresli, gergin ve üzücü durumlarda ve ortamlarda sakin kalabilme, baskın duyguları olgun bir şekilde kontrol edebilme, dirayetli olma, tolerans gösterme, ani ve olumsuz tepkilerden kaçınma, fevri hareket etmeme, duygularını bilinçli bir şekilde kontrol altına alma, sıkıntılı durumlarda mutlu ve huzurlu kalma, duygularını pozitif yönlendirme becerisidir (Eren, 2015; Mumcuoğlu, 2002). Günümüzde her bireyin olumsuz olarak etkilendiği stres, hayatın vazgeçilemez bir gerçeğidir. (Sahin, 1998). Stres, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyerek meydana gelen bir olay olarak ifade edildiği gibi, bireye has ve özel olan bireysel bütünlüğü tehdit eden unsur olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2013).

Stres belirtileri fiziksel, duygusal, ruhsal ve davranışsal olarak dört sınıfa ayrılır. Stresin fiziki boyuttaki semptomları baş ağrısı, kalp çarpıntısı ve sindirim sorunları; duygusal boyutta belirtileri tahammülsüzlük ve öfkelenme, depresyon ve genel bir gayretsizlik; ruhsal boyuttaki semptomlarından birkaçı, stres durumunda anımsamakta güçlük çekme, karar verme yeteneğinde başarısızlık ve yanlış kararlar alma; davranışsal boyuttaki belirtileri ise uyku düzeninde bozukluk, sağlığı olumsuz etkileyecek olumsuz alışkanlıklar edinmek stres semptomlarında bulunmaktadır (Altuntaş, 2003). Strese maruz kalmanın neden olduğu olayların hissettirdiği duygu ve psikolojik dürtü bireyi oldukça huzursuz etmektedir ve bu rahatsızlık bireyi stresin neden olduğu olumsuz etkilerden korunmak için harekete geçirmeye teşvik eder. Bireyin stresini meydana getiren olaylarla mücadele etme durumunda stresle baş edebilme denir (Atkinson vd., 1996).

Stres ile baş edebilmek kişinin bilişsel ve davranışsal uğraşları ile mümkün olmaktadır. Stres ile başa çıkma sürecine yönelik iki önemli görüş gündeme getirilmiştir. İlk görüşe göre başa çıkma davranışı bireysel bilgi sürecinden geçerek değerlendirilir. Bu nedenle başa çıkma bilişsel bir süreçtir. İkinci görüşe göre ise, birey stresli duruma yönelik aktif olarak bir şeyler yapmaya çalışmakta ya da durumu duygusal bir şekilde ele alarak daha pasif bir tarzda stres kaynağının tehdit derecesini azaltma yoluna gitmektedir (Folkman ve Lazarus, 1988; Özbay ve Şahin, 1997). Çevresel faktörlerin katkısı, aile bireylerinin

tutumlu davranmaları ve ekonomik seviyeleri kişilerin stres durumlarında rehber olarak baş edebilmek için kullanacakları uygun stratejilerin niteliğini belirleyen özellikte olabilmektedir (Anderson, 1988; Aysan, 1988). Çalışma hayatında ve sosyal hayatta daha aktif olan bireyler, yapmış oldukları işlerden ve katılmış oldukları sosyal faaliyetlerden zevk alanlar, gelecekle ilgili olumlu beklenti içinde olanlar, kişiliklerinde hoşgörü, anlayış ve esneklik faktörünü bulunduranlar ve yakın çevreleriyle olumlu duygusal ilişki içinde bulunan bireyler strese daha dirençli olmakta ve sağlıklı yaşamayı başarabilmektedirler (Baltaş ve Baltaş, 2013).

1.3.5. Mutluluk

Duygusal zekânın en önemli unsurlarından birisi de mutluluktur. Mutluluk, bireyin kendisinden ve başkalarından memnun olması, bu duyguyu hissederek aynı zamanda dışarıya da yansıtabilme yetisidir (Budak, 2014). Mutluluk, yaşamın bilişsel ve duyuşsal açıdan değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Buna göre bireyin neşe, gurur, güven, heyecan gibi olumlu duyguları sık yaşaması; öfke, korku, kaygı, nefret gibi olumsuz duyguları az yaşaması ve yaşamın çeşitli alanlarından (aile, iş, kariyer vs.) yüksek doyum alması mutlu olduğunun göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Argyle vd., 1989; Diener, 1984; Lyubomirsky, 2007).

Mutluluk, bireylerin yaşam kalitesinde önemli rol oynayan, yaşama dair öznel algılardan oluşmaktadır (Alver vd., 2010). Mutluluk duygusuna sahip olmak, mutlu bir duruşu yaşam boyunca devam ettirmeyi sağlamaktadır (Tarhan, 2006). Bireyler mutlu hissedebilmek için, kendilerini iyi hissettikleri hobileri ve eylemleri keşfedip yapabilmeli, hayattan zevk alabilmek için karşılaştıkları olumsuz koşullara rağmen kendilerine mutlu olabilecek ortamları yaratabilmeli bu sayede uzun süreli mutluluğu elde edebilmelidirler. Mutlu kişiler hayata karşı pozitif bakabilen, iyimser, neşeli ve kolay memnun olabilen bireylerdir. Bu kişiler çevrelerindeki kişilere uyum sağlayarak huzurlu bir ortam yaratmış olurlar (Eren, 2015).

Mutluluk; bireyin sağlığını koruma açısından önemli bir durumdur (Cohen, 2002), bireylerin daha çok yaşamdan beklentilerine (Joubert, 1992) ve doyum almalarına katkı sağlamaktadır. Bundan dolayı mutluluğun araştırılması çoğu araştırmacı için önemli hale gelmiştir. Mutluluk bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı ile ilişkilidir (Seligman, 2002). Mutluluğun bireyi pozitif yönde etkilediği konusunda görüş birliği sağlanmış olsa da; bireyi mutlu edenin ne olduğu, bireylerin nasıl mutlu olduğu

konusunda görüş birliği sağlanamamıştır. Bunun nedeni toplumdaki her bireyin görüş ve düşüncelerinin farklı olması nedeniyle bireylerin mutluluğa bakış açılarının değişkenlik gösterebilmesidir (Diener vd., 1995; Ryff ve Keyes, 1995; Veenhoven, 1991). Mutluluk ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde mutluluk düzeyi yüksek olan bireylerin mutluluk düzeyi düşük olan bireylere göre daha sağlıklı oldukları, hayattan daha fazla doyum aldıkları, yaratıcılık becerilerinin yüksek olduğu, toplumdaki diğer bireyler ile iletişimde ve duygusal ilişkilerde (Diener ve Seligman, 2002; Lyubomirsky vd., 2005) ise mutluluk düzeyi düşük bireylere göre daha başarılı oldukları sonucuna ulaşılmaktadır.

1.4. Duygusal Zekâ Modelleri

Duygusal zekâ modelleri, yetenek tabanlı (ability based) ve karma model (mixed) olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Duygusal zekâ kavramına yönelik tanımlar ve geliştirilen modeller yetenek temelli veya yetenek ve kişilik özellikleri aynı kategoride sınıflandırılmıştır. Bu çerçevede duygusal zekâ konusunda farklı modeller geliştirilmiştir (Gürbüz ve Yüksel, 2008). Yetenek üzerine kurulu model, duygusal bilgileri kullanma becerisini gösteren zekâ türü, duygusal zekâ olarak ifade edilmektedir. Karma model ise beceri unsurlarını ve bireysel nitelikleri bir arada ele almaktadır. İki ana gruba ayrılan duygusal zekâ modeli üzerinde Mayer ve Salovey'in oluşturdukları model (Mayer ve Salovey, 1990) yetenek tabanlı (ability based) duygusal zekâ modelini, Bar-On, (Bar-On, 2003) Daniel Goleman (Goleman, 1998) ve Cooper ve Sawaf'ın (Cooper ve Sawaf, 2010) ortaya koydukları modeller ise duygusal zekânın karma (mixed) modelini oluşturmaktadır (Mayer vd., 2000).

1.4.1. Mayer ve Salovey Duygusal Zekâ Modeli

Mayer ve Salovey (1990), duygusal zekâyı, sosyal zekânın bir dalı olduğunu vurgulamaktadır. Bireyin kendisi ve diğer bireylerin hissettiği duyguları doğru olarak algılamak ve kontrol edebilmek, bu duyguları birbirlerinden ayırt edebilmek ve elde edilen bilgileri, düşünce ve davranışlarda yol gösterici olarak kullanabilme becerisi olarak ifade edilmektedir (Jordan vd., 2002).

Mayer ve Salovey'in oluşturduğu model dört temel boyuttan oluşmaktadır. Modelin ilk boyutu bireyin duygularını algılama, değerlendirme ve ifade etmesidir. Modelin ikinci boyutu hissedilen duyguları kullanabilmektir. Modelin üçüncü boyutu duyguları anlamak

ve muhakeme edebilmektir. Modelin dördüncü ve son boyutu ise bireyin duygularını yönetebilmesi ve düzenleyebilmesidir (Gürbüz ve Yüksel, 2008).

Mayer ve Salovey'in ortaya koyduğu modelin ilk boyutu, duyguları algılayabilme, değerlendirebilme ve ifade edebilme boyutudur. Bireyin hem kendisinin hem de diğer bireylerin hissettiği duyguları algılaması, anlamlandırabilmesi için hisleri doğru bir şekilde tanımlaması gerekmektedir. Duygusal algılama, kişinin jest ve mimiklerinden, objelerden, olaylara karşı verilen tepkilerden esas duyguyu anlamaktır. Bireyler ne derece duygusal algılama yeteneğine sahip olursa, toplum içinde duygusal etkileşimin bulunduğu ortamlarda o kadar hazır cevap olabilmektedirler. Duygu analizinde elde edilen bilgilerin karar vermede kullanılabilmesi için hem somut hem soyut durumları anlama becerisine sahip olunması gereklidir (Mayer vd., 1997). Bireyin hissettiği duygular hayat standartlarından, aile yaşantısından, kişilik ve karakter özelliklerinden, sosyal çevresinden ipuçları vermektedir. Bundan dolayı bir duygu birçok anlam ifade etmektedir. Toplum içinde bireyler arasında etkili iletişim sağlamak için, karşılıklı olarak duyguların net bir şekilde ifade edilmesi gereklidir (Caruso ve Salovey, 2007).

Mayer ve Salovey'in ortaya koyduğu modelin ikinci boyutu duyguların kullanımınıdır. Birey yaşamı boyunca karşılaştığı sorunlarla mücadele ederken duygularının nasıl katkı sağladığını veya düşünme sürecinde bilinçaltına nasıl etki yarattığını içeren boyuttur. Duygular düşünme sürecini hem pozitif hem de negatif olarak etkileyebilmektedirler. Farklı ruh hallerinde olan iki birey aynı olaya farklı tepkiler verebilmektedir. Benzer veya aynı olaya farklı tepkilerin altında yatan neden, kişilerin bakış açılarının aynı olmamasıdır (Mayer vd., 1997).

Bireyler düşüncelerini davranışlarına yansıtabilmek için sahip oldukları duyguları analiz etmeleri gerekmektedir. Söz konusu analiz neticesinde olumlu duygular kadar olumsuz duygular da hissedilmektedir. Bireyler sahip oldukları duygular ile değerlendirmeleri neticesinde eski tecrübelerinden de faydalanıp verdikleri karara göre harekete geçebilirler. Bu boyut, diğer boyutlara göre bilişsel özellikler ile daha çok ilgilidir (Mayer vd., 2000).

Mayer ve Salovey'in ortaya koyduğu modelin üçüncü boyutu duyguları anlama ve duygularla muhakeme etmedir. Duyguları anlama ve duygularla muhakeme etme boyutu kişinin sahip olduğu karışık duyguları kavrama, duygu geçişini tanımlayabilme ve duygusal bilgiyle değerlendirme becerisine dayanmaktadır (Lam ve Kirby, 2002;

Newsome vd., 2000; Stys ve Brown 2004). Duygusal zekâ seviyesi yüksek olan kişiler duygularını seçebilme, değişen ruh halini ve olası duygu değişimini anlayabilme yeteneğine sahiptir. Aynı anda birden farklı duyguların bilinçli bir şekilde hissedilmesi duygusal zekâ düzeyi yüksek bireylerin niteliğidir (Mayer vd., 1997). Bireyin hissettiği duyguyu kavraması ve davranışlarına yansıtabilmesi için duygularını sınıflandırması ve aralarında ilişki kurması gerekmektedir. Bu yetenek duyguyu tanımlamaktan daha güçtür. Bunun nedeni ise hissedilen duygunun oluşma süreci ve nedeninin belirsiz olmasıdır (Mayer vd., 2000).

Mayer ve Salovey'in ortaya koyduğu modelin dördüncü ve son boyutu ise duyguları düzenleme ve yönetmedir. Duyguları yönetme, sorunlar karşısında çeşitli duygu durumlarını kontrol edebilme ve bunlar arasında mantıksal olarak etkili olanı seçip davranışa yansıtmaktadır. Duygularını yönetebilen bireyler, duygu ve davranış ayrımını yapabilmektedir. Bu bireyler olaylara karşı sergileyecekleri davranışların etkisini ölçebilmek için duygularını detaylıca düşünmektedirler. Duygusal zekâ seviyesi yüksek bireyler, gözlemleri neticesinde negatif duyguları kontrol ederek olumlu duygular yaratıp diğer bireylerin de duygularını kontrol edebilmektedirler (Mayer vd., 1997). Duygularına şeffaf bakamayan bireyler, hissettiklerini de algılarına göre şekillendirirler. Bireyler, kendileri ve başkalarının duygularını düzenleyebilmek ve yönetebilmek için hissedilen esas duyguyu keşfetmeleri gerekmektedir. Kendi duygularını ve diğer insanların duygularını yönetebilen bireyler, olumsuz duyguları ortadan kaldırıp olumlu duygulara çevirebilirler (Mayer vd., 2000).

1.4.2. Bar-On Duygusal Zekâ Modeli

Duygusal zekânın yapısını araştıran ünlü insanlardan biri de “duygusal bölüm” (emotional quotient) terimini ilk kez kullanan Reuven Bar-On’dur. Farklı görüşe sahip olan Bar-On, duygusal zekâyı bireyin kendisini ve diğer bireyleri anlayabilme, etkili iletişimi sağlayabilme, ani gelişen durumlarla baş edebilme, sorunlara yönelik çözüm üretebilme ve çevresel istekleri karşılayabilme becerisi olarak ifade edilmiştir (Bar-On, 2003; Stys ve Brown, 2004).

Bar-On duygusal zekâ modeli, karma tabanlı duygusal-sosyal zekâ olarak ifade edilmiştir. Duygusal ve sosyal zekâ, kişinin kendisinin ve diğer bireylerin hissettiği duyguları anlama ve ifade etme, sorunlarla baş edebilme yeterliliğine sahip olmaktır. Bu yeterlilik bireyin kendini tanıması, güçlü ve zayıf yönlerini bilmesi, duygularını ifade

edebilmesinden kaynaklanmaktadır. Duygusal ve sosyal zekâyâ sahip olan bireyler, motivasyon ve iyimser bakış açısı ile kişisel gelişime, sosyal ilişkilere ve çevresel faktörlere adapte olma sürecini başarılı ve etkili bir şekilde yönetmektedir (Bar-On, 2006).

Bar-On duygusal zekâyı, birey içi yeterlilikler (kişisel farkındalık), bireyler arası yeterlilikler (kişiler arası ilişkiler), uyum becerileri (şartlara ve çevreye uyum), stres yönetimi ve genel ruh hali olarak beş temel boyutta incelemektedir (Mayer vd., 1997).

Bar-On'un ortaya koyduğu duygusal zekâ modelinin ilk boyutu olan birey içi yeterlilikler (kişisel farkındalık) boyutu, bireyin kendi iç dünyasını ifade edebilmesi, var olan duygu ve davranışlarının bilincinde olması ve yönetebilmesini ifade etmektedir. Birey içi yeterlilikler boyutunun alt boyutları ise farkındalık, dışa vurum, bağımsızlık, kendini gerçekleştirme ve kendine saygı (özsaygı) bileşenlerinden oluşmaktadır. Bu bileşenlere sahip olan bireyler kendileri ile barışık, hayata iyimser bakış açısı ile bakmaktadırlar. Kişisel farkındalığı yüksek bireyler, diğer bireylere göre kendi duygu ve düşüncelerinde daha bilinçli ve ifade etmekte daha özgürdürler (Bar-On, 2003).

Bar-On'un ortaya koyduğu duygusal zekâ modelinin ikinci boyutu, bireyler arası yeterlilikler (kişiler arası ilişkiler) boyutudur. Bu boyut bireylerin empati kurarak toplum içindeki bireylere karşı etkili iletişim kurma becerilerini ifade etmektedir (Bar-On, 2003). Bireyler arası yeterlilikler boyutu empati, sosyal sorumluluk bilincine sahip olabilme ve bireyler arasında etkili iletişim kurabilme becerilerinden oluşmaktadır. Empati duygusuna sahip bireyler, diğerlerinin sergiledikleri duyguların nedenini anlayarak yapmış oldukları davranışlara karşı anlayışla yaklaşmaktadırlar (Mumcuoğlu, 2002).

Bar-On'un ortaya koyduğu duygusal zekâ modelinin üçüncü boyutu uyum becerileri (şartlara ve çevreye uyum) boyutudur. Beklenmedik durumlar ortaya çıktığında, kişinin çevreden gelen talepleri karşılayabilme, değişen koşullara yönelik esnek olabilme ve sorunlara yönelik çözüm üretebilme becerileri bu boyutu oluşturmaktadır (Mumcuoğlu, 2002). Uyum becerileri boyutu gerçeklik testi, esnek olma ve problem çözme öğelerinden oluşmaktadır. Uyum becerilerine sahip kişiler, esnek gerçekçi ve etkin bir şekilde hayatın her alanında karşılaştıkları sorunlara yönelik stratejiler geliştirerek problemin nedenine ulaşip uygun çözüm yolları üretirler (Bar-On, 2003).

Bar-On'un ortaya koyduğu duygusal zekâ modelinin dördüncü boyutu stres yönetimidir. Kişinin çalışma ortamında strese karşı kendini koruması ve en az etkilenecek şekilde

tolerans gösterme becerisini ifade etmektedir (Mumcuoğlu, 2002). Stres yönetimi boyutu strese dayanıklılık ve dürtü kontrolü öğelerinden oluşmaktadır. Bu becerilere sahip bireyler motivasyonlarını düşürmeden, profesyonelce stresle baş edebilirler (Bar-On, 2003).

Bar-On'un ortaya koyduğu duygusal zekâ modelinin beşinci ve son boyutu ise genel ruh hali boyutudur. İnsanları kendi doğrularına göre değiştirmeye çabalamak yerine, her bireyi olduğu gibi kabul ederek yaşanan her andan keyif alma durumunu ifade etmektedir. Genel ruh hali boyutu iyimserlik ve mutluluk bileşenlerinden oluşmaktadır. Genel ruh hali iyimser olan kişiler hayattan zevk alarak, neşeli ve mutlu bir yaşam sürerler. Stresle başa çıkabilmek, iç motivasyon, problemlere çözüm üretebilmek ve diğer bireylerle sağlıklı ilişkiler kurabilmek için bu boyut birleştirici bir faktördür (Bar-On, 2003).

1.4.3. Daniel Goleman Duygusal Zekâ Modeli

Goleman başarılı bir hayat için duygusal zekânın gerekliliğini savunmuştur (Goleman, 1995). Goleman, Mayer ve Salovey'in yetenek tabanlı modelini örnek alarak karma tabanlı duygusal zekâ modelini geliştirmiştir. Duygusal yeterlilik, çalışma hayatına olumlu etkisi olan, duygusal zekâyâ dayanan ve sonradan kazanılan bir yetenektir. Duygusal zekâ seviyesi bu yetenekleri öğrenme potansiyelini belirler ve duygusal yeterlilik düzeyi ise çalışma performansına ne kadar yansıtıldığını gösterir. Mayer ve Salovey'in yetenek tabanlı modelinden farklı olarak karma tabanlı model olmasının nedeni, zihinsel yetenekler ile birlikte kişisel yetenekleri de içerisinde barındırmasıdır (Goleman, 1998).

Karma duygusal zekâ modeli kişisel yeterlilik ve sosyal yeterlilik olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Kişisel yeterlilik boyutu öz bilinç (duygusal bilinç, öz değerlendirme, özgüven), kendine yön verme (öz denetim, güvenilirlik, vicdanlılık, uyumluluk, yenilikçilik) ve motivasyon (başarma güdüsü, bağlılık, inisiyatif, iyimserlik) alt boyutlarından oluşmaktadır. İkinci boyut olan sosyal yeterlilik boyutu ise, empati (bireyleri anlama, gelişime açık olma, hizmet etmeye meyilli olma, çeşitlilikten faydalanma ve politik bilinç) ve sosyal beceriler (etki, iletişim, çatışma yönetimi, lider olma, değişim katalizörlüğü, bağ kurmak, işbirliği ve dayanışma, takım becerileri) alt boyutlarından oluşmaktadır (Mayer vd., 2000).

Kişisel yeterlilik boyutunun ilk alt boyutu öz bilinçtir. Bireyin benliğinin farkında olması, kendi duygularını bilmesi ve öz değerlendirme yapabilmesidir. Bu bireyler özgüven sahibi olurlar. Öz bilinç becerisine sahip olma, karar verme sürecinde bireylere yol gösterici olarak doğru karar almalarını sağlamaktadır (Goleman, 1998). Duygusal bilinç, öz değerlendirme ve özgüven alt boyutlarından oluşmaktadır. Kişinin hissettiği duyguların farkında olması, doğru bir şekilde yorumlayabilmesi duygusal zekânın diğer alanlarında da başarılı olmasına neden olmaktadır (Goleman, 1998).

Duygusal bilinç, bireyin hissettiği duyguları tanımlayabilip, düşünce ve davranışlarına ne derece yansıdığını anlaması, karar süreçlerinde duygularından yol haritası olarak yararlanabilmesi ve hissettiği duygular ile şekillenen davranışların da çevresinde bulunan insanları etkilemesinin ilk adımıdır. Bu etkileşimin farkında olmak duygusal yeterliliktir. Öz değerlendirme, kişinin sahip olduğu içsel varlıkları, güçlü yönleri, yetenekleri ve sınırının farkına varmasıdır. Bu yeteneğe sahip kişiler üstünlüklerini ve zayıflıklarını bilmektedirler. Eleştiriye açık olan bu bireyler tecrübelerinden yararlanarak kişisel olarak kendilerini geliştirmektedirler. Özgüven, kişinin kendine güvenmesi, sahip olduğu yeteneklerinin farkında olması ve bunun sayesinde kendini güçlü hissetmesidir. Bu bireyler toplum içinde sivrilerek kendinden emin duruşları ile göz önünde olurlar (Goleman, 1998; Goleman vd., 2002).

Kişisel yeterlilik boyutunun ikinci alt boyutu kendine yön verme boyutudur. Ani gelişen durumlara karşı olumsuz tepkileri kontrol edebilme, duygu değişimini yönetebilme becerisidir. Bireyler duygularını yöneterek yaşamlarını kolaylaştırır, hayattan keyif alarak sıkıntılı ve stresli ortamlardan uzaklaşmış olurlar. Bireyin her hissettiği duygunun bir anlamı vardır önemli olan kişinin bulunduğu duruma en uygun duyguya sahip olmasıdır. Kendini yön verme becerisi, öz bilinç temeline dayanır. Bireyin öz bilince sahip olması, duygularının farkında olması ile mümkündür (Goleman, 1998).

Kendine yön verme alt boyutu özdenetim, güvenilirlik ve vicdanlı olma, yenilikçilik ve uyumu sağlayabilme alt boyutlarından oluşmaktadır. Özdenetim, bireyi huzursuz eden duygu davranışların farkında olup kendi kontrolü altında yönetebilmesidir. Stres ortamında kendini kontrol ederek sakin kalabilme, ani tepkilerden kaçınma öz denetim ile mümkün olmaktadır. Özdenetim yeteneğine sahip olan bireyler, davranışlarını ve tepkilerini kontrol edebilirler. Güvenilirlik ve vicdanlı olma, bireylerin her davranışlarına karşı sorumluluk duygusuna sahip olmaları buna yönelik dürüst davranışları gerektiğinin bilincinde olmalarıdır. Bu yeterliliğe sahip bireyler, öz eleştiri yaparak kendi

hatalarının farkına varıp, çevresindeki kişilerin sergiledikleri yanlış tavırlara karşı çıkarlar. Yenilikçilik ve uyumu sağlayabilme, bireylerin yeniliğe ve değişime esnek ve açık olmaları, fırsatları elde etmeye istekli olmaları ve aksaklıkların üstesinden gelme durumudur. Yeniliğe açık olma bilişsel ve duygusal bir kazanımdır. Yenilikçi bireyler, meraklı ve araştıran kişiliğe sahip olmaları nedeniyle sorunlara yönelik çözüm yolları için yeni özgün fikirler yaratırlar. Uyumu sağlayabilen bireyler, değişen koşullara pozitif bir bakış açısı ile bakarak adapte olabilir, taleplere karşılık verebilir ve oluşabilecek risk durumlarını da göz önüne almaktadırlar (Goleman, 1998; Goleman vd., 2002).

Kişisel yeterlilik boyutunun son alt boyutu olan motivasyon, diğer bir ifade ile öz güdüleme bireyin performansını olumlu etkileyen, teşvik edici bir faktördür. Olumsuz durumlar karşısında pes etmemeyi, mücadeleye devam etmeyi mümkün kılar. Motivasyon, bireyin hedeflerine ulaşmasında rol oynar ve kişisel gelişim için teşvik edici unsurdur.

İkinci boyut olan sosyal yeterlilik boyutunun ilk alt boyutu empatidir. Empati bireyin karşısındaki kişinin hissettiği duyguları anlaması, kendini onun yerine koyması ve tedirginliğinin farkına varmasıdır. Diğer bireylerin hissettiklerini anlamak, sergiledikleri davranışın nedenini de bilmemize olanak tanır. Duygu ve düşünceleri tarafsız şekilde gözlemleyip değerlendirmek, toplum içinde bireyler arasında uyumu ve sağlıklı ilişkiler kurmayı mümkün kılar. Birey kendi duygularının ne kadar bilincindeyse karşısındaki kişiyi de o derece anlamaktadır. Kendi duygularının farkında olmayan bireyler, karşısındaki kişileri de anlayamazlar. Empati duygusundan yoksun olmak duygusal zekâ becerisi için büyük bir eksiklik (Goleman, 1998; Goleman vd., 2002).

Sosyal yeterlilik boyutunun ikinci alt boyutu ise sosyal beceriler boyutudur. Bireylerin toplum içerisinde diğer bireyler ile sağlıklı iletişim kurmasıdır. İkili ilişkilerde duyguları anlamayı, gerektiğinde kontrol etmeyi, diğer bireylerle etkileşim içinde olmayı mümkün kılar. Bireylerin karşılıklı ortak duygulara sahip olmalarına, yakınlık kurmalarına olanak tanır. Sosyal beceriler alt boyutu etki, iletişim, çatışma yönetimi, lider olma, değişim katalizörlüğü ve işbirliği olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır (Goleman, 1998).

Etki, sahip olduğumuz fikir veya davranışa yönelik diğer bireyleri de farklı ikna yöntemlerinden yararlanarak ikna edebilme becerisidir. Bu yeterliliğe sahip olan bireyler, insanlar üzerinde tesirlidir ve bir konuda hemfikir olmak ve destek sağlamak için stratejiler geliştirerek etkilemeyi başarmaktadırlar. İletişim, bireyin karşısındaki kişiye

söz hakkı tanınması yargılamadan anlamaya çalışmasıdır. Kişinin kendisini ifade edebilme metotlarını geliştirmesi, kelime haznesini zenginleştirmesi, sürekli yeni kavramlar öğrenmesi, kendisini çok yönlü olarak tanımlayabilme cesaretinin olmasını sağlayacaktır. Bu yeterliliğe sahip olan bireyler, karşılıklı etkili iletişimi sağlamış olur ve açık iletişimi desteklerler (Kılıç vd., 2007). Çatışma yönetimi, zıt görüşlerin bulunduğu ortamda ortaya çıkan problemleri çözüme ulaştırabilmek, anlaşma yoluna giderek çözüm üretmektir. Bu yeterliliğe sahip olan bireyler, anlaşması zor karaktere sahip olan bireyleri ve stres durumlarını etkili bir şekilde yönetebilirler. Her iki tarafı da memnun edecek çözüm yolları yaratırlar. Liderlik, toplum içindeki bireylere ve gruplara yol göstererek ilham vermektir. Bu yeterliliğe sahip olan bireyler ortak bir amaç için topluma örnek olur. Her davranıştan kendileri sorumlu olan bireyler, davranışlarında liderleri örnek alırlar. Değişim katalizörlüğü, farklı bir yöne doğru hareket edebilmek, liderliğini sergileyebilmek ve yön verebilmek, gelişen ve değişen dünyaya ayak uydurmaktır. Bu yeterliliğe sahip olan bireyler, değişimin gerekliliğini fark ederek adapte olmaya çalışırlar. Değişimi savunarak, diğer bireylere örnek olurlar. İşbirliği, bireylerin karşılıklı çıkar ilişkisini gözeterek anlaşma yoluna varmalarınıdır. İnsanları etkileyebilmek ve onlarla iletişim kurmak için bilgi paylaşımının yanında, içgüdüsel paylaşımda bulunma duygusal becerisidir. İşbirliği, ortak hedef için başkaları ile birlikte çalışmaktır. Farklı yetenek ve bilgi birikimine sahip olan bireyler ile iletişimden oluşan bir sistem oluşturmak, çalışma birliğini sağlayabilmek ve ekip oluşturmaktır (Goleman, 1998; Goleman vd., 2002).

1.4.4. Cooper ve Sawaf'ın Duygusal Zekâ Modeli

Duygusal zekâ, hissedilen duyguların etki derecesi ve algılama biçimini, bireyin diğer bireylerle ilişkisinde temel faktör olarak fark etme, algılama ve etkin bir biçimde kullanabilme becerisidir. Cooper ve Sawaf ise duygusal zekâyı şu şekilde tanımlamaktadır: “Duygusal zekâ, duyguların gücünü ve hızlı algılayışını, insan enerjisi, bilgisi, ilişkileri ve etkisinin bir kaynağı olarak duyumsama, anlama ve etkin bir biçimde kullanma yeteneğidir.” (Cooper ve Sawaf, 2010). Cooper ve Sawaf'ın duygusal zekâ modeli; duygusal okuryazarlık (duygusal öğrenme), duygusal zindelik, duygusal derinlik ve duygusal simya olmak üzere dört köşe taşı adını verdikleri boyutlardan meydana gelmektedir (Cooper ve Sawaf, 2010).

Robert K. Cooper ve Ayman Sawaf'ın ortaya koyduğu boyutlar, bireyin hissettiği duyguların bilincinde olması ve anlamlandırmasını kapsayan duygusal okuryazarlık,

diğer bir ifade ile duygusal öğrenme; bireyin değişen koşullara yönelik esnek olmasını kapsayan duygusal zindelik; kişinin duygu durumunun gelişmesini kapsayan duygusal derinlik ve kişinin benliğini ortaya çıkarmada duygularını nasıl kullanması gerektiğini kapsayan duygusal simyadan meydana gelmektedir. Kişisel yeterliliği; duygusal okuryazarlık, duygusal zindelik ve duygusal derinlik köşe taşlarından oluşurken, duygusal simya olan ve empati ve sosyal becerileri kapsayan dördüncü köşe taşı sosyal yeterliliği oluşturmaktadır. Model, zihinsel yetenekler ile birlikte farklı kavramları da kapsadığından dolayı karma modeli oluşturmaktadır. Cooper ve Sawaf'ın duygusal zekâ modeli dört köşe taşı adını verdikleri boyutlardan oluşmaktadır (Cooper ve Sawaf, 2010).

Birinci köşe taşı olan duyguları öğrenme boyutu; bireyin duygusal verimliliğinin farkında olması bireyler arası ilişkilerde kullanabilmesi üzerine kuruludur (Çakar ve Arbak, 2004). Duygusal bilgiyi elde ederek duygusal bilgi birikimini kazanmaktadır. Duyguları bilmek; bireyin hissettiklerini doğru şekilde ifade edebilmesini, kendisine ve diğer bireylere karşı dürüst ve güvenli hissettirecek davranışlarda bulunmasını ifade eden duygusal dürüstlük; bireyin yaşamı boyunca stres ile karşılaştığı durumlarda sakin kalabilmeyi başarması, fiziksel ve psikolojik enerjisini faydalı bir şekilde kullanabilmesi olarak ifade edilen duygusal enerji, hissedilen duyguların anlamını doğru şekilde kavrayabilmek olarak tanımlanan duygusal geri bildirim ve bir olgunun varlığını hissetmek, hislere güvenebilmek olarak ifade edilen pratik sezgi aracılığıyla bir bireysel etkinlik ve güven mekânı inşa etmektir (Cooper ve Sawaf, 2010; Doğan ve Oğuzhan, 2015).

İkinci köşe taşı olan duygusal zindelik boyutu; bireyin hissettiği duyguları, düşünceleri açık ve net bir şekilde ifade edebilmesi, diğer bireyler ile anlaşabilmesi, güven üzerine kurulmuş ilişki içerisinde olması, değişen durumlara karşılık esnek olabilmesi, bireyin kendisi ve diğer bireyler için olumlu düşünebilmesidir. Duygusal zindelik; bireyi motive eden faktörün kaynağına ulaşma ve bireyler arası iletişime değer vermeyi ifade eden öz varlık (kişinin duygusal açıdan öz varlığı); bireyin özgüvenli olması ve bunu diğer bireylere yansıtabilmesi, güven hissettirmesi ve şeffaf olması temeline dayanan güven çemberi (kişinin oluşturduğu güven alanı); bireyin olumsuz durumlara karşılık iyimser bakış açısı ile bakabilmesi, soruna yönelik çözümler üretebilmesi, güveni hissettirerek iletişim kurabilmesi olarak tanımlanan yapıcı hoşnutsuzluk (hoşnutsuzlukların yapıcı birer bilgi ve faaliyet temeline değiştirilmesi); (Cooper ve Sawaf, 2010) bireyin sahip olduğu değerleri uyum içerisinde yönetebilmesi için esnek olabilmesi, kazanma ve

kaybetme durumlarının bilincinde olması ve gelişime açık olarak yeniliği takip etmesi ile tanımlanan esneklik ve yenilenmeden oluşmaktadır (Cooper ve Sawaf, 2010).

Üçüncü köşe taşı olan duygusal derinlik boyutu ise; kişinin kişilik ve karakter gelişiminde rol oynamaktadır. Birey duygusal derinlik sayesinde, içindeki benliği keşfederek sorumluluk duygusu ile birlikte kararlar alabilir. Bireyin hissettikleriyle hareket etmesi, sorumluluk duygusu ile özgüvenli hissetmesi ve belirlediği amaçlara ulaşabilmek için kararlı olabilme esasına dayanan özgün potansiyel ve amaç; bireyin alacağı kararlarda aynı zamanda yapacak olduğu eylemlerde vicdan ve sorumluluk duygusu ile hareket etmesi, kazançlarına karşılık verebilmesi temeline dayanan adanmışlık; samimi duygusal bağ kurabilmesi olarak ifade edilen dürüstlüğü etkili olabilmesi bu şekilde bireyin performansının, dürüstlük ve hedefleri ile ilişkili bir şekilde ilerleyeceğini savunan dürüstlüğü yaşamak; duygusal zekânın, yönlendirme ya da güçten ayrı dosdoğru etki ile alakalı olduğunu, bilimsel ya da teknik değerlendirme yerine, anlamak, öğrenmek, bağ kurmak, yeniliklere uyum sağlamak ve öncelikleri belirlemek gibi etkili boyutlardan oluşmaktadır (Cooper ve Sawaf, 2010).

Dördüncü ve son köşe taşı olan duygusal simya boyutu; kişinin geçmişten bugüne her anını isteği doğrultusunda hayal edebilmesi olarak tanımlanan durumsal değişimi; fırsatları ön görebilmeyi, buna yönelik geleceğini şekillendirebilmeyi ve mantıksal düşünceyi içeren bir karışımı oluşturur. Diğer bireylerden farklı olarak fırsatları değerlendirebilmesi ve sonucu belli olmayan durumlara karşılık doğru karar verebilmesine yardımcı olan sezgisel akış; aynı durumda bireyin diğer bireylere göre sağlam içgüdülerle veya yaratıcılıkla, özverili şekilde, akılcı ve benzersiz bir uyarı almasını sağlayan düşünsel zaman değişimi; bireyin gelecek imkânlarla sahip olup, analiz edebilmesi; bireyin geleceğini inşa etmesi gerektiğinin bilincinde olması ve duygusal zekânın da önemli faktör olduğunu savunan geleceği yaratma boyutlarından oluşmaktadır. Sonuç olarak duygusal zekâ, bireyin kendisi ve diğer bireylerin duygularını ifade edebilmeyi ve analiz edebilmeyi öğrenmesi ile birlikte duyguların anlamlarını günlük hayatta davranışlara yansıtarak uygun tepkiler vermeye olanak tanır (Cooper ve Sawaf, 2010).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekânın Önemi

Bir sağlık personeli, fikir ve duygularını diğer bireylere rahatlıkla ifade edebiliyorsa, bireylere eleştiri yapabiliyor fakat bu durumdan kimse alınmıyorsa, kurum içerisinde

ortak çalışma ve birlik olma duygusu var ise, personel girişken olabiliyor ve destekleniyor ise, yani kurum içinde “biz” havası var ise işte o zaman o kurumun duygusal zekâ kavramına uygun çalıştığı ifade edilmektedir. Duygusal zekâ kavramı, bireyin kendisini ve diğer insanları anlayabilmenin bir yoludur. Bireyler arası ilişkiler kurumlar için, bilinç özelliklerden daha çok önem arz etmektedir. Günümüzdeki kurumların yönetim anlayışlarında kişisel yetenekler ve başarılar değil, ortak çalışma yetenekleri ve başarıları önemli hale gelmektedir. Ekip içerisinde ortak çalışmanın, kazanım sonuçlu ve verim odaklı olabilmesinin yolu da, kurum içi çalışanların duygusal zekâyâ sahip olmaları ile yakından ilişkilendirilmektedir. Her şeyden önce hizmet sektörlerindeki çalışanların hedefleri, hasta bireylere en iyi şekilde zamanında ihtiyaçları doğrultusunda uygun hizmeti sağlama ve sağlık hizmetinin devamlı birebir iletişimi gerekli kılması nedeni ile, sağlık hizmet sektöründe duygusal zekânın hakim olması ve yenilenmesine fazlası ile ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Kılıç vd., 2007).

Sağlık hizmeti veren kurumların, farklı yapıda olmaları, yoğun iş yükü altında çalışmaları; alanında uzman, birbirinden farklı yeteneklere sahip, ekip çalışmasına önem veren sağlık çalışanlarının var olması, rekabet yoğunluğu ve sağlık hizmetinin hayati önem arz etmesi sebebiyle, duygusal zekâ görüşünün fonksiyonu açısından en çok önem verilmesi gerekli olan kurumların başında gelmektedir (Goleman, 1995). Sağlık hizmetlerinde duygusal zekâ çalışmaları ilk olarak hasta bakımı ve tıbbi eğitim konularında yürütüldüğü ifade edilmektedir (Cherry, 2011). Sağlık hizmetlerinde duygusal zekâ kavramının önemi ve gerekliliği geçmişten günümüze kadar giderek artmaktadır. Bunun nedeni sağlık sektöründe hasta bireylerin hayati önem arz eden sağlık ihtiyaçlarının yer almasıdır (Aksütlü, 2013).

Sağlık hizmetleri teknolojinin ilerlemesi ile birlikte zamanla gelişim gösterirken sektör de gelişmelere olanak tanıyarak sağlık alanında yeni standartlar geliştirilmiştir. Hasta bireylerin istek ve ihtiyaçlarının zamanında ve eksiksiz bir şekilde giderilmesinde hasta bireyler ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim kurulmasının önemi zamanla artmaktadır. Hasta bireylerin kendilerini ve sağlık durumları ile ilgili konuları sağlık çalışanlarına anlatabilmeleri sağlıklı iletişim bakımından gerekliliktir. Bu durumda duygusal zekâ kavramı devreye girmektedir. Duygusal zekâ kavramını sağlık hizmet sektöründe sağlık çalışanları açısından değerlendirildiğinde hekim, hemşire ve hasta bakımı ile ilgilenen çalışanların hasta bireyler ile sağlıklı bir ilişki kurabilmeleri için, ilk olarak kendi hissettiği duyguların farkında olan ve duyguları kontrol edebilen, empati

becerisine sahip, kişisel motivasyonu sağlayabilen ve etkili iletişim kurabilen, diğer bir ifade ile duygusal zekâ becerisi gelişmiş kişiliğe sahip olmaları gerekmektedir (Aksütlü, 2013).

Duygusal zekâyâ sahip sağlık çalışanları hayattan keyif alan, amaçlarına ulaşan, farklı durumlara karşı uyumlu olabilen, sağlıklı ruh haline sahip kişiler olabileceklerdir. Hasta veya sağlıklı kişilere hizmet verirken kişilerin sadece fiziksel ihtiyaçlarını değil, duygusal ihtiyaçlarına karşı da hassas davranarak gerekli davranışlarda bulunabileceklerdir (Reeves, 2005; Akerjordet ve Severinsson, 2004). Evans ve Allen'in (2002) çalışmasında hasta bireyler ile yakından ilgilenen sağlık çalışanı olan hemşirelerin hasta bireyleri anlama ve bu bireylerin hissettikleri duyguları kontrol edebilme becerisinin hizmet vermede önemli olduğu ifade edilmektedir.

BÖLÜM 2. HASTA MERKEZLİ BAKIM

2.1. Hasta Merkezlilik

Sağlık sistemi hekim merkezli yaklaşımı benimserken günümüzde, odağında hasta merkezli bakım yer almaktadır (Şahin ve İğde-Artıran, 2014). Hasta merkezli yaklaşım, bu yaklaşımda sağlık profesyonelleri tarafından sağlık hizmetini, hastaları bakım ve hizmetlerin merkezine alarak, tedaviye karar sürecinde hasta katılımını da sağlayarak hizmet vermektir (Esther vd., 2014).

Bireylerin tanı ve tedavi sürecinde sürece dâhil edilmeleri önem kazanmıştır. Sağlık kuruluşlarının hasta merkezli bakıma yönelik hizmet vermesi inovatif bir yaklaşımdır. Hasta merkezli bakım sayesinde kaliteli hizmet sunumu ve hasta güvenliği sağlanmış olur (Hwang, 2015; Luxford vd., 2011; Renedo ve Marston, 2015). Yapılan araştırmalar sonucunda, kaliteli sağlık hizmeti sunumu için; hasta gereksinimlerine cevap vermek, hizmeti bireyselleştirmek, hastalara saygı duymak, sağlık durumu ve tedavi süreci ile ilgili bilgi vermek son olarak karar sürecinde hasta katılımını sağlamak gerekli temel bileşenlerdir (Souraya vd., 2006).

Hasta merkezli yaklaşımda, hastalar sağlık durumları ile ilgili tüm sorunlarını rahat bir şekilde ifade edebilir, hekim ise hastalığı teşhis etmenin yanında hastanın psikolojik ve sosyal yaşantısına etkisini araştırarak hastalığı değil hastayı tedavi etmeyi amaçlar (Şahin ve İğde-Artıran, 2014). Hasta merkezli yaklaşım sayesinde sağlık sistemi gelişmekte bunun sonucunda ise ortalama yaşam süresi artmaktadır. Sağlıklı bir yaşam sürmek isteyen bilinçli bireyler tedaviye uyum sağlarlar. Bundan dolayı hasta katılımı önemli bir faktördür. Hasta merkezli yaklaşım bireyin önceliklerine ve değerlerine odaklanan hastanın da söz hakkının bulunduğu temel bir yaklaşımdır (Tessa vd., 2015).

2.2. Hasta Merkezli Bakım

Sağlık sistemlerinde hizmet sunumu sırasında kişiye yönelik bakım sağlama gün geçtikçe artış gösteren bir durum olmaktadır. Balint hasta merkezli bakımı "Hastayı eşsiz bir insan olarak anlamak" şeklinde tanımlamıştır. Hasta merkezli bakım kavramı, hasta bireylerin memnuniyetinin artırılarak aynı zamanda sonuçlarının da iyileştirilmesi için sağlık sistemlerinde önem kazanmaktadır. Çalışmalar sonucunda, hasta merkezli bakım uygulamasının sağlık durumunda iyileşmelere yol açtığı, örgüt içi bağı arttırdığı, gereksiz

sağlık hizmeti kullanımlarını azalttığı ve bakım oranlarında iyileşmelere olanak tanıdığı sonuçlarına ulaşılmaktadır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020; Fix vd., 2018).

Hasta merkezli bakım kavramı "en iyiye hekimin bildiği" gelenekçi davranışa yönelik yaklaşım sayesinde ortaya çıkmıştır. Gelenekçi paternalistik yaklaşıma göre, sağlık uzmanları bilgi ve deneyime dayalı olarak planladıkları tedavileri sunarken, günümüzdeki çalışmalar sağlık hizmet sunumunda sağlık kuruluşları tarafından kişiye daha fazla özen gösterilmesinin gerekli olduğunu vurgulamaktadır bundan dolayı hasta merkezli bakımın gerekli bir temel yapı olduğunu düşünmektedirler (Delaney, 2018).

Hasta merkezi bakım etkili iletişime dayanan ve uygulamayı esas alan bireylerin sağlık durumlarını iyileştirebilme ve sağlıklı hayat tarzı üzerine odaklı olan sağlık hizmet sunucuları ve hasta bireyler arasında etkileşim üzerine kurulan anlaşma hakkındadır. Hasta merkezli sağlık bakımının amacı, hasta bireylerin sağlıkları ile ilgili bilinçli bir şekilde karar verebilmeyi sağlamaktır (Pulvirenti vd., 2014). Konu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde hasta merkezli bakım kavramı en geniş tanımı ile hasta bireye yönelik sunulan bakımdır. Sağlık hizmet sunucuları, hasta bireylerin gereksinimlerini ve önceliklerini tanımlama ve buna yönelik hizmet sunmak için hasta birey ve aileleri ile ortak karar alabildiği modelidir (Kreindler, 2013).

Hasta merkezli bakım en yalın ifade ile "hekim merkezli, hastalık merkezli, hastane merkezli veya teknoloji merkezli" olmayan bakım olarak tanımlanmaktadır. Hasta merkezli yaklaşım yalnız hasta bireyin gereksinimlerine yönelik hizmet vermek veya hasta bireye sağlık durumları ile ilgili verilen bilgilere yönelik karar verme aşamasında hastaları yalnız bırakmak anlamına gelmemektedir. Hasta merkezli bakım terimi, 2001 yılında Tıp Enstitüsü'nün raporu "Crossing the Quality Chasm" ile sağlık politikası sözlüğünde yer almıştır. Bu rapora göre sistemin genel değişimine dikkat çekilmekte, sağlık hizmet kalitesini arttırmada altı temel hedeften söz edilmektedir. Bu temel hedeflerden biri olan hasta merkezli bakım, "Hasta bireylerin değer, öncelik ve gereksinimlerini bilerek saygı göstermeli, hasta bireyin sağlık durumuna yönelik karar alma sürecinde ortak karar almaya yönlendirmesi, hasta bireylerin fiziksel ve duygusal sağlığını olumlu yönde etkileme ve hasta bireyleri savunma" olarak tanımlanmaktadır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019; Şahin ve İğde-Artıran, 2014).

Sağlık hizmeti sunumunun planlaması ve analiz edilmesi için gerekli olan hasta merkezi bakım anlayışı, sağlık hizmet sunucuları ve hasta bireyler arasında fayda getirisi olan

anlaşmaya dayalıdır. Anlaşma yolu ile hasta merkezli bakım, maliyet yükü veya gerekli olmayan tetkikleri, ilaç alımını, sağlık kuruluşunda yatışları ve hekim önerilerini azaltarak hasta bireylerin sonuçlarında ve tecrübelerinde kolaylık sağlamak için dizayn edilmiştir. Hasta merkezli bakım yaklaşımında sağlık hizmeti sunum etkinliği, sağlık sunucuları odaklı araçlar ve standartlar yerine konsültasyon ve raporlama yolu ile değerlendirilmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Hasta merkezli bakım (PCC-HMB), "hasta bireyi ya da bakım mesuliyetini üstlenen bireyi, hasta bireyin seçimlerine, önceliklerine ve ihtiyaçlarına saygı duyarak anlayışlı ve uyumlu sağlık hizmeti sunmak için idari kaynak ve ana ortak olarak tanınır" sağlık hizmet sunucuları ve sağlık hizmeti uzmanları, hasta bireye yönelik sağlık bakım hizmetini anlayış göstererek ve saygı duyarak düzenler ve hasta birey ve sağlık profesyonelleri arasında işbirliğine dayalı ortaklık kurulur (Bankert vd., 2014). Bu nedenle hasta merkezli bakım hasta birey ve yakın çevresinin bireysel gereksinimlerini karşılayabilmek için değişken ve bireye özgü davranma becerisi nedeni ile sağlık hizmet kalitesini arttırarak sunulacak sağlık hizmetlerinin kalitesinin mutlak değeri olarak kabul edilmektedir (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2007).

Tıp alanında ve sağlık sistemlerindeki verilen eğitimlerin ana yapısını biyomedikal yöntem oluşturmaktadır. Bu ana yapıdaki eğitimler sağlık çalışanları "hekim veya hastalık merkezli" yaklaşımı esas alarak öğretilmektedir. Bundan dolayı verilen eğitimlerde sağlık uzmanı, hastalıkları tanımlayarak açıklamaya ve hastalığa sebep olabilecek durumları önleyici tedavi ile engellemeye odaklıdır. Hasta bireyler ile sağlanan etkili iletişimin amacı hastalığın tanısını belirleyebilmektir (Smith, 2002). Bu görüşte öncü olan her zaman hekimlerdir ve hasta bireylerle yapılacak görüşmeler sonrasında hekim hasta bireylerden elde etmiş olduğu bilgileri analiz ederek önem derecesini belirler ve hasta bireylerin muayene işleminden sonra hekimler deneyimlerinden yararlanarak uygun gördüğü tedaviye karar verir ve hasta bireylerin bu süreçte uyumlu olmasını istemektedirler (Şahin ve İğde-Artıran, 2014).

Hasta merkezli bakımda ise, hasta bireylere kendilerini ifade etmeleri için zaman verilerek sağlık problemlerini rahat ve hür bir şekilde ifade etmelerine olanak tanınır. Hastalar kendilerini rahat bir şekilde ifade edebilmeleri için teşvik edilmektedirler. Sağlık problemi ile ilgili detaylı bilgi alınarak hastalık durumunun hasta bireyler için ne ifade ettiği öğrenilmeye çalışılmaktadır. Hasta merkezli bakımda hekimlerin görevi teşhise uygun tedavi yöntemini belirlerken bununla birlikte hasta bireylerin yaşamlarında ne tür

değişikliklere sebep olabileceği, hastaların durumu algılama düzeylerini tespit edebilmeleridir. Hasta merkezli bakımda ana düşünce her bir hastanın kendine özgü olmasıdır. Hekimler için hedef hastalık durumunu tedavi ederek ortadan kaldırmak değil hastayı tedavi süreci ile birlikte sağlığına kavuşturmadır (Şahin ve İğde-Artıran, 2014).

Hasta merkezli bakım, hasta bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bakım ve kararlarda aktif olarak katılımları için yeterli düzeyde bilgilendirilmeleri ve hazırlık yapabilmeleri için vaktinde, hatasız ve tam bilgi elde edebilmeleri gerekliliğini şartlandırmaktadır. Hasta merkezli yaklaşım modeli, hastaları, aile bireylerini veya bakımını üstlenen kişileri etkin bir şekilde kendi bakımlarına katılmayı teşvik etmektedirler. Ayrıca hasta merkezli yaklaşım modeli sayesinde, hasta bireylerin ve destek ağlarının, sağlık sistemi politika ve programların geliştirilmesini ve analiz edilmesini, tıbbi hizmetlerin tasarım ve uzman sağlık bakımı eğitimlerinin uygulanabilirliği hususunda sağlık hizmeti liderleri ve sağlık kuruluşları ile ortaklık kurmalarına olanak tanımaktadır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Sağlık hizmeti sunan ekip çalışanları, hastalar ile etkili iletişim sağlayarak, onların duygularını anlayarak ve güven ortamı oluşturarak sadece hastaların memnuniyetini değil bununla birlikte tedavi çıktıları da iyileştirebilmektedirler. Bunun sebebi, hekimlerin hastalarını tedavi süreci ve teşhis yönetimi ile ilgili hasta uyumluluğu konusunda kendilerini geliştirebilmeleri gerekmektedir. Bu gelişim sayesinde uyumlu ve açık hasta-hekim ilişkisi, süreçlerden kaynaklanan yüksek maliyetli reçete ihtiyaçlarını, tıbbi tetkikleri ve hastane yatış gereksinimlerini azaltarak sağlık bakım hizmet maliyetlerini azaltmaya olanak tanımaktadır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Hasta merkezli bakım, hasta bireylerin yenilenen bakım modellerini tasarlamada ve bireylere özgü tedavi alternatiflerinde seçim yapabilmelerini etkin bir şekilde katılmalarını desteklemektedirler. Hekim ve hasta bireylerin ortaklaşa almış oldukları kararlar, fiziksel sağlıklarını, tedavi sonuçlarını, hayatlarındaki bireysel tercihlerine, gereksinimlerine ve şartlarına dayandırılmaktadır (Cramm, ve Nieboer, 2018). Bundan dolayı hasta merkezli bakım, her durumda karar verme ve tedavi aşamasında hasta bireylere öncelik tanıyan sağlık bakım hizmeti sunmaktadır (Scambler vd., 2015). Sonuç olarak hasta merkezli bakım anlayışında hasta bireyleri karar verme süreçlerinin odağına alan ve sağlık uzmanları ile hasta bireyler arasında anlaşmaya yönelik ilişki kurmaya dayalı anlayış yer almaktadır (Kreindler, 2013).

2.3. Hasta Merkezli Bakımın Olumlu Yönleri

Hasta merkezli bakım hasta bireyi tedavi sürecinin etkisiz bir faktörü olarak görmek yerine, bireyi hastalığa yönelik karar alma sürecinde dahil edilmesi gerekli etkin faktör olarak görüldüğü bir yaklaşımı benimsemektedirler (Leplege vd., 2007). Hasta merkezli yaklaşımı uygulamak, sağlık hizmet sunucuları ve hasta bireylerin tedaviye uyum sağlamalarında işbirliğine etkisi olmaktadır. Hasta merkezli yaklaşım sağlık sistemlerinde gelişme olanak tanırken hasta bireylerin de memnun olmasını sağlamaktadır. Hasta merkezli bakım uygulamasının sağlık hizmetini sunan tarafların benimsemesi ile birlikte hasta bireyler sağlık durumları ile ilgili her durumda bilgi sahibi olmakta, destek verilmekte ve sağlık durumlarını daha iyi bir şekilde kontrol edebilmektedirler. Bundan dolayı hasta merkezli bakım hasta bireylerin sağlık durumları için olumlu faydalar sağlamaktadır (Delaney, 2018).

Hasta merkezli bakımın ana prensiplerinden biri, hasta bireylerin sağlık sunucularının gereksinimlerini ne derece iyi karşıladığını ortaya çıkarılmasıdır. Hasta bireylere yönelik bakış açısına sahip olma hasta bireylerin sağlık çıktıları ve memnun olma durumları ile yakından ilgili olan hasta merkezli bakım kavramı, sağlık uzmanlarının, hasta bireylerin öncelikleri ve düşüncelerini dinlemesi ve saygı duyması aynı zamanda bu bakış açısına sahip olmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu gaye ile hasta merkezli bakımı benimseyen sağlık hizmet sunucuları, devamlı bir şekilde hasta bireylerin algılarını ölçmeye yönelik anketler kullanmaktadırlar. Hasta bireylerden bilgi elde etmenin yanında, hasta merkezli bakım yaklaşımı ile sağlık uzmanlarının hastalara içten bilgi aktarmalarını gerekli kılmaktadır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Hasta merkezli bakım konusunda yapılan çalışmalar, bu yaklaşımı benimseyen ve uygulayan hasta bireylerin ve sağlık kuruluşlarının fayda elde ettiğini ifade etmektedirler (Pollock ve Grime, 2003). Bunun yanı sıra, kanıta dayalı sağlık hizmeti yaklaşımı hekimlere hasta bireylere nasıl fayda sağlayacaklarını düşünmelerini ve hasta bireyleri tanımalarının gerekli olduğunu ifade etmektedir. Hasta merkezli yaklaşım ise hastaların önceliklerini ve seçimlerini kabullenmenin, hastaların düşüncelerine saygı duyarak sağlıklarını savunmaya yönlendirilmesinin önem arz ettiğini ifade etmektedirler. Bununla birlikte hasta bireylerin sağlık durumları ile ilgili alacak oldukları kararlarda destekleyici olurlarken sağlık sorunlarına yönelik bakım hizmetlerinde de fikir beyan etme ve ortak karar alma hakkı tanınır. Bu teşebbüsler, hasta bireylerin, yakın çevresinin ve sağlık uzmanlarının fikirlerindeki uyuşmazlığı azaltmaktadır (Balsa vd., 2003).

Sağlık hizmet sunucuları tarafından hasta bireylerin tedavi süreçlerini belirlemede kararlara katılımlarını dikkate almamak, tedavi sürecinde sağlık sistemi sorunlarındansa belirtilere odaklanması (hasta odaklılık) hasta bireyleri diğer tedavi seçeneklerini araştırmaya yöneltebilir dahası bireylerin alternatif tedavi seçeneklerindeki ilaçları tıbbi müdahalelere karşı tercih edebilmelerine sebep olabileceği ifade edilmektedir (Verhoef ve White, 2002). Bu tarz olaylarda sağlık hizmet sunucuları, hasta bireylerin kararlarının kendi önceliklerinin ve seçimlerinin sonucu olduğunu anlayabilmeli, hastalara gereken tıbbi bilgiyi aktararak yardımcı olmalıdırlar. Yapılan çalışmalar, bu nedenlerden ötürü hastaların gereksiz tedavileri tercih ettiğini, hasta birey ve yakın çevresinin baskılandığını ve bakım sağlayanların ahlaka uygun davranmadıklarının hissettirilmesine sebep olabileceği düşünülmektedir (Delaney, 2018).

Avustralya sağlık hizmetleri kalite çerçevesi hasta merkezli yaklaşımı güvenilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sistemin önemli bir parçası olduğunu ifade etmektedir. Hasta merkezli bakımın klinik bölümlere adaptasyonu için hizmet sunumunda değişimlere neden olmaktadır. Geleneksel yaklaşımda, hasta bireylerin bakımları için gerekli olan hasta devir teslim işlemlerinin hasta bireylerden ayrı yapılırken, hasta merkezli yaklaşımda hasta devir teslim işlemlerinin hasta yanında yapılması uygun görülmektedir. Bunun yanında devir teslim işlemlerinde, her hasta bireyin sağlık durumuna ve dikkat etmesi gerekli olan durumlara yönelik iletişim kurmayı teşvik ederek hasta bireylere sağlık durumları ile ilgili soru sorma ve karar verme olanağı tanınmaktadır (ACSQHC, 2007).

Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)) ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization (WHO)) hasta merkezli bakımı, hasta bireylerin güvenliklerinin artırılması için temel gereksinim olarak tanımlamaktadırlar (ACSQHC, 2007; World Health Organization [WHO], 2007). Hasta merkezli bakım hasta bireyleri, sağlıkları ile ilgili konularda bilgi verme sürecinde yer vererek, iletişim ve bilgilerin doğruluğunu arttırmaktadırlar. Üstelik hasta bireylerin tedavi süreçlerine katılımları ile birlikte yanlış ve eksik bilgilerin düzeltilmesine olanak tanıyarak, hasta bireylerin güvenlikleri arttırılır bunun sonucunda hasta ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti sağlanmış olmaktadır (Delaney, 2018).

Bundan dolayı, hasta merkezli bakım yaklaşımında, bakım hizmeti planlamasının hastaların ve sağlık çalışanlarının işbirliği içinde olmasını sağlarken bakım hizmetinde ve

tedavi kararlarında hastaların ve sağlık çalışanlarının arasında şüpheyi azaltarak şeffaflığı artırmaktadır. Avustralya merkezli klinik personel üzerine yapılmış bir çalışmada, çalışanların %44'ünden fazlası hasta bireylerin tedavi süreçlerine dahil olmaları ile hastaların güvende hissetmelerinde iyileşme algısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta merkezli bakım yaklaşımında, taburcu edilme planı, hasta destek hizmetlerinde planlama ve koordinasyonla ilgili önem arz eden durumların doğru bir şekilde belirlenmesi sebebiyle, hasta çıktılarında fark edilir derecede iyileşmelere olanak sağladığı tespit edilmiştir (Chaboyer vd., 2009).

Hasta merkezli yaklaşımı uygulayan sağlık sistemleri, hasta bireyleri karar süreçlerine dâhil ederek tedavi sürecinde uyumu ve hastaların memnuniyet düzeyini arttırmayı sağlayarak sağlık çıktılarında iyileşmeyi ve hastalar ve hekimler arasında güven duygusunu sağladığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte hasta merkezli yaklaşım ile lüzumsuz test uygulamalarında azalma, maliyetlerde düşüş, reçete edilen ilaç sayılarında azalma, hasta yatış sürelerinin ve hasta sevklerinin azalmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sidani vd., 2006).

Avustralya merkezinde yer alan hasta merkezli bakım yaklaşımını uygulayan hastaneler, sağlık durumu iyiye gitmeyen hastalar için erken tanıya uygun farklı sağlık bakımı programları uygulamaktadırlar. Bu uygulamaların amacı hasta bireyleri korumak ve hasta bireylerin bakımları ile ilgilenen yakın çevresinin çoğunlukla hastaların klinik dışı küçük değişimlerini fark edebilmeleri için daha çok bilgi sahibi olduklarını düşünmektedirler. Bundan dolayı bu uygulamalar aile bireyleri, hasta bireyler ve sağlık çalışanları arasında kurulan sağlıklı iletişimin hasta bireyler ve aile bireyleri için erken müdahalenin önem arz ettiğini vurgulayarak yönlendirmektedir. Bu sebeple hasta merkezli yaklaşım aile bireylerinin endişe duydukları konuları sağlık çalışanları aracılığıyla ifade edebilmelerini ve iletebilmelerini, gerek duyduklarında endişe duydukları konuları bakımı üstlenen diğer sağlık çalışanları ile paylaşmalarını önermektedir (Delaney, 2018).

Tedavi sürecine dâhil edilen hasta bireylerin var olan problemlerini izleme, belirleme ve paylaşma ihtimali daha fazladır, bu şekilde hastalara sunulan tedavilerin olumsuz sonuçlanma ihtimali azalırken, sunulmuş olan hizmetin kalite ve güvenilirliği artmaktadır (Broom vd., 2013).

Hasta merkezli yaklaşım ile ilgili Avustralya'nın birçok yerinde çok sayıda yükseltme programı oluşturuldu. Geliştirilen programa yönelik çalışmalar, hasta bireyler ve aile

bireyleri ile anlaşmaların sağlık hizmeti veren kuruluşlar için sağlıklı yaşama erişimde fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmalar, hasta merkezli yaklaşımı uygulamaya koyan programlar yardımıyla hasta sonuçları ile ilgili örgüt içi iyileşmeler sağlandığını, ölüm oranlarının büyük oranda azaldığını ve acil durum çağrılarında düşüş olduğunu göstermektedir (Gerdik vd., 2010). Hasta merkezli bakım algısı, hasta bireylerin güvenliklerini ve memnun kalmalarını sağlarken, sağlık kuruluşunun da performans düzeylerini arttırmaktadırlar (Doyle vd., 2013). Bundan dolayı, hasta merkezli bakım algısının hâkim olduğu sağlık kuruluşlarında sektörde yer alan rakiplere karşılık rekabet ortamında üstünlük elde edileceği ve sağlık sisteminin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

2.4. Hasta Merkezli Bakımın Olumsuz Yönleri

Etik problemler, sağlık uzmanlarının kaygıları, hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri, güven duyma ve temsiliyet kaygıları gibi faktörler; hastaların ve diğer bireylerin katılımını sağlamada problem çıkartabilmektedirler. Etik konular, toplumdaki bireylerin katılım sağlamalarında büyük öneme sahip olmaktadır. Kamu yararı ve birey özgürlüğü arasında dengeyi sağlamaya yönelik problemler meydana gelmektedir (Williamson, 2014). Katılım sağlamada genellikle daha kontrolcü ve uzman bir görüş hâkim olması sebebiyle, toplumdaki bireylerin katılımının tesiri fazla hissedilmemektedir. Bu durum, temsiliyet kaygılarını da beraberinde getirmektedir (Grol, 2001).

Hasta bireylerin bilgileri, becerileri, tecrübeleri, hastalık seviyeleri ve demografik özellikleri; katılım üzerinde etkiye sahip olabilmektedir. Çalışmalar, hastalık şiddeti yüksek olan, daha yaşlı olan, eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan hasta bireylerin, hizmet aşamasında etkin katılımlarının olmadığı sonucunu ortaya koymaktadır (Arora ve McHorney, 2000; Catalan, 1994). Öte yandan, örgütsel seviyede, hizmetleri planlama ve karar alma süreçlerinde, hastaların ve diğer bireylerin kendilerinden beklenen performansı ve davranışları anlamamaları sonucunda güvenlik kaygıları yaşanabilmektedir (Légaré vd., 2007). Bu durum, katılımı sağlamada zorluk çıkartabilmektedir.

Sağlık uzmanları, hasta bireylerin ve toplumdaki diğer bireylerin süreçlere katılmaları düşüncesine karşılık olumsuz davranışta bulunarak karşı çıkabilmektedirler. Hasta bireylerin seçimleri, hekimlerden veya kanıta dayalı rehberlerden değişiklik

gösterebilmektedir. Hastaların katılımlarını destekleyerek savunmak için ek zaman yaratmak gerekmektedir ve hasta bireylerin tercihlerini meydana çıkarabilmek için mücadele etmek gerekmektedir. Bazı hekimler, kendileri ile hasta bireyleri arasında güç dengesizliğini korumayı istemektedirler. Hasta bireyler de donanımlı ve bilgi sahibi hekimler karşısında, kendi seçimlerini paylaşmayı istemeyebilmektedirler (Say ve Thomson, 2003).

Literatüre bakıldığında hasta merkezli bakım algısı birçok çalışma ile desteklenmektedir. Hasta merkezli bakım algısı farklı boyutlarda olsa da, en önemli boyutu tedavi sürecine hasta katılımını sağlamak ve hasta bireyler ve sağlık çalışanları arasında bilginin ve gücün paylaşılmasıdır. Hasta merkezli bakım algısı ile sağlık çalışanları, hasta bireyleri farklı alternatifler arasında doğru seçim yapabilmeleri için yönlendirmektedirler. Bu algı sayesinde hasta bireylerin memnuniyetleri ve hizmet aldığı sağlık kuruluşlarına sadakatleri artmakta ve tedavi sürecinde iyileşmeler sağlanmaktadır. Fakat yaşlı hasta bireyler gibi bakıma özellikli ihtiyaç duyan bireyler, hizmet sürecinde sağlık çalışanlarından rehberlik etmelerine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Bununla birlikte kritik sağlık sorunları olan hasta bireyler sağlık çalışanlarından kendileri için daha fazla rehberliğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedirler (Krupat vd., 2001).

Zandbelt ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada, sağlık uzmanlarının hasta merkezli bakım algılı iletişimlerinin, hasta bireylerin belirtilerinde beklenenin tersine düşüş olmadığı yalnızca hasta bireylerin psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Üstelik sağlık uzmanları tarafından, problemlerin hasta perspektifinde anlaşılıp cevaplamasının, hasta bireylerin sağlık durumları gibi daha özellikli sonuçlarda değişiklik göstermediği fakat hasta bireylerin memnuniyetlerini sağlayabileceği düşünülmektedir. Hasta bireyler ile sağlanan hasta merkezli iletişimin, hastalıklara yönelik planlanıp uygulanan tedavi süreçlerinde etkisi görülmeyebilmektedir. Ayrıca, sağlık uzmanları, hastaların hastalık tecrübelerine odaklanırken, hastalık ile ilgili durumları göz ardı edebilmektedirler (Zandbelt vd., 2007).

2.5. Hasta Merkezli Bakım Önündeki Engeller

Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde hasta merkezli bakım algısına sahip hizmet sunumlarını uygulamada engellerin var olduğu saptanmıştır. Bu engeller kaynaklar, idari işler ve profesyonel olmayan davranışlardır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020). Kaynaklar; Literatürdeki çalışmalarda katılımcılar, çalışan sorunu karşısında çalışanın

öngörülmemesi, meydana gelen iş yükü artışı beraberinde hasta merkezli bakım için gerekli olan limitli teçhizatın beraberinde, çalışanın yeterli olmaması durumunda meydana gelen problemleri ifade etmişlerdir. Longmore ve Ronnie tarafından 2014 yılında insan kaynakları yönetimi alanında yapılan çalışmalarda hasta merkezli bakım algısı konusunda yaşanan problemlerden birinin çalışan sorunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Longmore ve Ronnie, 2014).

Pelzang, Wood ve Black tarafından 2010 yılında yapılan araştırmada katılım sağlayan kişilerin, çalışma hayatlarının uzun ve yorucu olmasından dolayı yorgun hissettiklerini ve hasta merkezli bakımı aktif bir şekilde kullanamadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma ve çalışan sayısı ile doğru orantılı olan çok çalışma probleminin hasta merkezli bakımın önünde büyük bir sorun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bundan dolayı, çalışan sorunu ile hasta merkezli bakımın istenilen seviyede olamaması arasında negatif bir bağ kurulabilmektedir (Pelzang vd., 2010).

Yapılan farklı bir çalışmaya katılan bireylerin, temizlik ve hijyen sağlamak için gerekli ekipmanların yetersiz olmasının hasta merkezli bakımı sağlamada ve kaliteli hizmet sunumunda engel oluşturduğu ifade edilmektedir. Sağlık çalışanı olan hemşirelerin algı düzeylerini ve hizmet bakımı konusunda anlayış durumlarını inceleyen bu çalışma, tıbbi araç gereçlerin ve çalışan yetersizliğinin hasta merkezli bakım algısına yönelik hizmet sunulmasında engelleyici faktörler oldukları tespit edilmiştir (Jardien-Baboo vd., 2016). Papastavrou ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada da yakın sonuçlara ulaşılmıştır, hasta merkezli bakım hizmeti verilmesinde kaynakların yetersiz olmasının hasta bireyler açısından olumsuz sonuçlara neden olabileceği ifade edilmektedir (Papastavrou vd., 2014).

İdari İşler; Hasta merkezli bakımın uygulanamamasındaki engellerden biri de çalışan hemşirelerin idari görevlerinin yoğun olması, hasta merkezli hizmet sunumunda engelleyici bir faktör olarak ifade edilmektedir. Yönetim işlerini yapabilmek için gerekli zaman oldukça fazladır. Çalışan personelin zamanını idari işlere harcaması, hasta bireylere daha az zaman ayırmasına neden olmakta ve hasta merkezli bakıma yönelik hizmet sunulmasını engelleyebilmektedir (Jardien-Baboo vd., 2016).

Ammenwerth ve Spötl'ün 2009 yılında yaptıkları çalışmada araştırmacılar, hastanedeki dâhiliye bölümünde görev yapan hemşirelerin iş saatlerinin büyük bir bölümünü (%26,6), klinik dokümantasyonla (%22,4) ve iç hastalıkları bölümünde olan idari işlemlerle (%4,2)

geçirildiğini belirlemişler, üstelik çalışan hemşirelerin direkt hastaların bakımı ile ilgilenme zamanlarının ise (%27,5) klinik dokümantasyona ve idari işlemlere tanınan zaman ile arasında az bir farklılık olduğunu ifade etmektedirler. Elde edilen bulgular katılımcı bireylerin dokümantasyona ayırdıkları sürenin hasta bireylerle daha çok vakit geçirebilmelerine ve dolayısıyla hasta merkezli bakım hizmetini sunmaya engel olduğu ifade edilmektedir (Ammenwerth ve Spötl, 2009).

Profesyonel Olmayan Davranış; Yapılan araştırmalarda hastaların bakım hizmetleri ile ilgilenen sorumlu hemşirelerin, acemi ve etik kurallara aykırı bir şekilde hasta bireylere saygısız ve kaba davranışlar sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hasta bireyler ve çalışan hemşireler arasında profesyonelliğe dayanmayan bu tür tavırlar, hasta bireyler için olumsuz tecrübelerle sebep olmaktadır ve en sonunda, hasta bireylerin tıbbi tedaviyi ve bakım hizmetini almalarını olumsuz anlamda etkilediği görülmektedir. Bu sebeple hasta bireyler istek ve ihtiyaçlarını dile getirmekte çekimser davranabilmektedirler. Bu durum hasta merkezli bakım algısına yönelik hizmet sunumunda engel oluşturabilmektedir (Jardien-Baboo vd., 2016).

Jangland, Gunningberg ve Carlsoon tarafından 2009 yılında yapılan araştırmada, hasta bireylerin ve yakın çevresinin, sağlık hizmet sunumlarında yaşadıkları problemler ve şikâyetçi oldukları durumlar analiz edilmiş, katılım sağlayan bireylerden birkaçının anlatımlarına göre, sağlık uzmanlarının hasta bireylerinin saygınlıklarını tehdit ederek hasta ile ilgili konumlarını suistimal ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Üstelik araştırmada sağlık personeli tarafından saygısız konuşma ve kötü davranışları içeren tavırların hastaların memnuniyetini azaltmaya sebep olduğu sonucu saptanmıştır (Jangland vd., 2009). Sağlık çalışanının bakım hizmeti verirken göstermiş olduğu profesyonel olmayan tavırlar, hasta merkezli bakımı uygulamada hasta bireyler ve hemşireler arasında engel oluşturabilmektedir (Nadzam, 2009).

2.6. Hasta Merkezli Bakım Modelleri

Hasta bireylerin artış gösteren sağlık hizmeti alımlarında tedavi ve bakım hizmetlerine katılma arzusuna yönelik yapılan araştırmalar bu işbirliğinin hasta merkezli bakım ile elde edilebileceğini ifade etmektedir. Bundan dolayı hasta merkezli bakım hizmetini ifade edebilmek için, birçok araştırma yapılarak farklı modeller geliştirilmiştir. ABD 'de yapılmış olan modellemelerin en etkili olanları, Picker Milletler Topluluğu modeli (Picker/Commonwealth Dimensions), Aile Merkezli Bakım Enstitüsü modeli (Institute

for Family-Centered Care) ve Çınarağacı (Planetree model) modeli olduğu ifade edilmektedir (Shaler, 2007).

2.6.1. Picker Enstitüsü Modeli

Hasta merkezli bakım kavramı, sonrasında Picker Institute adlı Hasta Bakım Merkezinde Picker Commonwealth Programı aracılığı ile daha sonra Picker Institute vasıtasıyla 1988 yılında meydana gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avrupa'daki sağlık bakım kurumları, hasta bireylerin bakım hizmetlerini sekiz boyutta ele almaktadırlar. Bu boyutlar; hasta bireylerin değer ve seçimlerine saygılı olmak; bakım hizmetinin uyumu; bilgilendirme, iletişim ve eğitim; fiziki konforu sağlama; duygusal destek, korku ve kaygıyı azaltmak; bakım hizmetlerine aile ve arkadaşların katılımı; geçiş ve devamlılık ve son olarak bakım hizmetine erişim olarak sınıflandırılmaktadır (Conway vd., 2006). Bu sekiz boyutu ifade etmek gerekirse;

Hasta bireylerin değer ve seçimlerine saygılı olmak: Hasta merkezli bakım bireylerin hayat kalitesi konusunda farkında olmalarını, hasta bireylerin karar süreçlerine dâhil edilmelerini, hasta bireylerin seçimlerine ve gereksinimlerine saygılı olmayı ve hastaların özerkliklerine özen gösterilmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Bakım hizmetinin uyumu: Hasta merkezli yaklaşımda, hasta bireylerin bakımlarından sorumlu olan sağlık çalışanlarının klinik uygulamalarda ve destek hizmetlerinde hastaların koordinasyon ve entegrasyonlarını sağlayabilmektedirler. Bilgilendirme, iletişim ve eğitim: Hasta merkezli bakım hizmeti sunumu sırasında sağlık çalışanlarının hastaların özerklikleri, kişisel bakımları, sağlık sistemlerinin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için, klinik durum, hastalık süreci, buna yönelik yapılan varsayımlar ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirme, iletişim ve yeterli eğitim düzeyine sahip olunması gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Fiziki konforu sağlama: Hasta merkezli bakımda sağlık uzmanları, hastaların fiziksel sağlıklarını korumayı ve yaşamlarında günlük işlerini rahatlıkla yapabilmeleri için yardımcı olarak hastalar için hijyenik ve rahat bir ortam sağlamaktadırlar. Duygusal destek, korku ve kaygıyı azaltmak: Hasta merkezli bakımda sağlık uzmanları, hastalar ve yakın çevresinin tedavileri ve bakımları esnasında tedirginliklerini gidererek bireylere duygusal açıdan yardımcı olmaktadır. Bakım hizmetlerine aile ve arkadaşların katılımı: Hasta merkezli bakımda, hastaların ailelerinin ve arkadaş çevresinin hastalarla ilgili

farkında olma durumlarını arttırarak, hastaların tedavileri ve bakımlarında sürece dâhil edilmeleri gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Geçiş ve devamlılık: Hasta merkezli bakımda hasta bireyler bakım hizmeti alma sürecine dâhil edilmeleri gerekmektedir. Bundan dolayı hasta bireylere klinik ortam dışında bireysel bakımları hakkında yardım sağlayacak bilgilerin verilmesi gerekmektedir. Üstelik geçiş sürecini kolaylaştırmak ve devamlılığını sağlayabilmek için önemli bir uyum, tasarım ve yardım gerekli görülmektedir. Bakım hizmetine erişim: Hasta merkezli bakımda hasta bireyler kayıt kabul sürecinde, ayaktan tedavi ve bakım sürecinde ve yatış işlemlerinde ayırdıkları süreye dikkat etmeleri gerekmektedir. Hizmet erişimi için süre, hastaların beklentilerinden daha fazla olmaması gerekirken tedavi ve bakım için planlanmış süreye uyum sağlanması gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

2.6.2. Aile Merkezli Bakım Enstitüsü Modeli

Aile Merkezi Bakım Enstitüsü, hasta ve aile merkezli bakım unsurlarının, sağlık, eğitim, zihinsel sağlık ve sosyal hizmetler olmak üzere, hastalara, yakın çevrelerine bakım ve destek hizmeti veren sağlık sistemlerinde uygulanması amacı ile 1992 yılında kurulmuştur. Aile merkezli bakım enstitüsü modeline göre, hasta ve aile merkezli bakım, hasta bireyler, yakın çevreleri ve sağlık hizmet sunucuları arasında karşılıklı fayda sağlayan işbirliğine dayalı sağlık hizmetlerinin planlanması, hizmetin sunulması ve analiz edilmesini sağlayan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Aile merkezi bakım enstitüsü modeline göre, hastalar ve ailelerine yönelik sağlık bakımı onur ve saygı, bilgi aktarma, katılım sağlama ve anlaşmayı içermektedir (Shaller, 2007).

Onur ve saygı: sağlık hizmet sunucuları tarafından hasta, aile bakış açılarını ve tercihlerini dinler, hastalar için sağlık bakımının planlanması ve sunulmasında hastaların ve aile bireylerinin önceliklerini, inanç ve kültürel değerlerini dikkate alarak saygı duymaktadırlar. Bilgi aktarma: Hasta merkezli bakım algısında sağlık bakımını uygulayan çalışanlar, hasta bireyler ve yakınları ile doğrudan iletişim halinde olarak sağlık durumu ile ilgili bilgileri yansız bir şekilde paylaşmaktadırlar. Hasta bireyler ve yakınları, tedavi ve karar verme sürecinde aktif katılım sağlayabilmek için vaktinde, tam ve doğru bilgileri almaktadırlar. Katılım sağlama: Hasta bireylerin ve yakınlarının, bakım süreçlerinde seçimleri doğrultusunda hizmet alabilmeleri için tedavi ve bakım sürecinde katılımları teşvik edilerek desteklenmektedir. Anlaşma: Sağlık bakımından sorumlu liderler, mesleki eğitimlerde, bakım sunumunda, sağlık hizmet tesislerinin tasarımlarında,

politika ve programları geliştirmede, uygulama ve değerlendirmelerde hasta bireyler ve aile bireyleri ile işbirliği yapmaktadırlar (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

2.6.3. Planetree Modeli

1978 yılında kurulmuş olan Planetree misyonu, hasta merkezli, değer öncelikli ve bütüncül, psikolojik, fiziksel ve ruhsal olarak iyi olmayı sağlayan yeni sağlık bakımı modellerinin geliştirilmesinde ve uygulanabilmesinde lider olma sorumluluğunu üstlenmektedirler. Planetree modelinde hasta merkezli bakım algısının dokuz boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar: (Shaller, 2007).

Bireyleri etkileme bakımından, bireysel özen gösterme, nezaketli davranma ve hastalar ile beraber olmak gibi hususların önem arz ettiğini kabullenmek. Odak noktası birey olan sağlık kütüphaneleri ile hastalara eğitim vererek farklı hasta nüfusuna bilgi aktararak güçlü olmalarını sağlamak. Aile bireyleri ve arkadaş çevresi ile kurulan sağlık ortaklığının bakım hizmet sunumlarının bütün yönlerinde bütünleştirebilmek. Besin öğelerinin ve beslenme düzeninin sağlıklı yönleri ile ilgileniyor olmak. Hasta bireylerin bakımlarını iyileştirebilmek için manevi ve öz varlıkların kullanılabilmesi. Bireylerin tedavileri ve bakımlarında temastan çekinmeyerek masaj yapabilmek. Hasta bireylere uygulanacak olan tedavilerde ve bakım süreçlerinde sanat dallarını da dahil edebilmek. Geleneksel tedavi ve bakım uygulamalarına tamamlayıcı ve alternatif uygulamaları da dâhil ederek uyumunu sağlayabilmek. Tasarımlar ve mimari yapılar sayesinde iyileşme sürecine katkı sağlayacak ortamları yaratabilmek (Shaller, 2007).

Picker enstitüsü modeli, aile merkezli bakım enstitüsü modeli ve planetree modeline göre, hasta merkezli bakımın nitelikleri ve bu niteliklere erişebilmek için gerekli temel faktörler hususunda birbirleri ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hasta merkezli bakım araştırmalarında hemşirelere yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında hasta bireylere saygı gösterip sevgi ile yaklaşmaları, hasta birey ve aile bireylerine karar verme aşamasında söz hakkı tanınması, hasta bireylerin seçimlerine, önceliklerine, kültürel değerlerine ve gereksinimlerine saygı duymayı tavsiye etmektedirler (Jardien-Baboo vd., 2016).

Hwang (2015) tarafından geliştirilen ve Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış hasta merkezi bakım yetkinliği ölçeğinde yer alan ve hasta merkezli bakımın boyutları hastaların bakış açlarına saygılı olmak, bakım süreçlerinde hasta

katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hasta haklarını savunmak başlıklı dört boyuttan oluşmaktadır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019; Hwang, 2015).

2.7. Hasta Merkezli Bakımın Boyutları

Hwang (2015) tarafından "hastane hemşireleri için hasta merkezli bakım yetkinlik ölçeğinin geliştirilmesi ve test edilmesi" araştırmasında ve bu araştırmanın Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından yapılmış Türkçe uyarlaması çalışmasında hasta merkezli bakım boyutları hastaların bakış açılarına saygılı olmak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hasta haklarını savunmak olarak tanımlanmaktadır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019; Hwang, 2015).

2.7.1. Hasta Perspektifine Saygı Duymak

Hasta merkezi bakım algısının esası, hastalık tecrübesini hasta bireylerin bakış açısından anlayabilme gayretidir (Jardien-Baboo vd., 2016). Bunun yanı sıra, hasta merkezli bakımın merkezinde hasta bireylerin önceliklerine, seçimlerine ve bakış açılarına saygı duymak yer almaktadır. Hasta bireylerin sosyal hayatlarında değerli gördükleri varlıkların neler olduğunu bilmek ve verilen hizmet sırasında yapılanların hasta bireyler açısından nasıl anlaşıldığını anlayabilmek önem arz etmektedir. Bunun sebebi hasta bireylerin almış oldukları kararların, davranışların ve algıların hemşireler açısından iyi analiz edilmesi, hastaların seçimleri ve bakış açıları için standartlar sağlamaktadır (McCormack, 2003). Sağlık hizmeti veren çalışanlar hastalar ve ailelerinin düşüncelerini ve tercihlerini dinleyerek onurlandırır. Hastaların ve aile bireylerinin, öncelikleri, tercihleri ve kültürel yapıları sağlık hizmetinin planlanmasında ve sunulmasında göz önünde bulundurulmaktadır (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Hasta merkezli bakım algısında hasta bireylerin bakış açılarına saygılı olmak önem arz etmektedir. Birden fazla sağlık probleminin eş zamanlı bulunmasından mağdur olan hasta bireylerin her biri özel bir birey olarak görülmektedir. Hasta merkezli bakım algısının da merkezinde bu düşünce yer almaktadır. Odaklanması gereken hastalık durumu değil hasta bireylerdir. Örnek olarak Kronik Obstrüktif Akciğer Hastası olan bireye hastalık durumuna göre plan yapmak ve aynı zamanda diyabet sorunu için plan yapmak hasta merkezli bakım algısına göre uygun görülmemektedir. Sağlık hizmetini sunan uzmanların hasta bireyleri bir bütün olarak görmeleri gerekmektedir. Bu düşüncenin amacı hastaların

önceliklerini ve seçimlerini bilmek için vakit ayırarak hastaların konforu için gayret göstermektir (Cramm ve Nieboer, 2018).

Bireyler için sağlık kavramı çeşitli manalar ifade etmektedir. Bireylerin sağlık durumlarına gösterdikleri hassasiyet ve öncelik durumları çeşitlilik göstermektedir. Bundan dolayı tüm hastalara uygun tek bir sağlık bakım ve hizmeti bulunmamaktadır. Bazı girişimler alternatiflere göre daha uygun kabul edilse de en uygun yaklaşım hastaları birey olarak görüp hizmet planlamasında ve uygulamasında hastaları merkezine alan yaklaşımdır. Bu sebeple sağlık uzmanları hizmet sunumlarında hasta bireyler ile birlikte ortak karar alabilmeli, yani hastalara sunulacak olan bakımlarda sağlık uzmanları aracılığıyla işbirliğine dayalı anlaşmaların benimsenmiş olması gerekli görülmektedir (McCormack, 2003).

Hasta merkezi bakım algısının temelinde her hasta bireyin özel bir vaka olarak görülmesi ve bakım hizmeti görevinden sorumlu sağlık uzmanları ile hastaların durumlarının kontrollü bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir. Öncelikli olarak hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri alırken sağlık sorunun devamlı bir şekilde dile getirilmemesi gerekmektedir ve bakım hizmetini üstlenen çalışanlara konu hakkında bilgilendirmenin yapılması gerekli görülmektedir. Bu sebeple sağlık bakım hizmetlerinde ekipte bulunan görevli çalışanların uyum içerisinde çalışmaları önemli bir faktördür. Takım çalışmasının ve ekip içerisindeki çalışan bireylerin birbirleri ile uyumlu olmaları gerekmektedir (Cramm ve Nieboer, 2018). Hasta bireylerin sağlık sorunlarından ne derece etkilendiklerini anlayabilmek, hastaların davranışlarını ve duygu durumlarını anlayabilmek için önem arz etmektedir. Bu anlayışa sahip olma, bir bireyin bakış açısını anlayabilme becerisini ifade etmektedir (Burks ve Kobus, 2012).

Sağlık problemlerinin hastalar üzerindeki tesiri düşünüldüğünde sabırlı davranmak birçok hasta için güç bir davranış olabilmektedir. Benzer şekilde sağlık çalışanları da hastaların kültürel değerlerini ve hastaların kültürlerine has alternatif tedavileri anlamakta sabır göstermeleri ve saygı duymaları gerekmektedir. Hasta merkezli bakım anlayışının hâkim olduğu durumlarda, hasta bireylerde sağlık çalışanları sağlık probleminin hastalar açısından nasıl anlamlandırıldığını anlamaya yönelik davranışlarda bulunmaları gerekli görülmektedir (Jensen vd., 2013). Hasta merkezli bakım anlayışında öncelik, sağlık hizmetini sunanların hastalar ve hastaların tecrübeleri hakkında bilgi edinmek için araştırma yapmalarıdır. Araştırma esnasında hasta bireylerin, hasta olduklarında ki hissettiği duyguları, sağlık durumları ile ilgili doğru ve yanlış ayırt edebilmeleri, sağlık

probleminin yaşamlarına olan tesirleri, sağlık durumları için istekleri ve ihtiyaçları hakkında incelemeler yapılmalıdır (Oates vd., 2000).

Farklı kültürlere sahip sağlık hizmeti talep eden bireyler aracılığıyla, sağlık uzmanları, farklı dillere, değerlere, sağlığın ve hastalığın yönetilmesi ile ilgili çeşitli inançlara sahip olan hasta bireyleri tedavi etmek mecburiyetindedirler. Hasta bireylerin sağlıkları, psikolojik, fiziksel ve duygusal gibi faktörlerden etkilendiği göz ardı edilmemelidir. Bundan dolayı sağlık uzmanları, hasta merkezli bakım algısını uygulamak için, bireylerin farklı kültürlere sahip olduklarını anlayabilme gayreti içerisinde olmalıdırlar. Kültürler çok çeşitlidir bundan dolayı sağlık bakım hizmetini etkili sunabilmek için hemşirelerin ve sağlık uzmanlarının hasta bireylerin sahip oldukları kültürleri anlama çabası içinde olmaları gerekmektedir (Matteliano ve Street, 2012).

Sağlık uzmanlarının, hizmet talep eden hastalar ve yakın çevresinin kültürel isteklerini dikkate almaları gerekmektedir (Van Rooyen vd., 2009). Bu gaye ile çalışan hemşirelerin bilgi seviyeleri yüksek, çeşitli kültürlere duyarlı ve hasta bireylerin güvenliklerine önem veren bireyler olmaları gerektiği belirtilmektedir (Chenoweth vd., 2006). Sağlık hizmeti sunumlarına yönelik değerlendirmeler, hasta bireylerin bakış açılarına göre yapılması uygun görülmektedir. Klinik görüşmelerde, sağlık hizmetinin sunulmasında ve analiz edilmesinde; hastaların öncelikleri, seçimleri ve gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte hizmet sunumunda çalışan diğer sağlık uzmanları ile işbirliği içerisinde yürütebilmek önem arz etmektedir. Bütün aşamalarda bakımdan sorumlu takım çalışanları, hasta bireylerin kendilerinden farklı değerlere sahip olabileceklerini unutmamaları gönülden hizmet verebilmelidirler (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019).

2.7.2. Bakım Süreçlerinde Hasta Katılımını Teşvik Etmek

Hastalar ve aile bireylerinin bakım ve tedavi süreçlerine katılımları, hasta merkezli bakım anlayışının önemli bir unsurudur (Shaller, 2007). Hasta bireylerin tedavi süreçlerine etkin katılımlarını sağlamak için problemlerin belirlenerek çözüm yollarının aranması gerekmektedir. Bu problemler arasında en mühim olanı iletişimsizliktir. Bundan dolayı hasta bireyler ile etkili iletişim kurabilmeyi ve yetersiz sağlık okuryazarlığının etkisinin azaltılmasına yönelik faaliyetlerde bulunulması gerekli görülmektedir. Dolayısıyla hastalar ile iletişim kurarken anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterilmeli ve tıbbi terimlerden kaçınmaya dikkat edilmelidir. Sağlık çalışanlarının, hastaların kültürlerine

özgü unsurların isimlerini öğrenerek kullanmaları önerilmektedir. Bilgiler, hasta bireyler için uygulanabilecek şekilde aktarılmalı ve düzenlenmelidir (Stiles, 2011).

Bakım hizmeti sunulan hastaların yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmaları önem arz etmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmayan bireyler diğer bireylere göre en uygun sağlık hizmetini alabilmek için aynı kaynaklara ve beceriye sahip değildirler. Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olmayan hasta bireyler, sağlık bilgilerini idrak edebilme ve uygulayabilmede güçlük yaşayabilmektedirler. Göç eden vatandaşlar, yaşlı bireyler, kronik hastalıklara sahip olan hastalar ve gelir seviyesi düşük olan bireyler yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olamayarak mağduriyet yaşamaktadırlar (Bankert vd., 2014).

Sağlık çalışanları, sağlık sistemlerinin eğitim sistemi ile birlikte sosyal ve kültürel unsurlarının da sağlık okuryazarlığını etkilediğini kabul etmeleri gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı yetersizlik olarak görülürken günümüzde sağlık sistemleri içerisinde yer almaktadır. Bundan dolayı sağlık okuryazarlığı, hasta bireyler ile iletişimde sağlık çalışanlarının tıbbi terimleri kullanmaksızın, kolay anlaşılır ifadeler ile verecek oldukları bilgiler sayesinde kuvvetlendirilmektedir (Bankert vd., 2014). Hasta bireylere hizmet sunumunda, hastalara ya da aile bireylerine bakım sürecine katılımlarını sağlayacak taktiklerin geliştirilmesi gerekli görülmektedir. Hasta bireyler için ilgili sağlık bilgisinin özelleştirilmesi önerilmektedir. Bu taktikler sayesinde hasta bireylerin bilgileri anlama ve uygulama becerilerini güçlendirerek almış oldukları hizmetten memnun kalmalarını sağlamaktadır (Nath, 2007).

Hasta bireylerin bakımlarını üstlenen sağlık çalışanları, sağlık hizmetini geliştirmeye yönelik eğitimlerde etkin olabilmeleri ve hastaların sorularını ifade edebilmelerine yardımcı olabilmelidirler. Bakım sürecinde yeterli bilgiye sahip olan ve aktif rol alan hasta bireylerin tedavi süreçleri olumlu bir şekilde sonuçlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki gelişim, hasta bireyleri hizmet sunumunda meslekler arası takımın bir üyesi olarak görmektedir. Bu düşünceye göre hasta bireyler hizmetlerin odak noktasıdır. Bu nedenle hasta bireylerin bakımlarından sorumlu çalışanlar, hasta bireylerin hizmet gereksinimlerini hasta bakış açısı ile bakabilmelidirler. Bunun için hastalar ile anlaşmaya dayalı ilişkiler kurarak, hizmet süreçlerinde aktif katılımları sağlanmalıdır (Bankert vd., 2014).

Hasta merkezli bakım algısının geliştirilmesi için bakımdan sorumlu çalışanların, hastalar ve ailelerini bakım süreçlerinde kararlara katılmalarını sağlayarak, kişisel bakım ve yaşamlarına dair karar vermelerini sağlamalıdır. Tedavi süresince oluşma ihtimali olan komplikasyonların detaylı içeriği anlatılmalı, hastaların ve aile bireylerinin rızası ile ortak bir karara varılmalıdır. Bakım ve hizmet sunumu sırasında yan etkiler nedeni ile olumsuz bir durumun meydana gelebileceği ifade edilmelidir. Bu sebeple sunulan tedavi ve bakımlarda olumsuz durumların meydana gelebileceği hastalar ve ailelerine açıklanarak hasta bireylerin karar sürecinde katılmaları sağlanmalıdır (Cramm ve Nieboer, 2018). Hasta bireyler ve ailelerinin tedavi ve bakım süreçlerine katılmaları, hasta merkezli bakım algısının en mühim unsurudur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında hasta merkezli bakım algısının çeşitli tanımlarına yer verilse de içerik olarak benzerlik göstermektedirler. Shaller (2007) tarafından yapılan bir araştırmada, hasta merkezli bakımın tanımı için dokuz model ve tedavi ve bakım süreçlerinde aile ve arkadaşların katılmalarının önemli olduğu ise beş modelde ifade edilmiştir (Shaller, 2007).

İki ya da daha fazla kronik sağlık problemine sahip olan hasta bireylerin, tedavi süreçlerinde aile bireyleri de olumsuz şekilde etkilenmektedir. Hizmet planlamasında hastaların bakımlarından sorumlu aile bireylerinin ya da bakımını üstlenen kişilerin kararlara katılımı ve ihtiyaçları belirlemeleri önemlidir. Hasta merkezli bakım algısında hasta bireyler için en iyi hizmeti sunmak söz konusu olmaktadır. Bu durum, hasta bireylerin bakımından sorumlu kişiler ile sağlık çalışanları arasında anlaşmaya dayalı işbirliği ile yapılabilmektedir. Aile bireylerinden, öncelikli olarak eşler, tedavi ve bakım süreçlerinde sorumluluğu paylaşarak destek olabilmektedirler (Cramm ve Nieboer, 2018).

Hasta merkezli bakım algısı, hasta bireylerin sağlık durumları ile alakalı seçimleri, hastaların rızaları ile aile bireyleri ve bakımından sorumlu diğer bireyler aracılığı sayesinde elde edilen bilgiler ile oluşmaktadır. Hastaların seçimlerine yönelik elde edilen bilgilerin genel ve fonksiyonel şekilde analiz edilmesi ile hastaların, sağlık durumları, beklentileri ve hedeflerindeki hayat standardına ulaşabilmeleri için kullanılmaları gerekli görülmektedir. Burada önemli olan, ulaşmak istenen hayat standardı için hastaların istek ve beklentilerinin tespit edilmesidir (Cramm ve Nieboer, 2018). Hasta merkezli bakımda fazla yarar elde edebilmek için bakım sürecinde hastalar ve bakımlarından sorumlu kişilerin sürece dâhil edilmeleri gerekmektedir (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019). Bir birey için yakın çevresi, sağlık durumuna etkisi olan bir faktördür. Bundan dolayı, hastalar ve

yakınlarının tedavi sürecinde dahil edilmeleri, hasta merkezli bakımın temelidir (Mitchell vd., 2009).

2.7.3. Hasta Konforu Sağlamak

Hasta bireyler genellikle hastalık durumlarının hayatlarını etkilemeleri hususunda kaygı yaşamaktadırlar. Hastaların kaygıları sadece fiziksel ve psikolojik rahatsızlık durumu değil aktivitelerinin kısıtlanması nedeniyle sosyal hayatlarını da etkilemektedir. Bunun yanı sıra, hizmet sürecinde bazı uygulamalar endişelere sebep olabilmektedir. Dolayısıyla hasta bireylerin fiziksel sağlıklarına kavuşabilmeleri için destek verilmesi gerekli görülmektedir. Hizmet esnasında sorumlu çalışanlar, hastaların bakımları için gerekli olan ihtiyaçlarını da günlük gereksinimlerini de karşılayabilmelidirler. Hasta merkezli bakımın hâkim olduğu ortamlarda hasta bireylerin günlük hayatlarındaki konforları sağlanmaya çalışılmalıdır. Hastaların konforunu sağlamak için hijyen ve temizliğe özen gösterilmeli kişisel mahreme dikkat edilmelidir (Cramm ve Nieboer, 2018).

Yapılan araştırmalar sonucunda hastaların konforunu sağlayan unsurların hasta bireylerin memnuniyetlerini belirlediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların memnuniyetinde etkili faktör olan hasta konforunu sağlama hasta merkezli bakım hizmeti sunan kurumlar için de önem arz etmektedir. Dolayısıyla sağlık personeli, hastaların hissettikleri ağrıları ve çektikleri ızdırabı anlayarak uygulanacak bakım için uygun ortamı sağlayabilmeli hasta bireylerin refah düzeylerini iyileştirebilmek için planlamalar yapmalıdırlar. Hastaların ağrıları ya da ızdıraplarının azaltılması için hastalar ve aile bireylerinin isteklerini karşılamaya yönelik çaba göstermelidirler (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019).

2.7.4. Hasta Haklarını Savunmak

Hasta haklarını savunma hasta bireylerin menfaatlerini korumayı ifade etmektedir (Kreindler, 2013). Hasta bireylerin haklarını savunarak hizmet vermek hasta merkezli bakımın özelliği ve uzman sağlık ekibindeki hemşire ve liderlerin temel unsurudur. Savunma, hastaların ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda en iyi hizmeti almalarına olanak sağlayan faaliyetlerden biridir (Bradshaw, 1999). Hastaları güçlendirmek, hastaların değişim yapabilmelerine ve sağlıkları ile ilgili karar almalarında motivasyon sağlayan, savunma şeklidir (Bann vd., 2010).

Savunmak ve güçlendirmek hususunda hasta merkezli yaklaşım bakıcılar ve hastalar arasındaki işbirliğine dayanarak hastaların özerkliklerini ve bakım süreçlerine

katılımlarını arttırabilmektedir (Holmström ve Röing, 2010). Hastaları savunmak, hastaların refah seviyesini arttırarak sağlık uzmanları tarafından uygulanırken hemşirelerin profesyonel sorumluluğunun da önemli bir ilkesi olarak görülmektedir. Hasta bireylerin haklarını gözetmek, sağlık durumları ile ilgili bilgi vermek, hastaların istek ve ihtiyaçlarına odaklı hasta bakımı ile ilgili olmaktadır (Sundqvist, 2018).

Hasta haklarını savunmak hasta merkezli bakım ve sağlık hizmetini sunan uzmanların bir özelliğidir. Hasta merkezli bakımın hâkim olduğu sağlık kurumları, hasta haklarını savunmanın yanında, hastalara gerekli bilgileri aktarmalı ve hastaları kişisel bakımlarına katılımlarını sağlamaları için gayret göstermelidirler. Sağlık kurumlarından bazıları hasta ve çalışanlar arasındaki bilgi aktarımını arttırmak, hastaların kaygılarını giderebilmek ve hastalar ve aile bireylerine psikolojik olarak yardımcı olabilmek için hasta hakları birimlerini oluşturmaktadırlar. Hasta hakları birimleri sağlık uzmanları, sağlık çalışanları, hasta bireyler ve aileleri için ortak bir etkileşim alanıdır. Hizmet sürecinde oluşması ihtimal olan ya da mevcut problemlere çözüm üreterek hasta bireylere destek olmaktadır (Bankert vd., 2014).

Hastaların haklarını savunan kişi, sağlık kurumu aracılığıyla yönlendirilen biri, sağlık çalışanı ya da sosyal hizmet uzmanı olabilir; fakat bu görev tıbbi bilgilere hâkim olmayı veya sağlık eğitimi almış olmalarını gerekli kılmamaktadır. Hastanın haklarını savunan kişi yakın bir arkadaş ya da aile bireyi olabilir. Burada önemli olan hastaların etkili iletişim kurabilen ve güvenebilecekleri bir kişinin olmasıdır (Bankert vd., 2014). Hasta bireylerin, tedavi ve bakımları ile ilgili süreçlerde bilgilendirilmeleri temel haklarıdır. Hasta bireylere kişisel bakımları için sorumluluk yüklenmelidir. Bu sebeple bakım süreçlerinde hastaların doğru şekilde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bakımları ile alakalı verilere ulaşmalarını sağlamalı ve hastalıkları ile ilgili formlar sayesinde bilgilendirme yapılmalıdır (Cramm ve Nieboer, 2018).

Hizmet süreçlerinde, meydana gelebilecek olumsuz durum ve oluşabilecek komplikasyonların etkisi sağlık çalışanları bakımından daha az olabilmektedir. Dolayısıyla bazı hastalıkların tedavilerinin planlamasında birden fazla ilaç kullanılması ve tedavileri, hastaların yanlış algılamalarına neden olabilmektedir. Hastalar için yersiz bir tedirginliğe sebep olabilmektedir. Bu sebeple hastaların, tedavileri hakkında eğitim ve algı düzeylerine yönelik açıklayıcı bir şekilde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Fakat hasta bireylere gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan ve anlamış olduklarına ikna olduktan sonra hastaların onay ve rızalarının alınması gereklidir. Hastaların ihtiyaçları sürekli takip

edilerek, duruma yönelik planda değişiklikler yapılmalıdır. Bunun sayesinde oluşabilecek problemlerin meydana gelmesini önleyerek karar alma sürecini desteklemiş olacaktır (Arslanoğlu ve Kırılmaz, 2019).

2.8. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Merkezli Bakım Algısının Önemi

Hasta merkezli bakım, hizmetlerin iyileştirilmesi amacı ile sağlık hizmetini talep edenler ile hizmeti sunanlar arasında anlaşmaya ve etkili iletişime dayalı çok yönlü bir kavramdır (Mockford, 2012). Hastaların ve toplumun katılımı, hizmet sürecinden finansman ile ilgili kararlara kadar sağlık hizmetinin birçok alanında kullanılan önemli bir bileşendir (Fraenkel, 2013; Légaré vd., 2007). Hasta merkezli bakım algısına sahip düşünce tarzı ile hastalar ve aile bireylerinin karar verme sürecinde aktif rol almaları, hastaların sağlık sorunlarına yönelik en uygun tedavi ve bakım hizmetine ulaşmalarını sağlayarak sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde uygun davranışları sergileyebilmelerine olanak tanımaktadır (Şahin ve İğde-Artıran, 2014).

Sağlık kurumları için hastaların memnuniyetini belirleyen ve kararlara katılımlarını sağlayan hasta merkezli bakım algısı gibi yaklaşımların kurumlar tarafından benimsenmesi organizasyonlarda gelişimi açık rekabet avantajı elde etmeyi sağlar ve sağlık sistemlerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık kurumları için kaynakların en önemlisi vasıflı insan gücüdür. Sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım algısını benimsemeleri hastaları memnun etmek için önemlidir. Geçmişten günümüze önemi giderek artan hasta memnuniyet düzeyi ve her hasta bireyin ayrı bir vaka olarak değerlendirilmesi, teknolojik gelişmeler ile birlikte artış gösteren sağlık okuryazarlığının sağlık çalışanlarında gelişime açık olmalarına sebep olmaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinde kalitenin elde edilmesindeki temel faktör olan hasta memnuniyeti kavramına yönelik hizmet sunmaları gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).

Sağlık kurumlarına başvuran hasta bireylerin sağlık durumlarına yönelik tedavi süreçlerine katılarak söz sahibi olmaları kabul görülen bir yaklaşımdır. Hastaların sağlık kurumlarına başvurmaları ile sağlık durumları hakkında verilecek kararlara dâhil edilmeleri, sağlık okuryazarlık düzeylerini arttırırken sağlık kuruluşuna, çalışanlarına ve topluma fayda sağlayarak sağlık sistemlerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Kalite kavramının unsuru olan hasta merkezli bakım yaklaşımı sağlık hizmetinin sunulmasında kalitenin önemli ölçütü olan hasta memnuniyetine değer katarken sağlık sistemlerinin

gelişmesine de fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Rekabetin var olduğu sağlık sektöründe rekabet avantajı sağlayabilmek için sağlık kurumlarında hasta merkezli bakım algısına yönelik hizmet vermeleri gerekmektedir (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020).



BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sakarya il sınırları içerisinde bulunan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışma 17/02/2023 – 15/05/2023 tarihleri arasında yapılmıştır. 1.080.080 nüfusa sahip Sakarya ilinde gerçekleştirilen çalışma basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan hesaplamalara göre örneklem sayısı 384 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 500 katılımcıdan elde edilen veriler analize tabi tutularak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi konusunda aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Bal, 2001; Karagöz, 2014; Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2022).

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N - 1) * t^2] + (p * q * Z^2)}$$
$$n = \frac{1.080.080 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(1.080.080 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)} \quad (3.1)$$
$$n = \frac{1.037.308}{2.701.157} = 384$$

N = Evren

n = Örneklem Sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 olarak baz alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemesi sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarında bulunur % 95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

Formüle göre ulaşılması gereken birey sayısı 384'dür. Çalışmada 500 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. (Ek 1) Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ortaya koyan (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu) sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde bireylerin duygusal zekâ düzeylerini ölçmek için Pekaar, Bakker, Linden, ve Born (2017) tarafından geliştirilen ve Tanrıöğen ve Türker (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeği bulunmaktadır. Ölçek kullanım izni alınmıştır. (Ek 2) Mayer ve Salovey’ın (1990) duygusal zekâ modeli dört boyut ve 28 sorudan oluşmaktadır (Lam ve Kirby, 2002; Newsome vd., 2000; Stys ve Brown, 2004). Birinci bölüm (duyguları algılama); kişinin kendi duygularının farkında olabilme ve bu duygularını ve duygusal ihtiyaçlarını başkalarına anlatabilme yeteneğidir. İkinci bölüm (duyguları özümseme); kişinin hissettiği farklı duyguları birbirinden ayırabilme ve tanımlayabilme yeteneğidir. Bu alanda güçlü yeteneklere sahip olan insanlar diğer birçok insana nazaran kendi duygularını hisseder ve onları tanımlar. Üçüncü bölüm (duyguları anlama); tıpkı iki duyguyu aynı anda hissetmek gibi karışık duyguları anlayabilme, birinden diğerine geçişi tanımlayabilme yeteneğidir. Son olarak dördüncü bölüm (duyguları yönetebilme); verilen durumlardan faydalı olmayan duygular ile bağlantı kurma ve kurmama yeteneğidir. Ölçek, “Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5)” şeklinde 5’li Likert yapıda düzenlenmiştir.

Üçüncü bölüm Cramm ve Nieboer (2018) tarafından geliştirilen Hasta Merkezli Bakım Ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçek kullanım izni alınmıştır. (Ek 3) 8 boyut ve 36 maddeden oluşan Hasta Merkezli Bakım Ölçeği, “Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5)” şeklinde 5’li Likert yapıda düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlanması Kırılmaz vd. (2023) tarafından yapılmıştır. Hasta Merkezli Bakım Ölçeği; hasta tercihi, fiziksel konfor, bakım koordinasyonu, süreklilik ve geçiş, duygusal destek, bakıma erişim, bilgi ve eğitim, aile ve arkadaşlar boyutlarından oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Literatür taramasında duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım kavramlarına ilişkin araştırmalara bakılarak ölçeklerin seçimi yapılmıştır. Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı’ndan araştırmanın etik ilkelere uygun olduğunu belirten 05.01.2023 tarihli ve

207348 sayılı onay belgesi (Ek 4) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireyler çalışmanın amacına dair bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınarak gönüllülük neticesinde çalışmaya katılmışlardır.

3.4. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma Sakarya il sınırları içerisinde bulunan 18 yaş üstü bireylere yapılmıştır. Bu nedenle elde edilecek sonuçlar diğer illerde bulunan bireyler için genellenemez. Zamanın kısıtlı ve maddi imkânların sınırlı olması sebebiyle daha geniş çaplı bir örneklem grubuna araştırma yapma imkânı bulunamamıştır. Araştırma sonuçları 17/02/2023 – 15/05/2023 tarihleri arasında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve son altı ay içinde herhangi bir sağlık kuruluşundan hizmet almış olan 18 yaş üstü bireylerin anket formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtlar esas alınarak oluşturulmuştur.

3.5. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Literatürde sağlık hizmetlerinde duygusal zekâ ile ilişkili farklı değişkenleri ele alan araştırmalar yer almaktadır. Söz konusu araştırmaların çoğunlukla sağlık çalışanları örneklemine tercih ettiği görülmektedir. Wagner ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmanın amacı hasta memnuniyeti ile hekimlerin duygusal zekâ testindeki puanları arasındaki artışı araştırmaktır. Örneklemi bir tıp fakültesindeki öğretim üyeleri ve asistanlar oluşturmaktadır. Bar-On Duygusal Bölüm Envanteri ve hasta memnuniyeti anketi uygulanmıştır. Doktorların duygusal zekâ testindeki puanları ile hasta memnuniyeti arasında sınırlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal Zekâ ile memnuniyet arasında ve duygusal zekâ alt ölçekleri ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bar-On'un mutluluk alt ölçeğinde %100 memnun hastaları olan doktorlar ile %100'den az memnun hastaları olan doktorlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Gerits ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmanın amacı en az tükenmişlik belirtisi, hastalık nedeniyle en az devamsızlık ve en az iş kaybı bildiren hemşireler için duygusal zekâ kümesi türlerini belirlemektir. Örneklemi 380 hemşire oluşturmaktadır. Bar-On Duygusal Bölüm Envanteri uygulanmıştır. Tükenmişliğin en az belirtisi, nispeten yüksek duygusal zekâ profillerine ve nispeten düşük sosyal becerilere sahip kadın hemşireler tarafından rapor edilmiştir. Problem çözme ve strese dayanıklılık becerileri daha yüksek olan erkekler de daha az tükenmişlik göstermektedir. Hastalık veya işten ayrılma

nedeniyle devamsızlıkla önemli bir ilişkisi olan belirli bir kümelenme türü tespit edilememiştir.

Humpel ve Caputi (2001) tarafından yapılan çalışmanın amacı duygusal yeterlilik ile iş stresi arasındaki ilişkiyi ve ruh sağlığı hemşireliğindeki süre ile duygusal yeterlilik ve stres arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Örneklemi 43 hemşire oluşturmaktadır. Çok Faktörlü Duygusal Zekâ Ölçeği kullanılmıştır. Duygusal yeterlilik ile yılların tecrübesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Altı yıl ve daha fazla deneyime sahip hemşirelerin duygusal yeterlilik düzeyleri daha yüksektir. Bu ilişki kadın hemşirelerde erkek hemşirelere göre daha güçlüdür. Hemşirelik mesleğinde iki yıldan az deneyimi olan hemşirelerin, hemşirelik deneyimi daha fazla olan hemşirelere göre önemli ölçüde daha fazla kendilerinden şüphe duydukları bulunmuştur.

Pau ve Croucher (2003) tarafından yapılan çalışmanın amacı anksiyete ve depresyon prevalansını değerlendirmek ve cinsiyet ve ilgili öğrenim yılı açısından anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Örneklemi 213 diş hekimliği lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği kullanılmıştır. Erkeklerle kıyasla daha fazla sayıda kadının 'orta' düzeyde kaygı yaşadığı, kadınların 'sınırdan' ve 'orta' düzeyde depresyon yaşama yüzdesi, erkeklerle göre 'sınırdan' ve 'orta' düzeyde depresyon yaşama oranı daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyetlere göre kaygı ve depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Son sınıf öğrencilerinin 'orta' düzeyde kaygı yaşadıkları ve diğer yıllarla karşılaştırıldığında 4. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde depresyon düzeyinde en yüksek artışın olduğu görülmüştür. Diş hekimliği öğrencileri arasında depresyon düzeyinin genel yüzdesinin kaygı düzeyinden nispeten daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 1

Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekâ ile İlgili Araştırmalar

Yazar, yıl, ülke	Örneklem	Ölçek	Çıktı	Özet
Wagner ve ark. 2002; ABD	Doktorlar ve hastalar	Bar-On Duygusal Bölüm Envanteri	Hasta memnuniyeti	Küresel duygusal zekâ ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Duygusal zekâ alt ölçekleri ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Bar-On'un mutluluk alt ölçeğinde %100 memnun

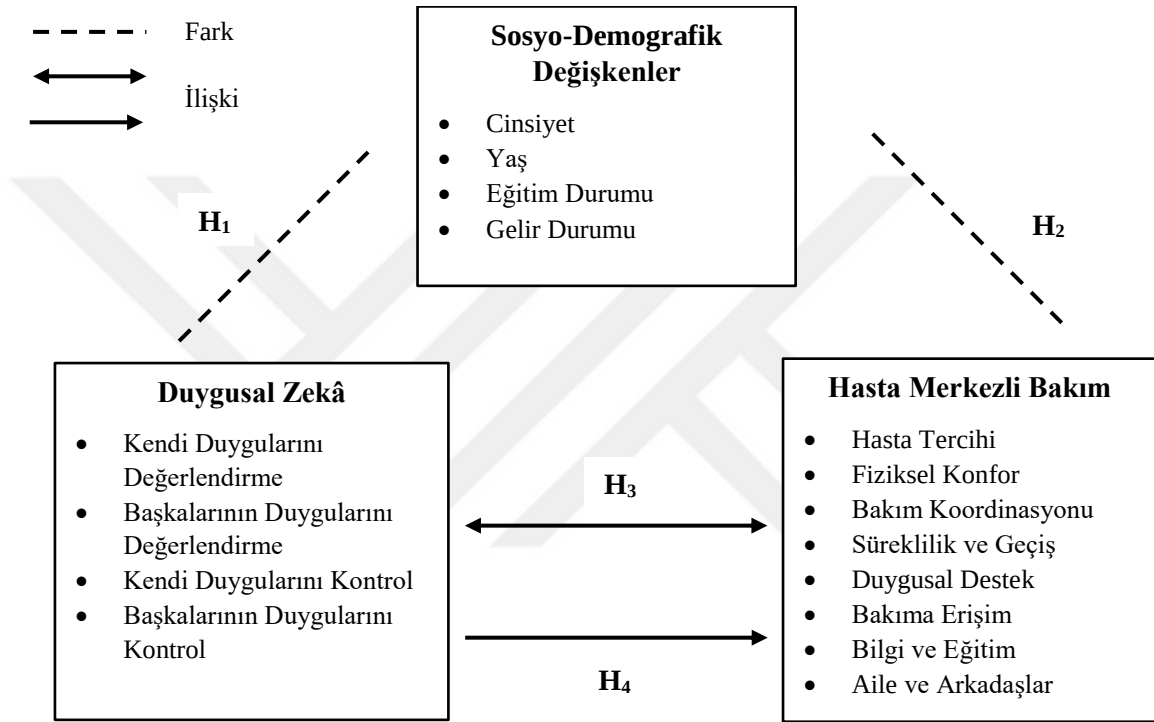
				hastaları olan doktorlar ile %100'den az memnun hastaları olan doktorlar arasında anlamlı fark bulunmuştur.
Gerits ve ark. 2005; Hollanda	Ruh sağlığı hemşireleri	Bar-On Duygusal Bölüm Envanteri	Tükenmişlik; iş gücü devri	Tükenmişliğin en az belirtisi, nispeten yüksek duygusal zekâ profillerine ve nispeten düşük sosyal becerilere sahip kadın hemşireler tarafından rapor edilmiştir. Problem çözme ve strese dayanıklılık becerileri daha yüksek olan erkekler de daha az tükenmişlik göstermektedir. Hastalık veya işten ayrılma nedeniyle devamsızlıkla önemli bir ilişkisi olan belirli bir kümelenme türü tespit edilememiştir.
Humpel ve Caputi 2001; Avustralya	Ruh sağlığı hemşireleri	Mayer ve ark. Çok Faktörlü Duygusal Zekâ Ölçeği	İş stresi	Duygusal zekâ ile stres arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ruh sağlığı konusunda daha az deneyime sahip kadın hemşirelerde daha düşük duygusal zekâ puanları görülürken erkek katılımcılarda bu durum söz konusu değildir.
Pau ve Croucher 2003; İngiltere	Diş hekimliği öğrencileri	Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği	Algılanan stres	Cinsiyetlere göre kaygı ve depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Son sınıf öğrencilerinin 'orta' düzeyde kaygı yaşadıkları ve diğer yıllarla karşılaştırıldığında 4. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde depresyon düzeyinde en yüksek artışın olduğu görülmüştür. Diş hekimliği öğrencileri arasında depresyon düzeyinin genel yüzdesinin kaygı düzeyinden nispeten daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynak: Birks ve Watt (2007)

Bu çalışmada ise, literatürde boşluk olduğu görülen hasta örnekleminde duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım değişkenleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak, etkiyi tespit etmek ve sosyo-demografik özelliklere göre fark bulunup bulunmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, duygusal zekânın hasta merkezli bakım algısına etkisi araştırma modeli aşağıda yer almaktadır:

Şekil 1

Araştırma Modeli



Yukarıdaki araştırma modeli doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre duygusal zekâ düzeyleri farklılaşmaktadır.

H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta merkezli bakım algıları farklılaşmaktadır.

H₃: Duygusal zekâ düzeyi ile hasta merkezli bakım algısı arasında anlamlı ilişki vardır.

H₄: Duygusal zekâ düzeyinin hasta merkezli bakım algısı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

3.6. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Araştırma modeline göre hipotezleri test etmek amacıyla IBM SPSS 22 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, fark

analizleri (independent samples t-test ve tek yönlü varyans analizi), korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde gruplar arasında anlamlı bir farkın olması halinde farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post-Hoc testlerinden yararlanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında test edilmiştir.

Ölçeklere ilişkin normal dağılım testi bulgularının yer aldığı Tablo 2’de görüldüğü üzere, verilerin normal dağılım durumunu belirlemek amacıyla, araştırmada kullanılan ölçekler Kolmogorov-Smirnov testine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz neticesinde p değerleri anlamı çıkmasından dolayı, duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ölçekleri ile alt boyutları normal dağılım göstermese de; örneklem büyüklüğü ile basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,0$ sınırlarında olması ve aritmetik ortalama ve medyan değerlerinin birbirine çok yakın olması nedeniyle verilerin normal dağılım sergilediği kabul edilmiştir. Bu doğrultuda verilerin analizinde parametrik testlerin uygulanmasına karar verilmiştir (Hair vd., 2013).

Tablo 2

Ölçeklere İlişkin Normal Dağılım Testi Bulguları

	İstatistik	df	p	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X}$	Med.
Duygusal Zekâ	,048	500	,009	,755	-,341	3,63	3,680
Kendi duygularını değerlendirme	,107	500	,000	,840	-,705	3,82	3,86
Başkalarının duygularını değerlendirme	,078	500	,000	,500	-,379	3,69	3,71
Kendi duygularını kontrol	,071	500	,000	,380	-,356	3,42	3,43
Başkalarının duygularını kontrol	,106	500	,000	,375	-,599	3,60	3,71
Hasta Merkezli Bakım	,057	500	,001	,202	-,299	3,51	3,53
Hasta tercihleri	,112	500	,000	,338	-,588	3,61	3,71
Fiziksel konfor	,090	500	,000	,114	-,402	3,46	3,60
Bakım koordinasyonu	,098	500	,000	,022	-,452	3,36	3,50
Süreklilik ve geçiş	,109	500	,000	,234	-,490	3,54	3,75
Duygusal destek	,131	500	,000	-,437	-,426	3,29	3,50
Bakıma erişim	,094	500	,000	-,350	-,165	3,55	3,60
Bilgi ve eğitim	,105	500	,000	-,039	-,469	3,60	3,75
Aile ve arkadaşlar	,170	500	,000	,281	-,649	3,61	4,00

BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen verilere, istatistiksel analizlere ve değerlendirmelere yer verilmektedir.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcılara ait demografik bilgilerin yer aldığı Tablo 3’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan 500 bireyin 327’si (%65,4) kadın, 173’ü (%34,6) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, 277 kişinin (%55,4) 18-25 yaş aralığı ile en çok; 53 kişinin (%10,6) ise 46-55 yaş aralığı ile en az sayıda oldukları görülmektedir. Eğitim durumu incelendiğinde çalışmaya katılanlar arasında en büyük grubu 300 kişi (%60,0) ile lisans mezunları; en küçük grubu ise 45 kişi (%9,0) ile önlisans mezunları oluşturmaktadır. Gelir durumuna bakıldığında ise, 72 kişinin (%14,4) düşük, 395 kişinin (%79,0) orta, 33 kişinin ise (%6,6) yüksek gelir durumuna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=500)

Cinsiyet	n	%	Gelir Durumu	n	%
Kadın	327	65,4	Düşük	72	14,4
Erkek	173	34,6	Orta	395	79,0
			Yüksek	33	6,6
Yaş	n	%	Eğitim Durumu	n	%
18-25	277	55,4	Lise	48	9,6
26-35	83	16,6	Önlisans	45	9,0
36-45	87	17,4	Lisans	300	60,0
46-55	53	10,6	Lisansüstü	107	21,4

4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

5’li Likert ölçekte aritmetik ortalamaların değerlendirme aralıkları Tablo 4’de görüldüğü üzere, ankette yer alan ifadeler verilen cevapların değerlendirilmesinde; aralıkların eşit olduğu varsayılarak, aritmetik ortalamalar için puan aralığı (En Yüksek Değer- En Düşük Değer)/5 = (5-1)/5 = 4/5= 0,80 şeklinde hesaplanmıştır (Baş, 2013: 156). Buna göre aritmetik ortalamaların değerlendirme aralıkları şu şekildedir:

Tablo 4

5’li Likert Ölçekte Aritmetik Ortalamaların Değerlendirme Aralığı

Aralık	Seçenek	Değerlendirme
1,00 – 1,80	Kesinlikle Katılmıyorum	Çok Düşük
1,81 – 2,60	Katılmıyorum	Düşük

2,61 – 3,40	Kararsızım	Orta
3,41 – 4,20	Katılıyorum	Yüksek
4,21 – 5,00	Kesinlikle Katılıyorum	Çok Yüksek

Duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,63; alt boyutları arasında en yüksek ortalama kendi duygularını değerlendirme 3,82; en düşük ortalama ise kendi duygularını kontrol 3,42'dir. Buna göre katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Hasta merkezli bakım ölçeğinin genel ortalaması 3,51; alt boyutları arasında en yüksek ortalama hasta tercihi ile aile ve arkadaşlar 3,61 boyutları; en düşük ortalama ise duygusal destek 3,29'dur. Buna göre katılımcıların hasta merkezli bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Pekaar, Bakker, Linden ve Born (2017) tarafından geliştirilen duygusal zekâ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,890; Tanrıöğen ve Türker (2019) tarafından Türkçeye uyarlanan Rotterdam duygusal zekâ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,940; bu çalışmada ise duygusal zekâ ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,900 bulunmuştur.

Cramm ve Nieboer (2018) tarafından geliştirilen hasta merkezli bakım ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,890; Kırılmaz, Ataç, Erdoğan ve Arslanoğlu (2023) tarafından Türkçeye uyarlanan hasta merkezli bakım ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,961; bu çalışmada ise hasta merkezli bakım ölçeğinin Cronbach Alpha değeri ise 0,969 bulunmuştur.

Ölçeklerin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 5

Güvenilirlik Analizi ve Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Ortalama	Standart Sapma	Madde Sayısı
Duygusal Zekâ	,909	3,63	,521	28
Kendi duygularını değerlendirme	,889	3,82	,716	7
Başkalarının duygularını değerlendirme	,884	3,69	,676	7
Kendi duygularını kontrol	,813	3,42	,751	7
Başkalarının duygularını kontrol	,902	3,60	,764	7
Hasta Merkezli Bakım	,969	3,51	,742	36
Hasta tercihi	,925	3,61	,823	7

Fiziksel konfor	,852	3,46	,878	5
Bakım koordinasyonu	,861	3,36	,926	4
Süreklilik ve geçiş	,843	3,54	,846	4
Duygusal destek	,932	3,29	1,026	4
Bakıma erişim	,777	3,55	,833	5
Bilgi ve eğitim	,874	3,60	,899	4
Aile ve arkadaşlar	,904	3,61	,961	3

4.3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Analizleri

Duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım algısının sosyo-demografik özelliklere (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığını gösteren t testi sonuçları görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım algıları ile alt boyutlarına ilişkin fark analizi sonuçlarına Tablo 6’da yer verilmektedir.

Tablo incelendiğinde de görülebileceği gibi katılımcıların cinsiyetlerine göre duygusal zekânın alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin ($\bar{x}=3,90$) kendi duygularını değerlendirme düzeylerinin kadınlara ($\bar{x}=3,78$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Kadınların ise ($\bar{x}=3,74$) başkalarının duygularını değerlendirme düzeylerinin erkeklere ($\bar{x}=3,59$) göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Ancak diğer alt boyutlara bakıldığında cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6

Cinsiyete Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s.s.	t	p
Duygusal Zekâ	Kadın	327	3,63	,510	-,151	,226
	Erkek	173	3,63	,543		
Kendi duygularını değerlendirme	Kadın	327	3,78	,745	-1,879	,021
	Erkek	173	3,90	,652		
Baskalarının duygularını değerlendirme	Kadın	327	3,74	,638	2,319	,036
	Erkek	173	3,59	,735		
Kendi duygularını kontrol	Kadın	327	3,38	,763	-1,643	,685
	Erkek	173	3,50	,724		
Baskalarının duygularını kontrol	Kadın	327	3,62	,731	,916	,067
	Erkek	173	3,55	,823		
Hasta Merkezli Bakım	Kadın	327	3,48	,733	-1,022	,458
	Erkek	173	3,55	,759		
Hasta tercihi	Kadın	327	3,61	,808	,191	,358
	Erkek	173	3,60	,855		
Fiziksel konfor	Kadın	327	3,42	,881	-1,355	,591

	Erkek	173	3,53	,871		
	Kadın	327	3,31	,925		
Bakım koordinasyonu	Erkek	173	3,45	,923	-1,566	,775
	Kadın	327	3,52	,831		
Süreklilik ve geçiş	Erkek	173	3,56	,875	-,521	,233
	Kadın	327	3,25	1,034		
Duygusal destek	Erkek	173	3,36	1,009	-1,121	,800
	Kadın	327	3,48	,832		
Bakıma erişim	Erkek	173	3,68	,823	-2,593	,860
	Kadın	327	3,58	,900		
Bilgi ve eğitim	Erkek	173	3,62	,898	-,424	,607
	Kadın	327	3,63	,972		
Aile ve arkadaşlar	Erkek	173	3,57	,942	,681	,458

Katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım algıları ile alt boyutlarına ilişkin fark analizi sonuçlarına Tablo 7’de yer verilmektedir. Katılımcıların yaş grubuna göre duygusal zekâ alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme alt boyutunun yaş grubuna göre istatistiksel açıdan farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Farklılığın 18-25 yaş arası grup ile 26-35 yaş arası, 36-45 yaş arası ve 46-55 yaş arasında ki gruplar arasında olduğu ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların yaş grubuna göre hasta merkezli bakım algısının alt boyutlarından bakıma erişim alt boyutunun yaş grubuna göre istatistiksel açıdan farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Farklılığın 18-25 yaş arası grup ile 26-35 yaş arası ve 36-45 yaş arasında ki gruplar arasında olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak diğer alt boyutlara bakıldığında yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7

Yaş Gruplarına Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi

	Yaş Grubu	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Duygusal Zekâ	18-25 ¹	277	3,60	,536	,960	,411	
	26-35 ²	83	3,71	,512			
	36-45 ³	87	3,65	,477			
	46-55 ⁴	53	3,62	,526			
Kendi duygularını değerlendirme	18-25 ¹	277	3,70	,747	5,563	,001	1 - 2
	26-35 ²	83	3,98	,723			1 - 3
	36-45 ³	87	3,94	,583			1 - 4
	46-55 ⁴	53	3,99	,646			
Başkalarının duygularını değerlendirme	18-25 ¹	277	3,70	,694	,629	,596	
	26-35 ²	83	3,75	,678			
	36-45 ³	87	3,66	,631			
	46-55 ⁴	53	3,60	,654			
	18-25 ¹	277	3,38	,777	,803	,493	

Kendi duygularını kontrol	26-35 ²	83	3,47	,717			
	36-45 ³	87	3,43	,772			
	46-55 ⁴	53	3,53	,618			
Başkalarının duygularını kontrol	18-25 ¹	277	3,63	,752	2,175	,090	
	26-35 ²	83	3,65	,764			
	36-45 ³	87	3,58	,736			
	46-55 ⁴	53	3,35	,842			
Hasta Merkezli Bakım	18-25 ¹	277	3,49	,681	,263	,852	
	26-35 ²	83	3,51	,896			
	36-45 ³	87	3,57	,750			
	46-55 ⁴	53	3,48	,785			
Hasta tercihi	18-25 ¹	277	3,62	,760	,055	,983	
	26-35 ²	83	3,59	1,030			
	36-45 ³	87	3,61	,805			
	46-55 ⁴	53	3,58	,830			
Fiziksel konfor	18-25 ¹	277	3,41	,840	,660	,577	
	26-35 ²	83	3,49	1,009			
	36-45 ³	87	3,55	,881			
	46-55 ⁴	53	3,48	,859			
Bakım koordinasyonu	18-25 ¹	277	3,32	,888	,451	,717	
	26-35 ²	83	3,37	1,054			
	36-45 ³	87	3,44	,898			
	46-55 ⁴	53	3,40	,967			
Süreklilik ve geçiş	18-25 ¹	277	3,58	,786	,818	,484	
	26-35 ²	83	3,45	,965			
	36-45 ³	87	3,55	,843			
	46-55 ⁴	53	3,42	,956			
Duygusal destek	18-25 ¹	277	3,32	,968	,609	,610	
	26-35 ²	83	3,23	1,180			
	36-45 ³	87	3,36	1,082			
	46-55 ⁴	53	3,15	,979			
Bakıma erişim	18-25 ¹	277	3,43	,793	4,799	,003	1 - 2 1 - 3
	26-35 ²	83	3,73	,869			
	36-45 ³	87	3,71	,847			
	46-55 ⁴	53	3,64	,874			
Bilgi ve eğitim	18-25 ¹	277	3,56	,854	,607	,611	
	26-35 ²	83	3,62	1,033			
	36-45 ³	87	3,70	,836			
	46-55 ⁴	53	3,56	1,007			
Aile ve arkadaşlar	18-25 ¹	277	3,68	,925	1,267	,285	
	26-35 ²	83	3,50	1,111			
	36-45 ³	87	3,52	,926			
	46-55 ⁴	53	3,53	,948			

Tablo 8’de katılımcıların eğitim durumlarına göre duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algılarında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların

eğitim durumlarına göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunurken ($p<0,05$), duygusal zekâ düzeylerinde ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan Post-Hoc analizi sonucuna göre hasta merkezli bakım algılarında, lise ile lisans ve lisansüstü grupları arasında olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu lise ($\bar{x}=3,88$) olanların lisans ($\bar{x}=3,47$) ve lisansüstü ($\bar{x}=3,44$) olanlara göre genel hasta merkezli bakım algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hasta merkezli bakım algısının tüm alt boyutlarında benzerlik göstermektedir.

Tablo 8

Eğitim Durumuna Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi

	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Duygusal Zekâ	Lise ¹	48	3,77	,495	1,954	,120	
	Önlisans ²	45	3,52	,491			
	Lisans ³	300	3,62	,527			
	Lisansüstü ⁴	107	3,63	,521			
Kendi duygularını değerlendirme	Lise ¹	48	3,94	,725	2,521	,057	
	Önlisans ²	45	3,71	,684			
	Lisans ³	300	3,77	,740			
	Lisansüstü ⁴	107	3,95	,639			
Başkalarının duygularını değerlendirme	Lise ¹	48	3,73	,613	,724	,538	
	Önlisans ²	45	3,55	,660			
	Lisans ³	300	3,69	,688			
	Lisansüstü ⁴	107	3,71	,677			
Kendi duygularını kontrol	Lise ¹	48	3,70	,648	2,614	,051	
	Önlisans ²	45	3,32	,857			
	Lisans ³	300	3,41	,769			
	Lisansüstü ⁴	107	3,37	,674			
Başkalarının duygularını kontrol	Lise ¹	48	3,73	,696	1,538	,204	
	Önlisans ²	45	3,48	,775			
	Lisans ³	300	3,63	,744			
	Lisansüstü ⁴	107	3,50	,835			
Hasta Merkezli Bakım	Lise ¹	48	3,88	,721	4,638	,003	1 - 3 1 - 4
	Önlisans ²	45	3,50	,725			
	Lisans ³	300	3,47	,736			
	Lisansüstü ⁴	107	3,44	,738			
Hasta tercihi	Lise ¹	48	3,90	,791	2,673	,047	1 - 4
	Önlisans ²	45	3,60	,783			
	Lisans ³	300	3,60	,808			
	Lisansüstü ⁴	107	3,50	,877			

Fiziksel konfor	Lise ¹	48	3,80	,902	2,907	,034	1 - 3
	Önlisans ²	45	3,51	,796			
	Lisans ³	300	3,40	,881			
	Lisansüstü ⁴	107	3,44	,870			
Bakım koordinasyonu	Lise ¹	48	3,83	,895	4,703	,003	1 - 3 1 - 4
	Önlisans ²	45	3,34	1,012			
	Lisans ³	300	3,30	,921			
	Lisansüstü ⁴	107	3,30	,865			
Süreklilik ve geçiş	Lise ¹	48	3,94	,762	4,258	,006	1 - 3 1 - 4
	Önlisans ²	45	3,52	,907			
	Lisans ³	300	3,51	,853			
	Lisansüstü ⁴	107	3,44	,795			
Duygusal destek	Lise ¹	48	3,79	,950	6,622	,000	1 - 3 1 - 4
	Önlisans ²	45	3,40	,896			
	Lisans ³	300	3,29	1,016			
	Lisansüstü ⁴	107	3,02	1,058			
Bakıma erişim	Lise ¹	48	3,86	,743	4,612	,003	1 - 3
	Önlisans ²	45	3,52	,782			
	Lisans ³	300	3,45	,844			
	Lisansüstü ⁴	107	3,68	,820			
Bilgi ve eğitim	Lise ¹	48	3,97	,801	3,395	,018	1 - 3
	Önlisans ²	45	3,50	,901			
	Lisans ³	300	3,54	,903			
	Lisansüstü ⁴	107	3,61	,898			
Aile ve arkadaşlar	Lise ¹	48	3,97	,785	4,791	,003	1 - 4
	Önlisans ²	45	3,56	,890			
	Lisans ³	300	3,65	,968			
	Lisansüstü ⁴	107	3,36	,990			

Tablo 9’da katılımcıların gelir durumlarına göre duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algılarında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların gelir durumlarına göre genel duygusal zekâ düzeylerinde, kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunurken ($p<0,05$), hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan Post-Hoc analizi sonucuna göre duygusal zekâ düzeylerinin, gelir durumu düşük olanlar ile gelir durumu yüksek olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu düşük ($\bar{x}= 3,50$) olanların yüksek ($\bar{x}= 3,77$) gelire sahip olanlara göre genel duygusal zekâ düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu düşük ($\bar{x}= 3,66$) olanların yüksek ($\bar{x}= 4,07$) gelire sahip olanlara göre kendi duygularını değerlendirme düzeylerinin daha düşük olduğu

belirlenmiştir. Gelir durumu düşük ($\bar{x}$ = 3,49) olanların orta ($\bar{x}$ = 3,71) ve yüksek ($\bar{x}$ = 3,84) gelire sahip olanlara göre başkalarının duygularını değerlendirme düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9

Gelir Durumuna Göre Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Algılarına İlişkin Fark Analizi

	Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Duygusal Zekâ	Düşük ¹	72	3,50	,562	3,602	,028	1 - 3
	Orta ²	395	3,64	,515			
	Yüksek ³	33	3,77	,449			
Kendi duygularını değerlendirme	Düşük ¹	72	3,66	,783	3,822	,023	1 - 3
	Orta ²	395	3,83	,702			
	Yüksek ³	33	4,07	,673			
Bşkalarının duygularını değerlendirme	Düşük ¹	72	3,49	,827	4,284	,014	1 - 2 1 - 3
	Orta ²	395	3,71	,647			
	Yüksek ³	33	3,84	,572			
Kendi duygularını kontrol	Düşük ¹	72	3,44	,741	,084	,920	
	Orta ²	395	3,41	,757			
	Yüksek ³	33	3,46	,716			
Bşkalarının duygularını kontrol	Düşük ¹	72	3,40	,886	2,774	,063	
	Orta ²	395	3,62	,748			
	Yüksek ³	33	3,69	,609			
Hasta Merkezli Bakım	Düşük ¹	72	3,45	,703	,325	,723	
	Orta ²	395	3,52	,753			
	Yüksek ³	33	3,48	,706			
Hasta tercihi	Düşük ¹	72	3,63	,803	,014	,986	
	Orta ²	395	3,61	,833			
	Yüksek ³	33	3,61	,775			
Fiziksel konfor	Düşük ¹	72	3,40	,851	,157	,854	
	Orta ²	395	3,46	,893			
	Yüksek ³	33	3,47	,765			
Bakım koordinasyonu	Düşük ¹	72	3,32	,832	,214	,807	
	Orta ²	395	3,36	,946			
	Yüksek ³	33	3,45	,892			
Süreklilik ve geçiş	Düşük ¹	72	3,54	,854	,159	,853	
	Orta ²	395	3,54	,835			
	Yüksek ³	33	3,45	,973			
Duygusal destek	Düşük ¹	72	3,20	,991	,534	,587	
	Orta ²	395	3,32	1,041			
	Yüksek ³	33	3,20	,922			
Bakıma erişim	Düşük ¹	72	3,42	,832	1,326	,266	
	Orta ²	395	3,58	,828			
	Yüksek ³	33	3,46	,894			
Bilgi ve eğitim	Düşük ¹	72	3,48	,925	,687	,503	

	Orta ²	395	3,62	,897		
	Yüksek ³	33	3,59	,875		
	Düşük ¹	72	3,46	,965		
Aile ve arkadaşlar	Orta ²	395	3,64	,966	1,083	,339
	Yüksek ³	33	3,56	,892		

Tablo 10’da katılımcılar için, H₁ (katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır) hipotezi kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutları için kabul edilmiş olup diğer alt boyutlarda fark olmadığı için reddedilmiştir. H₂, (katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hasta merkezli bakım algılarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır) hipotezi hasta merkezli bakım boyutu ve alt boyutları için kabul edilmiştir.

Tablo 10

Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Hipotezleri Kabul Durumu

	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Gelir Durumu
Kendi duygularını değerlendirme	✓	✓		✓
Başkalarının duygularını değerlendirme	✓			✓
Kendi duygularını kontrol				
Başkalarının duygularını kontrol				
Duygusal Zekâ				✓
Hasta tercihi			✓	
Fiziksel Konfor			✓	
Bakım koordinasyonu			✓	
Süreklilik ve geçiş			✓	
Duygusal destek			✓	
Bakıma erişim		✓	✓	
Bilgi ve eğitim			✓	
Aile ve arkadaşlar			✓	
Hasta Merkezli Bakım			✓	

4.4. Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım Arasındaki İlişki

Tablo 11’de duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Korelasyon katsayılarının (r) 0,10 – 0,29 arasında olması düşük 0,30 – 0,49 arasında olması orta 0,50 – 1,00 arasında olması yüksek derecede ilişki olduğunu

açıklamaktadır. r değerlerinin negatif olması ilişkinin ters yönde, pozitif olması ilişkinin aynı yönde olduğunu göstermektedir (Cohen, 1988). Araştırmada yer alan duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım değişkeni ile bunlara ait alt boyutları arasındaki karşılıklı ilişkileri analiz etmek amacıyla yapılan korelasyon analizinde değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkiler incelenmiş olup bu doğrultuda pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır (Tablo 11). Analiz sonuçlarına göre, duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algıları arasında pozitif yönlü orta düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,341$; $p<0,01$) Diğer boyutların tamamı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer taraftan tablo incelendiğinde ölçeklere ait alt boyutların kendi aralarında da pozitif yönlü anlamlı ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Verilen bu bilgiler doğrultusunda H_3 (duygusal zekâ düzeyi ile hasta merkezli bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 11*Duygusal Zekâ ve Hasta Merkezli Bakım İlişkisi*

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Duygusal Zekâ	1	,730**	,711**	,670**	,756**	,341**	,350**	,256**	,314**	,278**	,245**	,229**	,296**	,285**
2. Kendi duygularını değerlendirme		1	,392**	,393**	,320**	,266**	,258**	,209**	,236**	,203**	,162**	,233**	,237**	,225**
3. Başkalarının duygularını değerlendirme			1	,180**	,510**	,227**	,209**	,195**	,203**	,181**	,142**	,164**	,208**	,214**
4. Kendi duygularını kontrol				1	,318**	,230**	,251**	,163**	,218**	,164**	,206**	,147**	,171**	,188**
5. Başkalarının duygularını kontrol					1	,253**	,283**	,171**	,242**	,247**	,189**	,117**	,234**	,192**
6. Hasta Merkezli Bakım						1	,875**	,843**	,854**	,831**	,863**	,757**	,847**	,778**
7. Hasta tercihleri							1	,713**	,701**	,665**	,747**	,534**	,682**	,650**
8. Fiziksel konfor								1	,755**	,602**	,688**	,607**	,628**	,547**
9. Bakım koordinasyonu									1	,721**	,704**	,588**	,647**	,571**
10. Süreklilik ve geçiş										1	,693**	,592**	,681**	,660**
11. Duygusal destek											1	,536**	,670**	,704**
12. Bakıma erişim												1	,699**	,495**
13. Bilgi ve eğitim													1	,680**
14. Aile ve arkadaşlar														1

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

4.5. Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakıma Etkisi

Korelasyon analizi ile duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koyduktan sonra, geliştirilen regresyon modelleriyle duygusal zekânın hasta merkezlilik üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur. Bu amaçla ilk dokuz modelde enter regresyon analizi yöntemi kullanılarak duygusal zekânın hasta merkezli bakım ve alt boyutlarına (hasta tercihleri, fiziksel konfor, bakım koordinasyonu, süreklilik ve geçiş, duygusal destek, bakıma erişim, bilgi ve eğitim, aile ve arkadaşlar) etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Tablo 12’de görüldüğü gibi duygusal zekânın hasta merkezli bakıma (F=65,370; p=0,000), hasta tercihleri (F=69,697; p=0,000), fiziksel konfor (F=35,054; p=0,000), bakım koordinasyonu (F=54,411; p=0,000), süreklilik ve geçiş (F=41,719; p=0,000), duygusal destek (F=31,897; p=0,000), bakıma erişim (F=27,591; p=0,000), bilgi ve eğitim (F=47,939; p=0,000) ve aile ve arkadaşlara (F=43,925; p=0,000) etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Diğer taraftan, duygusal zekânın hasta merkezli bakıma etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0,341 bulunmuş olup, açıklanan varyans toplam varyansın %11,6’sıdır. Buna göre, model anlamlı olmakla birlikte açıklayıcı etkisi düşük seviyededir. Aynı şekilde duygusal zekânın alt boyutlar üzerindeki açıklayıcı etkileri de düşük seviyelerdedir. İlişki katsayısı en yüksek olarak hasta tercihleri boyutunda (0,350) bulunmuş olup toplam varyansın %12,3’ünü açıklamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda araştırmamızın H₄ (duygusal zekâ düzeyinin hasta merkezli bakım algısı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır) hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 12

Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakıma Etkisi

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	1,746	,220		7,933	,000				
Duygusal Zekâ	,485	,060	,341	8,085	,000	,341	,116	65,370	,000 ^a
(Sabit)	1,599	,243		6,572	,000				
Duygusal Zekâ	,554	,066	,350	8,348	,000	,350	,123	69,697	,000 ^b
(Sabit)	1,887	,268		7,045	,000				
Duygusal Zekâ	,432	,073	,256	5,921	,000	,256	,066	35,054	,000 ^c
(Sabit)	1,333	,277		4,805	,000				
Duygusal Zekâ	,558	,076	,314	7,376	,000	,314	,098	54,411	,000 ^d
(Sabit)	1,896	,256		7,394	,000	,278	,077	41,719	,000 ^e

Duygusal Zekâ	,451	,070	,278	6,459	,000				
(Sabit)	1,537	,314		4,899	,000				
Duygusal Zekâ	,483	,086	,245	5,648	,000	,245	,060	31,897	,000 ^f
(Sabit)	2,218	,256		8,665	,000				
Duygusal Zekâ	,367	,070	,229	5,253	,000	,229	,052	27,591	,000 ^g
(Sabit)	1,740	,271		6,423	,000				
Duygusal Zekâ	,511	,074	,296	6,924	,000	,296	,088	47,939	,000 ^h
(Sabit)	1,701	,291		5,852	,000				
Duygusal Zekâ	,525	,079	,285	6,628	,000	,285	,081	43,925	,000 ⁱ

Bağımlı Değişkenler: a)Hasta merkezli bakım, b)Hasta tercihleri, c)Fiziksel konfor, d)Bakım koordinasyonu, e)Süreklilik ve geçiş, f)Duygusal destek, g)Bakıma erişim, h)Bilgi ve eğitim, i)Aile ve arkadaşlar

Tablo 13’de görüldüğü gibi kendi duygularını değerlendirme alt boyutunun hasta merkezli bakıma ($F=37,891$; $p=0,000$), hasta tercihleri ($F=35,586$; $p=0,000$), fiziksel konfor ($F=22,769$; $p=0,000$), bakım koordinasyonu ($F=29,256$; $p=0,000$), süreklilik ve geçiş ($F=21,381$; $p=0,000$), duygusal destek ($F=13,454$; $p=0,000$), bakıma erişim ($F=28,636$; $p=0,000$), bilgi ve eğitim ($F=29,532$; $p=0,000$) ve aile ve arkadaşlara ($F=26,439$; $p=0,000$) etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Diğer taraftan, kendi duygularını değerlendirme alt boyutunun hasta merkezli bakıma etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0,266 bulunmuş olup, açıklanan varyans toplam varyansın %7,1’i dir. Buna göre, model anlamlı olmakla birlikte açıklayıcı etkisi düşük seviyededir. Aynı şekilde duygusal zekânın alt boyutlar üzerindeki açıklayıcı etkileri de düşük seviyelerdedir. İlişki katsayısı en yüksek olarak hasta merkezli bakım boyutunda (0,266) bulunmuş olup toplam varyansın %7,1’ini açıklamaktadır.

Tablo 13

Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – I

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	2,455	,174		14,123	,000				
KDD	,275	,045	,266	6,156	,000	,266	,071	37,891	,000 ^a
(Sabit)	2,476	,193		12,805	,000				
KDD	,297	,050	,258	5,965	,000	,258	,067	35,586	,000 ^b
(Sabit)	2,477	,209		11,867	,000	,209	,044	22,769	,000 ^c

KDD	,256	,054	,209	4,772	,00 0				
(Sabit)	2,195	,219		10,035	,00 0	,23 6	,055	29,25 6	,000 d
KDD	,304	,056	,236	5,409	,00 0				
(Sabit)	2,620	,201		13,010	,00 0	,20 3	,041	21,38 1	,000 ^e
KDD	,240	,052	,203	4,624	,00 0				
(Sabit)	2,405	,246		9,770	,00 0	,16 2	,026	13,45 4	,000 ^f
KDD	,232	,063	,162	3,668	,00 0				
(Sabit)	2,513	,197		12,753	,00 0	,23 3	,054	28,63 6	,000 g
KDD	,271	,051	,233	5,351	,00 0				
(Sabit)	2,462	,212		11,597	,00 0	,23 7	,056	29,53 2	,000 h
KDD	,297	,055	,237	5,434	,00 0				
(Sabit)	2,458	,228		10,794	,00 0	,22 5	,050	26,43 9	,000 ⁱ
KDD	,301	,059	,225	5,142	,00 0				

Bağımlı Değişkenler: a)Hasta merkezli bakım, b)Hasta tercihleri, c)Fiziksel konfor, d)Bakım koordinasyonu, e)Süreklilik ve geçiş, f)Duygusal destek, g)Bakıma erişim, h)Bilgi ve eğitim, i)Aile ve arkadaşlar

Tablo 14’de görüldüğü gibi başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutunun hasta merkezli bakıma ($F=26,959$; $p=0,000$), hasta tercihleri ($F=22,673$; $p=0,000$), fiziksel konfor ($F=19,686$; $p=0,000$), bakım koordinasyonu ($F=21,313$; $p=0,000$), süreklilik ve geçiş ($F=16,874$; $p=0,000$), duygusal destek ($F=10,262$; $p=0,001$), bakıma erişim ($F=13,755$; $p=0,000$), bilgi ve eğitim ($F=22,445$; $p=0,000$) ve aile ve arkadaşlara ($F=23,882$; $p=0,000$) etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Diğer taraftan, başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutunun hasta merkezli bakıma etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0,227 bulunmuş olup, açıklanan varyans toplam varyansın %5,1’i dir. Buna göre, model anlamlı olmakla birlikte açıklayıcı etkisi düşük seviyededir. Aynı şekilde duygusal zekânın alt boyutlar üzerindeki açıklayıcı etkileri de düşük seviyelerdedir. İlişki katsayısı en yüksek olarak hasta merkezli bakım boyutunda (0,227) bulunmuş olup toplam varyansın %5,1’ini açıklamaktadır.

Tablo 14*Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – II*

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	2,589	,180		14,412	,000				
BDD	,249	,048	,227	5,192	,000	,227	,051	26,959	,000 ^a
(Sabit)	2,672	,200		13,345	,000				
BDD	,254	,053	,209	4,762	,000	,209	,044	22,673	,000 ^b
(Sabit)	2,522	,214		11,774	,000				
BDD	,253	,057	,195	4,437	,000	,195	,038	19,686	,000 ^c
(Sabit)	2,334	,225		10,353	,000				
BDD	,278	,060	,203	4,617	,000	,203	,041	21,313	,000 ^d
(Sabit)	2,699	,207		13,046	,000				
BDD	,227	,055	,181	4,108	,000	,181	,033	16,874	,000 ^e
(Sabit)	2,496	,253		9,884	,000				
BDD	,216	,067	,142	3,203	,001	,142	,020	10,262	,001 ^f
(Sabit)	2,803	,204		13,711	,000				
BDD	,202	,055	,164	3,709	,000	,164	,027	13,755	,000 ^g
(Sabit)	2,577	,219		11,788	,000				
BDD	,276	,058	,208	4,738	,000	,208	,043	22,445	,000 ^h
(Sabit)	2,486	,233		10,648	,000				
BDD	,304	,062	,214	4,887	,000	,214	,046	23,882	,000 ⁱ

Bağımlı Değişkenler: a)Hasta merkezli bakım, b)Hasta tercihleri, c)Fiziksel konfor, d)Bakım koordinasyonu, e)Süreklilik ve geçiş, f)Duygusal destek, g)Bakıma erişim, h)Bilgi ve eğitim, i)Aile ve arkadaşlar

Tablo 15’de görüldüğü gibi kendi duygularını kontrol alt boyutunun hasta merkezli bakıma (F=27,817; p=0,000), hasta tercihleri (F=33,369; p=0,000), fiziksel konfor (F=13,587; p=0,000), bakım koordinasyonu (F=24,890; p=0,000), süreklilik ve geçiş (F=13,751; p=0,000), duygusal destek (F=22,113; p=0,001), bakıma erişim (F=11,057; p=0,001), bilgi ve eğitim (F=15,077; p=0,000) ve aile ve arkadaşlara (F=18,303; p=0,000) etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Diğer taraftan, kendi duygularını kontrol alt boyutunun hasta merkezli bakıma etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0,230 bulunmuş olup, açıklanan varyans toplam varyansın %5,3’ü dür. Buna göre, model anlamlı olmakla birlikte açıklayıcı etkisi düşük seviyededir. Aynı şekilde duygusal zekânın alt boyutlar üzerindeki açıklayıcı etkileri de düşük seviyelerdedir. İlişki katsayısı en yüksek olarak hasta tercihleri boyutunda (0,251) bulunmuş olup toplam varyansın %6,3’ünü açıklamaktadır.

Tablo 15*Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – III*

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	2,730	,151		18,092	,000				
KDK	,227	,043	,230	5,274	,000	,230	,053	27,817	,000 ^a
(Sabit)	2,670	,167		16,028	,000				
KDK	,275	,048	,251	5,777	,000	,251	,063	33,369	,000 ^b
(Sabit)	2,804	,181		15,488	,000				
KDK	,191	,052	,163	3,686	,000	,163	,027	13,587	,000 ^c
(Sabit)	2,437	,189		12,910	,000				
KDK	,269	,054	,218	4,989	,000	,218	,048	24,890	,000 ^d
(Sabit)	2,903	,174		16,647	,000				
KDK	,185	,050	,164	3,708	,000	,164	,027	13,751	,000 ^e
(Sabit)	2,328	,210		11,096	,000				
KDK	,282	,060	,206	4,702	,000	,206	,043	22,113	,000 ^f
(Sabit)	2,989	,172		17,352	,000				
KDK	,164	,049	,147	3,325	,001	,147	,022	11,057	,001 ^g
(Sabit)	2,894	,185		15,638	,000				
KDK	,205	,053	,171	3,883	,000	,171	,029	15,077	,000 ^h
(Sabit)	2,784	,197		14,112	,000				
KDK	,241	,056	,188	4,278	,000	,188	,035	18,303	,000 ⁱ

Bağımlı Değişkenler: a)Hasta merkezli bakım, b)Hasta tercihleri, c)Fiziksel konfor, d)Bakım koordinasyonu, e)Süreklilik ve geçiş, f)Duygusal destek, g)Bakıma erişim, h)Bilgi ve eğitim, i)Aile ve arkadaşlar

Tablo 16’da görüldüğü gibi başkalarının duygularını kontrol alt boyutunun hasta merkezli bakıma (F=34,186; p=0,000), hasta tercihleri (F=43,312; p=0,000), fiziksel konfor (F=14,976; p=0,000), bakım koordinasyonu (F=30,895; p=0,000), süreklilik ve geçiş (F=32,358; p=0,000), duygusal destek (F=18,429; p=0,001), bakıma erişim (F=6,854; p=0,009), bilgi ve eğitim (F=28,948; p=0,000) ve aile ve arkadaşlara (F=19,036; p=0,000) etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir. Diğer taraftan, başkalarının duygularını kontrol alt boyutunun hasta merkezli bakıma etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0,253 bulunmuş olup, açıklanan varyans toplam varyansın %6,4’ü dür. Buna göre, model anlamlı olmakla birlikte açıklayıcı etkisi düşük seviyededir. Aynı şekilde duygusal zekânın alt boyutlar üzerindeki açıklayıcı etkileri de düşük seviyelerdedir. İlişki katsayısı en yüksek olarak hasta tercihleri boyutunda (0,283) bulunmuş olup toplam varyansın %8,0’ini açıklamaktadır.

Tablo 16*Duygusal Zekânın Alt Boyutlarının Hasta Merkezli Bakıma Etkisi – IV*

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	2,621	,155		16,936	,000				
BDK	,246	,042	,253	5,847	,000	,253	,064	34,186	,000 ^a
(Sabit)	2,513	,170		14,752	,000				
BDK	,305	,046	,283	6,581	,000	,283	,080	43,312	,000 ^b
(Sabit)	2,750	,187		14,733	,000				
BDK	,196	,051	,171	3,870	,000	,171	,029	14,976	,000 ^c
(Sabit)	2,304	,194		11,890	,000				
BDK	,293	,053	,242	5,558	,000	,242	,058	30,895	,000 ^d
(Sabit)	2,551	,177		14,426	,000				
BDK	,274	,048	,247	5,688	,000	,247	,061	32,358	,000 ^e
(Sabit)	2,379	,217		10,947	,000				
BDK	,254	,059	,189	4,293	,000	,189	,036	18,429	,000 ^f
(Sabit)	3,092	,179		17,315	,000				
BDK	,127	,049	,117	2,618	,009	,117	,014	6,854	,009 ^g
(Sabit)	2,604	,189		13,815	,000				
BDK	,276	,051	,234	5,380	,000	,234	,055	28,948	,000 ^h
(Sabit)	2,740	,203		13,465	,000				
BDK	,242	,055	,192	4,363	,000	,192	,037	19,036	,000 ⁱ

Bağımlı Değişkenler: a)Hasta merkezli bakım, b)Hasta tercihleri, c)Fiziksel konfor, d)Bakım koordinasyonu, e)Süreklilik ve geçiş, f)Duygusal destek, g)Bakıma erişim, h)Bilgi ve eğitim, i)Aile ve arkadaşlar

SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan değişimin yansımalarından biri de hekim merkezli yaklaşımdan hasta merkezli yaklaşıma geçilmesidir. Odağında insan olan sağlık sektöründe hastaların tanı, tedavi, klinik işlemler ve bakım sürecine dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Hasta ve hekimin ortak karar alması sonucunda hasta memnuniyetine olumlu katkı sağlayacağı, sağlık hizmeti sunumunda maliyetlerin düşeceği ve eşitsizlikleri azaltacağı, bakım kalitesi artarak sağlığın gelişimine katkı sağlanacağı öngörülmektedir. Bu faydalara duygusal zekâ düzeyi yüksek bireyler ile erişilebileceği düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında bireylerin duygusal zekâ düzeylerinin hasta merkezli bakım algılarına etkisi araştırılmıştır.

Duygusal zekâ ortalamaları incelendiğinde, Delikoyun'un (2017) çalışmasında duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,29 olduğu görülmektedir. Balcı Süslü'nün (2016) çalışmasında katılımcıların duygusal zekâ beceri düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde genel duygusal zekâ beceri düzeyi ortalamasının 3,09 olduğu görülmektedir. Bu çalışmalara göre katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Kaçan, Karakulle ve Aydın'ın (2023) çalışmasında duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,57; alt boyutları arasında en yüksek ortalama kendi duygularını değerlendirme 3,75; en düşük ortalama ise kendi duygularını kontrol 3,40'dır. Dutoğlu ve Tuncel'in (2008) çalışmasında duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,62 olduğu görülmektedir. Erdem, İlğan ve Çelik'in (2013) çalışmasında duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,81 olduğu görülmektedir. Altıok ve diğerlerinin (2016) çalışmasında duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,86 olduğu görülmektedir. Bu çalışmalara göre katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin ortanın üstünde olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ise duygusal zekâ ölçeğinin genel ortalaması 3,63; alt boyutları arasında en yüksek ortalama 3,82 ile kendi duygularını değerlendirme boyutunda; en düşük ortalama ise 3,42 ile kendi duygularını kontrol boyutunda tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Hasta merkezli bakım ortalamaları incelendiğinde, Uludağ (2016) tarafından yapılan çalışmada hasta merkezli bakım ölçeğinin genel ortalaması 3,20 olduğu görülmektedir. Kırılmaz, Ataç, Erdoğan ve Arslanoğlu (2023) tarafından yapılan çalışmada hasta

merkezli bakım ölçeğinin genel ortalaması 3,48 olduğu görülmektedir. Bu çalışmalara göre katılımcıların hasta merkezli bakım algılarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Cramm ve Nieboer (2018) tarafından yapılan çalışmada hasta merkezli bakım ölçeğinin genel ortalaması 3,83 olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya göre katılımcıların hasta merkezli bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ise hasta merkezli bakım ölçeğinin genel ortalaması 3,51; alt boyutları arasında en yüksek ortalama 3,61 ile hasta tercihi ile aile ve arkadaşlar boyutları; en düşük ortalama ise 3,29 ile duygusal destek boyutudur. Buna göre katılımcıların hasta merkezli bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Duygusal zekânın farkları incelendiğinde, literatürde incelenmiş birçok çalışmada (Akbolat ve Işık, 2012; Cerit, 2012; García ve Sánchez, 2017; İşmen, 2001; Koçdaş, 2020; Sakar ve Ye, 2014; Yalın, 2015) katılımcıların cinsiyet değişkenine göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamışken, (Acar, 2001; Atilla vd., 2013; Austin vd., 2005; Babaoğlu, 2010; Çolak Okumuş ve Uğur, 2017; Gökçe, 2006; Gürbüz, 2015; Harrod ve Scheer, 2005; Humpel ve Caputi, 2001; Kuzu, 2008; Öztekin, 2006; Tiryaki vd., 2013; Uslu, 2020; Yüksel, 2006) yapılan bazı çalışmalarda ise katılımcıların cinsiyet değişkenine göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların cinsiyet değişkenine göre duygusal zekânın alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme boyutlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde (Akbolat ve Işık, 2012; Cerit, 2012; İşmen, 2001; Koçdaş, 2020; Kuzu, 2008; Uslu, 2020; Yalın, 2015) katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamışken, (Çolak Okumuş ve Uğur, 2017; Papastavrou vd., 2011; Uzun, 2012) yapılan bazı çalışmalarda ise katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların yaş gruplarına göre duygusal zekâ alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde (Çolak Okumuş ve Uğur, 2017; Koçdaş, 2020; Uslu, 2020) katılımcıların eğitim durumlarına göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamışken, (Akbolat ve Işık, 2012; Yalın, 2015) yapılan bazı çalışmalarda ise katılımcıların eğitim durumlarına göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark

saptanmıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların eğitim durumlarına göre duygusal zekâ düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Uslu (2020) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların gelir durumlarına göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların gelir durumlarına göre genel duygusal zekâ düzeylerinde, duygusal zekâ alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Hasta merkezli bakımın farkları incelendiğinde, literatürde incelenmiş çalışmalarda (Aydın, 2020; Cai vd., 2023; Koponen vd., 2017; Uludağ, 2016) katılımcıların cinsiyet değişkenine göre hasta merkezli bakım algılarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların cinsiyet değişkenine göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde (Cai vd., 2023; Koponen vd., 2017) katılımcıların yaş gruplarına göre hasta merkezli bakım algılarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların yaş gruplarına göre hasta merkezli bakım algısının alt boyutlarından bakıma erişim alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde (Cai vd., 2023; Koponen vd., 2017) katılımcıların eğitim durumlarına göre hasta merkezli bakım algılarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların eğitim durumlarına göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakım ölçeği ile gelir durumu değişkenini ele alan çalışmalara ulaşılmamıştır. Bu çalışmada ise, katılımcıların gelir durumlarına göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde duygusal zekâ düzeyi ile hasta merkezli bakım algısını hasta / vatandaş örnekleminde ele alan ampirik çalışmalara ulaşılamamıştır. Duygusal zekâ düzeyi ile hasta merkezli bakım algısını sağlık personeli örnekleminde ele alan Çolak Okumuş ve Uğur (2017) tarafından yapılan çalışmada bakım davranışları ölçeği geneli ve alt boyutları ile duygusal zekâ ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif

yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenerek bakım davranışları ölçeği geneli ve alt boyutları ile duygusal zekâ ölçeği ve alt boyutları etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yönde olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; bireylerin duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algıları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Duygusal zekânın hasta merkezli bakım, hasta tercihleri, fiziksel konfor, bakım koordinasyonu, süreklilik ve geçiş, duygusal destek, bakıma erişim, bilgi ve eğitim ve aile ve arkadaşlara etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir.

Duygusal zekâ literatürü incelendiğinde konu ile ilgili yapılan çalışmaların fazla olmasına karşın, sağlık sektöründe hasta merkezli bakım konusunda kapsayıcı nitelikte çalışmaların nispeten daha az olduğu görülmektedir. Hasta merkezli bakım literatürü incelendiğinde ise, çoğunlukla sağlık profesyonelleri perspektifinde konuyu ele alan çalışmaların yer aldığı; hasta perspektifinde hasta merkezli bakım konusunda nispeten daha az çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerinde duygusal zekâ konusunu ele alan çalışmaların çoğunlukla sağlık profesyonelleri örneklemini tercih ettiği; hasta örnekleminde çalışmaların oldukça sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Buradan hareketle, bu çalışma ile hasta perspektifinde duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ilişkisine dair literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu hasta merkezli bakım algılarının da yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre duygusal zekânın alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme boyutlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Katılımcıların yaş grubuna göre duygusal zekâ alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme alt boyutunun istatistiksel açıdan farklılaştığı görülmektedir. Katılımcıların gelir durumlarına göre genel duygusal zekâ düzeylerinde, duygusal zekâ alt boyutlarından kendi duygularını değerlendirme ve başkalarının duygularını değerlendirme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Katılımcıların yaş grubuna göre hasta merkezli bakım algısının alt boyutlarından bakıma erişim alt boyutunun istatistiksel açıdan farklılaştığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında anlamlı

farklılıklar bulunmaktadır. Katılımcıların gelir durumuna göre genel hasta merkezli bakım algılarında ve tüm alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; bireylerin duygusal zekâ düzeyleri ve hasta merkezli bakım algıları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlara göre, duygusal zekânın hasta merkezli bakım, hasta tercihleri, fiziksel konfor, bakım koordinasyonu, süreklilik ve geçiş, duygusal destek, bakıma erişim, bilgi ve eğitim ve aile ve arkadaşlara etkisini ortaya koyan modeller anlamlı ve olumlu yöndedir.

Hasta perspektifinde duygusal zekâ ve hasta merkezli bakım ilişkisinin ele alındığı bu çalışmadan elde edilen bulgular ve ulaşılan sonuçlar dikkate alındığında araştırmacılar, sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri için aşağıdaki öneriler getirilebilir:

- Bu çalışmada duygusal zekânın hasta merkezli bakım algısına etkisi incelenmiştir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda hasta perspektifinden hasta merkezli bakım ile farklı değişkenler arasındaki ilişki olup olmadığı incelenebilir.
- Bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış ve veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda hasta perspektifinden hasta merkezli bakım konusunu farklı yöntem ve tekniklerle ele alan çalışmalar yapılabilir.
- Yapılan araştırma genel hasta örneklemini üzerinde yürütülmüştür. Gelecekte yapılacak araştırmalarda belirli hastalık grupları örnekleminde hasta merkezli bakım algısına yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Benzer şekilde aile hekimliği merkezlerinden sağlık hizmeti alan hasta örnekleminde çalışmalar yapılarak, farklı hasta profillerinin hasta merkezli bakım algıları karşılaştırılabilir.
- Mevcut araştırma Sakarya ilinde yürütülmüştür. Benzer çalışmalar farklı bölge ve illerde gerçekleştirilebilir, böylelikle kapsayıcı bir çalışma ile daha geniş çözüm önerileri getirilebilir.
- Sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri hasta merkezli bakım uygulamalarının etki ve faydalarını göz önünde bulundurarak; hasta bireyleri yönlendirmeli, bilgilendirmeli ve kendilerinin de hasta merkezli bakıma öncelik vermeleri gerektiğine dikkat çekmelidirler.

KAYNAKÇA

- Acar, F. (2002). Duygusal zekâ ve liderlik. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 12: 53-68
- Acar, F. T. (2001). *Duygusal zekâ yeteneklerinin göreve yönelik ve insana yönelik liderlik davranışları ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Akbolat, M. ve Işık, O. (2012). Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin motivasyonlarına etkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (32).
- Akerjordet, K. ve Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170.
- Aksütü, S. (2013). *Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve tükenmişlik ilişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi.
- Albrecht, K. (2006). *Sosyal zekâ başarının yeni bilimi*. (S. Göktan, Çev.). Timaş Yayınları.
- Altay, Ü. (2011). *Yöneticilerin duygusal zekâ düzeylerinin karar verme stillerine etkisi ve bir araştırma*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) İstanbul Üniversitesi.
- Altıok, M., Yılmaz, M., Sevda, Ö., Nacar, H., Yaman, Z. ve Sungur, M. A. (2016). Klinisyen hemşirelerde duygusal zekâ: nitel ve nicel verilerle Mersin örneği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 48-59.
- Altuntaş, E. (2003). *Stres yönetimi*. Alfa Yayıncılık.
- Alver, B., Dilekmen, M. ve Ada, Ş. (2010). Üniversite öğrencilerinin bazı öznel algılamalarına göre psikolojik belirtileri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (33), 13-23.
- Ammenwerth, E. ve Spötl, H. P. (2009). The time needed for clinical documentation versus direct patient care. *Methods of Information in Medicine*, 48(01), 84-91.
- Anderson, S. A. (1988). Parental stres and coping during the leaving home transition. *Family Relations*, 37, 160- 165.
- Argyle, M., Martin, M. ve Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective*, 189-203.
- Arora, N. K. ve McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?. *Medical Care*, 335-341.
- Arslan, R., Efe, D. ve Aydın, E. (2013). Duygusal zekâ ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 5(3), 169-180.

- Arslanoğlu, A. ve Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 158-166.
- Aslan, Ş. (2008). Duygusal zekâ ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (30), 77-97.
- Aslan, Ş. (2013). *Duygusal zekâ dönüşümcü ve etkileşimci liderlik*. Eğitim Yayınevi.
- Atilla, G., Çarıkçı, İ. H. ve Erdem, R. (2013). Hastanelerde duygusal zekâ-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 101-119.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S. (1996). *Psikolojiye giriş*. (Y. Alagon, Çev.). Arkadaş Yayınları.
- Austin, E. J., Evans, P., Goldwater, R. ve Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences*, 39(8), 1395-1405.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2007, 01 Temmuz). Patient charter of rights, Sydney, Australia. <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/partnering-consumers/australian-charter-healthcare-rights> adresinden 10 Temmuz 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Aydın, C. (2020). *Çukurova üniversitesi eğitim aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin hasta merkezlik algıları ve memnuniyet düzeyleri*. (Uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi.
- Aydınatan, B. (2009). *Örgüt zekâsı ve yönetimi: kavramlar modeller-uygulama*. Gazi Kitabevi.
- Aysan, F. (1988). *Lise öğrencilerinin stres yaşantılarında kullandıkları başa çıkma stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi.
- Babaoğlu, E. (2010). Okul yöneticilerinde duygusal zekâ. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(1), 119-136.
- Bacanlı, H. (1999). *Sosyal beceri eğitimi*. Nobel Yayıncılık.
- Bal, H. (2001). *Bilimsel araştırma ve yöntemleri*. Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi.
- Balcı Süslü, S. (2016). *Duygusal zekâ ve örgütsel stres: Örgütlerde hemşirelerin duygusal zekâ becerileri ve stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi.
- Balsa, A. I., Seiler, N., McGuire, T. G. ve Bloche, M. G. (2003). Clinical uncertainty and healthcare disparities. *American Journal of Law and Medicine*, 29(2-3), 203-219.
- Baltaş, A. ve Baltas, Z. (2013). *Stres ve başa çıkma yolları* (36. Baskı). Remzi Kitabevi.

- Baltaş, Z. (2006). *İnsanın dünyasını aydınlatan ve işine yansıyan ışık: duygusal zekâ* (3. Baskı). Remzi Kitabevi.
- Bankert, E., Lazarek-LaQuay, A. ve Joseph, J. M. (2014). Patient-centered care. *Introduction to Quality and Safety Education for Nurses*, 161-189.
- Bann, C. M., Sirois, F. M. ve Walsh, E. G. (2010). Provider support in complementary and alternative medicine: exploring the role of patient empowerment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(7), 745-752.
- Bar-On, R. (2003). How important is it to educate people to be emotionally and socially intelligent, and can it be done?. *Perspectives in Education*, 21(4), 3-15.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) 1. *Psicothema*, 13-25.
- Barut, Y. (2019). Duygusal zeka ve iletişim becerileri ilişkisi: İzmir bozyaka eğitim araştırma hastanesi örneği. *Research Studies Anatolia Journal*, 2(5), 185-195.
- Baş, T. (2013). *Anket - nasıl hazırlanır? nasıl uygulanır? nasıl değerlendirilir?* (7. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Başaran, İ. E. (2004). *Yönetimde insan ilişkileri* (3. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Birks, Y. F. ve Watt, I. S. (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(8), 368-374.
- Bradshaw, A. (1999). The virtue of nursing: the covenant of care. *Journal of Medical Ethics*, 25(6), 477-481.
- Broom, M., Brady, B., Kecskes, Z. ve Kildea, S. (2013). World café methodology engages stakeholders in designing a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(5), 253-258.
- Budak, F. (2014). Sağlık kurumları yönetiminde duygusal zekânın önemi. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (43).
- Burks, D. J. ve Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46(3), 317-325.
- Cai, Y., Guo, P., Tu, J., Hu, M., Liu, L., Ryan, B. L., Liao, J., Dev, R., Li, Y., Huang, T., Wang, R., Li, K., Huang, R., Li, X., Melipillan, E. R., Zhao, S., O, W., Wang, X. H., Zhang, N. ve Xu, D. R. (2023). Contextualizing the revised patient perception of patient-centeredness (PPPC-R) scale in primary healthcare settings: a validity and reliability evaluation study. *Research Square*.
- Caruso, R. D. ve Salovey, P. (2007). *Yönetimde duygusal zeka*. (S. Kaymak, Çev.). Crea Yayıncılık.
- Catalan, J., Brener, N., Andrews, H., Day, A., Cullum, S., Hooker, M. ve Gazzard, B. (1994). Whose health is it? Views about decision-making and information-

- seeking from people with HIV infection and their professional carers. *AIDS Care*, 6(3), 349-356.
- Cerit, E. (2012). *Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ düzeyleri*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).Erciyes Üniversitesi.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M. ve Chu, F. Y. S. (2009). Bedside handover: quality improvement strategy to “transform care at the bedside”. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 136-142.
- Chenowethm, L., Jeon, Y. H., Goff, M. ve Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review*, 53(1), 34-40.
- Cherniss, C. (2000). *Emotional intelligence: What it is and why it matters*. Rutgers University, Graduate School of Applied and Professional Psychology.
- Cherry, M. A. (2011). *Health care leadership: emotional intelligence competencies of hospitalist leaders*. (Unpublished doctoral thesis). Olivet Nazarene University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* Printed in the United States of America: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf> adresinden 05 Kasım 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Cohen, S. B. (2002). Happiness and the immune system. *Positive Health*, 82, 9-12.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P. ve Simmons, L. (2006). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. *Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care*.
- Cooper, R. K. ve Sawaf, A. (2010). *Liderlikte duygusal zekâ*. (Z. B. Ayman ve B. Sancar, Çev.). Sistem Yayıncılık (Orijinal eserin basım tarihi 1997).
- Cote, S. ve Miners, C. T. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51(1), 1-28.
- Cramm, J. M. ve Nieboer, A. P. (2018). Validation of an instrument for the assessment of patient-centred care among patients with multimorbidity in the primary care setting: the 36-item patient-centred primary care instrument. *BMC Family Practice*, 19, 1-10.
- Cumming, E. A. (2005). *An investigation into the relationship between emotional intelligence and workplace performance: An exploratory study*. (PhD Thesis). Lincoln University.
- Çakar, U. ve Arbak, Y. (2004). Modern yaklaşımlar ışığında değişen duygu zeka ilişkisi ve duygusal zeka. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(3).

- Çolak Okumuş, D. ve Uğur, E. (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, (2), 104-109.
- Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123.
- Delikoyun, D. (2017). *Üniversite öğrencilerinde duygusal zekâ ve benlik saygısı arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Demir, M. (2010). Örgütsel çatışma yönetiminde duygusal zekanın etkisi: konaklama işletmelerinde iş görenlerin algılamaları üzerine bir araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2), s.199-211.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542.
- Diener, E. ve Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81-84.
- Diener, E., Suh, E. M., Smith, H. ve Shao, L. (1995). National differences in reported subjective wellbeing: Why do they occur? *Social Indicators Research*, 34, 7-32.
- Doğan, S. (2005). *Çalışan ilişkileri yönetimi* (1. Baskı). Kare Yayınları.
- Doğan, S. ve Oğuzhan, Y. S. (2015). Çalışanların duygusal zekâ düzeylerinin işten ayrılma niyetlerine etkisi üzerine bir çalışma. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 1-12.
- Doğan, S. ve Şahin, F. (2007). Duygusal zekâ: tarihsel gelişimi ve örgütler için önemine kavramsal bir bakış. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1)
- Doyle, C., Lennox, L. ve Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570.
- Dulewicz, V. ve Higgs, M. (1999). "Can emotional intelligence be measured and developed", *Leadership and Organizational Development Journal*, 20(5): 242-253.
- Dutoğlu, G. ve Tuncel, M. (2008). Aday öğretmenlerin eleştirel düşünme eğilimleri ile duygusal zekâ düzeyleri arasındaki ilişki. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(1), 11-32.
- Elias, M. J. ve Moceri, D.C. (2012). Developing social and emotional aspects of learning: the american experience. *Research Papers in Education*, 27 (4), 423-434.
- Erdem, M., İlğan, A. ve Çelik, F. (2013). Lise öğretmenlerinin duygusal zekâ düzeyleri ile eleştirel düşünme eğilimleri arasındaki ilişki. *Electronic Turkish Studies*, 8(12).
- Erdoğan, M. ve Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 97-126.

- Erdoğdu, M. Y. (2008). Duygusal zeka'nın bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(23), 62-76.
- Eren, E. (2015). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. Beta Yayıncılık.
- Evans, D. ve Allen, H. (2002). Emotional intelligence: its role in training. *Nurs Times*, 98(27): 41-42.
- Faguy, K. (2012). Emotional intelligence in health care. *Radiologic Technology*, 83(3), 237-253.
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L. ve Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300-307.
- Folkman, S. ve Lazarus, S. R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54 (3), 466-475.
- Fraenkel, L. (2013). Incorporating patients' preferences into medical decision making. *Medical Care Research and Review*, 70(1_suppl), 80S-93S.
- García, P. C. ve Sánchez, M. E. C. (2017). Gender, emotional intelligence, aptitude and mathematical performance. *International E-Journal of Advances in Social Sciences*, 3(7), 21-28.
- Gerdik, C., Vallish, R. O., Miles, K., Godwin, S. A., Wludyka, P. S. ve Panni, M. K. (2010). Successful implementation of a family and patient activated rapid response team in an adult level 1 trauma center. *Resuscitation*, 81(12), 1676-1681.
- Gerits, L., Derksen, J. J., Verbruggen, A. B. ve Katzko, M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 33-43.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam.
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? Superb leaders all have one thing in common: A high degree of emotional intelligence. the author explains what it is, how to recognize it, and why your company's leaders need it. *Harvard Business Review*, 76, 92-105.
- Goleman, D. (2016). *Duygusal zekâ neden IQ'dan daha önemlidir?*. (B. Seçkin Yüksel, Çev.). Varlık Yayınları.
- Goleman, D., Boyatzis, R. ve McKee, A. (2002). *Yeni liderler*. (F. Nayır ve O. Deniztekin, Çev.). Varlık Yayınları.
- Gökçe, B. (2006). *İş hayatında duygusal zeka ve Sivas ili bankacılık sektöründe bir alan araştırması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi.
- Greenstein, F. I. (2001). *The presidential difference: Leadership style from Roosevelt to Clinton*. The Free Press.

- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Jama*, 286(20), 2578-2585.
- Grunberg, N. E., McManigle, J. E. ve Barry, E. S. (2020). Using social psychology principles to develop emotionally intelligent healthcare leaders. *Frontiers in Psychology*, 11, 1917.
- Güllüce, A. Ç. ve İşcan, Ö. F. (2010). Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(2), 7-29
- Güney, S. (2013). *Davranış bilimleri* (7. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Gürbüz, İ. T. (2015). *Duygusal zekâ yeteneklerinin problem çözme üzerine etkisi: sivil havacılık alanında kabin ekipleri örneği*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi.
- Gürbüz, S. ve Yüksel, M. (2008). Çalışma ortamında duygusal zeka: iş performansı, iş tatmini, örgütsel vatandaşlık davranışı ve bazı demografik özelliklerle ilişkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 174-190.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. ve Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education Limited.
- Harrod, N. R. ve Scheer, S. D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40(159).
- Holmström, I. ve Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172.
- Humpel, N. ve Caputi, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 399-403.
- Hwang, J. I. (2015). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 21(1), 43-51.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın gaspı*. (S. Sertabiboğlu, Çev.). Ayrıntı Yayınları.
- İşmen, A. E. (2001). Duygusal zeka ve problem çözme. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 13(13), 111-124.
- Jangland, E., Gunningberg, L. ve Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 199-204.
- Jardien-Baboo, S., van Rooyen, D., Ricks, E. ve Jordan, P. (2016). Perceptions of patient-centred care at public hospitals in Nelson Mandela Bay. *Health Sa gesondheid*, 21, 397-405.

- Jensen, A. L., Vedelø, T. W. ve Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1005-1015.
- Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M., Härtel, C. E. ve Hooper, G. S. (2002). Workgroup emotional intelligence: Scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human Resource Management Review*, 12(2), 195-214.
- Joubert, C. E. (1992). Happiness, time consciousness, and subjective life expectancy. *Perceptual and Motor Skills*, 74 , 649–650.
- Kaçan, H., Karakulle, İ. ve Aydın, E. (2023). Örgütsel vatandaşlık davranışının yordacıları olarak duygusal zeka ve kişilik özellikleri: hemşireler üzerinde kesitsel bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 39, 170-193. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.1223400>
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakaş, S. A. ve Küçükoğlu, S. (2011). Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (3), 8-13.
- Kılıç, S., Doğan, S. ve Demiral, Ö. (2007). Kurumların başarısında duygusal zekânın rolü ve önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 14(1), 209-230.
- Kılınç, E. (2019). Sağlık örgütlerinde duygusal zekâ. H. Eriş ve F. Kabalcıoğlu Bucak (Ed.), *Sağlık bilimlerinde yeni gelişmeler* (ss. 29-62). İksad Yayınevi.
- Kılınç, E., Kendir, M., Onan, B. D. ve Kayakuş, İ. (2021). Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin yenilikçi iş anlayışları üzerindeki etkisinin incelenmesi: bir kamu hastanesi örneği. *European Journal of Managerial Research (EUJMR)*, 5(8), 46-71.
- Kırılmaz, H., Ataç, C., Erdoğan, M. ve Arslanoğlu, A. (2023). Turkish validity and reliability of patient-centred care scale . *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10 (3) , 337-347 . DOI: 10.52880/sagakaderg.1332166
- Koçdaş, Z. (2020). *Çalışanların duygusal zekâ düzeyleri ile çatışma çözme düzeyleri arasındaki ilişki*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Konrad, S. ve Hendl, C. (2001). *Duygularla güçlenmek/duygusal zekâ sayesinde başarılı bir hayat*. (M. Taştan, Çev.). Hayat Yayınları.
- Koponen, A. M., Simonsen, N. ve Suominen, S. (2017). Quality of primary health care and autonomous motivation for effective diabetes self-management among patients with type 2 diabetes. *Health Psychology Open*, 4(1), 2055102917707181.
- Kreindler, S. A. (2013). The politics of patient-centred care. *Health Expectations*. 18/5, 1139-1150.

- Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D. ve Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice*, 50(12), 1057-1063.
- Kuzu, A. (2008). *Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zeka ve iletişim becerilerinin eşdeğer öğrenim gören öğrencilerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Düzce Üniversitesi.
- Lam, L. T. ve Kirby, S. L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *Journal of Social Psychology*, 142:133–143.
- Lanser, E. G. (2000). Why you should care about your emotional intelligence. *Healthcare Executive*, 15(6): 6-11
- Légaré, F., Stacey, D. ve Forest, P. G. (2007). Shared decision-making in Canada: update, challenges and where next!. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen-German Journal for Quality in Health Care*, 101(4), 213-221.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B. ve Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.
- Logilife. (2008, 01 Aralık). Duygusal zekâ. <http://www.logilife.com.tr/konu.aspx?konu=28> adresinden 11 Kasım 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Longmore, B. ve Ronnie, L. (2014). Human resource management practices in a medical complex in the Eastern Cape, South Africa: assessing their impact on the retention of doctors. *South African Medical Journal*, 104(5), 368-371.
- Luxford, K., Safran, D. G. ve Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 23(5), 510-515.
- Lyons, J. B. ve Schneider, T. R. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*, 39(4): 693-703
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. The Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., King, L. ve Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803
- Matteliano, M. A. ve Street, D. (2012). Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(7), 425-435.
- Mayer, J. D. ve Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.

- Mayer, J. D., Salovey, P. ve Caruso, D. (2000). *Models of emotional intelligence*. Handbook of Intelligence, 2, 396-420.
- Mayer, J. D., Salovey, P. ve Caruso, D. R. (1997). *Multifactor emotional intelligence scale (MEIS): Emotional intelligence a key to success*. Charles J. Wolfe Associates, LLC Publisher.
- Mayer, J. D., Salovey, P. ve Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202-209.
- Mccormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., Mccance, T., Mekki, T. E., Porock, D. V., Lieshout, F. ve Wilson, V. (2015). Person-centredness-the 'state' of the art". *International Practice Development Journal*. 5(1), 1-15.
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. ve Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543-552.
- Mockford, C., Staniszewska, S., Griffiths, F. ve Herron-Marx, S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1), 28-38.
- Mumcuoğlu, Ö. (2002). *Bar-On Duygusal zekâ testi'nin Türkçe dilsel eşdeğerlik, güvenilirlik ve geçerlik çalışması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi.
- Nadzam, D. M. (2009). Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 184-188.
- Nath, C. (2007). Literacy and diabetes self-management: low literacy affects outcomes; communication is key. *The American Journal of Nursing*, 107(6), 43-49.
- Newsome, S., Day, A. L. ve Catano, V. M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(6), 1005-1016.
- Oates, J., Weston, W. W. ve Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Ogden, K., Barr, J. ve Greenfield, D. (2017). Determining requirements for patientcentred care: a participatory concept mapping study. *BMC Health Services Research*, 17(780), 1-11.
- Oğan, E. ve Toy, B. Y. (2017). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zekâ düzeylerinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 7(3)
- Onay, M. (2011). Çalışanın sahip olduğu duygusal zekâsının ve duygusal emeğinin, görev performansı ve bağlamsal performans üzerindeki etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(4), 587-600.

- Onay, M. ve Uğur, B. (2011). Sağlıkta memnuniyetin sessiz sihri: “Duygusal zekâ”. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 23-34.
- Öner, N. (1996, 18-20 Eylül). *Psikolojik danışmanlıkta yeni ufuklara bir örnek: Duyuşsal zekâ* [sözlü sunum]. 9. Ulusal Psikoloji Kongresi, İstanbul, Türkiye.
- Özbay, Y. ve Şahin, B. (1997, 1-3 Eylül). *Stresle başa çıkma tutumları envanteri: geçerlik ve güvenirlik çalışması* [sözlü sunum]. 4. Rehberlik ve Psikolojik Danışma Kongresi, Ankara, Türkiye.
- Öztekin, A. (2006). *Ortaöğretim kurumlarında görev yapan yöneticilerin duygusal zekâ becerilerini okul yönetiminde kullanma düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H. ve Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing-a correlational study. *BMC Nursing*, 13(1), 1-10.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G. ve Charalambous, A. (2011). Nurses’ and patients’ perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205.
- Pau, A. K. ve Croucher, R. (2003). Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *Journal of Dental Education*, 67(9), 1023-1028.
- Pekaar, K. A., Bakker, A. B., Linden, D. ve Born, M. (2017). Self- and other-focused emotional intelligence: development and validation of the rotterdam emotional intelligence scale (REIS). *Personality and Individual Differences*, 120 (2018), 222-233.
- Pelzang, R., Wood, B. ve Black, S. (2010). Nurses’ understanding of patient-centred care in Bhutan. *British Journal of Nursing*, 19(3), 186-193.
- Pollock, K. ve Grime, J. (2003). The cost and cost-effectiveness of PPIs: GP perspectives and responses to a prescribing dilemma and their implications for the development of patient-centred healthcare. *The European Journal of General Practice*, 9(4), 126-133.
- Pulvirenti, M., McMillan, J. ve Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303-310.
- Reeves, A. (2005). Emotional intelligence: recognizing and regulating emotions. *Aaohn Journal*, 53(4), 172-176.
- Renedo, A. ve Marston, C. (2015). Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC Health Services Research*, 15, 1-11.
- Richards, T., Coulter, A. ve Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *Bmj*, 350.

- Robbins, S. P. ve Judge, T. A. (2012). *Örgütsel davranış (Organizational behavior)*. (İ. Erdem, Çev.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Robbins, S., Judge, T. A., Millett, B. ve Boyle, M. (2013). *Organisational behaviour*. Pearson Higher Education AU.
- Ryff, C. D. ve Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Sakar, T. ve YE, Ö. (2014). Duygusal zekanın gelişimi ve sağlık alanında duygusal zekaya bakış. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2, 78-92.
- Salovey, P. ve Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Say, R. E. ve Thomson, R. (2003). The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *Bmj*, 327(7414), 542-545.
- Scambler, S., Gupta, A. ve Asimakopoulou, K. (2015). Patient-centred care—what is it and how is it practised in the dental surgery?. *Health Expectations*, 18(6), 2549-2558.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Shaller, D. (2007). *Patient-centered care: what does it take?* (pp. 1-26). Commonwealth Fund.
- Shamsaei, F., Yousefi, F. ve Sadeghi, A. (2017). Relationship between emotional intelligence and self-esteem in bachelor students of nursing and midwifery schools in Hamadan. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 4(1), 19-24.
- Sidani, S., Epstein, D. ve Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-123.
- Smith, R. C. (2002). *Patient-centered interviewing: an evidence-based method*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Sönmez, M. (2011). *Paran kadar sağlık: Türkiye’de sağlığın ticarileşmesi*. Yordam Kitap.
- Stein, S. J. ve Book, H. E. (2003). *EQ: Duygusal zekâ ve başarının sırrı*. (M. Işık, Çev.). Özgür Yayınları.
- Stiles, E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard*, 26(8).
- Stys, Y. ve Brown, S. L. (2004). *A review of the emotional intelligence literature and implications for correction*. Research Branch Correctional Service of Canada, (340).

- Sundqvist, A. S., Nilsson, U., Holmefur, M. ve Anderzén Carlsson, A. (2018). Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2403-2415.
- Şahin, G. ve İğde Artıran, F. A. (2014). Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 5(3), 38-43.
- Şahin, N. H. (1998). *Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım*. Türk Psikologlar Derneği Sistem Yayıncılık.
- Tanrıöğen, A. ve Türker, Y. (2019). Rotterdam duygusal zekâ ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 47, 348-369.doi: 10.9779/pauefd.514377
- Tarhan, N. (2006). *Kendinizle barışık olmak, duyguların eğitimi*. Timaş Yayınları.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Tiryaki, Ş. H., Yılmaz, T. F., Özcan, D. ve Bahçecik, N. (2013). Kamu hastanelerinde görev yapan başhekim ve başhemşirelerin duygusal zeka düzeyleri ile etik muhakeme yetenekleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 10(3), 18-26.
- Tuğrul, C. (1999). Duygusal zekâ. *Klinik Psikiyatri*, 1, 12-20.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022, 15 Haziran). *Nüfus ve demografi istatistikleri*. <https://cip.tuik.gov.tr> adresinden 07 Şubat 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Uludağ, A. (2016). *Adana il merkezinde aile hekimleri ve hastalarının hasta merkezli bakım algıları*. (Uzmanlık tezi). Çukurova Üniversitesi.
- Uslu, O. (2020). Demografik faktörler çalışanların duygusal zekasıyla nasıl ilişkilidir?. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21), 88-100.
- Uzuner, A. (2012). *Yönetici hemşirelerde duygusal zekâ ve boyun eğici davranışların incelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi.
- Van Rooyen, D., Jordan, P., Brooker, C. ve Waugh, A. (2009). *Foundations of nursing practice*. Elsevier.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative?. *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Verhoef, M. J. ve White, M. A. (2002). Factors in making the decision to forgo conventional cancer treatment. *Cancer Practice*, 10(4), 201-207.
- Wagner, P. J., Jester, D. M. ve Moseley, G. C. (2001). Use of the emotional quotient inventory in medical education. *Academic Medicine*, 76(5), 506-507.
- Wagner, P. J., Moseley, G. C., Grant, M. M., Gore, J. R. ve Owens, C. (2002). Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Family Medicine-Kansas City*, 34(10), 750-754.

- Weisinger, H. (1998). *İş yaşamında duygusal zekâ*. (N. Süleymangil, Çev.). MNS Yayıncılık.
- Williamson, L. (2014). Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *The American Journal of Bioethics*, 14(6), 4-16.
- Wong, C. S. ve Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 13: 243–274.
- World Health Organization (2007, 19 Aralık). *People-centred health care: A policy framework*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241563444> adresinden 10 Temmuz 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Yalın, E. (2015). *İş yaşamında duygusal zekâ düzeylerinin problem çözme becerilerine olan etkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi.
- Yelkikalan, N. (2006). 21. yüzyılda girişimcinin yeni özelliği: duygusal zeka. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 1(2), 39-51.
- Yeniçeri, E. N., Yıldız, E., Seydaoğulları, A., Güleç, S., Çetin, E. S. ve Baldemir, E. (2015). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde duygusal zeka ve empati ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 99-107.
- Yüksel, M. (2006). *Duygusal zeka ve performans ilişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi.
- Zandbelt, L. C., Smets, E. M., Oort, F. J., Godfried, M. H. ve de Haes, H. C. (2007). Patient-centered communication by medical professionals and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 330-339.

EKLER

Ek 1. Katılımcı Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, “**Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakım Algısına Etkisi: Hasta Perspektifinden Bir Araştırma**” başlıklı, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yürütülmekte olan yüksek lisans tez araştırması için veri toplamak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Anket sonucunda elde edilen veriler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmanın güvenilirliği ve objektifliği açısından ifadeleri içtenlikle ve eksiksiz iletmeniz önem arz etmektedir.

Katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Harun KIRILMAZ, Ceyda ATAÇ

Kişisel ve Demografik Bilgiler

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Yaş: ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56 ve üzeri

Eğitim durumu: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü

Gelir durumu: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

No	Lütfen aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Her zaman ne hissettiğimin bilincindeyim.					
2	Kendi duygularımı çok iyi ayırt edebilirim.					
3	Kendi duygularımın farkındayım.					
4	Neden öyle hissettiğimi anlarım.					
5	Hangi duyguları yaşadığımı bilirim.					
6	Çoğunlukla, nasıl hissettiğimi tam olarak açıklayabilirim.					
7	Beni duygusal olarak etkileyen olayları doğru tanımlayabilirim.					
8	Çevremdeki insanların duygularının farkındayım.					
9	Başkalarının hangi duygular içerisinde olduğunu bilirim.					
10	Diğer insanlara baktığımda onların neler hissettiklerini anlayabilirim.					

11	Çevremdeki insanlarla empati kurabilirim.					
12	Diğer insanların neden öyle hissettiklerini anlarım.					
13	Diğer insanların duygularını çok iyi ayırt edebilirim.					
14	Başkalarını duygusal olarak etkileyen olayları doğru tanımlayabilirim.					
15	Kendi duygularımı kontrol edebilirim.					
16	Duygularımı kolayca bastırabilirim.					
17	Duygularımın beni kontrol etmesine izin vermem.					
18	Duygularımı sadece durum uygun olduğunda dışa vururum.					
19	Öfkeli olsam bile, sakin kalabilirim.					
20	Eğer istersem, duygularımı kimseye belli etmem.					
21	Gerekli olduğunda duygularımı içinde bulunduğum koşullara uygun hale getirebilirim.					
22	Başka birinin farklı hissetmesini sağlayabilirim.					
23	Başka bir insanın ruh halini değiştirebilirim.					
24	Başkalarının duygularını coşturabilir veya yatıştırabilirim.					
25	Başkalarının hisleri üzerindeki etkim büyüktür.					
26	İnsanların duygusal durumlarını iyileştirmek için ne yapılması gerektiğini biliyorum.					
27	İnsanları nasıl etkileyeceğimi biliyorum.					
28	Başkalarını sakinleştirebilirim.					

No	Lütfen sağlık hizmeti aldığınız hekim ve sağlık kuruluşunu göz önünde bulundurarak, aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Ciddiye alındığımı hissettim.					
2	Tedavi seçiminde isteklerim ve tercihlerim dikkate alındı.					
3	Tedavimle ilgili kararlara dâhil edildim.					
4	Tedavinin hayatıma etkileri dikkate alındı.					
5	Tedavi hedeflerimi belirlemem için bana yardım edildi.					
6	Tedavi hedeflerime ulaşabilmek için desteklendiğimi hissettim.					
7	Faydalanabileceğim tavsiyeler aldım.					
8	Fiziksel rahatlığuma dikkat edildi.					
9	Yorgunluk ve uykusuzluğuma dikkat edildi.					
10	Bekleme alanları temizdi.					
11	Bekleme alanları konforluydu.					

12	Poliklinik odası ve görüşmelerde yeterli mahremiyet sağlandı.					
13	Hastalığımı sadece bir defa anlatmama rağmen herkes iyi bilgilendirilmişti.					
14	Hizmet sunumu, ilgili sağlık çalışanları arasında iyi bir şekilde düzenlendi.					
15	Hizmet sunumunu kimin koordine ettiğini biliyordum.					
16	Herhangi bir sorunum olduğunda ilgili kişilere kolayca ulaşabildim.					
17	Başka bir hekime yönlendirildiğimde, nereye ve neden gideceğim konusunda yeterince bilgilendirildim.					
18	Başka bir hekime yönlendirildiğimde ilgili kişiye bütün bilgilerim doğru bir şekilde aktarıldı.					
19	Farklı hekimlerden aldığım öneriler (ilaç vb.) birbiri ile uyumlu idi.					
20	Aile hekimimin tedavisi, diğer hekimlerin tedavileri ile uyumludur.					
21	Hastalığımla ilgili duygusal/manevi destek de sağlandı.					
22	Hastalığımla ilgili olası korku, kaygı ve endişelerim dikkate alındı.					
23	Hastalığımla ilgili daha etkili duygusal/manevi destek imkânları hakkında farkındalık kazandım.					
24	Sağlığımın özel hayatıma (aile, akraba, iş, sosyal hayat) etkisine dikkat edildi.					
25	Evimden sağlık kuruluşuna gidiş gelişlerde problem yaşamadım.					
26	Aile hekimine kolayca erişebildim.					
27	Kolay ve hızlı bir şekilde randevu alabildim.					
28	Sağlık kuruluşuna başvurduğumda muayene için çok fazla beklemedim.					
29	Hekime reçetemle ilgili kolaylıkla soru sorup cevap alabildim.					
30	Çok iyi bilgilendirildim.					
31	Bana verilen bilgiler çok iyi açıklandı.					
32	Kendi verilerime (laboratuvar sonuçları, ilaçlar, sevk vb.) kolayca erişebildim.					
33	İstediğim tüm soruları sorabildim.					
34	Rızam dâhilinde, ailem de tedavime dâhil oldu.					
35	Aile üyelerim tarafından sağlanan bakım ve destek dikkate alındı.					
36	Aile üyelerimden gelebilecek olası sorular dikkate alındı.					

Ek 2. Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeği Kullanım İzni



Harun Kırılmaz

İzin

3 İleti

Harun Kırılmaz

12 Ekim 2022 15:56

Alıcı:

İyi günler Sayın Hocam,
Türkçeye uyarladığınız "Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeği"ni çalışmamızda kullanmak üzere izin istiyorum.
Saygılarımla.



Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
Bölüm Başkan Yardımcısı

Sakarya Üniversitesi Esentepe Kampüsü
Kemalpaşa Mahallesi Üniversite Caddesi
54187 Serdivan/SAKARYA

Abdurrahman Tanriogen

12 Ekim 2022 20:21

Alıcı: Harun Kırılmaz

Sayın Meslektaşım,
Dr. Yusuf Türker ile birlikte Türkçe'ye uyarladığımız "Rotterdam Duygusal Zekâ Ölçeğini" her türlü bilimsel çalışmalarınızda özgürce kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ayrıntılı bilgi ya da yardım isterseniz Dr. Türker'e yazabilirsiniz.
Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.
Prof.Dr. Abdurrahman Tanrıoğen

Dr. Yusuf Türker'in e-postası:

Harun Kırılmaz , 12 Eki 2022 Çar, 15:56 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Harun Kırılmaz

12 Ekim 2022 21:13

Alıcı: Abdurrahman Tanriogen

Çok teşekkür ederim Sayın Hocam.

Doç. Dr. Harun Kırılmaz
Sakarya Üniversitesi
İşletme Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

12 Eki 2022 Çar 20:21 tarihinde Abdurrahman Tanriogen

şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 3. Hasta Merkezli Bakım Ölçeği Kullanım İzni



Harun Kırılmaz

Patient-Centered Care Scale

3 ileti

Harun Kırılmaz

14 Ekim 2022 17:43

Alıcı:

Dear Prof. Dr. Jane Murray Cramm,
We request permission to transcription "the 36-item patient-centered primary care instrument" into Turkish.
Kind regards.

Assoc. Prof. Dr. Harun Kırılmaz
Sakarya University
School of Business
Health Administration Department

Jane Murray Cramm

14 Ekim 2022 17:44

Alıcı: Harun Kırılmaz <

Dear Harun,

You have my permission.

Jane

Op 14 okt. 2022 om 16:43 heeft Harun Kırılmaz ·

het volgende geschreven:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Harun Kırılmaz

15 Ekim 2022 18:07

Alıcı: Jane Murray Cramm

Dear Jane,
Thank you very much for your support and permission.

Harun

Jane Murray Cramm , 14 Eki 2022 Cum, 17:44 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 4. Etik Kurul Onay Formu

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Etik Kurulu	
Sayı : E-61923333-050.99-207348 Konu : 53/04 Ceyda ATAÇ		05.01.2023
Sayın Ceyda ATAÇ		
İlgi : 13.12.2022 tarihli ve E--000-0 sayılı yazınız.		
Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 04.01.2023 tarihli ve 53 sayılı toplantısında alınan "04" nolu karar ile Ceyda ATAÇ'ın başvurusu uygun görülmüş ve karar örneği ekte sunulmuştur.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
Prof. Dr. Aykut Hamit TURAN Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanı V.		
Ek: Karar Yazısı (1 Sayfa)		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.		
Destekleme Kodu: 80584-R31251-Pin Kodu: 001132 Belge Yükleme Adresi: https://belge.yukle.org/whd/Pin-17034672-80584-R31251-Pin-207348		
Adres: Esentepe Kampüsü 54087 Söğütözü SAKARYA / KEP Adresi: İmza için: Hamdi Habucan Ünvanı: Birim Etik Sorumlusu		
		

KARAR

4. Ceyda ATAÇ'ın " Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakım Algısına Etkisi: Hasta Perspektifinden Bir Araştırma " başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Ceyda ATAÇ'ın " Duygusal Zekânın Hasta Merkezli Bakım Algısına Etkisi: Hasta Perspektifinden Bir Araştırma " başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ceyda ATAÇ

ÖĞRENİM DURUMU

Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	2021-
Lisans	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi/Sağlık Yönetimi	2017-2021
Lise	Atike Hanım Anadolu Lisesi	2013-2017

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer	Görev
2022-Devam	Sakarya Üniversitesi	Kısmi Zamanlı Asistan

ESERLER

Kırılmaz, H., Ataç, C., Genç, Ç. ve İnce, M. (2023, 12-14 Ekim). *Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumluluklarına etkisi* [sözlü sunum]. 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Konya, Türkiye.

Kırılmaz, H., Ataç, C. ve Yazıcı, Ş. (2023). Aşı okuryazarlığının aşı tereddüdüne etkisi üzerine bir araştırma. S. Bostan, R. Erdem ve F. Sevim (Ed.), *8. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı* içinde (ss. 65-72). Karadeniz Teknik Üniversitesi Yayınevi.

Kırılmaz, H., Ataç, C., Erdoğan, M. ve Arslanoğlu, A. (2023). Hasta merkezli bakım ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10 (3), 337-347., Doi: 10.52880/sagakaderg.1332166

Kırılmaz, H. ve Ataç, C. “Sağlık okuryazarlığının aşı tereddüdüne etkisinde sağlık sistemine güvenin aracı rolü” (yayın aşaması)