



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇALIŞANLARIN DUYGUSAL VE KÜLTÜREL
ZEKÂLARININ ULUSLARARASI HASTA SAĞLIK
HİZMETLERİNDE MESLEKLERARASI İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ**

AHMET GENÇ

DOKTORA TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. MEHVEŞ TARIM

2020-İSTANBUL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Ahmet Genç



TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımda ayrı bir sayfa açan doktora sürecinde destek ve katkılarından dolayı teşekkür etmek istediğim çok değerli insanlar var. Öncelikle tez dönemim boyunca değerli görüş ve önerileriyle destek olan başta danışman hocam Prof. Dr. Mehveş TARIM olmak üzere, değerli hocalarım Doç. Dr. Selma SÖYÜK’e, Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer ÇEKİN’e ve Doç. Dr. Ayşe GÜNSEL’e teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi her zaman yanımda olmuş sevgili ablam Sevim GENÇ ve kardeşim Ali GENÇ’e hayat boyu müteşekkir olacağım.

Hayatımda bana hep rol model olmuş, sonsuz güveni, duaları ve koşulsuz sevgi ve desteğiyle her zaman imdadıma yetişmiş annem Emine GENÇ’e ve bugünleri göremese de sevgili babacığım Halil GENÇ’e duyduğum minnet ve şükran kelimelerle ifade edilemez. Her zaman benim yolumu aydınlattınız, adeta güneşim oldunuz bu hayatta. Sevginiz ve dualarınız bana her zaman güç verdi.

Ve çok kıymetli eşim Dr. Hümeysra GENÇ’e tez konumun belirlenmesinden, tezimin tüm bölümlerini bıkarak kullanmak bilmeden okuyup son halinin verilmesine kadar verdiği emek, ayırdığı vakit ve çok kıymetli yapıcı eleştirileriyle desteğine, aile içindeki sorumluluklarımın bir kısmını özveriyle üstlenerek tezimin bitmesine katkılarından dolayı sonsuz kere teşekkür ederim. Evlilik hayatımız boyunca artık benim klasiğim haline gelmiş olan okul, iş ve ev üçgeninde geçen yaşantım senin koşulsuz desteğin ve sevgin olmasaydı pek mümkün olamazdı.

Son olarak da güzel çocuklarım Mehmet Esad, Canan ve Zehra Nalan’ın desteği, sabrı, hoş görüşü ve anlayışı olmasaydı bu zorlu yolculuğu kuşkusuz tamamlayamazdım. Sizinle her tepe bir düzlük, her fırtına bir meltem rüzgârı benim için. İyi ki varsınız. Sizleri çok seviyorum.

İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	xi
KISALTMALAR VE SİMGELER	xii
EKLER LİSTESİ	xiii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
GİRİŞ ve AMAÇ	3
1. ZEKÂ KAVRAMI	6
2. SOSYAL ZEKÂ	10
3. DUYGUSAL ZEKÂ.....	13
3.1.Duygusal Zekâ Kavramı ve Tarihçesi.....	13
3.1.1. Duygu Tanımı	13
3.1.2. Duygusal Zekâ Kavramı ve Tanımı	13
3.1.3. Duygusal Zekânın Tarihçesi	15
3.1.4. Sosyal Zekâ ve Duygusal Zekâ Arasındaki İlişki	16
3.2. Duygusal Zekâ Modelleri.....	17
3.3.1. Duygusal Zekânın Ölçümü	19
3.3.2. Duygusal Zekânın Boyutları	20
3.4. Duygusal Zekânın Geliştirilmesi.....	22
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekâ	25
4. KÜLTÜREL ZEKÂ	28
4.1. Kültür Kavramı	28
4.2. Kültürel Zekâ Kavramı ve Gelişimi.....	28
4.2.1. Kültürel Zekâ Tanımı	28

4.2.2. Kültürel Zekâ Kavramı	29
4.2.3. Sosyal Zekâ ve Kültürel Zekâ	30
4.2.4. Kültürel Zekâ ve Duygusal Zekâ	31
4.3. Kültürel Zekâ Boyutları ve Ölçümü.....	33
4.3.1. Kültürel Zekâ Boyutları	33
4.3.1.1. Üst bilişsel kültürel zekâ	36
4.3.1.2. Bilişsel kültürel zekâ	37
4.3.1.3. Motivasyonel kültürel zekâ	37
4.3.1.4. Davranışsal kültürel zekâ	38
4.3.2. Kültürel Zekâ Ölçümü	39
4.4. Kültürel Zekânın Geliştirilmesi	40
4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel Zekâ	43
5. MESLEKLERARASI İŞ BİRLİĞİ	46
5.1. Ekip Çalışması ve İşbirliği	46
5.2. İşbirliği Modelleri	48
5.2.1. Çok Disiplinli İşbirliği Modeli.....	48
5.2.2. Disiplinler Arası İşbirliği Modeli.....	49
5.2.3. Disiplinler Üstü İşbirliği Modeli.....	51
5.3. Mesleklerarası İşbirliği Nedir?.....	52
5.3.1. Mesleklerarası İşbirliğinin Özellikleri	52
5.3.2. Mesleklerarası İşbirliğinde Zorluklar.....	54
5.4. Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliği	55
5.4.1. Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliği	58
6. ARAŞTIRMA KONUSU HAKKINDA YAPILAN SON ÇALIŞMALAR	61
7. GEREÇ VE YÖNTEM	70

7.1. Araştırmanın Konusu	70
7.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Veri Toplama Süreci.....	71
7.3. Veri Toplama Aracı.....	72
7.4. Araştırmanın Saha Uygulama Süreci	75
7.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik	77
7.5.1. Duygusal Zekâ Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi.....	78
7.5.2. Kültürel Zekâ Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi.....	80
7.5.3. Mesleklerarası Takım İşbirliği Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi	81
7.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	82
7.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	84
7.8. İstatistiksel Değerlendirme.....	85
8. BULGULAR	87
8.1. Araştırma Örneklemine İlişkin Bulgular.....	87
8.2. Araştırma Hipotezlerinin Testine Ait Bulgular.....	91
8.2.1. H1 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	92
8.2.1.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından	92
8.2.1.2. Yaş grupları bakımından	93
8.2.1.3. Eğitim düzeyleri açısından.....	96
8.2.2. H2 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	97
8.2.2.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından	97
8.2.2.2. Yaş grupları bakımından	98
8.2.2.3. Eğitim düzeyleri açısından.....	104
8.2.3. H3 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	108
8.2.3.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından	108
8.2.3.2. Yaş grupları bakımından	109

8.2.3.3. Eğitim düzeyleri açısından	112
8.2.4. H4 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	113
8.2.4.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından	113
8.2.4.2. Yaş grupları bakımından	114
8.2.4.3. Eğitim düzeyleri bakımından	116
8.2.5. H5 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	120
8.2.6. H6 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	121
8.2.7. H7 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	125
8.2.8. H8 Hipotezinin Testine Ait Bulgular	127
8.2.9. Yapısal Eşitlik Modellemesi ile H9 ve H10 Hipotezlerinin Sınanması ..	133
9. TARTIŞMA VE SONUÇ	138
10. KAYNAKLAR.....	174
11. EKLER.....	209
12. ÖZGEÇMİŞ.....	210

TABLÖLAR

Sayfa No.

Tablo 1. Kültürel Zekâ Bileşenlerini Ölçen Farklı Değerlendirme Araçları (Lee ve Templar, 2003).....	39
Tablo 2. Mesleklerarası Çalışmayla İlgili Kullanılan Kelimeler (Leathard, 2004a).	53
Tablo 3. Çok Disiplinli, Disiplinler Arası ve Disiplinler Üstü Ekiplerin Özellikleri (Coidakis-Barss, 2015).....	56
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Hastanelerin Yatak Kapasiteleri (n=550)	72
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Hastanelere Göre Dağılımları (n=550).....	77
Tablo 6. Faktör Analizi İçin Uygunluk ve Örneklem Yeterlilik Test Sonuçları	78
Tablo 7. Duygusal Zekâ Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları	79
Tablo 8. Kültürel Zekâ Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları	80
Tablo 9. Mesleklerarası İş Birliği Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları.....	81
Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=550)	87
Tablo 11. Katılımcıların Meslek Bilgileri (n=550)	88
Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Tecrübe ve Kıdem Bilgileri (n=550)	88
Tablo 13. Katılımcıların Anadilleri ile İngilizce Yabancı Dil Seviyeleri (n=550)....	89
Tablo 14. Katılımcıların Bildiği Diğer Yabancı Diller ve Seviyeleri (n=550)	90
Tablo 15. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Eğitimleri Alma Durumları ve Eğitimlerin İçerikleri (n=550).....	91
Tablo 16. Cinsiyet ve medeni duruma göre genel duygusal zekâ değerlendirme istatistikleri.....	92
Tablo 17. Yaş Gruplarına Göre Genel Duygusal Zekâ Değerlendirme İstatistikleri	93
Tablo 18. Genel Duygusal Zekâ İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması.....	93
Tablo 19. Genel Duygusal Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri.....	95
Tablo 20. Eğitim Düzeyine Göre Genel Duygusal Zekâ Değerlendirme İstatistikleri	96

Tablo 21. Genel Duygusal Zekâ İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması.....	96
Tablo 22. 1. Hipotez (H1) Sonucu.....	97
Tablo 23. Cinsiyet ve medeni duruma göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri.....	97
Tablo 24. Yaş Gruplarına göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri.....	99
Tablo 25. Kendi Duygularını Değerlendirme boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması	99
Tablo 26. Duyguları Kullanma boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması	100
Tablo 27. Duyguları Kullanma İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri.....	102
Tablo 28. Duyguları Yönetme boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması	102
Tablo 29. Duyguları Yönetme İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri.....	104
Tablo 30. Eğitim düzeyine göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri	104
Tablo 31. Başkalarının Duygularını Değerlendirme Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması	105
Tablo 32. Başkalarının Duygularını Değerlendirme İçin Belirlenmiş İkili Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırma İstatistik Verileri	107
Tablo 33. Duyguları Kullanma Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması.....	107
Tablo 34. 2. Hipotez (H2) Sonucu.....	108
Tablo 35. Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri.....	109
Tablo 36. Yaş Gruplarına Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri	109
Tablo 37. Genel Kültürel Zekâ İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması	110

Tablo 38. Kültürel Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri	112
Tablo 39. Eğitim Düzeyine Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri	112
Tablo 40. Genel Kültürel Zekâ İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması.....	112
Tablo 41. 3. Hipotez (H3) Sonucu.....	113
Tablo 42. Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri.....	114
Tablo 43. Yaş Gruplarına Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri	114
Tablo 44. Kültürel Zekânın Bilişsel Boyutu İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması.....	115
Tablo 45. Eğitim Düzeyine Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri	116
Tablo 46. Kültürel Zekânın Bilişsel Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması	117
Tablo 47. Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması	117
Tablo 48. Motivasyonel Kültürel Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırma İstatistik Verileri	119
Tablo 49. 4. Hipotez (H4) Sonucu.....	119
Tablo 50. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duygusal Zekâ Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları	120
Tablo 51. Duygusal Zekâ İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması	120
Tablo 52. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Kendi Duygularını Değerlendirme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları	122
Tablo 53. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Başkalarının Duygularını Değerlendirme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları ...	122
Tablo 54. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duyguları Kullanma Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları.....	123

Tablo 55. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duyguları Yönetme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları	123
Tablo 56. Duyguları Yönetme Alt Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması	124
Tablo 57. 5. & 6. Hipotez Sonuçları.....	125
Tablo 58. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Kültürel Zekâ Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları	125
Tablo 59. Kültürel Zekâ İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması	126
Tablo 60. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Üst Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları	127
Tablo 61. Üst Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması	128
Tablo 62. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları	129
Tablo 63. Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması	130
Tablo 64. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları	131
Tablo 65. Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması.....	131
Tablo 66. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Davranışsal Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları ..	132
Tablo 67. 7. & 8. Hipotez Sonuçları.....	133
Tablo 68. Modelin Güvenilirlik ve Ayırışma Geçerlilik Sonuçları.....	135
Tablo 69. Model Yol Katsayıları (β), t ve p İstatistikleri	136

ŞEKİLLER

Sayfa No.

Şekil 1. Zekâ Konusundaki Araştırmaların Kavramsal Çerçevesi (Earley ve Ang, 2003).	7
Şekil 2. Bar-On Duygusal Zekâ Karma Modeli (Bar-On, 2006).	18
Şekil 3. Duygusal Zekânın Bileşenleri (Salovey ve Mayer, 1990).	19
Şekil 4. Mayer-Salovey-Caruso Duygusal Zekâ Modeli (Uyarlanmış) (Brackett ve ark., 2011).	21
Şekil 5. Duygusal Zekânın Kökleri ve Gelişimindeki Etki Eden Faktörler (Eisenberg ve ark., 1998).	23
Şekil 6. Kültürel Zekânın Bileşenleri (Earley, 2002).	34
Şekil 7. Kültürel Zekânın Bileşenleri Arasındaki İlişki (Thomas, 2006).	34
Şekil 8. Kültürel Zekânın Bileşenleri Döngüsü (Plum, 2009).	35
Şekil 9. Dört Boyutlu Kültürel Zekâ Modeli (Ang ve ark., 2006).	36
Şekil 10. Kültürel Zekânın Geliştirilmesi (Thomas, 2006).	41
Şekil 11. Tercüman Aracılığı ile Hasta-Hekim İletişimi (Ayonrinde, 2003).	45
Şekil 12. İşbirliği Süreçleri (D'Amour ve ark., 2005).	48
Şekil 13. Sınırları Birbirinin İçine Geçmiş Desen (Rawson, 1994).	50
Şekil 14. Mesleklerarası İşbirliği Modelleri: Çok Disiplinli, Disiplinlerarası, Disiplinler Üstü (Miller, 2016).	51
Şekil 15. Araştırmanın Hipotezleri.	84
Şekil 16. Duygusal Zekâ-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.	95
Şekil 17. Duyguları Kullanma-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.	101
Şekil 18. Duyguları Yönetme-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.	103
Şekil 19. Başkalarının Duygularını Değerlendirme-Eğitim Düzeyleri Kutu Diyagramı.	106
Şekil 20. Kültürel Zekâ -Yaş Grupları Kutu Diyagramı.	111
Şekil 21. Motivasyonel Kültürel Zekâ-Eğitim Düzeyleri Kutu Diyagramı.	118
Şekil 22. Varsayılan Ölçüm Modeli.	134

KISALTMALAR VE SİMGELER

BDD	Başkalarının Duygularını Değerlendirme
BİL	Bilişsel Kültürel Zekâ
CB-SEM	Kovaryans Temelli Yapısal Eşitlik Modellemesi
CQS®	Kültürel Zekâ Ölçeği
DAV	Davranışsal Kültürel Zekâ
DK	Duyguların Kullanılması
DY	Duyguları Yönetme
DZ	Duygusal Zekâ
ECI	Duygusal Yeterlilik Envanteri
IQ	Entelektüel Zekâ
KDD	Kendi Duygularını Değerlendirme
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KZ	Kültürel Zekâ
MOT	Motivasyonel Kültürel Zekâ
MSCEIT	Mayer, Salovey ve Caruso Duygusal Zekâ Testi
PLS	Kısmi En Küçük Kareler
SEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi
ÜBİL	Üst Bilişsel Kültürel Zekâ
WLEIS	Wong-Law Duygusal Zekâ Ölçeği

EKLER LİSTESİ

EK. Etik Kurul Onay Formu



ÇALIŞANLARIN DUYGUSAL VE KÜLTÜREL ZEKÂLARININ ULUSLARARASI HASTA SAĞLIK HİZMETLERİNDE MESLEKLERARASI İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ

Ahmet Genç
Danışman: Prof. Dr. Mehveş Tarım
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Uluslararası hasta sağlık hizmetlerinde, farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine herhangi bir etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır. Ayrıca, hastane çalışanlarının pozisyonlarına göre duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından fark olup olmadığı da incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma yerel hastaların yanı sıra uluslararası hastalara da hizmet veren İstanbul ve Kocaeli illerindeki yedi özel hastane çalışanlarını kapsamaktadır. Duygusal zekâ, kültürel zekâ ve mesleklerarası işbirliğini ölçmeye yönelik toplam 3 anketin farklı meslekten 550 hastane çalışanı üzerinde uygulaması yapılmıştır.

Bulgular: “Duyguları kullanma” mesleklerarası işbirliği üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahiptir. “Duyguları yönetme”de, hemşirelerle uluslararası hasta hizmetleri çalışanları, idari hizmetler çalışanları ve destek hizmetleri çalışanları arasında önemli farklar vardır. Davranışsal kültürel zekâ dışındaki diğer kültürel zekâ boyutlarında, uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hekimler hariç diğer meslek grupları arasında oldukça önemli farklar vardır. Ayrıca, duygusal zekâ ve kültürel zekâ ile bunların alt boyutlarında bazı sosyo-demografik veriler bakımından anlamlı farklar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma uluslararası hasta sağlık hizmetlerinde mesleklerarası işbirliği açısından duygusal zekânın kültürel zekâyâ göre daha önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından uluslararası hasta sağlık hizmetlerinde meslek grupları arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmasıyla bu araştırma alanyazında bir ilk olma özelliği taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Zekâ, Kültürel Zekâ, Mesleklerarası İşbirliği, Medikal Turizm, Sağlık Turizmi

THE EFFECTS OF EMOTIONAL AND CULTURAL INTELLIGENCE OF EMPLOYEES ON INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN THE INTERNATIONAL PATIENT HEALTH SERVICES

Ahmet Genc

Advisor: Prof. Dr. Mehves Tarim

Department of Health Management

ABSTRACT

Aim: It is to investigate whether the emotional intelligence and cultural intelligence of employees from different professions have an impact on interprofessional collaboration in the international patient health services. In addition, it is also examined whether there is a difference in terms of emotional intelligence and cultural intelligence according to the positions of the hospital staff.

Materials and Method: The research covers the employees of seven private hospitals in Istanbul and Kocaeli, which serve international patients as well as local patients. A total of 3 questionnaires, which aimed to measure emotional intelligence, cultural intelligence and interprofessional collaboration, were applied to 550 hospital staff.

Results: “Use of emotion” has a significant and positive effect on interprofessional collaboration. In “emotion regulation”, there are significant differences between nurses and international patient services staff, administrative services staff, and support services staff. Other than behavioral cultural intelligence, there are significant differences between international patient services staff and other professional groups except physicians in sub-dimensions of cultural intelligence. In terms of some socio-demographic data, there are significant differences in emotional intelligence and cultural intelligence and their sub-dimensions.

Conclusion: This research revealed that emotional intelligence is more important than cultural intelligence in terms of interprofessional collaboration in international patient health services. In addition, this research is the first in the literature, as it reveals the differences between professional groups in international patient health services in terms of emotional intelligence and cultural intelligence.

Keywords: Emotional Intelligence, Cultural Intelligence, Interprofessional Collaboration, Medical Tourism, Health Tourism

GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde hastalar başka ülkelerdeki sağlık hizmetleri hakkında hızlı bir şekilde bilgi edinebilmekte ve bu hizmetlere daha kolay erişilebilmektedirler. Bu durumun oluşmasında iletişim, ulaşım ve teknoloji alanındaki yaşanan gelişmeler ve düşük maliyetli tedaviler sonucu ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki küreselleşmenin önemli bir rolü vardır. Sağlık hizmetlerinde giderek artan bu küreselleşmeyle birlikte hastaların tedavi amacıyla başka ülkelere seyahat etme eğilimlerinde de artış olduğu gözlenmektedir. Bu yöndeki trendin ise, 19. yy'dakinin tersi istikamette, yani daha zengin ve gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru olduğu görülmektedir (Lunt ve ark., 2011).

Kendi ülkesinden farklı bir ülkedeki sağlık kuruluşunu tercih eden bu hastaların bu yöndeki tercihlerinde ise farklı sebepler olduğu dikkat çekmektedir. Öncelikle daha gelişmiş ve zengin ülke vatandaşlarının çoğunlukla sağlık sigortası kapsamı dışında olan tedavi ücretlerinde tasarruf etmeyi istedikleri görülmektedir (Mattoo ve Rathindran, 2006). Başka bir sebep de hastaların yaşadıkları ülkede teşhis ve / veya tedavi için uzun süre beklemek zorunda kalmaları ve bu durumun sağlıkları açısından yaratabileceği olumsuz etkilerden kaçınmak istemeleridir (Carrera ve Bridges, 2006). Ayrıca, kendi ülkelerinde olmayan teşhis ve / veya tedavi imkanlarına ulaşmak amacıyla da hastalar başka ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını tercih etme eğilimindedirler (Milstein and Smith, 2007).

Öte yandan hizmetlerin arzı tarafında, kısaca medikal turizm adı verilen ve artık bir endüstri haline gelen bu alanda, ülkeler ve sağlık hizmeti veren kuruluşlar ilk önce bölgesel rakiplerine karşı “güvenilir” bir destinasyon ve kuruluş olmayı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı ve rekabet avantajı sağlamayı amaçlamaktadırlar (Connell, 2007; Rad ve ark., 2010). Bu bakımdan, farklı disiplinlerden sağlık kuruluşu çalışanları, farklı kültürden hastaların ihtiyaçları ve istekleri konusunda farkındalıklarını artırmalı ve iyi bir iletişimle hasta ve yakınlarının endişelerini giderme konusunda kendilerini daha fazla geliştirmelidirler (Veronesi ve ark., 1999). Bu konuda sağlık çalışanlarının genellikle “çok meşgul” olması (Rad ve ark., 2010) ve

uluslararası hasta hizmetlerinin kendine has zorlayıcı şartları (Tontuş, 2018) dikkat edilmesi gereken sektörel zorluklardandır.

Benzer zorlukların tespit ve çözümüne yönelik, dünyanın farklı ülkelerindeki sağlık kuruluşlarında, uluslararası hasta hizmetlerinde çalışanlar arasında yapılan bir araştırmada, hastaların duygusal durumlarının iyileşme döneminde önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir (Casey ve ark., 2013). Aynı zamanda, yurtdışından tedavi amacıyla gelen ve birbirinden farklı ihtiyaçlara sahip bu hasta ve yakınlarının çok farklı talep ve ihtiyaçları olabilmektedir (Ayonrinde, 2003). Örneğin, yaşadıkları duygusal iniş ve çıkışlarla bağlantılı olarak çalışanların çok efor sarf etmelerine ve vakit harcamalarına sebebiyet verdikleri ve bu yüzden onları çok fazla meşgul ettikleri belirtilmiştir (Casey ve ark., 2013).

İşte bu tür zorluk ve gereksinimlerin ışığı altında bu çalışmada araştırılmaya değer çok önemli konular tespit edilmiştir. İlk olarak, yurtdışından gelen hastaların sağlık hizmetlerine yönelik olarak öncelikle “hizmet sağlayıcıların hastaların talep ve davranışlarına uyum sağlamasını kolaylaştıran ve hastaların ihtiyaçlarına etkin bir şekilde cevap vermelerine yardımcı olan” duygusal zekâ (Naeem ve ark., 2008) konusu incelenmiştir. İkinci olarak, çok kültürlü ortamların karmaşık dinamiklerini daha iyi anlama (Groves ve Feyerherm, 2011) ve takım çalışmasından daha yüksek performans elde etmeyle ilgili katkılarından dolayı kültürel zekâ (Bass ve Bass, 2009), duygusal zekâ ile birlikte uluslararası hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde görev yapan farklı meslekten çalışanlar üzerinde araştırılmıştır. Üçüncü bir konu olarak, daha önce alanyazında incelenmemiş bir konu olan çok kültürlü yapıya sahip uluslararası hasta departmanı çalışanlarının yurtdışı hastalarıyla ilgilenirken büyük çoğunluğu itibariyle benzer kültürel geçmişe sahip hekim ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla duygusal zekâ ve kültürel zekâ açısından belirgin şekilde farklı yeteneklere sahip olup olmadığı da incelemeye değer görülmüştür.

Ayrıca, son zamanlarda sağlık hizmetleri genelinde yaşanan gelişmeler sonucunda, hekimlerin egemen olduğu dönem yerini ekip çalışması, işbirliği ve üretilen bilgilerin birlikte değerlendirmesine bırakmış (Paul ve Peterson, 2002) ve

farklı kùltùrlere uyum sağlama, birlikte çalışma, ekip ruhuna sahip olma, devamlı yenilikçi olma ve iřgücùnden daha fazla verim alma giderek daha önemli hale gelmiştir (Cherniss, 2011). Bu bakış açısıyla son olarak da, bu çalışmada daha önce sağlık turizmi ile ilgili alanyazında daha çok pazarlama, aracı kuruluşlar, hasta davranışları ve medikal turizmde süreçlerle ilgili yapılan çalışmaların dışında bir konu olan yurtdışından gelen hastaların tedavileri sırasında görev yapan farklı kùltür ve meslekten çalışanların duygusal ve kùltürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkileri üzerine bir araştırma yapılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, uluslararası hasta hizmetlerinde mesleklerarası işbirliği açısından çalışanların duygusal zekâ yeteneklerinin kùltürel zekâya göre daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, duygusal zekâ ve kùltürel zekâ bakımından, yurtdışından gelen hastaların sağlık hizmetlerindeki mesleklerarası işbirliği üzerindeki en fazla etkinin çalışanların duyguları kullanma yeteneğinden kaynaklandığı görölmüştür. Öte yandan, sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan hemşirelerin duygusal zekâ ve kùltürel zekâ açısından gelişmeye açık yönlerinin oldukça fazla olması dikkat çekicidir.

Genel olarak bu araştırma duygusal zekâ ve kùltürel zekâ bakımından uluslararası hasta sağlık hizmetlerindeki meslek grupları arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmasıyla alanyazında bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bunun yanında çalışma yurtdışından gelen hastalara yönelik sağlık hizmetlerini kapsamasa ve medikal turizm endüstrisi açısından kurumsal, ekonomik ve ÷lke bazında rekabet avantajı sağlama potansiyeline sahip olması yönleriyle de önemli sonuçlar içermektedir.

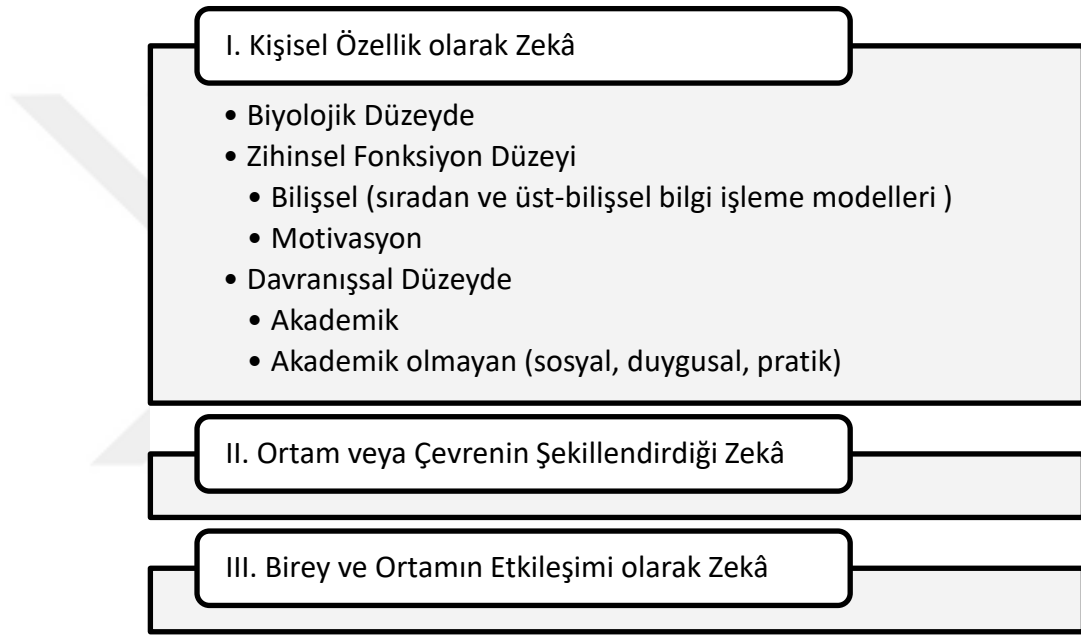
1. ZEKÂ KAVRAMI

Halk arasında üstü kapalı birtakım anlamlar ifade eden zekâ, genel bir ifadeyle, eldeki eksik bilgileri kullanarak öğrenebilme ve şartlara uyum sağlayabilme becerilerini içermektedir (Binet ve Simon, 1916; Resnick ve Glaser, 1976). Bunun yanında, zekâyâ katı bir akıl yürütme kapasitesi yerine daha geniş ve pratik olan tanımıyla bir öğrenme kapasitesi olarak da yaklaşılabılır (Stalinski, 2004). Örneğin, Schmidt ve Hunter (2000) öğrenme kapasitesinde soyut düşünmeye vurgu yaparak zekâyı “soyut kavramlar yardımıyla doğru bir şekilde kavrama, akıl yürütme ve sorunları çözme yeteneği” olarak tanımlamıştır. Benzer şekilde, en genel tanımıyla “zihinsel yeti” olarak görülen zekâ, bir algılama kapasitesi olarak ve geniş bir bilgi yelpazesıyla ilgili bilişsel süreçler ve bilişsel olmayan özellikleri de içine alan çok farklı yönleriyle de araştırmalara konu olmuştur (Earley ve Ang, 2003). Örneğin, toplumların inanç ve değer yargılarının zekâ üzerindeki etkilerini inceleyen antropolog ve sosyologlar, zekâ kavramının kişinin kültürü ve yaşadığı toplumun bir fonksiyonu olarak ele almışlardır (Sternberg, 1990). Yine birçok araştırmacı da zekâyı kişinin çevreye uyum sağlama yeteneği ile özdeşleştirmişlerdir (Howe, 1990; Matthews ve ark., 2002; Sternberg, 1985; Thorndike, 1921; Wechsler, 1981).

Öte yandan zekâ kavramı, teorik olarak tanımlanması ve kavramsallaştırılmasındaki zorluktan dolayı psikoloji camiasında yanlış anlaşılmanın ve tartışmaların oldukça yoğun yaşandığı bir konu da olmuştur (Sternberg, 2000). Bir taraftan, Stern (1914) bireyin karşılaştığı yeni sorun ve koşullara bilinçli bir şekilde uyumunu sağlayan ve genel zihin kapasitesi olarak tanımladığı zekânın sadece belli bir konuda kişinin verimliliğini sınırlayan yetenekten farklılığına vurgu yaparken, Thorndike (1920) ise zekâ kavramını soyut-skolastik, mekanik-görsel ve sosyal zekâ yönleriyle ele almıştır.

Konuyla ilgili 1921 ve 1986 yıllarında zekâ hakkında iki önemli sempozyum düzenlenmiş olup, ilk sempozyumda çok sayıda görüş ve zekâ ölçümü alternatifleri olmasına rağmen ortak bir fikir birliği sağlanamamıştır (Early ve ark., 2003). 1986 yılında organize edilen ikinci sempozyumda ise, zekâ hakkındaki farklı görüş ve

fikirlerin kendisine yer bulduğu geniş kavramsal bir çerçeve geliştirilmiştir (Early ve ark., 2003; Sternberg, 1986). Bu çerçevede zekâ kavramının, ölçülebilen kişisel bir özellik olması, ortam veya çevreye ilişkin hususiyetlerinin yanında, bireyin çevre veya ortamla olan etkileşiminin de birlikte ele alındığı görülmüştür (Şekil 1) (Earley ve Ang, 2003; Sternberg, 1986). Öte yandan biyolojik, bilişsel, motivasyonel ve davranışsal zekâ savunucularının zekânın bireye özgü yönüne odaklanırken, çevrenin kişinin zekâsı üzerindeki potansiyel etkisini yok saydıkları belirtilmiştir (Earley ve Ang, 2003; Sternberg, 1990).



Şekil 1. Zekâ Konusundaki Araştırmaların Kavramsal Çerçevesi (Earley ve Ang, 2003).

Bunun yanında, zekânın tezahürü olarak bilgi ediniminde ortaya çıkan bu farklılıklar Gardner (2000)'ın çoklu zekâ teorisiyle daha somut hale gelerek, geliştirilebilme yönlerinin olması ve doğuştan gelen biyolojik kökene sahip olmaları yönleriyle de farklı bir boyuta taşınmıştır. Gardner, eğitim, kültürel değerlerin paylaşımı, çevre tarafından kişiye sunulan imkanlar gibi dışsal etmenler yardımıyla bir veya daha fazla alanda zekânın geliştirilebileceğini belirtmiştir. Daha çok davranışların öne çıktığı çoklu zekâ teorisine benzer şekilde, üçlü zekâ kuramında da zihinsel süreçler kısmen geri plandadır (Earley ve Ang, 2003).

Üçlü zekâ kuramında, Sternberg içsel ve dışsal faktörlerin bir fonksiyonu olarak gördüğü zekâyı, pratik zekâ, yaratıcı zekâ ve analitik zekâ olarak üç alt başlıkta incelemiştir. Pratik zekâ bireylerin hayatın olağan akışı içerisinde karşı karşıya kaldığı durumlarda ortama ayak uydurmasıyla kendini gösterir. Aynı zamanda, kişinin kendisi için en iyi ortamı belirleyebilmesine ve gerektiğinde bulunduğu ortamı kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirebilmesine yardımcı olur. Yaratıcı zekâ ise, insanların ilk defa karşılaştığı veya alışık olduğu durumlarla karşılaştığında ister hemen bir çözüm yolu bularak isterse de geçmişteki deneyimlerinden öğrendikleriyle otomatik olarak o duruma intibak etmesini sağlayan zekânın bir diğer türüdür. Üçlü zekâ kuramının sonuncusu olan analitik zekâ ise, kişinin zihinsel fonksiyonları yardımıyla yeni bilgileri öğrenmesine, parçaları bir araya getirip hızlı bir şekilde bilgileri işleyerek ona göre davranmasına yardımcı olan standart zekâ testleriyle ölçülen zekâdır (Sternberg, 1985, 1988).

Ayrıca, Sternberg (2000)'in zekâ ile ilgili alanyazına kazandırdığı üçlü zekâ formu Gardner'in çoklu zekâ türlerine uygulanabilir olduğu kadar, her ikisi birden Ceci'nin biyoekolojik kuramıyla da uyumludur. Biyoekolojik teoriye göre zekâ, doğuştan gelen yetenek ve ortamsal etkinin kişinin içsel motivasyonu ile birlikte etkileşimidir (Ceci, 1996). Çoklu zekânın aksine biyoekolojik model, yapısı gereği gelişimsel ve işlem temellidir (Sternberg, 2000). Doğuştan gelen kişiye özgü bilişsel potansiyeller çevresel faktörlerin etkisinde bir bakıma test edilir ve gelişirse, o takdirde gerçek bilişsel zekâyı dönüşürler (Earley ve Ang, 2003). Çevre ve biyolojik yatkınlığın birbiriyle bu şekilde etkileşimiyle kişisel gelişim mümkün olurken, bu ilişki doğrusal olmayıp sinerjik bir yapıdadır (Sternberg, 2000). Biyoekolojik modelde, bir kişi yakın ve uzak iki tür çevresel kaynağa sahiptir. Kişinin her gün yakın çevresindeki nesneler, kişiler, etkinlikler ve sembollerle karşılıklı etkileşimleri yakın çevresinde onun zekâ gelişiminde etkili olan kaynaklardır. Çevrenin özellikleri ise, kişinin yakın çevresi ile olan etkileşim şeklini ve kalitesini etkilemesi bakımından uzak kaynakları oluşturur (Sternberg, 2000). Ortama bağlı stres, güvenli bir bölgede yaşama ve yakın çevredekilerin eğitim düzeyleri uzak kaynaklara örnek olarak verilebilir. Biyoekolojik modelde, doğuştan yetenekler ve çevresel faktörler kaynaklı fırsat ve

zorluklar eşit veya benzer olduğunda, kişiler arasındaki zekâ farklılıklarının temel kaynağı olarak motivasyona dikkat çekilmiştir (Earley ve Ang, 2003).



2. SOSYAL ZEKÂ

Entelektüel zekânın (IQ) babası olarak gösterilenlerden olan David Wechsler, zekâ ölçümünde kişinin zihinsel kapasitesi dışındaki diğer özelliklerinin de dahil edilmesine ihtiyaç olduğunu altını çizmiştir (Wechsler, 1943). Bu özelliklerden birisi olan sosyal zekâ, insanları anlama, yönetme ve insan ilişkilerinde sağduyulu olma ve mantıklı davranabilme yeteneği olarak ilk defa Thorndike tarafından ortaya atılmıştır (Matthews ve ark., 2002; Thorndike, 1920; Weis ve Süß, 2005). Benzer şekilde zekânın bilişsel ve davranışsal yönlerine bazı araştırmacılar da aynı şekilde vurgu yapmışlardır (Sternberg ve Grigorenko, 2006; Vernon, 1933). Örneğin Vernon, insan ilişkileri hakkında bilgili olma, onların ruh hali veya kişilik özelliklerine ilişkin öngörü sahibi olma, insanlarla iyi geçinme ve onları teskin edebilme becerilerini sosyal zekânın birbirini tamamlayan özellikleri arasında saymıştır (Vernon, 1933; Weis ve Süß, 2005). Benzer şekilde Albrecht (2006) de sosyal zekâyı, insanlarla iyi geçinebilme ve onların işbirliğini kazanabilme yeteneği olarak tanımlanmıştır. Farklı olarak Albrecht, başkalarının ihtiyaç ve görüşlerine karşı hassas olmayı, onları dikkate almayı ve cömert olmayı sosyal zekânın gereklilikleri arasında saymıştır. Ayrıca, insanlarla etkileşimde başarılı olabilmek için bir dizi pratik beceriyle bezenmiş olmayı kişideki sosyal zekânın ayrılmaz bir parçası olarak görür.

Üçlü zekâ kuramında pratik zekâ olarak da adlandırılan bu durum, bireyin içinde bulunduğu ortam ve şartlara uygun “esnek davranışlar” göstererek kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda durumu aktif bir şekilde kontrol edebilme ve şekillendirmesi olarak kendini göstermektedir (Ford ve Tisak, 1983; Kaukiainen ve ark., 1999; Sternberg, 1985). Sosyal zekâyı “sosyal durumlara uygulanan genel bir zekâ” olarak tanımlayan Wechsler ise, kişinin hayatta başarılı olması için önemli olan bu özellikleri duygusal ve “çabasal” (konatif) yetenekler olarak adlandırmıştır (Albrecht, 2006; Boyatzis ve ark., 2015; Stein ve Deonarine, 2015; Wechsler, 1943;).

Yapılan farklı çalışmalarda ise, sosyal zekâ ile ilgili “insanların başkaları ile ilgili nasıl yargıda bulundukları ve bu sosyal yargıların doğruluğu” incelenmiş (Matthews ve ark., 2004), sosyal zekâ yetkinlikleri, bilişsel zekâ ve duygusal zekâ yetkinlikleri

ile birlikte sıra dışı ve etkin performans göstermenin kaynağı ve ayırt edici özellikleri olarak gösterilmiştir (Boyatzis ve ark., 2008, 2015; Koman ve Wolff, 2008; Williams, 2008). Ayrıca, yüksek sosyal veya duygusal zekâyâ sahip bireylerin daha iyi empati yapabildiği, insan ilişkilerinde etkili ve ekip çalışması açısından olumlu özelliklere sahip oldukları da bildirilmiştir (Earley ve Ang, 2003). Boyatzis (2009) ise sosyal zekâda kişinin etkin olması veya üstün performans göstermesinin başkalarının duygularını tanıma, anlama ve kullanma becerilerine dikkat çekmiştir. Sosyal zekânın toplum-birey ilişkilerindeki önemine dikkat çeken Albrecht (2006) ise, yüksek sosyal zekâyâ sahip kişileri, karşısındakinin sevildiğini, saygı duyulduğunu, becerikli ve değerli olduklarını hissettirmeleri bakımından “mıknatıs” özellikli kişiliğe sahip olmakla, düşük sosyal zekâsı olanları ise, tam tersi bir şekilde etrafındakileri değersiz, yetersiz, suçlu ve bezgin hissettiren itici yönleriyle özdeşleştirmiştir.

Bu açıdan sosyal farkındalık ve ilişki yönetimine ait bu özellikler sosyal zekâ yetkinliklerinin ayrılmaz parçalarıdır (Boyatzis ve ark., 2015). Sosyal farkındalık daha çok kişilerin başkalarıyla geçinme ve onların duygu, ihtiyaç ve sorunlarına karşı bir nevi “sosyal radara” sahip olmayla ilgilidir (Albrecht, 2006). Zekânın bu davranışsal boyutuyla ilgili kişisel bazda sosyal farkındalık becerisi olan empati ise, örgütsel ölçekte karşımıza bir gruptaki güç ilişkileri ve duygu durumları hakkında farkındalık becerileri olarak çıkar (Boyatzis ve ark., 2000, 2015).

Diğer taraftan, sosyal zekâ aynı zamanda herhangi bir bilişsel işlem veya formdan bağımsız olarak toplumsal hayatı düzenleyen cari prensip ve kurallar bütünüyle de ilişkilendirilmiştir (Cantor ve Kihlstrom, 1985; Kaukiainen ve ark., 1999). Bu bağlamda kişinin karşısındakini ve bulunduğu ortamdaki durumu anlamasına yönelik, insanların birbirlerini yargılama, davranışlarından çıkarımda bulunmayla ilgili prensip, hüküm ve sebep-sonuç ilişkileri de sosyal zekâ kapsamında değerlendirilmiştir (Kaukiainen ve ark., 1999).

Bu yönleriyle kişinin başkalarıyla etkili iletişim kurabilme ve hedeflerine ulaşmada uygun davranışlar gösterebilme yetilerinin yanında kişiliğin bir alt boyutu olarak da tanımlanan sosyal zekâ, aynı zamanda duygusal zekâ ile kültürel zekânın da

temelini oluşturmaktadır (Björkqvist, 2007; Cantor ve Kihlstrom 1985; Crowne, 2009; Early ve ark., 2003; Salovey ve Mayer, 1990).



3. DUYGUSAL ZEKÂ

3.1. Duygusal Zekâ Kavramı ve Tarihçesi

İnsan duyguları üzerine yapılan araştırmalar duygusal zekâ kavramı ortaya atılmadan çok önceleri, özellikle psikoloji ve yönetim alanyazınındaki yerini almıştır (Law ve ark., 2004; Salovey ve Mayer, 1990).

3.1.1. Duygu Tanımı

Duygu, bilişsel, psikolojik, motivasyonel ve ampirik sistemleri de içine alan psikolojinin bir çok alt sistemlerinin sınırlarının da ötesinde, kişinin içsel veya dışsal bir olay karşısında olumlu veya olumsuz bir anlam yüklediği organize tepkiler olarak tanımlanmıştır (Salovey ve Mayer, 1990). Latince’de “motus anima” yani “bizi harekete geçiren ruh” anlamına gelen duygu, kişinin çevresinden gördükleri ve algıladıklarının yardımıyla dış dünya ile iletişime geçmesinde bir tür içsel kılavuz işlevine sahiptir (Acar, 2001).

3.1.2. Duygusal Zekâ Kavramı ve Tanımı

Bir kişinin duygularıyla başetme yeteneğine atfen “duygusal zekâ” terimini kullanan Salovey ve Mayer (1990), daha açık haliyle duygusal zekâyı kişinin kendisi ve başkalarının duygularındaki farklılık ve değişimleri gözlemleyebilme ve edindiği bilgiler yardımıyla düşünce ve hareketlerini düzenleyebilme yeteneği olarak tanımlamışlardır (Law ve ark., 2004).

Diğer bir tanımla duygusal zekâ, bir durum karşısında, kişinin kendi duygularının farkında olması, kendisini yönetmesi, sosyal farkındalık ve sosyal becerilerinden oluşan yetkinliklerini doğru zaman ve doğru şekillerde kullanarak etkin performans göstermesi yeteneğidir (Boyatzis ve ark., 1990). Başka bir çalışmada ise duygusal zekâ, kişilerin günlük ihtiyaçlarını karşılayabilmelerini, bireysel ve toplumsal yaşamlarında daha etkin olabilmelerini sağlayan bir dizi duygusal ve sosyal beceriler, yetkinlik ve vasıflar olarak adlandırılmıştır (Bar-On ve ark., 2003). Guy ve Newman

(2004) ise entelektüel zekâ gibi kişiye özgü bu yetkinlikleri “öz farkındalık, öz kontrol, empati, aktif dinleme, uyuşmazlıkları çözme becerisi ve başkalarıyla işbirliği” şeklinde açıklamıştır.

Bu açıdan, Gardner’ın çoklu zekâ teorisi ve Goleman’ın duygusal zekâ kuramı, eğitim sistemindeki bir öğrencinin başarısının bir ölçütü olarak görülen entelektüel zekânın sadece bir test sonucu ile açıklanamayacağına yönelik getirilen ilk kuramsal yaklaşımlardır (Gardner, 1999). Örneğin Gardner, çoklu zekâ kuramında bahsettiği yedi zekâ türünden ikisi olan kişilerarası ve içsel zekâyı duygusal zekânın temeli olarak işaret ederken, kendisinin duygulardan çok bilişsel tarafa ve kavramaya önem verdiğini belirtmiştir (Gardner, 1998). Albrecht (2006) de kişinin kendi duygularının farkında olması, duygusal tepkilerini yerinde, doğru ve akıllıca kullanma becerilerine atfen, Gardner gibi, duygusal zekâyı içsel bir yeterlilik boyutu olarak görmüştür.

Goleman (1996) ise, yüksek IQ seviyesine sahip kişilerin hayattaki başarısızlıkları ve orta düzey IQ’su olanlardan bazılarının ise gayet başarılı bir hayat sürmesinin altında yatan sebepleri araştırmıştır. Araştırmaları sonucunda, kişileri başarılı kılanın kendini kontrol etme, gayret, azim ve kendini motive etme yeteneklerini de kapsayan duygusal zekâ olduğunu fark etmiştir. Ayrıca, bu becerilerin öğretilabilir olduğunun yanı sıra doğuştan sahip olunan entelektüel potansiyeli kullanmada o kişilere de fayda sağlayacağını üzerinde durmuştur.

Diğer taraftan, Goleman bir taraftan duygusal zekânın popülerlik kazanmasını sağlarken, birçok alandaki uygulanma potansiyeli ve faydalarına yönelik fikirleri dolayısıyla aynı zamanda duygusal zekânın bilimsellikten uzak olduğuna yönelik eleştirilere de sebep olmuştur (Goleman, 1995; Matthews, Zeidner ve Roberts, 2002; Thomas, 2006). Buna rağmen diğer araştırmacıların konuyla ilgili çalışmaları bilimsel olarak duygusal zekâ kavramının kabul görmesini sağlamıştır (Mayer, Caruso ve Salovey, 2000; Mayer ve Salovey, 1997; Thomas, 2006). Örneğin, duygusal zekânın, etkin olma veya davranmaya yönelik çeşitli spesifik yeterliliklerin veya yeteneklerin tanımlanmasına ve incelenmesine olanak sağladığı yapılan araştırmada gösterilmiştir (Boyatzis ve ark., 2000). Yapılan bir diğer araştırma da ise, Dr. Paul Werbos’a atfen,

aklın ve duygunun tamamen birbirinden ayrı olmadığı, zekânın bütünleşik işlevleri çerçevesinde duygusal deneyimlemenin zekânın süreçlerine dahil edilmesinin gerektiği belirtilmiştir (Stalinski, 2004). İçe dönüklük, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve adaptasyon olarak duygusal zekâyı dört boyutta inceleyen Bar-On ise, duygusal zekâ ile empati kurma, problem çözme, esneklik ve kontrol gibi bir takım özellikleri ilişkilendirmiştir (Bitmiş, 2014; Bar-On, 2000; Bar-On, 2002). Kunnanatt'tan aktarıldığına göre de duygusal zekâ klasik tanımından farklı olarak, “sosyal cazibe ve iticiliğin kişilerarasındaki etkileşimlerin o andaki araçsal değerini ve devamındaki ilişkilerin kalitesini belirleyen bir düzenleyici sistem” olarak tanımlanmıştır (Elenkov ve Pimentel, 2008).

Her ne kadar farklı araştırmacılar tarafından yapılan duygusal zekâ ile ilgili tanımlar farklılık gösterse de bu tanımların birbirleriyle çelişkili olmaktan çok bir şekilde birbirlerini tamamlayıcı özellik gösterdiği belirtilmektedirler (Ciarrochi ve ark., 2000).

3.1.3. Duygusal Zekânın Tarihçesi

Duygusal zekânın tarihçesi 1865 yılında Charles Darwin'in “duyguların insan ve hayvanlarda ifade edilmesi”ne kadar geriye gitmekle birlikte (Koleilat ve Mneimneh, 2018), Thorndike (1920) tarafından insanlarla geçinmeye yönelik becerilerin sosyal zekâ olarak tanımlanmasıyla bir bakıma duygusal zekânın da temelleri atılmış sayılabilir (Matthews ve ark., 2002; Weis ve Süß, 2005). Wechsler (1943) ise ilk defa hayatta başarılı olabilmek için zekânın duygusal bileşenine dikkatleri çekmiştir (Albrecht, 2006; Boyatzis ve ark., 2015; Stein ve Deonarine, 2015). 1950'lere gelindiğinde ise, Maslow gibi hümanist psikologlar, kişiye üstünlük sağlayabilecek şekilde insanın duygusal yönlerinin geliştirebileceği üzerinde durmuşlardır (Stein ve Deonarine, 2015).

Bu arada “duygusal zekâ”yı terim olarak ilk defa Leuner (1966) tarafından telaffuz etmiştir (Koleilat A ve Mneimneh, 2018; Matthews ve ark., 2002). Daha sonra Payne (1985) ve Bar-On (1988) tarafından duygusal zekâ hakkında iki ayrı doktora çalışması yapılmış ve Bar-On (1988) duygusal zekâ hakkında ilk defa bir ölçek

geliştirilmiştir (Dhani ve Sharma; 2016; Koleilat A ve Mneimenh, 2018; Matthews ve ark., 2002; Stein ve Deonarine, 2015).

Bu gelişmelerin hemen akabinde 1990 yılında Peter Salovey ve John Mayer adlı psikologlar tarafından yayınlanan “Duygusal Zekâ” adlı önemli bir bilimsel makale yayınlanmıştır (Stein ve Deonarine, 2015). Mayor ve Salovey’in ardından bu defa Daniel Goleman 1995 yılında konu hakkında “Duygusal Zekâ: Neden IQ’dan Daha Önemli Olabilir” adlı bir kitap yayınlayarak duygusal zekânın dünyada daha geniş kitleler tarafından bilinir hale gelmesine önemli bir katkıda bulunmuştur (Kılıç ve ark.; 2007; Koleilat A ve Mneimenh, 2018; Stein ve Deonarine, 2015).

Takip eden yıllarda ise duygusal zekâyla ilgili bilimsel yayınların sayısında hızlı bir artış olmuş ve duygusal zekâ temelli profesyonel zekâ, motivasyonel zekâ, estetik zekâ, stratejik zekâ gibi değişik zekâ formları ortaya çıkmıştır (Eroz, 2011).

3.1.4.Sosyal Zekâ ve Duygusal Zekâ Arasındaki İlişki

Duygusal zekâ, Gardner tarafından sosyal zekânın bir parçası olarak görülen kişisel zekânın duygulara bakan yönüdür dense neredeyse yeridir (Salovey ve Mayer, 1990). Diğer taraftan, yapılan farklı çalışmalarda sosyal zekâ ve duygusal zekâ arasındaki ilişki kişilik ölçekleriyle veya ilgili spesifik beceri ölçütleri kullanılarak incelenmiş, fakat ilişkiye veya benzerliğe dair bir ampirik veri gösterilememiştir (Davies ve ark., 1998; Mayer ve ark., 1990; Matthews ve ark., 2002; Weis ve Süß, 2005). Bununla birlikte, zorlayıcı bir tavırla da olsa duygusal zekâ ve sosyal zekâ kavramlarını tek bir kalıba sokmanın doğru olmayacağı, ancak kavramların açık bir şekilde tanımlanmasıyla birbirleri arasında ilişki kurma fırsatı doğabileceği de vurgulanmıştır (Albrecht, 2006). Örneğin, çoklu zekâ türlerinden kişilerarası ve içsel zekâ ikisi birlikte duygusal zekânın bilişsel yönünün temeli olarak nitelendirilirken, kişilerarası zekâ doğrudan sosyal zekâ ile ilişkilendirilmiştir (Gardner, 1998; Crowne, 2009; Kaukiainen ve ark., 1999; Thorndike, 1920). Bir başka deyişle, duygusal zekâ bireyin içsel zekâsı, sosyal zekâ ise kişinin dışa dönük yeterlilikleri olarak karşımıza çıkmakta olup, kişinin toplum hayatında başarılı olabilmesi için her iki zekâ türüne de ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (Albrecht, 2006). Bu arada yapılan başka çalışmalarda

duygusal zekâ ve sosyal zekâ arasındaki en belirgin ortak özelliğin kaynağı olarak sosyal yeterlilik gösterilmiştir (Elenkov ve Pimentel, 2008; Kunnanatt, 2004). Toplumda sosyal yeterliliğe sahip olanlar, karşısındakileri kolayca etkileyebilen ve onlar üzerinde olumlu yönde değişikliklere sebep olan sosyal farkındalığı yüksek olan kişilerdir (Kunnanatt, 2004).

Ayrıca, duygusal zekâ ve sosyal zekâ ilişkisi davranışlara etki eden yönüyle, iş ve günlük yaşantılarında kişilerin daha iyi performans gösterip etkili olmaları bakımından önemli görülmüştür. Bu açıdan, lider, yönetici ve çalışanların performanslarını iyileştirmede rehber olmuştur (Boyatzis ve Gaskin, 2015).

3.2. Duygusal Zekâ Modelleri

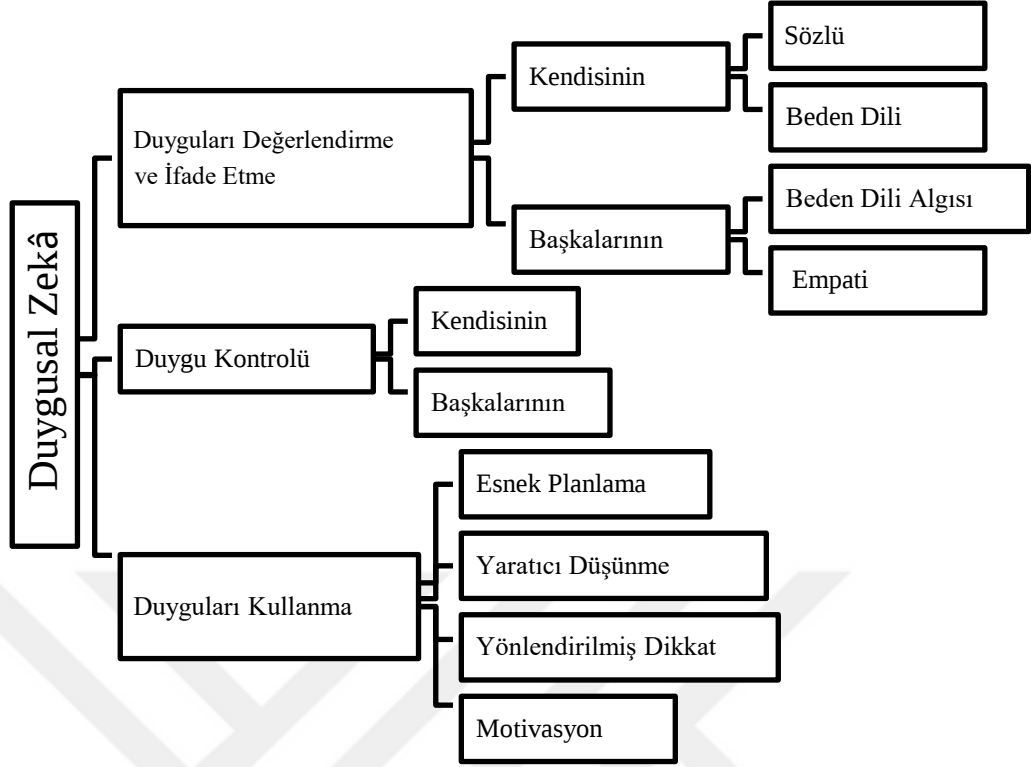
Duygusal zekâ hakkındaki tartışmaların konuyla ilgili farklı model ve ölçekler üzerine olduğu görülmüştür (Boyatzis ve Gaskin, 2015). İlgili alanyazındaki duygusal zekâ modellerinin, kişinin zihinsel yetileriyle karakter özelliklerinin bir karışımı olan karma model ile sadece zihinsel beceriler temelli yetenek modeli olmak üzere ikiye ayrıldığı görülmektedir (Eroz, 2011).

Karma model, dışsal bir uyaran olduğunda, kişinin söz konusu uyaranı fark ederek kısa süre içerisinde kendisinde uyandırdığı hisleri ve yaşadığı duygu halini doğru bir şekilde anlamlandırarak ona uygun hareket edebilmesiyle ilgilidir (Early ve ark., 2003; Goleman, 1995). Bir başka deyişle, bu yaklaşımda duygusal zekâ, ikili ilişkilerdeki rolleri açısından sosyal zekâ ile kesişerek, aslında bireylerin toplum ve çevreyle olan etkileşimleri sırasında yaşadıklarıyla baş etme ve onların üstesinden gelmede sergiledikleri bilişsel olmayan sosyal yetkinlik, vasıf, davranış ve becerilerin bir karma halidir (Bar-On, 2000; Cobb ve Mayer, 2000; Goleman, 1995). Goleman ve Bar-On'un modelleri ile Cooper ve Sawaf'ın modeli karma modeller arasında gösterilmektedir (Şekil 2) (Acar, 2001).



Şekil 2. Bar-On Duygusal Zekâ Karma Modeli (Bar-On, 2006).

Diğer yandan, karma modeller bireye özgü farklılıklar ve kişinin toplumsal ilişkileri bakımından daha geniş bir bakış açısıyla duygusal zekâ kavramını ele alırken, yetenek modelleri ise özellikle duygular ve duyguların bilişsel yetilerle etkileşimleri ve konuyla ilgili bilgilerin işlenmesine yer veren kısmen dar kapsamlı duygusal zekâ modelleridir (Avunduk, 2016; Davies ve ark., 1998; Mayer ve Salovey, 1997;). Örneğin, yetenek modelini ilk ortaya atanlardan Salovey ve Mayer (1990), duygusal zekâ hakkında yapılan araştırmaların çoğunun betimleyici nitelikte ölçek geliştirilmesi ve ölçmeye yönelik olmalarını eleştirerek, duygusal bilginin işlenmesindeki zihinsel süreçlere dikkat çekmişlerdir. Bu yaklaşıma göre duygusal zekâ modelinde üç temel bileşen öne çıkmaktadır. Bunlar, a) kişinin kendisi ve başkalarının duygularının değerlemesini yapabilmesi, hal, davranış ve hareketleriyle bunu ifade edebilmesi, b) kendi ve başkalarının duygularını düzenleyebilmesi ve c) duygularını uyumlu bir şekilde kullanabilmesidir (Şekil 3).



Şekil 3. Duygusal Zekânın Bileşenleri (Salovey ve Mayer, 1990).

3.3. Duygusal Zekâ Ölçümü ve Boyutları

3.3.1. Duygusal Zekânın Ölçümü

Farklı araştırmacılar tarafından duygusal zekâ ölçümü için geliştirilen çok sayıda ölçek bulunmakta olup, bunlar kendi içlerinde karma duygusal zekâ modellerinde kullanılan kendini değerlendirmeye yönelik olanlar (örn. Meta-Duygu Özellikleri Ölçeği) ve yetenek modelinde karşılaştığımız performans bazlı olan ölçekler olarak sınıflandırılabilirler (örn. Mayer, Salovey ve Caruso Duygusal Zekâ Testi) (Aslan ve Erkuş, 2008; Eröz, 2011).

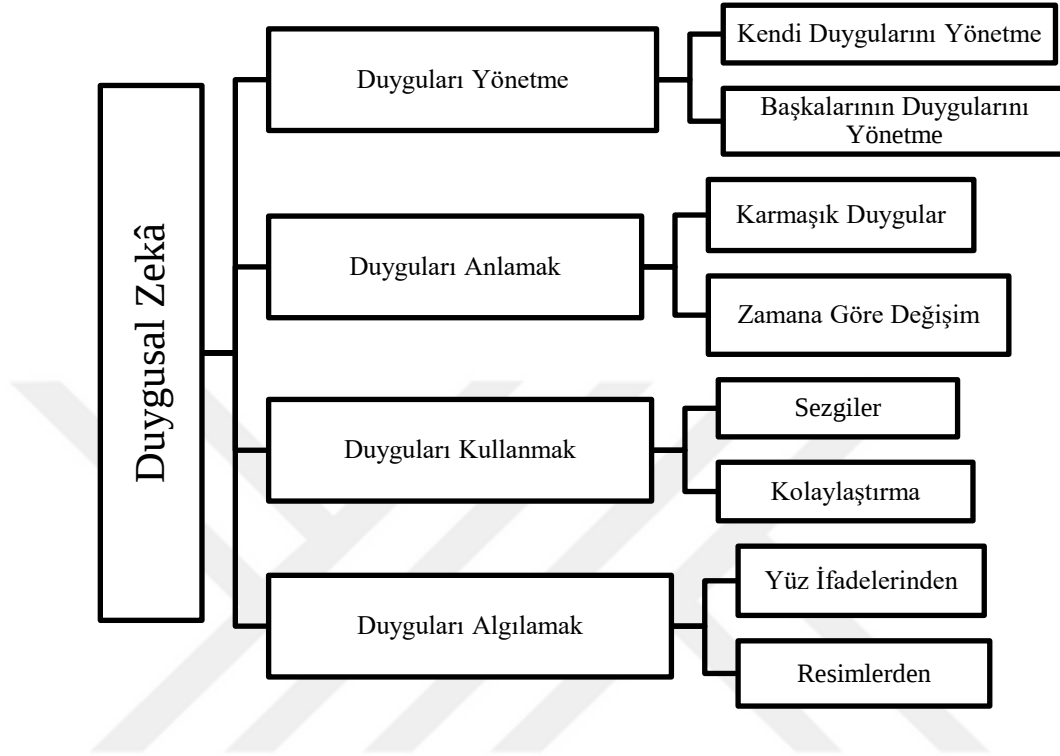
Bunlar arasında sıklıkla tercih edilen karma model yaklaşımına sahip testler, Goleman'ın "Duygusal Yeterlilik Envanteri" (ECI), Bar-On'un geliştirdiği "Duygusal Zekâ Envanteri" (EQi), Cooper Sawaf'ın geliştirdiği "Duygusal Zekâ Haritası" (EQ-Map) ile Salovey ve arkadaşlarının (1995) "Meta-Duygu Özellikleri Ölçeği" olarak sıralanabilir (Eröz, 2011, Aslan ve Erkuş, 2008).

Yetenek modeli yaklaşımını benimseyerek öne çıkanlar arasında ise, “Mayer, Salovey ve Caruso Duygusal Zekâ Testi” (MSCEIT) ve Wong ve Law (2002)’un geliştirdiği “Wong-Law Duygusal Zekâ Ölçeği” (WLEIS) yer almaktadır. Wong ve Law (2002) “mevcut ölçekler işyerinde araştırma yapmaya uygun değiller” diyerek yeni ölçek geliştirmişler ve bu ölçeklerle ilgili itiraz ettikleri noktalara açıklık getirmişlerdir. Örneğin, Carson ve Carson (1998)’ın kullandığı 14 ifadeden oluşan duygusal zekâ ölçeğinin alfa katsayısının (0,79) ölçeğin tamamını temsil ettiğini, fakat teste dahil olan diğer psikometrik özelliklere hiç atıf yapılmadığını bir eksiklik olarak görmüşlerdir. Diğer taraftan, Salovey ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen 30 maddelik “Meta-Duygu Özellikleri Ölçeği” nin duygusal zekânın tüm boyutlarını kapsamadığı için eleştirmişlerdir. Son olarak, Bar-On’un “Duygusal Zekâ Envanteri” (EQi)’nin “duygusal zekâ ile doğrudan ilişkisi olmayan birkaç boyuta daha sahip olması”, “duygusal zekânın o andaki hâkim görüşü”nü tam temsil edememesi ve ölçeğin geçerlilik kanıtının Bar-On’dan başka bir araştırmacı tarafından yapılmamasından kaynaklı itirazlarını dile getirmişlerdir. Yine Goleman (1995) ve Weisinger (1998)’in ayrı ayrı geliştirdikleri duygusal zekâ ölçeklerinin geçerlilik kanıtlarından yoksun olduğunu vurgularlarken, Mayer ve arkadaşlarının (1997) geliştirdikleri “400’den fazla maddeden oluşan ölçeği tamamlayabilmek için 1 ila 2 saat gerekeceğine” dikkat çekmişlerdir. İşte “Wong-Law Duygusal Zekâ Ölçeği” (WLEIS) tüm bu eksiklikleri gidermeye ve konuyla ilgili tespit edilen yeni ihtiyaçları karşılamaya yönelik olarak tasarlanmıştır (Aslan ve Erkuş, 2008; Davies ve ark., 1998; Wong ve Law, 2002). Ayrıca, 16 ifadeden ve “kendi duygularının değerlendirilmesi”, “başkalarının duygularının değerlendirmesi”, “duyguları yönetme” ve “duyguların kullanılması” olarak dört faktörden oluşan bu ölçeğin, yönetim ve liderlik alanlarında kullanılabilecek özelliklere sahip olduğu da iddia edilmiştir (Aslan ve Erkuş, 2008).

3.3.2.Duygusal Zekânın Boyutları

Ciarrochi ve arkadaşları (2000) duygusal zekâ alanyazını araştırmaları sonucunda, “kendi kendini değerlendirme şeklindeki farklı duygusal zekâ ölçeklerinin şu dört alanı kapsadığını tespit etmişlerdir: duyguların algılanması, yönetilmesi, anlamlandırılması ve kullanımı”. Wong-Law duygusal zekâ ölçeği (WLEIS) geliştirilirken kullanılan

duygusal zekânın bu dört boyutunun dayanağı Davies ve arkadaşları (1998) ile Mayer ve arkadaşlarının (2000) yaptığı duygusal zekâ tanımlarıdır (Şekil 4) (Law ve ark., 2004).



Şekil 4. Mayer-Salovey-Caruso Duygusal Zekâ Modeli (Uyarlanmış) (Brackett ve ark., 2011).

Wong ve Law (2002) bu dört boyuttan birincisi olan duygusal zekânın Kendi Duygularını Değerlendirme (KDD) boyutu, kişinin kendi duygularını anlama ve “doğal bir şekilde ifade edebilme” yeteneğiyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Bu boyutla ilgili ölçekte yer alan ifadeye örnek olarak “Mutlu olup olmadığımı her zaman bilirim” verilebilir.

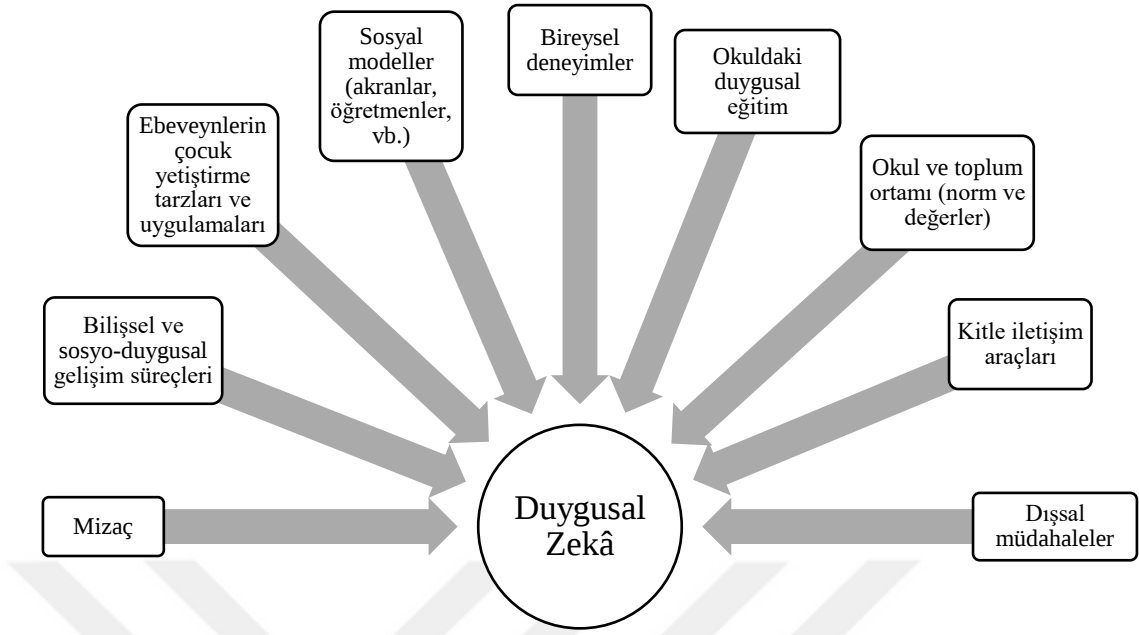
İkincisi olan Başkalarının Duygularını Değerlendirme (BDD) boyutu da bireyin çevresindeki kişilerin duygularını algılama ve anlamlandırma yetenekleri ile ilgilidir. Bir kişinin empati kurabilmesi ve başkalarının duygu ve hislerine karşı hassas olması duygusal zekânın bu boyutuna girer. Bu boyuta ait örnek ifade “Diğer insanların duygu ve hisleri hakkında duyarlıyım”dır.

Üçüncü olarak Duyguların Kullanılması (DK) boyutu, kişinin duygularını performansına olumlu yansıyacak biçimde yapıcı faaliyetlere yönlendirerek kullanabilme becerisi ile ilgilidir. Örnek ifade olarak, “Her zaman kendime hedefler koyarım ve onlara ulaşmak için en iyisini yapmaya çalışırım”.

Dördüncü ve son boyut olan Duyguları Yönetme (DY) boyutu ise, bireylerin yaşadıkları psikolojik iniş çıkışları daha kolay atlatabilmelerini sağlayan kendi duygularını yönetebilme ve düzenleyebilme yeteneği ile ilgilidir. Ölçekte yer alan bu boyuta ait örnek ifadelerden birisi “Çok sinirli olduğumda her zaman hızlıca sakinleşebilirim” (Aslan ve Erkuş, 2008; Devonish ve Greenidge, 2010; Wong ve Law, 2002).

3.4. Duygusal Zekânın Geliştirilmesi

Duygusal zekânın kişilerin “sosyal becerileri ve kişilerarası yeterliklerinin gelişiminde önemli bir rol oynadığına inanılmaktadır” (Matthews ve ark., 2002). Eisenberg ve arkadaşları (1998)’nın yaptığı literatür araştırmasında, yakın çevrelerindeki ilk örnek olarak ebeveynlerin çocukların duyguları ve sosyalleşmelerindeki etkilerine dikkat çekilmiştir. Araştırmadan edinilen veriler aile büyüklerinin olumlu ve olumsuz sosyalleşme alışkanlıklarının çocukların duygusal ve sosyal yeterliliklerinin gelişiminde “çift yönlü” etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Buradan hareketle, ebeveyn ve çocuk arasındaki bu etkileşime benzer, birçok faktörün “karmaşık ve dinamik yollarla” birbiriyle etkileşmesinin duygusal zekânın kökleri ve gelişiminde rolü olduğuna dikkat çekilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Duygusal Zekânın Kökleri ve Gelişimindeki Etki Eden Faktörler (Eisenberg ve ark., 1998).

Bir başka açıdan Matthews ve arkadaşları (2002) ise, duygusal zekânın insanın biyolojik yapısı itibarıyla ama özellikle sinir sisteminin yapısı ve süreçleri ile olan ilişkisi üzerinde durmuşlardır. Duygusal zekânın “modüler beyin sistemleri” ve “amigdala gibi subkortikal beyin sistemleri” gibi beynin bilgi işleme merkezlerinin herhangi bir özelliği olmadığı gibi, “nöral veya bilişsel mimari”nin de herhangi bir parametresi olmadığını, yalnız insanda duyguların düzenlenmesiyle ilgili bir niteliğe sahip olabileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca, duygusal zekânın kuramsal olarak kişilik, duygusal ve zekâ boyutlarıyla ilgili biyolojik ve bilişsel süreçlerle doğrudan duygusal yeterliliğe ilişkin süreçler arasında bir ayrım yapmak zorunda olduğuna dikkat çekmişlerdir.

Öte yandan, Goleman (1995, 1996) duygusal zekânın her bir boyutu bakımından biyolojik yönlü etkinin insanlar arasındaki farklılıklarla kendini gösterebileceğini belirtmiştir. Bu tür farklılıklarda nörolojik alt yapının rolünün yadsınamaz bir gerçek olduğunu ama “doğru çabayla” beynin öğrenerek eksik olan becerileri düzeltmesinin mümkün olabileceğini ifade etmiştir. Duygusal zekânın geliştirilebileceğine dikkat çeken bir başka çalışmada ise, çocuklara verilen duygusal eğitimlerle duygularını

tanıma ve yönetmede onlara yardımcı olunarak “dengeli ve tutarlı bir şekilde hareket etmeleri”nin sağlanabileceği öne sürülmüştür (Mabaçoğlu, 2006).

Psikolog Stephen Nowicki (1992) tarafından üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, mutluluk ve üzgünlük gibi duyguları ifade etmeyi bir uzman eşliğinde öğrenen öğrencilerden sosyalleşmede sorunu olanların bu eğitimler sonrasında akranlarıyla daha kolay yeni arkadaşlıklar kurabildiği görülmüştür. Çalışmada bu eğitimlerin arkadaşları tarafından daha önce dışlanmış çocuklar arasında %50 veya %60 başarı oranına sahip olduğu, fakat bu oranın daha üst sınıftan çocuklar arasında daha düşük olacağı belirtilmiştir (Goleman, 1996). Benzer şekilde Cherniss ve Goleman (2001) tanınmış işletme okullarından bir tanesinin dekanının işletme yüksek lisans öğrencilerinin duygusal zekâlarını geliştirebilmelerinin o yaşlarda pek mümkün olmayacağını, bunun yeri ve zamanının aile içinde ve çocukluk çağında olduğunu belirtmişlerdir.

Mabaçoğlu (2006) ise duygusal zekânın geliştirilmesiyle ilgili kişilerin kendi davranış tarzlarının aslında onlara bir sorumluluk yüklediğinin bilincinde olunmasına dikkat çekmiştir. Çalışmasında bu sorumluluğun farkında olmayanların duygusal zekâ ve entelektüel zekâyı (IQ) birlikte doğru bir şekilde kullanamadıkları, duygularını ve davranışlarını düzenleyemedikleri ve bu sebeplerden diğer insanlara ve topluma ayak uydurma konusunda sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Diğer taraftan yine bir başka çalışmada şayet duygusal zekâ doğru şekilde kullanılırsa, kişilerin kendilerine olan güvenlerini ve motivasyonlarını arttırmanın mümkün olabileceği ve bundan dolayı da duygusal zekânın geliştirilmesinin giderek önemli hale geldiği bildirilmiştir (Doğan ve Demiral, 2007). Yine Çakır (2008)’ın yaptığı bir başka araştırmada, toplumsal yapının insan duygularından bağımsız olamayacağı, “örgütün sosyal var oluşunun duygular olmadan gerçekleşmeyeceği” vurgulanarak duyguların örgütler açısından önemine dikkat çekilmiş ve çalışanların duygusal zekâlarının geliştirilmesiyle örgütsel zekânın arttırılabileceği ifade edilmiştir.

Cherniss ve Goleman (2001), bireylerin “duygusal öğrenme ve davranış değişikliği” üzerine yapılan araştırmaların sayılarının giderek arttığını tespit ettikleri

çalışmalarının sonuçları göre, her yaştan çalışanların duygusal zekâlarını geliştirmek mümkün olmakla birlikte bunun için uzun bir süreç ve gayretin gerektiği bildirilmiştir.

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Duygusal Zekâ

Fariselli ve arkadaşları (2008)'na göre, sağlık sektörü geçmişten günümüze her zaman stresli, karmaşık ve dinamik yapısıyla sadece çalışanlar için değil aynı zamanda, hastalar için de ilişki temelli zorlayıcı şartlara sahiptir. Bunun yanında, zamanla artan maliyetler ve sürekli değişen teknoloji uygulamalarının sektör çalışanlarına yoğunluk ve iş yükü olarak geri döndüğünü belirten Moss (2004), aynı zamanda sağlık hizmetlerinde eksik olmayan çatışma ve etik konularda yaşanan ikilemlerin çalışanların psikolojilerini alt üst etme potansiyeline sahip olduğunu vurgulamıştır. Sonuç olarak karşımızda çalışanlar açısından duyguların yoğun yaşandığı bir iş ortamı bulunmaktadır (Fariselli ve ark., 2008; Moss, 2004).

Fariselli ve arkadaşlarının (2008) çalışması İtalya'daki bir şehir hastanesinin kadın doğum bölümünde çalışan 68 ebe ve kadın doğum uzmanı ile idi. Çalışma sonuçlarına göre, çalışanların stresli ortamla baş etmelerinde duygusal zekânın önemli bir yeri olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca, yüksek düzeyde duygusal zekâyâ sahip çalışanların stres altında çalışırken daha iyi performans gösterdikleri tespit edilmiştir.

Diğer taraftan, Moss (2004)'a göre zamanla sağlık hizmetlerinin hastalara bakan tarafında da çok hızlı değişimler olmuştur. Örneğin, hastanede yatış süreleri çok kısalmış ve hastalar daha tam iyileşme fırsatı bile bulamadan kendilerini evlerinde bulmaya başlamışlardır. Bunun yanında, hastane içindeki tetkikler, konsültasyon, yatış ve taburcu işlemleri sırasında hasta ve yakınlarının yaşadığı koşuşturmacalar onlar üzerinde endişe, kızgınlık, şaşkınlık ve belirsizliğe bağlı yoğun duygu değişimlerine sebep olmuştur. Özetle bu durum, sağlık hizmetlerinde duygusal zekâyâ olan ihtiyacı göstermektedir.

Hizmet sunanlar bakımından ise, Hochschild (2012) hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki incelendiğinde hekim ve hemşirelerin öne çıktığını ifade etmiştir. Örneğin hasta hekimin kendisiyle yeterince ilgilenmediğini

düşündüğünde bu durumu bir umursamazlık olarak algılayarak hayal kırıklığı yaşayabilmektedir. Diğer yandan, hekimlerin hastaların endişelenmesi muhtemel olan hastalığı ile ilgili önemli bilgileri kendisine uygun bir dille vererek hastanın duygularıyla baş etmesinde yardımcı olmak hekim görevleri içinde yer almaktadır.

DiMatteo ve arkadaşları (1979) ise hasta ve hekim ilişkisi üzerine yaptığı bir çalışmada, hekimlerin duygusal zekânın boyutları içerisinde yer alan becerilerden birisi olan sözel olmayan iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Çalışma bulguları hastaların hekimleriyle paylaşmaktan imtina ettikleri veya kendiliğinden hekimlerine söylemedikleri duygularının hekim tarafından yüz ifadelerinden okunmasının hasta memnuniyetini sağladığı göstermiştir. Bu araştırmanın bir başka sonucu ise, sözel olmayan iletişim becerilerinin hekimlerin performansına olumlu yansıdığı şeklinde olmuştur.

Moss (2004)'un hasta hemşire ilişkileri üzerine yaptığı çalışmalara göre ise, hemşireler bakım hizmeti verirken aynı zamanda “hastaları depresyon ve korku belirtileri açısından da değerlendirdikleri ve duygusal sorunlarıyla da ilgilendikleri” belirtilmiştir. Ayrıca, hemşirelerin günümüzün en duygu yüklü mesleklerinden birini icra ederken duygusal zekânın da bir yönü olan duyguları yönetmede desteğe ihtiyaçları olduğu ifade edilmiştir.

Tickle-Degnen (1998)'in konuyla ilgili diğer sağlık çalışanlarından sağlık teknisyenliği öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, sözel olmayan iletişim becerilerinin farklı hasta gruplarının tedavileri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada yapılan gözlemlere göre, fizik tedavi, çocuk hastalıkları ve psikiyatri rehabilitasyon hastalarının özellikleri ve beklentilerine göre, görevli terapistlerin empati kurma ve sözel olmayan iletişim becerilerine olan ihtiyacın aynı düzeyde olmadığı görülmüştür. Örneğin çocuk hastalarda duygularını yüz ifadelerine yansıtma yetiştiklerine göre henüz tam gelişmediğinden, yüz ifadelerini okumada yetenekli terapistlerin yine bir başka sözel olmayan iletişim becerisi olan beden dilini yorumlamada iyi olanlara göre daha az başarılı oldukları görülmüştür (Elfenbein ve ark., 2002). Ayrıca, fizik tedavi hastalarının seanslarında daha iyi performans

gösterenlerin, işine daha iyi motive olan ve empati yapma becerisi yüksek olan terapistler olduğu gözlenmiştir (Tickle-Degnen, 1998). Psikiyatri rehabilitasyon seanslarında ise, hastaların vücut dilini iyi kontrol edebildiklerinden terapistlerin hastalarca yanıltılarak farklı yönlendirilebileceği fakat hastaların yüz ifadelerinden özellikle olumlu duyguları hakkında terapistlerin bu yöndeki becerileri ile orantılı olarak bu hastaların terapilerinde daha iyi performans gösterebileceği vurgulanmıştır. Buradan yola çıkılarak, farklı terapi alanlarına, hasta türleri ve özelliklerine ve görevli sağlık çalışanlarının farklı rollerine bağlı olarak duygusal zekânın boyutlarıyla ilgili çalışanların becerilerine olan gereksinimin farklılık gösterdiği belirtilmiştir.

Yine sağlık sektöründe duygusal zekâ ile ilgili Isparta ili sağlık çalışanları ve yatan hastalar üzerinde Atilla (2013) bir çalışma yapmıştır. Çalışanların duygusal zekâ düzeyleri ve hasta memnuniyeti arasında ilişkinin araştırıldığı bu çalışmada, “duygusal zekânın alt boyutları ile hasta memnuniyeti boyutları arasında ilişki olduğu” tespit edilmiştir.

Sağlık yönetimi alanında Kuşaklı (2008) tarafından yapılan bir başka araştırmada ise, yönetici hemşirelerin duygusal zekâ becerileriyle liderlik davranışları arasında olumlu ve yüksek bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Yönetici hemşirelerin duygusal zekâlarının liderlik davranışları içinde özellikle vizyonu gerçekleştirmeye dönük uygulamalara liderlik etme ve ekip çalışması konularında fark yarattığı tespit edilmiştir.

Ayrıca, Tyler (2015) duygusal zekâ becerilerinin ekip çalışması ve güçlü hekim-hasta ilişkilerindeki kilit rolüne dikkat çekmiş ve duygusal zekânın “hem eğitim hem de klinik sonuçların geliştirilmesinde yeni bir yaklaşım olma potansiyeli”nden tıp eğitiminde pedagojik amaçlı faydalanılabileceğinden bahsetmiştir.

4. KÜLTÜREL ZEKÂ

4.1. Kültür Kavramı

Tarih boyunca farklı anlamlara gelen kültür kelimesinin tek ve net bir anlamı bulunmasa da en geniş tanımıyla, bir toplumun yaşam biçimi ve değerler bütünü olarak ifade edilmektedir (Şen, 2019). Kelime anlamı olarak kültür, Latince’de “ikamet etmek, yetiştirmek, korumak” anlamlarına gelen colere kökünden olan cultura’dan gelmektedir (Oğuz, 2011).

Kültür kelimesinin Voltaire tarafından ilk olarak 1793 tarihinde bir Alman dili sözlüğünde “insan zekâsının oluşumu, gelişimi, geliştirilmesi, yüceltilmesi” anlamında “cultur” olarak yer aldığı belirtilmektedir (Güvenç, 2002; Oğuz, 2011). Günümüzdeki anlamına en yakın olarak ise kültür ilk defa antropolojinin kurucularından Tylor (1871) tarafından, “bilgi, inanç, sanat, hukuk, ahlak, gelenek ve insanın toplumun bir üyesi olarak edinmiş olduğu diğer yetenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bütün” olarak tanımlanmıştır (Streeck, 2002).

4.2. Kültürel Zekâ Kavramı ve Gelişimi

4.2.1. Kültürel Zekâ Tanımı

Kültürel zekâ, zekânın birey-çevre etkileşimi bakış açısıyla ilgilidir (Earley ve Ang, 2003). Kişinin insan ilişkileri, iş hayatı ve bireylere özgü farklılıkları tecrübe etme ve sosyal, kültürel, siyasi ve etik konularda bilgi dağarcığını genişletme arzusu olarak tanımlanmaktadır (Hughes, 2016). Bir diğer tanımda ise kültür zekâ bireyin “ulusal, etnik, örgütsel ve diğer kültür türleri arasında etkin bir şekilde işlev görme kapasitesi” ile ilişkilendirilmiştir (Van Dyne ve ark., 2010). İlgili alanyazında geçen farklı tanımlardan yola çıkarak Mercan (2015) kültürel zekâyı, kişinin kültürel farklılıkların bulunduğu ortamlara kolay intibak sağlayarak, etkili iletişim ve etkileşimde bulunabilme becerileriyle söz konusu farklılıkları yönetebilmesi olarak tanımlamaktadır.

4.2.2.Kültürel Zekâ Kavramı

Günümüzün “çok kültürlü küresel dünyasında etkili bir liderlik için kritik öneme sahip bir yetenek” olarak tanımlanan kültürel zekâ (Livermore, 2015), kavram olarak ilk defa Soon Ang ve Christopher Earley tarafından kullanılmıştır. 2000 yılının başlarında Soon Ang, Singapur’daki danışmanlık yaptığı bilişim firmalarında çalışan farklı ülke ve kültürden bilişim uzmanlarının zeki fakat yetenekli olmalarına rağmen ekip çalışmalarında oldukça zorlandıklarını fark etmiştir. Bu duruma sebep olan etkenleri araştırmak üzere Soon Ang ve Christopher Earley’nin yaptığı çalışmalar kültürel zekânın da temellerini oluşturmaktadır (Aksoy, 2013).

Aynı zamanda Cambridge Zekâ Rehberi’nde de yer alan kültürel zekâ, sosyal zekâ ve duygusal zekânın da aralarında bulunduğu diğer zekâ türlerinde olduğu gibi köklü araştırmalara dayanmakta olup, öğrenilebilen zekâ türleri arasında gösterilmektedir (Livermore, 2015). Bununla birlikte, kültürel zekâ hem sosyal zekâ hem de duygusal zekâdan farklı olup, duygusal zekâda kişinin “kültür ve ortama bir derece aşına olduğu” ön kabulü yapılırken, sosyal zekâ hakkındaki çalışmaların “kültürel zenginlikten nispeten yoksun” olduğu vurgulanmıştır (Earley ve Ang, 2003). Benzer şekilde Gelfand ve arkadaşları (2008) da küreselleşmeyle artan çeşitliliğe bağlı olarak insanların aşına olmadığı yeni ortamlara uyum sağlama konusunda mevcut çalışmaların yetersiz olduğunu ve kültürel zekâ sayesinde bu ihtiyacın karşılandığını belirtmişlerdir. Ayrıca kültürel zekâ ile, zekâ alanyazınındaki araştırmaların yönünün sosyal zekâ ve duygusal zekâ gibi kültüre özgü kişilerarası zekâ türlerinden kültürden bağımsız bir alana kaydığını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan psikoloji ve yönetim alanındaki araştırmaların insan zekâsı, kültür ve örgütsel davranış arasındaki ilişkileri anlamakta yetersiz kalması da yine kültürel zekâ ve bileşenlerinin yöresel ve kültürel açıdan daha geniş bağlamda incelenmesini doğurmuştur (Earley ve Ang, 2003).

Nitekim, araştırmaların sosyal zekâ ve pratik zekâ ile birlikte giderek ilgi odağını teşkil eden kültürel zekâ için iş hayatının “küreselleşmenin pratik bir gerçeği” olarak karşımıza çıkan çok kültürlü personel yapısı her zaman teşvik edici bir unsur olmuştur (Ang ve Van Dyne, 2015; Earley ve Ang, 2003). Örneğin, farklı kültür ve milletten

Çalışanların bulunduğu firmalar üzerinde yapılan araştırmalar, diğer bütün parametreler aynı kalmak şartıyla, kültürel zekâya sahip çalışanların “ğrenme, çıkarımda bulunma ve yeni kültürlere uyum sağlama”da daha başarılı olduklarını göstermiştir (Earley ve Ang, 2003).

Livermore (2015) ise liderin yüksek kültürel zekâya sahip olmasının ve başı çekmesinin yanında, insan kaynakları departmanı ve direktrnn de rollerine dikkat çekerek, ekiplerde kültürel zekânın geliştirilme yollarına açıklık getirmiştir. Örneğin kültürel zekâsı yüksek ekipler elde etmek için konuyla ilgili verilecek eğitimlerin zamanlaması, çalışanlara anket uygulanması, işe alım ve terfilerde kültürel zekânın kriterler arasında yer alması, bu konudaki örnek davranışların ve yüksek performansın ödüllendirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir.

Öte yandan, düşük kültürel zekânın iş ortamında “gereksiz çatışmalar, gecikmeler ve yönetim zafiyetlerine” sebep olabileceği bildirilmiştir (Alon ve Higgings, 2005). Seelmann-Holzmann (2010) ise çok kültürlü ortamlarda kültürel zekâ eksikliğinin bir göstergesi olan başka bir kültür hakkında sahip olunan “basmakalıp” toptancı önyargıların aşılması gereken önemli bir iletişim sorunu olduğunu ifade etmiştir.

4.2.3.Sosyal Zekâ ve Kültürel Zekâ

Sosyal zekâ bir taraftan kişilik özelliklerinin altında yatan bir “boyut” olarak tanımlanırken, diğer taraftan kültürel ve duygusal zekânın bir “st karakteristik özelliği” olarak nitelendirilmiştir (Cantor ve Kihlstrom, 1985; Earley ve Ang, 2003; Salovey ve Mayer, 1990). Aynı zamanda, sosyal zekânın hem duygusal zekâ hem de kültürel zekânın temelini oluşturduğu ve aralarında ilişki olduğu ifade edilmiştir (Björkqvist, 2007; Cantor ve Kihlstrom 1985; Crowne, 2009; Early ve ark., 2003; Salovey ve Mayer, 1990). Gardner’ın çoklu zekâ kuramına göre kişilerarası ve içsel zekâ türleri arasında yer alan sosyal zekâ ve duygusal zekâ gibi kültürel zekâ da sonradan geliştirilebilen bir zekâ türü olarak gösterilmiştir (Aksoy, 2013). Ayrıca, yapılan araştırmalarda, çevresel ve sosyal faktörlerin kişilerin “düşünsel süreçleri, duygusal deneyimleri ve davranışsal tepkileri” üzerindeki etkilerine vurgu yapılarak,

daha çok ulusal ve yöresel olma özelliğine sahip sosyal zekâdan farklı olarak kültürel zekânın kültür ve ortama bağlı olmadığına vurgu yapılmıştır (Earley ve ark, 2003).

Ang ve Van Dyne (2015) kültürel zekâ ve sosyal zekâ arasındaki bir diğer farklılık olan kişilik özelliklerinin ele alınış şekline dikkat çekmiştir. Bu araştırmacılara göre, sosyal zekâda önemli bir yere sahip olan kişinin karakter özellikleri farklı durum ve zamanlarda değişkenlik göstermezken, kültürel zekâda farklı kültürel ortamlarda etkili olmayı sağlayacak şekilde gereken davranışların gösterilebilmesi yani bir değişkenlik vardır. Bununla beraber, kültürel zekâda kişilerin mizacının “tecrübe ve davranışları” üzerinden dolayı bir şekilde davranışsal boyutuna etki etmesi söz konusudur.

Diğer taraftan, Elenkov ve Pimentel (2008)’e göre, sosyal zekâ ve duygusal zekâda “bilişsel” ve fizyolojik veya sezgiye dayalı “bilişsel olmayan mekanizmalar” hemen hemen aynı derecede işlev görürken, motivasyon ve bilgiye dayalı davranış biçimi olan bilişsel mekanizma kültürel zekâda daha önemli bir fonksiyona sahiptir. Ayrıca, sosyal zekâ ve duygusal zekâda kişinin sosyal çevresiyle etkileşim kurabilecek fizyolojik yeterliğe sahip bulunmasının yanında önceki deneyimlerinden faydalanarak bilinçli bir şekilde davranış göstermesi de beklenir. Kültürel zekâda ise, daha baştan söz konusu başka kültürden insanların davranışlarını düzenleyen toplumsal kurallar ve normlar hakkında bir farkındalık ve bilgi sahibi olmanın yanında bu yönde istekli olmak da gereklidir. Diğer taraftan, kültürel nüans ve detayları yakalayıp toplumsal ilişkilerdeki incelikleri süzebilmenin kültürel zekânın daha çok bilişsel olmayan yönüyle ilgili olduğu da aynı araştırmacılarca belirtilmiştir.

4.2.4.Kültürel Zekâ ve Duygusal Zekâ

Kültürel zekâyı duygusal zekâdan ayıran en temel yön, duygusal zekânın belirli bir kültür ve ortamla sınırlı olmasıdır (Earley ve Ang, 2003). İnsanlar kendi kültüründen kişilerle olan ilişkilerinde yanlış anlamalar, çatışma ve fikir ayrılıkları yaşasalar da bu gibi sorunların üstesinden gelerek birbirleriyle empati ve iyi ilişkiler kurabilmektedirler (Seelmann-Holzmann, 2010). Fakat kültürlerarası etkileşimde bu gibi sorunların daha fazla olduğu ve alışık olunan yöntemleri kullanmanın işe yaramadığı görülmektedir (Earley, 2002; Livermore, 2015; Seelmann-Holzmann,

2010). Bunun temel sebebi de kültürel zekâ eksikliğinden, çevremizdeki olup bitenleri ve başkalarının davranışlarını “kendi kültürel gözlüğümüz” üzerinden algılıyor olmamızdır (Seelmann-Holzmann, 2010). Ancak “yüksek bir farkındalık” sayesinde, başka bir kültürde bu sorunların çözümünün farklı yöntemlerle mümkün olabileceği anlaşılabilir (Earley, 2002; Livermore, 2015). Bir kültürde normal karşılanan şakalaşmanın başka bir kültürde güven kaybına sebep vermesi veya bir yemek davetinin kibarca reddedilmesinin ilişkileri tamamen koparması gibi sonuçlar doğurabileceği ancak kültürel zekâ sayesinde farkına varılabilir (Livermore, 2015).

Aynı konuya farklı bir açıdan dikkat çeken Alon ve Higgins (2005) ise, hayatta daha başarılı olan duygusal zekâya sahip kişilerin farklı kültürlerde de benzer performansı gösterebilmesinin yolunun yine kültürel zekâdan geçtiğini vurgulamıştır. Yine Earley ve Ang (2003) da liderlerin küresel ölçüde başarılı olabilmeleri için duygusal zekânın yanında aynı zamanda kültürel zekâya da sahip olmalarının gerekliliği üzerinde durmuşlardır. Bunun için Earley ve Ang (2003) kişinin neşet ettiği ortamdaki edinimlerinden kendisini soyutlaması gerektiği ve başka kültürlerle olan etkileşimlerinde karşılaştığı yeni davranış biçimlerini farkındalığında olmasını gerekli görür. Bununla da kalmaz, kişinin bu edinimlerini doğru yer, doğru zaman ve şekilde davranışlarına yansıtmasına vurgu yapar ve bu özelliğiyle kültürel zekânın, sosyal zekâ ve duygusal zekâdan ayrıldığını belirtir.

Öte yandan, duygusal zekâda sosyal zekâdakine benzer olarak kişinin başkalarının duygu, düşünce ve davranış biçimlerini gözlemesi ve doğru çıkarımda bulunduktan sonra ona göre kendi hareket ve davranışlarını ayarlama yeteneğinden bahsedilirken, herhangi bir kültürel zekâya sahip olma yetisi gerekmemektedir (Elenkov ve Pimentel, 2008; Earley ve Ang, 2003). Ayrıca, sosyal zekâ ve duygusal zekâda “kişiye özgü” olan ve gelenek ve göreneklerin belirlediği davranışlardan söz edilirken, kültürel zekâda bunlara ek olarak kültürel davranışlar hakkında yeterince bilgi sahibi olma ve farkındalığa ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Elenkov ve Pimentel, 2008). Diğer bir deyişle, kültürel zekâ “kişisel ve sosyolojik dinamiklerin” yanı sıra “kültürel dinamikleri” de içine almaktadır (Van Dyne ve ark., 2010).

Early ve Mosakowski (2004) ise, konuyla ilgili gözlem, deney ve çalışmalarına bağlı olarak başka kültürden insanlarla ilişkilerde bazı kişilerin başarılı diğerlerinin başarısız olma nedenlerini “zımni bilgi veya duygusal zekâ veya sosyal zekâ”da aramanın yanlış olduğunu, bunun ancak sahip olunan yüksek zekâ seviyesiyle alakalı olabileceğini belirtmişlerdir.

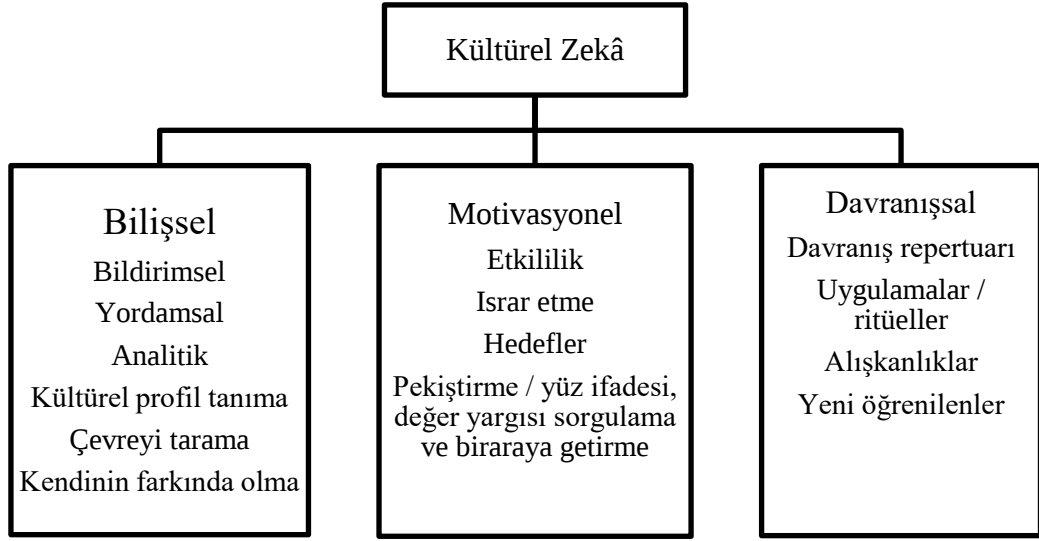
Bu arada aynı araştırmacılar, duygusal zekâ ve kültürel zekânın arasındaki ortak yön olarak Daniel Goleman’a atfen, kişilerin herhangi bir yargıya varmadan önce acele etmeyerek düşünmeden hareket etmeme eğilimine sahip olduklarını göstermiştir. Bu düşünme süresinin de kültürel zekâ düzeyine bağlı olarak birkaç saat veya günden birkaç haftaya kadar uzayabileceğini ifade etmişlerdir.

4.3. Kültürel Zekâ Boyutları ve Ölçümü

İlgili alanyazındaki çalışmalar incelendiğinde farklı araştırmacılar tarafından kültürel zekânın bileşen yapısı farklı olarak ele alınsa da çok boyutlu ve birbirini kapsayıcı nitelikte olduğu görülmektedir (Aksoy, 2013; Ang ve ark. 2007; Earley ve Ang, 2003; Earley ve Mosakowski, 2004; Mercan, 2015; Thomas, 2006; Plum, 2009).

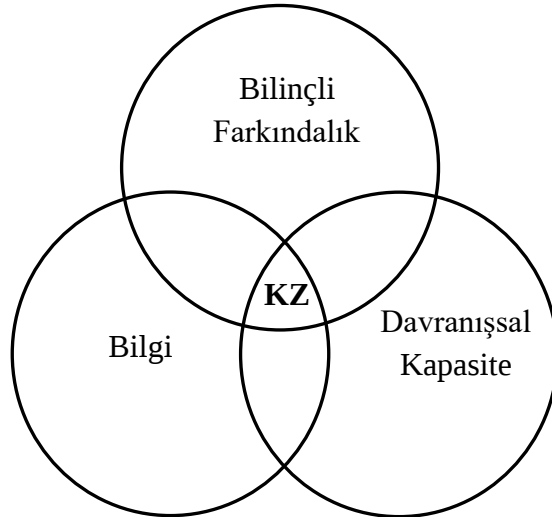
4.3.1. Kültürel Zekâ Boyutları

Earley ve Ang kültürel zekâyı ilk olarak bilişsel, motivasyonel ve davranışsal yönleriyle üç bileşenli olarak ele almışlardır (Şekil 6) (Aksoy, 2013; Earley, 2002).



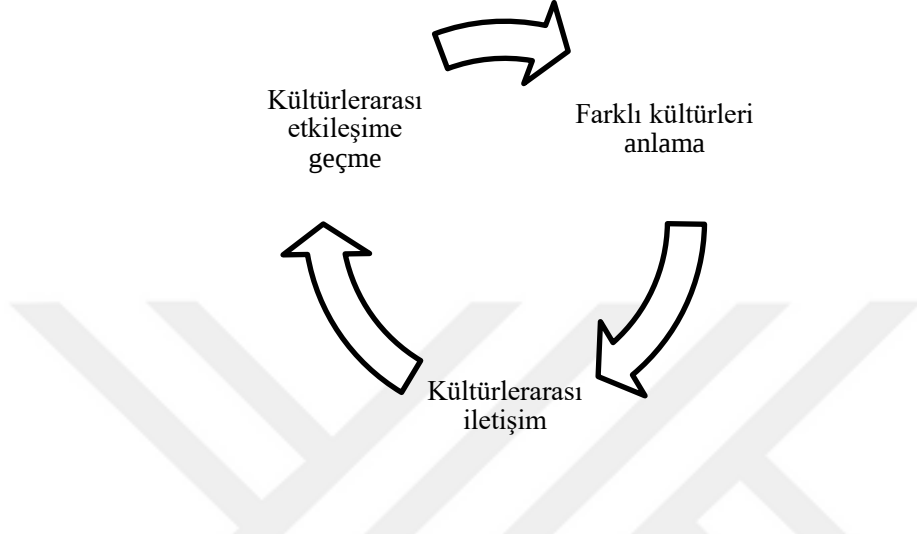
Şekil 6. Kültürel Zekânın Bileşenleri (Earley, 2002).

Thomas ise kültürler arası etkileşimlerde kişinin “bilinçli farkındalığının” bilgi ve davranışsal kapasite arasında önemli bir köprü vazifesi gördüğünden hareketle kültürel zekâyı üç boyutta incelemiştir. Bunlar bilinçli farkındalık, bilgi ve davranışsal kapasitedir (Şekil 7) (Özyeşil ve ark., 2011; Shannon ve Begley, 2008; Thomas, 2006). Buna göre, her ne kadar diğer kültürel zekâ modelleriyle benzer şekilde bilişsel boyut üzerine inşa edilse de kültürel zekâ beceriye dayalı bir davranışsal kapasite olarak ele alınmıştır (Aksoy, 2013; Thomas, 2006).



Şekil 7. Kültürel Zekânın Bileşenleri Arasındaki İlişki (Thomas, 2006).

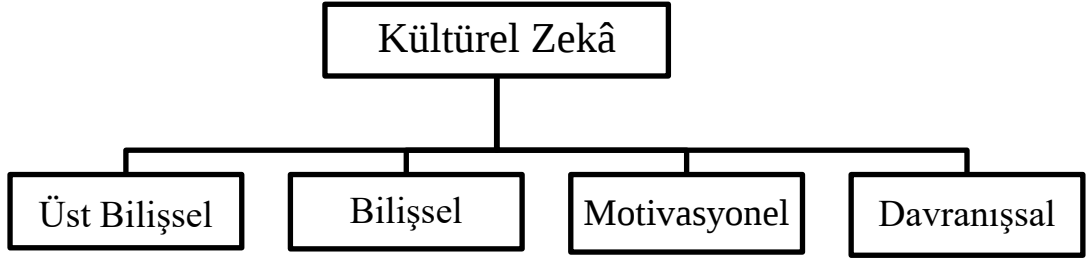
Yine Plum (2009) da kültürel farklılıkların etkili olduğu durumları anlamaya çalışma ve faydalı ilişkiler kurabilme becerisi olarak tanımladığı kültürel zekâyı birbirinden ayrılamayan ve eşdeğer öneme sahip üç bileşenli bir yapıda incelemiştir. Bunlar, farklı kültürleri anlama, kültürlerarası iletişim ve kültürlerarası etkileşime geçmedir (Şekil 8).



Şekil 8. Kültürel Zekânın Bileşenleri Döngüsü (Plum, 2009).

Earley ve Mosakowski (2004) de üç bileşenden oluşan bir kültürel zekâ yapısı önermiştir. Bu bileşenler bilişsel, duygusal / motivasyonel ve fiziksel olarak nitelendirildikten sonra her birisinin kaynağının kişinin sırasıyla, kafa, kalp ve vücudu olduğu belirtilmiştir. Bu üç bileşenin bir kişide eşit oranda güçlü olarak bulunmasını beklemenin gerçekçi olmayacağına vurgu yapılsa da sadece güçlü bir tanesiyle de kültürel zekâyı sahip olunamayacağına dikkat çekilmiştir.

Bu çalışmada Ang ve arkadaşları (2006)'nın dört boyutlu üst bilişsel, bilişsel, motivasyonel, ve davranışsal kültürel zekâ modelinden faydalanılmıştır. Bu model, Sternberg ve Detterman tarafından kişisel zekâyı anlamaya yönelik farklı görüş ve faktörleri daha güncel bir çerçevede toplayan dört bileşenli model üzerine inşa edilmiştir (Ang ve Van Dyne, 2015; Early ve Ang, 2003; Sternberg, 1986) (Şekil 9).



Şekil 9. Dört Boyutlu Kültürel Zekâ Modeli (Ang ve ark., 2006).

4.3.1.1. Üst bilişsel kültürel zekâ

Üst bilişsel kültürel zekâ kültürlerarası etkileşim sırasında kişinin kültürel bilinci ve kültürel nüansları süzebilmesini sağlayan zihinsel kapasitedir (Ang ve Van Dyne, 2015; Bücken ve ark., 2015). Kişi sahip olduğu bu zihinsel kapasiteyi kullanarak farklı kültürden insanlara karşı sadece kendi davranış ve düşünme biçimini sorgulayarak davranışlarını ayarlamakla kalmayıp bu edinimlerini bilgiye dönüştürerek tamamen kendine has bir kültürlerarası sosyal ilişki tarzı geliştirebilir (Ang ve Van Dyne, 2015). Livermore (2010) ise kültürel zekânın bu boyutunu kişinin “başka kültürlerle karşılaştığında strateji geliştirebilme” ve “kültürlerarası deneyimlerine bir anlam yükleyebilme”si olarak tarif etmektedir.

Ayrıca kültürel zekânın üst bilişsel boyutuyla ilgili olarak, kişinin kendi ve başkalarının hakkında farkındalığa sahip olması, etkileşime geçilecek kültürün sosyal ve beşerî özellikleriyle ilgili bir ön hazırlık ve planlama yapma ve son olarak da kültürel etkileşim öncesi sahip olunan bilgiler ve beklentiler ile etkileşim sırasında ve sonrasındaki tecrübe edilenleri karşılaştırıp değerlendirme yapılmasını gerekli görmüştür (Aksoy, 2013; Ang ve ark., 2006; Livermore, 2010).

Livermore (2010) üst bilişsel kültürel zekâyı kişinin bilmediği bir yere araba kullanarak gitmesine benzetmiştir. Yola çıkmadan önce gidilecek yer ve yolla ilgili harita üzerinde yapılan bir ön çalışma sayesinde yaşanan tedirginliğin büyük ölçüde ortadan kalkacağı, yolculuğun daha güvenli ve zevkli geçeceği vurgulanmıştır. Diğer

tarafından, herhangi bir planlama olmaksızın navigasyon cihazı eşliğinde tamamen otomatik moda yapılacak bir yolculuğun ise istim üstünde geçeceği ve her an hata yapmaya ve kişinin kendisini güvensiz hissetmesine yol açacağına dikkatleri çekerek üst bilişsel boyutun kültürel zekâdaki önemine bir örnekle dikkatleri çekmiştir.

4.3.1.2. Bilişsel kültürel zekâ

Üst bilişsel kültürel zekâ bilginin işlenmesi, bilişsel süreçler ve bilgiyi işleme kuramıyla ilgili iken, bilişsel kültürel zekâ farklı kültürlerdeki örf, adet ve kurallar hakkındaki bilgiyle alakalıdır (Aksoy, 2013; Ang ve ark., 2006, 2007; Ang ve Van Dyne, 2015). Eğitim veya bizzat tecrübe yoluyla edinilen bu bilgiler sayesinde kişi kültürleri birbirinden ayıran hususların yanında kültürlerarası sorunları anlayabilir, toplum ve aile yapıları ve yaşamları hakkında bilgi sahibi olur (Aksoy, 2013; Livermore, 2010).

Ang ve Van Dyne (2015) kültürün kişilerin düşünce yapıları ve davranışları üzerindeki etkisinden dolayı kültürel bilgiyi içeren bilişsel zekânın kültürel zekâ açısından önemli bir yeri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, kişinin başka bir toplumun kültürel yapısı, norm ve değerleri hakkında bilgi sahibi olmasının o toplumdaki sosyal yaşantıyı şekillendiren ve yazılı olmayan amir etkenleri daha kolay anlamasına yol açacağı ve bunun da farklı kültürden kişilerle iletişim becerilerini geliştireceği ifade edilmiştir.

4.3.1.3. Motivasyonel kültürel zekâ

Motivasyonel kültürel zekâ bir kişinin “enerjisi ve dikkati”ni farklı kültürler hakkında yeni şeyler öğrenmek ve böyle ortamlara uyum sağlayacak şekilde hal ve davranışlarını ayarlamak üzere yönlendirebilmesini yansıtır (Ang ve Van Dyne, 2015). Bir kişinin farklı kültürden olanlarla etkili bir şekilde iletişim kurmasında kültürel zekânın diğer bileşenlerinde iyi olması yetmez, aynı zamanda bu yönde içinden gelen bir istek ve motivasyona da sahip olması gereklidir (Ang ve ark., 2007; Ang ve Van Dyne, 2015; Earley ve Ang, 2003; Van Dyne ve ark., 2012).

Motivasyonel zekâyâ etki eden bir diğer unsur olarak, kişinin içinde bulunduğu çevrenin, iş yeri veya çalıştığı pozisyonunun gereği olarak bir dışsal motivatör faktörü de yine dikkate alınmalıdır (Ang ve ark., 2007; Ang ve Van Dyne, 2015; Livermore, 2010; Mercan, 2015; Van Dyne ve ark., 2012). Ayrıca kişinin kültürlerarası ortamlara girip çıkma ve etkileşimde bulunmayla ilgili kendi potansiyelinin farkında olması ve öz güvene sahip olması da karşılaşacağı zorlukların üstesinden gelerek başarılı olmasında önemlidir (Aksoy, 2013; Ang ve ark., 2007; Ang ve Van Dyne, 2015; Livermore, 2010).

4.3.1.4. Davranışsal kültürel zekâ

Kültürel zekânın davranışsal boyutu kişinin kültürlerarası etkileşimde sözlü ve sözel olmayan davranışlarını başka kültüre uygun hale getirecek şekilde değiştirerek kullanabilme kapasitesiyle ilgilidir (Ang ve ark., 2006; Livermore, 2010). Bir kültürdeki bir davranış, hareket veya jest, hatta tonlama farkı, başka bir kültürde kolaylıkla başka bir anlama gelebileceğinden, davranışsal kültürel zekâ kültürlerarası ilişkilerde kritik öneme sahiptir (Ang ve ark., 2007; Ang ve Van Dyne, 2015; Bücken ve ark., 2015; Livermore, 2010). Bu bakımdan, farklı kültürden insanlarla etkileşimde uygun davranışların belirlenmesi kadar bu davranışların zamanlamasının hatta bazen hiç aksiyona geçmemenin davranışsal kültürel zekâda çok önemli olduğu belirtilmiştir (Livermore, 2010).

Diğer taraftan, Ang ve Van Dyne (2015) ise kültürlerarası iletişimde kişilerin yüz yüze iletişim sırasında birbirlerinin aklından ne geçtiğini, hislerini veya motivasyonlarının ne olduğunu bilmelerinin mümkün olmadığını ifade etmişlerdir. Ancak davranışsal kültürel zekâ yeteneklerini kullanarak, kişilerin birbirlerinin ses tonlarından, takındıkları yüz ifadelerinden, hal ve davranışlarından bu konularda bilgi edinebileceklerine dikkat çekmişlerdir.

Ayrıca, davranışsal kültürel zekâda sözlü iletişimde “söz eylem”e de ayrı bir paragraf açılarak, bazı sözcük ve kelimelerin birebir doğru kullanımının kastedilen niyetin karşı tarafa doğru olarak geçmesinde kritik öneme sahip olduğu vurgulanmıştır (Ang ve ark; 2006; Ang ve Van Dyne, 2015; Livermore, 2010, Mercan, 2013).

4.3.2.Kültürel Zekâ Ölçümü

Triandis (2004) kültürlerarası araştırma yaparken dikkat edilmesi gereken sorunlar ve zorluklar arasında ağırlıklı ölçme ve değerlendirme konusuna vurgu yapmıştır. Şayet bir kültür için elde edilen araştırma sonuçlarının başka kültürler için de geçerliliği kanıtlanmışsa, o takdirde araştırmanın yöntemine bağlı sorun ve zorlukların diğer sosyal bilim alanındaki çalışmalardan bir farkının olmadığını da yine açıkça kendisi ifade etmiştir. Elbette kültürel zekânın ölçüm ve değerlendirmesi de benzer sorun ve zorluklardan bağımsız düşünülemez (Aksoy, 2013).

Diğer bir taraftan Thomas (2006) kültürlerarası zekâ ölçeğinin “güvenilir” olma özelliğinin öne çıktığını vurgulamıştır. Aynı zamanda, çok kültürlü yapısı giderek artan iş dünyasında kültürlerarası etkileşimleri açıklama ve kestirebilme açısından bu yöndeki ihtiyaç ve beklentiye de dikkatleri çekmiştir.

Bunun yanında kültürel zekâ, ölçümü, boyutları ve nomolojik geçerliliği açısından eleştirilerin hedefi olmuş, “artan sayıda çalışmaya rağmen, geçerli ve güvenilir bir kültürel zekâ ölçüsünün geliştirilmesi süregelen bir araştırma” konusu olmuştur (Bücker ve ark., 2015). Alan yazında kültürel zekânın ölçme ve değerlendirilmesine yönelik, özellikle “kültürlerarası iletişim alanında” çok sayıdaki ölçekte kültürel zekânın farklı boyutları ele alınmıştır (Tablo 1) (Aksoy, 2013; Lee ve Templer, 2003).

Tablo 1. Kültürel Zekâ Bileşenlerini Ölçen Farklı Değerlendirme Araçları (Lee ve Templer, 2003).

Yazar(lar)	Ölçek	Üst Bilişsel	Bilişsel	Motivasyon	Davranışsal
Synder (1974)	Öz-Değerlendirme Ölçeği (ÖÖ)	√			
Cardot (1998)	Özgüven			√	
Dodd & Garmon	Bireysel İletişim			√	
Walter ve ark. (1998)	Dünya Görüşü Kültürlerarası Etkinlik için E-model Ölçeği			√	√
Redden (1975)	Kültür Şoku Envanteri	√	√		

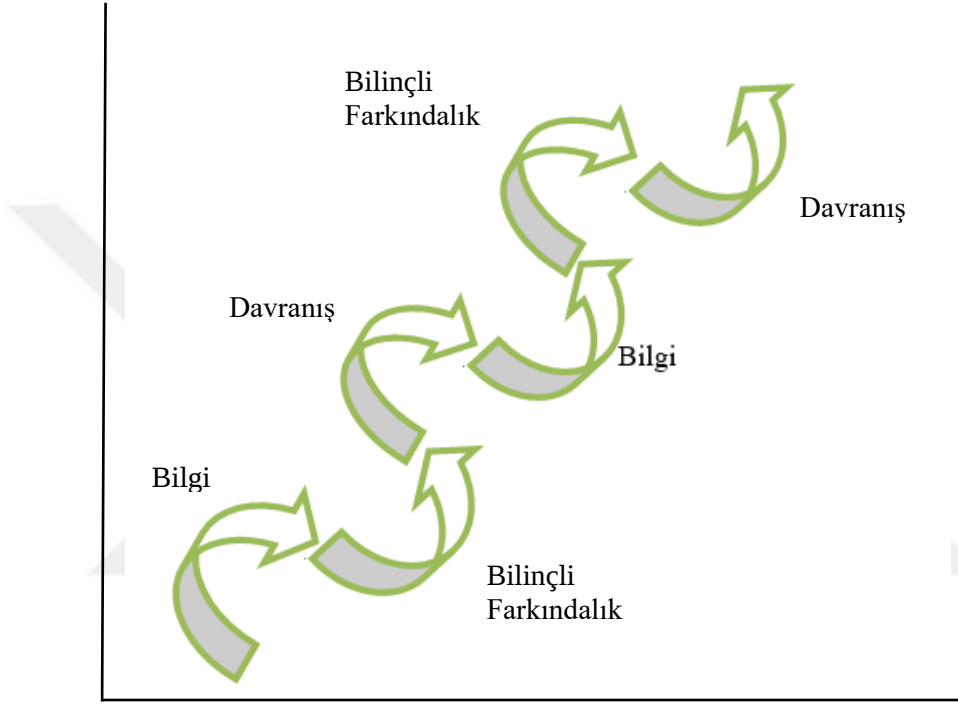
Moran ve Riesenberger (1994)	Kişisel Yetkinlik Değerlemesi	✓	✓			✓
Talico Ltd., (1992)	Kültürlerarası İletişim Envanteri		✓			
Hammer & Bennett (1998)	Kültürlerarası Gelişim Envanteri	✓	✓	✓		✓
Kelly & Meyers (1992)	Kültürlerarası Uyum Envanteri	✓		✓		✓
Tucker (1999)	Yurtdışı Görev Envanteri	✓	✓	✓		✓
Spreitzer ve ark. (1997)	Kültürlerarası İşgören Envanteri	✓	✓	✓		✓
Detweiler (1975)	Kategori Genişliği		✓			
Corbitt (1998)	Küresel Farkındalık Profili		✓			
Cushner ve Brislin (1996)	Kültür-genel asimilatör	✓	✓			
Ruben (1976)	Kültürlerarası Davranış Değerlendirme					✓
Koester ve Olebe (1988)	Kültürlerarası İletişim Etkinliği için Davranışsal Değerlendirme Ölçeği					✓
Stahl (2001)	Kültürlerarası Değerlendirme Merkezi	✓	✓	✓		✓

4.4. Kültürel Zekânın Geliştirilmesi

İlgili alanyazındaki çalışmalar göstermiştir ki, kimi insanlar doğuştan kültürel zekâ becerilerine sahip olurken, birçoğu da farklı kültürden insanlarla bir arada bulunarak birlikte vakit geçirme ve sürekli bir kültürlerarası etkileşim sayesinde bu yöndeki becerilerini arttırabilecekleri belirtilmiştir (Aksoy, 2013; Earley ve Ang, 2003; Earley ve Mosakowski, 2004; Mercan, 2015; Plum, 2009; Thomas, 2006).

Thomas (2006) ortaya koyduğu kavramsal modelde, söz konusu becerilerin artırılmasının dünden bugüne hemen gerçekleşmeyeceğini ve zamanla doğrusal olarak artan bir ilişkinin de mevzu bahis olmadığını vurgulamıştır. Bunun ancak, diğer zekâ türlerindeki benzer bir şekilde, kişinin kültürel zekâsının zaman içindeki

tecrübelerinden edinimleriyle birlikte gelişeceğine dikkat çekmiştir. Bu süreçte kişinin önce farklı kültürlerle ilgili temel bir bilgisinin olması gerekmektedir. Bu bilgileri içselleştirerek davranışlarına yansıtabilmesi için de “bilinçli bir farkındalık”la gözlem yaparak çevresindeki kültürel nüansları süzme ve anlamlandırması gerekecektir. “Sosyal öğrenme”nin farklı kültürlere uyarlanmış hali olan döngü korunarak kültürel zekâ böylece hayat boyu geliştirilebilecektir (Şekil 10).



Şekil 10. Kültürel Zekânın Geliştirilmesi (Thomas, 2006).

Aksoy (2013) kültürel zekâ gelişimindeki öğrenme sürecinin karmaşıklığına dikkat çekerek, öğrenme biçiminin iyice kavranmasının yanında öğrenilen bilgilerin benzer durumlarda uygulanabilmesinin de önemli olduğunu ifade etmiştir. Katkı olarak, Brislin, Worthley ve Macnab (2006) kültürel zekânın geliştirilmesini özendirmek üzere dört adımdan oluşan farklı bir bakış açısı getirmişlerdir. Buna göre, kişi ilk önce kendisine yabancı bir kültür ortamındaki kişilerin davranışlarını değerlendirmelidir. Sonrasında, bu davranışların nedenleri üzerinde fikir yürütmelidir. Üçüncü adımda, davranışları duygusal yönleri ve sonuçlarıyla birlikte ele almalıdır. Son adımda ise, kişinin kültürlerarası etkileşim hakkındaki bu yeni kazanımları,

başkalarının davranışlarını gözlemleyerek öğrenme ve kültürel zekâyı artırmaya yönelik kendisi için yeni bir mihenk taşı yapmasıdır. Başka bir deyişle, kişi kendisine yabancı olan başka kültürden insanlarla iletişimde kalarak, her yeni durum karşısında öğrendiklerini tavır ve hareketleriyle gösterip bunda ısrar eder ve sürdürürse kültürel zekâsını geliştirebilir (Earley ve Mosakowski, 2004).

Diğer taraftan, Klafehn, Banerjee ve Chiu (2008) kişinin kültürlerarası ortamlarda bulunma tecrübesinin her ne kadar kültürel zekânın gelişimine bir faydası olsa da başka bir kültüre aşinalık düzeyi azaldıkça bu durumun başlı başına bir stres ve çatışma kaynağı olma potansiyeli taşımasından dolayı faydadan çok zarar getirebileceğini belirtmişlerdir (Klafehn ve ark., 2008). Ayrıca kesin bir şey söylemek mümkün olmasa da “kültürlerarası deneyime açık olma” düzeyinin özellikle kültürel zekânın üst bilişsel boyutu üzerinden kültürel zekânın gelişimine etkisinin olabileceği vurgulanmıştır.

Shannon ve Begley (2008) kültürel zekânın gelişimine etki eden bir diğer önemli faktör olarak lisan becerilerini göstermiştir. “Kişinin kolay ve doğru bir şekilde kendisini ifade edebilmesi”ne yönelik becerilerin kültürlerarası etkileşimde özellikle başka kültüre ait “ekonomik, sosyal ve hukuk sistemleri”ne yönelik bilgi edinmede önemli olduğunun altı çizilmiştir. Öte yandan, çok sayıda lisan bilmenin aynı zamanda “farklı kültürlerle ait birçok temel değer” ve belli başlı özellikler hakkında bilgi sahibi olmak anlamını taşıdığı ve bu sebepten kültürel zekânın gelişiminde “kritik derecede önemli” olan “belirleyici” rolüne dikkat çekilmiştir. Dil becerilerinin yanı sıra, özellikle farklı ülkelerde çalışma tecrübesinin de yine motivasyonel boyutu üzerinden kültürel zekânın gelişimine olumlu yönde katkısı olduğu belirtilmiştir (Shannon ve Begley, 2008).

Son olarak, Leung ve Li (2008) etkin bir şekilde kültürlerarası etkileşim kurabilmenin arkasında yatan dinamiklerden olan sinizm, toplumsal karmaşa, bir toplumdaki ödül mekanizması ve dindarlık gibi “sosyal aksiyomlar”ın da kültürel zekânın gelişimini etkileyen “önemli kişisel özellik türlerinden birisi”ni temsil ettiğine vurgu yapmıştır.

4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel Zekâ

Kişinin “kültürel mirası” sadece değer yargılarını, inanç ve davranışlarını değil, aynı zamanda hastalık ve sağlık denilince ne anladığını, sağlık okur yazarlığı durumunu da etkilemektedir (Diallo ve McGrath, 2013). Aynı zamanda kültür, hastanın tıbbi yardım arama davranışlarını ve dolayısıyla teşhis ve tedavi süreçlerini de etkilemektedir (Lin ve ark., 1982). Bunun yanında, araştırmalar kültürün yanı sıra, yaş, cinsiyet, fiziksel çevre ve sosyo-ekonomik durumun birlikte sağlık hizmetlerinde “her hasta özeldir” yaklaşımının altında yatan faktörleri oluşturduğunu göstermektedir (Diallo ve McGrath, 2013).

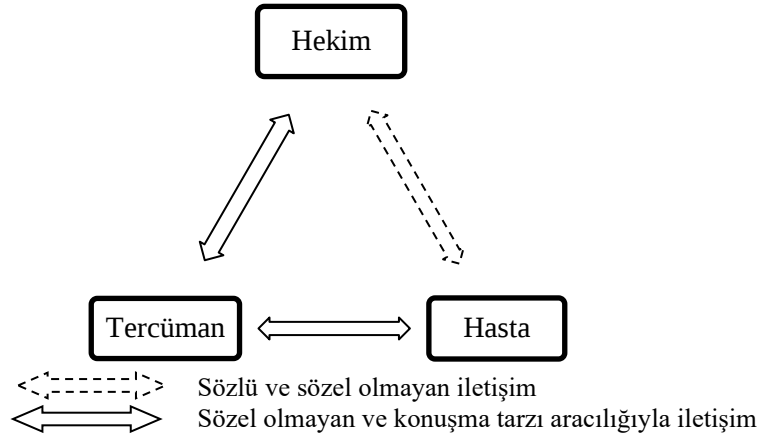
Bugün ister turist veya yurtdışından tedavi amacıyla gelmiş hastalar olsun ister de göçmen veya mülteciler olsun, sağlık çalışanları “kendilerinden çok farklı kültürden hastaların” tedavi ve bakım hizmetlerinde görev yapmaktadırlar (Abdel-Wahab , 2014; Ayonrinde, 2003; Casey ve ark., 2013; Fors ve ark., 2009; Nash, 2014; Simpson ve ark., 2001; Turner, 2015; Westmeyer, 1990; Zahr ve Hattar-Pollara, 1998). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde hastanın yanında yakınlarının da teşhis ve tedavi süreçlerinde ihtiyaçlarının dikkate alınması ve bu konuda çalışanların oldukça fazla çaba gösterdikleri de çeşitli araştırmalarda ifade edilmiştir (Abdel-Wahab, 2014; Casey ve ark., 2013; Robertson-Malt ve ark., 2010; Simpson ve ark., 2001; Zahr ve Hattar-Pollara, 1998). Örneğin, Robertson-Malt ve arkadaşları (2010) bazı kültürlerde hasta yakınlarının, hastanın kendisiyle teşhisin paylaşılmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Böylece aile yakınlarının bir nebze de olsa “sevdiklerinin sıkıntısını hafifleterek” ona yardım etmeyi arzu ettiklerine ve sağlık profesyonellerinden de bu konuya dikkat etmelerini talep edip saygı göstermelerinin beklendiğine dikkat çekilmiştir.

Böyle durumlarda, sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve istekleri konusundaki farkındalıklarını iyice artırmaları ve hastanın endişelerini gidermeye yönelik olabildiğince destekleyici davranışları gerekir (Veronesi ve ark., 1999). Örnek olarak uluslararası hasta koordinatörleri, sağlık profesyonelleri ve çok çeşitli bölge ve kültürden gelen hasta ve yakınları arasında bir köprü vazifesi görerek, sağlık

alışanlarının bir yandan hasta psikolojisini, geldiği kültür ve değerlerini dikkate almalarında yardımcı olurken bir yandan da sağlık sorunlarıyla ilgili tıbbi durumlarını doğru anlamalarında ve hastaların kendilerini ifade etmelerinde önemli bir görev ifa ettiği ifade edilmiştir (Casey ve ark., 2013; Fors ve ark., 2009).

Öte yandan ilgili alanyazında, farklı kültür ve ırka mensup hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde “teşhis doğruluğu, bakım kalitesi, iyileşme protokollerine uyma ve genel tedavi sonuçlarında” karşılaşılabilen bazı olumsuzluklara dikkat çekilmiştir (Horwitz ve ark., 2011). Earley ve arkadaşları (2003) farklı millet veya kültürden kişilerin daha önceki yaşadıklarını çağrıştıran benzer olumsuzluklar ve aşına olmadıkları farklılıklara karşı daha duyarlı olduklarını ve böyle durumlar karşısında tepki verme olasılıklarının aynı kültürden olan insanlara oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca, genel hizmet sektörü üzerine yapılan araştırmalarda, kültürün yanı sıra müşteri ve çalışanlar arasındaki etkileşimlerin de hizmet kalitesine etki ettiğine vurgu yapılmıştır (Alshaibani, 2015). Ayonrinde (2003) sağlık hizmetlerinde bu duruma örnek olarak, hasta, hekim ve sağlık çalışanları arasında kültür farklılığının bulunması halinde, iletişim sırasında kullanılan dil, tercüman desteği ve davranışsal kültürel zekânın alt bileşenlerinden olan sözlü ve sözel olmayan iletişim becerileri ile konuşma tarzı gibi özeliklerin ne derece önemli olduğuna dikkat çekmiştir (şekil 11). Araştırmada kltrlererarası hekim-hasta etkileşiminde iletişim sorunlarının genellikle tıbbi konular dışındaki konularda olduğu vurgulandıktan sonra, hekimlerin özellikle sözel olmayan ipuçlarını yakalayıp değerlendirebilmesinin olası kültüre bağlı iletişim bozukluklarının ortadan kaldırılmasında “paha biçilmez” önemde olduğu belirtilmiştir.



Şekil 11. Tercüman Aracılığı ile Hasta-Hekim İletişimi (Ayonrinde, 2003).

Robertson-Malt ve arkadaşları (2010) ise aynı kültürden gelen hastaların tedavisine kıyasla, farklı kültürden hastaların tedavisi sırasındaki etkileşimlerin niteliği ve seyrinin farklı olabileceğini belirtmişlerdir. Böyle durumlarda sunulan sağlık hizmet kalitesini çalışanların performansı üzerinden sahip oldukları sosyal zekâ, duygusal zekâ ve kültürel zekâ ile mesleki deneyimlerinin belirleyeceği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, çalışanlar kendi kültürlerinden hastalarla olan deneyimleri ve sahip oldukları sosyal zekâ ve duygusal zekâ sayesinde benzer durumları nispeten daha kolay analiz ederek üstesinden gelebilmeyi ve gerekli planlamaları yapabileceklerini belirtmektedirler. Geriye ise, farklı kültürden hastaların tedavileri sırasındaki karar verme süreçlerinde bu tecrübelerini, “kültürel zekâlarıyla dikkatlice harmanlayarak” uygulamak kalmıştır (Alshaibani, 2015; Kaufman, 2013; Robertson-Malt ve ark., 2010).

Ayrıca, sağlık hizmetlerinde görevli çalışanlar arasındaki kültürel çeşitliliğin de “yanlış anlama ve çatışma”lara neden olarak ekip çalışmasını sekteye uğrattığı ve hizmet çıktılarını olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir (Harris, 2017; Kaufman, 2013). Öte yandan yapılan araştırmalarda, yüksek kültürel zekâyâ sahip farklı kültürden çalışanların yer aldığı ekiplerin karşılaştıkları zorlukların üstesinden daha kolay gelerek ortak amaçları doğrultusunda ekip halinde birbirleriyle daha uyumlu hareket edebildikleri belirtilmiştir (Ang ve ark., 2015; Harris, 2017; Silberstang ve London, 2009).

5. MESLEKLERARASI İŞ BİRLİĞİ

İşgücü demografik özelliklerindeki değişim ve organizasyon şeklindeki yeniliklerin ekiplerdeki çeşitliliğin artmasında rolü olduğu belirtilmiştir (McCallin ve Bamford, 2007). Örgütsel çalışma grupları ile ilgili alanyazında, cinsiyet, ırk, etnik köken, yaş, doğum yerinin yanısıra kıdem, eğitim, uzmanlık ve örgütsel bağlılık gibi çeşitlilikler üzerinde durulmuştur (Jackson ve ark., 1995). Diğer yandan, doğal olarak bu çeşitliliklerin aynı zamanda ekiplerde de karşılaşılan bir durum olduğu ve birbirinden farklı özelliklere ve uzmanlıklara sahip ekip elemanlarının “farklı bakış açıları ve yaklaşımlar”ı olarak işe yansıdığı belirtilmiştir (Thomas ve Ely 1996). Bu durum, farklı mesleklerden çalışanların oluşturduğu ekiplerde de kendini göstermektedir (Ancona and Caldwell, 1992).

5.1. Ekip Çalışması ve İşbirliği

İşbirliği ile ilgili alanyazında geçen tanım ve kavramların “ekip ve işbirliği”yle ilgili olmak üzere iki ayrı alt başlıkta toplandığı belirtilmiştir (D'Amour ve ark., 2005).

Ekip “bir görevi, işi veya projeyi tamamlamak için gerekli olan bir dizi birbirini tamamlayan becerilere sahip olan insan topluluğu” olarak tanımlanmıştır (<http://www.businessdictionary.com/definition/team.html>, Erişim tarihi: 7 Mart 2020). Ekiplerin çok boyutlu yapısına dikkat çeken Lemieux-Charles ve McGuire (2006), “ekip üyelerinin hem kendileri ve hem de başkaları tarafından daha büyük bir veya daha fazla sosyal sistemin parçası olan bir sosyal teşekkülün birbirine bağlı bireyleri olarak görüldüğünü”, ve her birerlerinin ortak amaca yönelik sorumluluklarının olduğunu ve kendi aralarındaki ilişkileri düzenleyen örgütsel sınırlara tabi olduklarını vurgulamıştır.

Ekip çalışması ise Brill (1976)’e atfen şu şekilde tanımlanmıştır (Doran, 2005):

“Üzerine planlamaların yapılacağı, karar ve aksiyonların alınacağı bilgileri iletme, paylaşma ve derlemek için bir araya gelen, her birinin karar

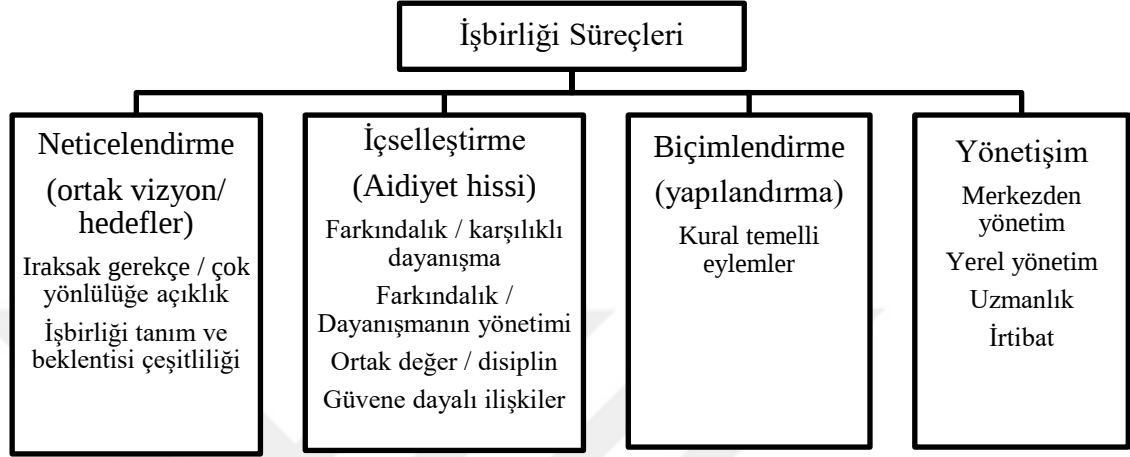
mekanizmasında sorumluluğu bulunan, ortak amaca sahip uzmanlardan oluşan bir grup insan tarafından yapılan çalışma”

Diğer yandan, ekip çalışması ile işbirliğinin birbiriyle özdeş kavramlar olduğu ifade edilmiştir (Doran, 2005). Kelime anlamı olarak işbirliği, “başkalarıyla ya da birlikte ortaklaşa çalışmak” olarak tanımlanmaktadır (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/collaboration>, Erişim tarihi: 7 Mart 2020). Başka bir tanıma göre işbirliği, ortak bir hedefe yönelik karmaşık ve dinamik süreçlerden oluşan, paylaşma ve güven ruhu içinde farklı becerileri gerektiren, birbirleriyle uyumlu eylem birliği olarak ifade edilmiştir (D'Amour ve ark., 2005). İşbirliğinin temel yapıtaşları “farklı kültürden katılımcılar, yüksek düzeyde etkileşim, ortak yetki ve kaynakların paylaşımı”dır (Paul ve Peterson, 2001). Bir başka deyişle, işbirliği denince akla “paylaşım, ortaklık, dayanışma ve güç” gelmektedir (D'Amour ve ark., 2005).

Bunun yanında, başka meslekten çalışanların gelişigüzel bir araya gelerek iş yapmalarının işbirliği sayılmayacağı, güven duygusu ve karşılıklı saygı başta olmak üzere bir dizi “insan dinamikleri”nin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Doran, 2005). Bunlardan bir diğeri de girişkenliktir. Girişkenliğin takım içi etkin iletişimin sağlanarak, ekip üyeleri arasındaki lisan ve kültür farklılığı, çalışma ofislerinin farklı yerlerde olması ve elektronik haberleşmeden kaynaklanan sorunların aşılmasında önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir (Parker, 2008). Bunların dışında, ekip elemanlarının her birerlerinin karar süreçlerinde yer almasının işbirliğinde ve ekip ruhunun oluşturulmasında önemine dikkat çekilmiştir (Doran, 2005).

Diğer taraftan D'Amour ve arkadaşları (2005) ise işbirliğinin bir başka yanı olan süreç olma özelliğine vurgu yaparak işbirliğini “neticelendirme, içselleştirme, biçimlendirme ve yönetim” olmak üzere dört boyutlu olarak modellemiştir (Şekil 12). Neticelendirme veya ortak vizyon ve hedefler, tüm ekip üyeleri tarafından benimsenen ortak gaye ve hedeflerin varlığını, en uzak gerekçe ve çoklu illiyetlerin hesaba katıldığını ve işbirliği tanım ve beklentisindeki farklılıkları ifade eder. İçselleştirme veya aidiyet hissi ise, ekip üyelerinin karşılıklı dayanışma ve devamlılığına dair yönetim bilinci içinde olunmasıdır. Bu durum, belirli bir disiplin

çerçevesinde, ortak değerlere ve aidiyet duygusuna sahip bir şekilde, “güvene dayalı ilişki”leri gerektirir. Biçimlendirme veya yapılandırma boyutu ise, kural bazlı eylemler yardımıyla yapısal güçlendirmeden ibarettir. Son olarak, yönetim ise, uzmanlığa ve azami irtibata dayalı merkezden ve yerel yönetimi esas alır.



Şekil 12. İşbirliği Süreçleri (D'Amour ve ark., 2005).

5.2. İşbirliği Modelleri

Farklı meslek veya uzmanlıklar arasındaki iş ilişkilerini tanımlamaya yönelik zamanla gelişmiş işbirliği modelleri mesleki özerklik veya eşitlik durumuna göre birbirinden ayrılmaktadır (Satin, 1994). Kısaca bu modeller, çok disiplinli (multidisipliner), disiplinler veya mesleklerarası ve disiplinler üstü olarak üç temel kategoride incelense de hepsinin ortak paydası “birlikte öğrenme ve çalışma”dır (Leathard, 2004a; Paul ve Peterson, 2001).

5.2.1. Çok Disiplinli İşbirliği Modeli

Disiplin bir çalışma alanı olarak tanımlanmıştır (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/discipline>, Erişim tarihi: 9 Mart 2020). Diğer bir deyişle, bir “bilgi, beceri, uygulama ve değerler” bütününi temsil eden uzmanlık veya mesleğin yerine kullanılır (Satin, 1994). Buradan hareketle, çok disiplinli işbirliklerinde farklı meslekten her bir uzmanın ortak bir amaç doğrultusunda fakat diğerlerinden bağımsız şekilde faaliyet göstererek kendisine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirmesi

söz konusudur (D'Amour ve ark., 2005; Paul ve Peterson, 2001; Satin, 1994). Hiyerarşik yapısı, görev dağılımı ve bir koordinasyonun bulunduğu bu tür işbirliklerinde, sorunların çözümünde aktif rol alan ekip üyelerinin başkalarının uzmanlık alanına ve yetkinliklerine saygı içerisinde özerk bir şekilde mesleklerini icra ettiği, ekip çalışmasını destekleyen, paylaşımcı “gevşek” bir yapı bulunur (Friedman ve Freidman, 1990; Mariano, 1989; Satin, 1994). Nitekim, bir başka araştırmada, her ne kadar ortaklaşa bir çalışma söz konusu olsa da, bu türden işbirliklerinde taraflar arasında kullanılan yöntemler ekibin diğer üyeleriyle paylaşılmadığından tam anlamıyla bir entegrasyonun olmadığı vurgulanmıştır (Wannenmacher, 2020).

Ayrıca, Létourneau (2008)'a atfen uzmanların genellikle acil durumlarda ve özellikle bir sorunla karşı karşıya kalıp onun üstesinden gelme sırasında kendilerini çok disiplinli işbirliklerine mecbur hissettikleri vurgulanmıştır (Wannenmacher, 2020).

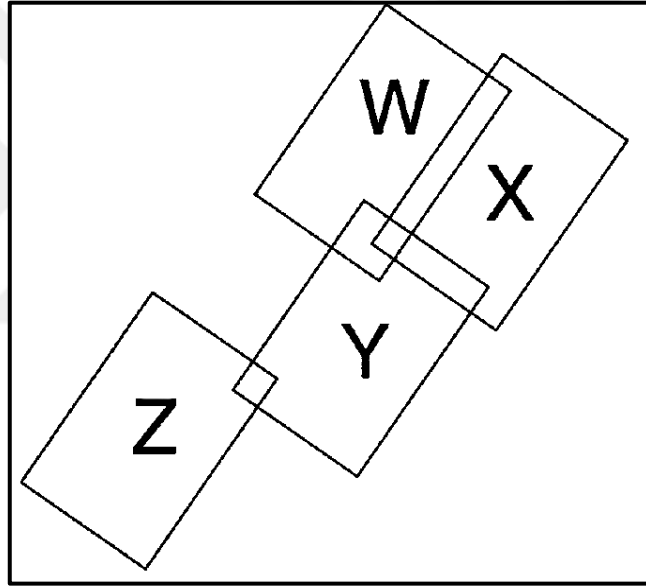
5.2.2. Disiplinler Arası İşbirliği Modeli

Her ne kadar disiplinler arası (interdisciplinary) tamlamasında kullanılan İngilizce'deki “inter” ön eki bazen sadece iki grup arasında anlamına gelse de buradaki “disiplinler arası” veya “mesleklerarası” terimi, aynı hedef doğrultusunda birlikte çalışan farklı uzmanlık alanlarından profesyonellerin arasındaki etkileşimi tarif etmede kullanılmaktadır (Leathard, 2004a).

Disiplinler arası işbirliği modeli şayet bir proje veya iş, farklı disiplinlerden uzmanlar arasında görev paylaşımı yapıldıktan sonra hala çok disiplinli işbirliği modeliyle tamamlanamayacaksa ve tarafların bir koordinasyon içinde birlikte çalışmaları gerekli ise tercih edilir (Sackett, 1990; Satin, 1994). Bunun yanında, burada adı geçen proje veya iş veya çözülmeye çalışılan sorunun birden fazla disiplin veya uzmanlık alanının konusuna girdiğinin altı çizilerek, bu tür işbirliklerinde farklı bilgi, kavram, araç, teknik ve bakış açılarının birlikte değerlendirilmesinin söz konusu olduğu belirtilmiştir (Green ve Johnson, 2015; Satin, 1994). Ayrıca Angelo (1997)'ya atfen, ortak bir plan ve görev dağılımı çerçevesinde işleyen mesleklerarası

işbirliklerinde üstlendiği vazifeden dolayı her bir uzmanın bağlayıcı bir sorumluluğu olduğuna dikkat çekilmiştir (Paul ve Peterson, 2001).

Farklı meslekten uzmanların işbirliğinde birbirleriyle etkileşimleri sırasında mesleki sınırların ve sorumlulukların anlamını yitirmesi ve birbirine geçmesi bir taraftan yeni ihtisas alanlarının ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir (Şekil 13) (Rawson, 1994). Diğer yandan D'Amour ve arkadaşları (1999) ve Paicheler (1995)'a atfen, bunun mesleklerarası işbirliklerinde karşılaşılan en büyük zorluklardan bir tanesi olduğu ve işbirliğinden beklentileri karşılayabilmek üzere ortaya konan esnekliğin bir gerekliliği olduğu belirtilmiştir (D'Amour ve ark., 2005; Rawson, 1994).

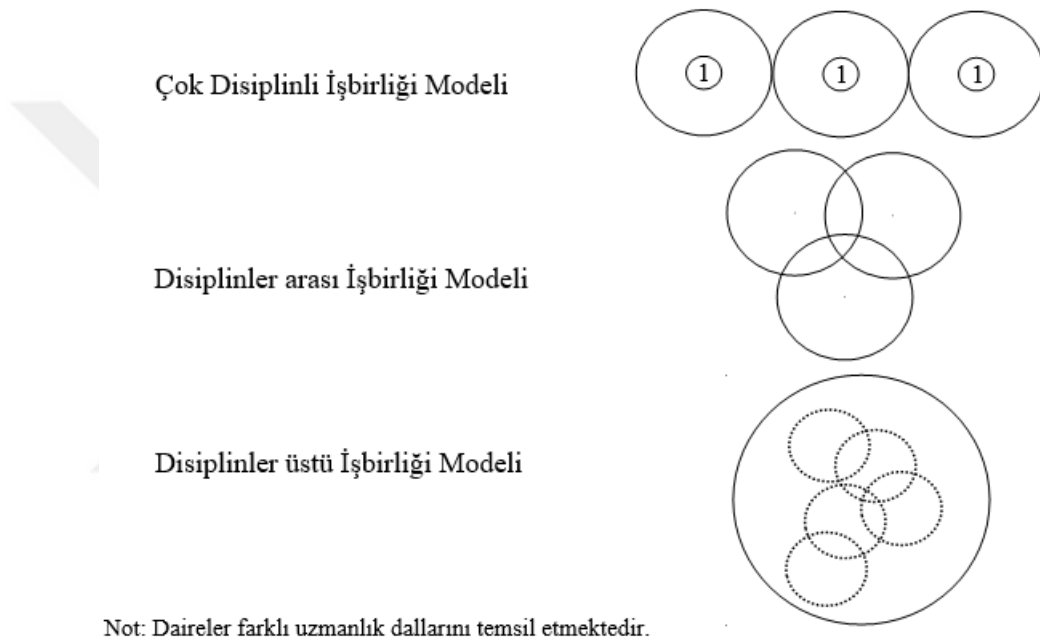


Şekil 13. Sınırları Birbirinin İçine Geçmiş Desen (Rawson, 1994).

Ayrıca, mesleklerarası işbirliğini çok disiplinli işbirliği modelinden farklı kılan bir özellik olarak işbirliği sürecinin farklı zamanlarında ilgili tarafların birbirleriyle etkileşim içinde aktif bir şekilde işbirliği yaptıklarına değinilmiştir (Paul ve Peterson, 2001).

5.2.3. Disiplinler Üstü İşbirliği Modeli

Disiplinler üstü olma bir nevi işbirliğini oluşturan uzmanların aralarındaki etkileşimlerin sonucu ortaya çıkan ve işbirliğinde temsil edilen bütün uzmanlıkların üstünde yeni bir yaklaşım biçimini temsil eder (Şekil 14) (Miller, 2016). Bunun yanında, Létourneau (2008)'a atfen, “disiplinler üstülüğün başlangıçtan itibaren ve her aşamada mevcut olduğu” ve gizlilikten uzak bir “gerçeklik arayışı” yönüne dikkat çekilmiştir (Wannenmacher, 2020).



Şekil 14. Mesleklerarası İşbirliği Modelleri: Çok Disiplinli, Disiplinlerarası, Disiplinler Üstü (Miller, 2016).

Disiplinler üstü işbirliği modeli ise mesleki sınırların neredeyse tamamen ortadan kalktığı ve farklı uzmanlıklardan tarafların uyuşması üzerine kurulu bir işbirliği şeklidir (D'Amour ve ark., 2005; Paul ve Peterson, 2001). İşbirliğine konu olan görevlerin ifası sırasında görev alanları arasında geçişler gözlenirken, yapılması gerekenlerin ekip üyesi uzmanlarla birlikte yerine getirilmesinin adiyattan olduğu bildirilmiştir (Paul ve Peterson, 2001). Bundan dolayı, bu tür işbirliklerinde bütün uzmanlıkları kapsayacak ortak bir vizyona sahip olabilmek adına, kendi uzmanlık dallarını öne çıkarmadan azami düzeyde müzakereye açık olmaları gerektiği belirtilmiştir (Miller, 2016).

5.3. Mesleklerarası İşbirliği Nedir?

Mesleklerarası işbirliği farklı uzmanlık alanlarından iş görenlerin ortak bir amacı gerçekleştirmeye yönelik birbirleriyle uyum ve işbirliği içerisinde ekip olarak hareket etme süreci olarak tanımlanmıştır (Llewellyn-Thomas ve Légaré, 2011). Görüldüğünden daha karmaşık olan ekip çalışmasında, ekip üyelerinin birarada çalışma yeteneklerine bağlı olarak farklı mesleklerden çalışanların oluşturduğu ekiplerin kapasitelerinin üstünde veya altında performans göstermeleri söz konusudur (Goleman, 1998).

5.3.1. Mesleklerarası İşbirliğinin Özellikleri

Mesleklerarası işbirliğinde farklı meslek çalışanları kendi mesleklerinin sınırlarına hapsolmaksızın, ekip üyeleriyle birlikte karar alarak ortak amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik azami etkileşim içinde birbirleriyle işbirliği yaparlar (Gougeon ve ark., 2017). Bir başka deyişle, eskiden tek bir uzmanlık alanından olanların yerini farklı mesleklerden çalışanların aldığı, uzmanlık alanları ve meslek sınırlarının ötesine geçilerek yapılan bir işbirliği durumu söz konusudur (Kennedy, 2001).

Ayrıca, mesleklerarası işbirliklerinde birbirlerine saygı ve güven duyan ekip üyelerinin birbirleriyle uyumlu ve eylem birliği içinde birlikte çalışırken aynı zamanda bilgilerini arttırdıkları belirtilmiştir (D'Amour ve ark., 2005; Doran, 2005; Leathard, 2004a; Panel, 2011). Kısaca, bu türden işbirliklerinde ekip üyeleri arasındaki ilişkilerin öne çıkan dört karakteristik özelliği bulunmaktadır. Bunlar; birlikte çalışabilme ve öğrenme, koordinasyon ve işbirliği (Panel, 2011). Mesleklerarası işbirliğiyle ilgili kullanılan ve birlikte çalışma ve öğrenmeyi ifade eden kelimeleri kavram, süreç ve kuruluş bazlı olarak sınıflandırmak mümkündür (Tablo 2) (Leathard, 2004a).

Tablo 2. Mesleklerarası Çalışmayla İlgili Kullanılan Kelimeler (Leathard, 2004a).

Kavram Bazlı	Süreç Bazlı	Kuruluş Bazlı
Disiplinlerarası	Ekip çalışması	Kuruluşlararası
Çok disiplinli	Ortaklaşa çalışma	Çok sektörlü
Çok meslekli	Birleşme	Sektörler üstü
Meslekler üstü	Müşterek çalışma / planlama	Sağlık iş ortaklığı
Disiplinler üstü	İşbirliği	Konfederasyon
Bütünsel	Entegrasyon	Federasyon
Genel	Yerel planlama	Konsorsiyum
	Koordinasyon	Forum
	Birleştirme	Enstitülerarası
	Bağlantı	Yerel gruplar
	Birlikte öğrenim	

Diğer taraftan, “uygun şekilde motive olmuş” kişilerin işbirliği yapmaları halinde daha etkili oldukları belirtilirken, “iyi işbirliğinin bilimden çok, sanat veya belki de kimya” ile ilgili olabileceği vurgulanmıştır (<http://www.ideachampions.com/downloads/collaborationresults.pdf>, Erişim tarihi: 20 Şubat 2020). Benzer şekilde, Goleman (1998) da yapılan çok sayıda çalışma sonuçlarına dayanarak, ekip üyeleri arasında “gerçek bir sinerji” sağlandığında ekip performansının üst seviyeye çıktığını ve bu sinerjinin ise ekip üyelerinin birbirleriyle “kimya”larının tutmasından kaynaklandığını belirtmiştir.

Yapılan ulusal bir araştırmada ise, ekip üyelerinin yönetici ve takım arkadaşlarınca desteklendiği ve katılımcılığın özendirildiği bir takım ortamının, bilgi paylaşımını, yardımlaşmayı ve ekip içi dayanışmayı dolayısıyla da mesleklerarası işbirliğini artıracak şekilde olumlu yönde etkileyeceği belirtilmiştir (Yener, 2017). Diğer taraftan Kennedy (2001) ise, mesleklerarası işbirliğinin tüm ekip üyelerinin “ortak çaba”sı olmasının gerekliliğini ve bu durumun ekip çalışmasının özünü teşkil ettiğini vurgularken, ekip çalışmalarında rehberlik ve liderliğe olan ihtiyaca dikkat çekmiştir. Yanı sıra, bu ortak çaba ve amaç etrafında bir araya gelerek işbirliği kültürünü geliştirmenin defalarca uygulamayı gerektirdiği çünkü işbirliği süreçlerinin çok uzun ve karmaşık organik bir yapıya sahip olduğu yinelenmiştir (Green ve Johnson, 2015; Prusak, 2011).

5.3.2.Mesleklerarası İşbirliğinde Zorluklar

Farklı meslek erbaplarının kendi disiplinleri dışında başka meslekler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaya ve bu konudaki eğitimden gelen eksikliğe bağlı olarak mesleklerarası ilişkilerin karmaşıklığı tam anlaşılamamaktadır (D'Amour ve ark., 2005). Bundan ayrı olarak, bir de her bir mesleğin kendi mesleklerini icrasında izledikleri bir yol haritası, mesleki değerleri, başka mesleklere bakış açılarını etkileyebilecek değer yargılarının olması mesleklerarası işbirliğinde dikkate alınması gerekli konular olarak önerilmiştir (Clark, 1995; Petrie, 1976).

Petrie (1976) de farklı disiplin ve meslekten kişilerle işbirliği yapmadaki temel zorluğun meslekler arasındaki “kavramsal ve kategorik farklılıklar” dan kaynaklandığına işaret etmiştir. Bu farklılıkların giderilmesi için de işbirliğindeki amacın net, kolay anlaşılabilir olmasını ve tüm ekip elemanlarınca tam olarak benimsenmesi, kendi alanlarında yetkin olan ekip elemanlarının aynı zamanda risk alabilir yapıda olmalarını ve yönetimin sağlayacağı desteklerin son derece önemli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, bir kısmı bu farklılıklardan kaynaklanan, güç çekişmeleri, mesleki statüler ve ücret farklılıkları, birbiriyle çelişen hedef ve öncelikler ile ekip içerisindeki görev ve sorumluluk alanlarındaki belirsizliklerin yanısıra farklı meslekten olanların birbirlerine karşı tutum ve gizli önyargıları ile mesleğe has terminolojilerin kullanımından kaynaklanan iletişim sorunları da mesleklerarası ekip çalışmasının zorlukları arasında gösterilmiştir (Coster ve ark., 2008; Leathard, 2004a; Owens ve ark., 1995; Pietroni, 1992).

Hall (2005) ise bu konuda her mesleğin kendine özel bir dünyası ve sorunların üstesinden gelme tarzı olduğunu vurgularken, her bir meslek erbabının “dünya”sında başkalarına (farklı meslekten olanlara) yer olmayacak şekilde yetiştirilmelerinin de bir sorun oluşturduğunun üzerinde durmuştur. Diğer taraftan, konuyla ilgili kaynak yetersizliği, işten ayrılan ve yeni işe alımlarla ilgili eğitim ve adaptasyon ihtiyaçlarına da bu konuyla ilgili bir paragraf açmıştır.

Drinka ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada, mesleklerarası işbirliğinde tarafların motivasyonlarının icra edilen mesleğe ve zamana göre değiştiği ve

farklılıklar gösterdiği belirtilerek bunun da işbirliğine olumsuz etkisi üzerinde durmuşlardır. Normal çalışma koşullarında işbirliği sırasında paylaşımcı ve katkı sağlayan çalışan motivasyonun stres ve çatışma koşullarında yerini kendi meslek sınırlarına çekilerek bireysel bir motivasyona bırakmasının da işbirliğinde dikkate alınması gereken bir sorun olabileceğini belirtmişlerdir.

5.4. Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliği

Sorumlulukların ekip üyelerince paylaşıldığı sağlık hizmetlerinde farklı meslek uzmanlarının yer aldığı takım çalışmasını hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde sıklıkla görebiliriz (Kennedy, 2001). Burada dikkat edilmesi gereken konu ise, yine sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan, tek bir meslekten çalışanların yer aldığı ve içlerinden en kıdemli olanın önderliğinde yürütülen takım çalışmasının mesleklerarası takım işbirliğine örnek teşkil etmediğidir (Kennedy, 2001). Başka bir deyişle, hastanın menfaatini gözeten sağlık hizmet sunumu, koşulları itibarıyla tek bir meslek grubunun icrasından çok ekip çalışmasını gerektirir (Kennedy, 2001; Paul ve Peterson, 2002).

Sağlık hizmetlerinde “mesleklerarası takım işbirliği”nin geçmişi 1960’lara kadar gitmekte olup, bir dönem hastalıkla ilgili süreçler, teşhis ve tedaviye yönelik teknolojilerin gölgesinde kalmaktan kurtulamamıştır (Gougeon ve ark. 2017; Satin, 1994; Yener, 2017). 21. yüzyılın başlarından itibaren ise, çeşitli bakım personelleri, hasta ve bakımını üstlenenler gibi diğer paydaşların da süreçlere dahil edilmesiyle bu konudaki araştırma ve uygulamaların kapsamı genişlemiştir (Gougeon ve ark. 2017). Engel ve Gursky (2004) ise, medikal teknolojinin de yardımıyla erken teşhis ve tedavi alanındaki gelişmeler, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması gibi sebeplerle ortalama yaşam ömrünün artmasıyla sağlık hizmetlerine olan talepteki artışa dikkat çekerek yakın bir zamanda bu ihtiyacı karşılamakta yetersiz kalınacağına değinmiş, çözüm olarak da “sektör içi ve dışından işbirliği ve ortaklıkları” göstermişlerdir. Coidakis-Barss (2015) ise sağlık hizmetlerinde mesleklerarası işbirliğinin ekonomik faktörlerin de etkisiyle sektörün içinden geçtiği değişim ve dönüşümün bir sonucu olduğunu belirterek meslek odaklı sağlık hizmet sunumunun dönüşerek yerini hasta merkezli hizmete bıraktığını vurgulamıştır.

Tanım olarak mesleklerarası işbirlikçi çalışma, sunulan hizmetleri geliştirmek ve iyileştirmek maksadıyla, farklı çalışma alanlarından iki veya daha fazla uzmanın hasta ve yakınları ve toplumun ilgili kesimleriyle birlikte çalışarak bütüncül sağlık hizmetleri sunma ve aynı zamanda birbirlerinden bir şeyler öğrenmesi anlamına gelir (Dünya Sağlık Örgütü, WHO, 2010; Profesyoneller Arası İş birliği Eğitimi, IPEC, 2011). Gougeon ve arkadaşları (2017) mesleklerarası takım işbirliklerini detaylandırmıştır. Tam işbirliğine örnek olarak, “ekip üyeleri arasında yapılandırılmış iletişim, entegre bakım planına sahip olma ve hasta veya vekilinin karar verme sürecine katılması” verilmiştir. Şayet entegre bakım planı yok, fakat ekip üyeleri arasında yapısal bir iletişim var ve hasta veya vekili en az bir uzman ile irtibat halindeyse bunun bir kısmi işbirliği olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, hasta veya yakınının görüşü alınmıyor ve ekip dışından uzmanların görüşlerine başvurulması durumu söz konusuysa, bunun işbirlikçi olmayan bir ekip çalışması olduğu vurgulanmıştır. Bir başka araştırmada ise, mesleklerarası takım işbirliklerinin öne çıkan özellikleri ile aralarındaki bu tür farklılıklar Malone ve arkadaşlarının (1993) çalışmasından esinlenerek sağlık hizmetlerine uyarlanmıştır (Tablo 3) (Coidakis-Barss, 2015).

Tablo 3. Çok Disiplinli, Disiplinler Arası ve Disiplinler Üstü Ekiplerin Özellikleri (Coidakis-Barss, 2015).

Özellik	Çok Disiplinli	Disiplinler arası	Disiplinler üstü
Odak	Mesleki odaklanma kimliğe	Ekip kimliği ve çalışmasına odaklanma	Hastanın programı doğrultusunda odaklanma
İş İlişkisi	Uzmanlar birbirinden bağımsız çalışırlar	Uzmanlar takım halinde çalışırlar	Uzmanlar mesleki sınırlar olmaksızın aile ile ekip halinde çalışır
Bilgi Entegrasyonu	Bilgi entegrasyonu yok	Bilgi entegrasyonu var	Bilgi entegrasyonu var
Aile / Hastanın Bakıma Katılım Düzeyi	Hasta veya ailenin katılımı yok	Hasta ve aileden edinilenler; hasta / aile ihtiyaçları arasındaki ilişki	Takım hedeflerini belirlemede hasta ve aile ihtiyaçları baskındır

Sağlık Hizmeti Sunumu	Hastaya gerekli olan tedaviler alt gruplara ayrılmak suretiyle yapılır, herkes kendi alanından sorumludur	Hastaların ihtiyaçlarına yönelik farklı uzmanların koordinasyonu içinde sağlık hizmeti sunumu. Ortak kaynak kullanımı, hedef birliği ve ortak sorumluluk içinde hizmet sunumu vardır.	Hastanın sorunlarına odaklı işbirliği içinde bir ekip çalışması ve karar alma vardır.
-----------------------	---	---	---

Öte yandan, sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimleri boyunca hizmet verdikleri hastalara ve kendi mesleklerinin icrasına yönelik mesleğe özgü bir anlayışla yetiştirilmelerinin mesleklerarası işbirliklerine olan etkisi de tartışılmıştır (D'Amour ve ark., 2005). Her ne kadar mesleki eğitimle gelen disiplinlere özgü sınırlar ve farklı meslek çalışanlarıyla olan ilişki tarzları mesleki rollerin ayrıştırılmasına ve meslek bağımsızlığına hizmet etse de aynı zamanda mesleklerarası işbirliğinde engel teşkil edebileceğine dikkat çekilmiştir (Booth ve Hewison, 2001, D'Amour ve ark., 2005).

Bir diğer engelin de ekip lideri ile ekip üyelerinin birlikte çalışma ve kendi aralarındaki iletişimde zaafa düşmeleri olduğuna ve bunun sonucu olarak da hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin sektöre uğramasıyla karşı karşıya kalılabileceği belirtilmiştir (Kennedy, 2001; Leathard, 2004a). Bu arada, mesleklerarası işbirliklerinde ekip lideri olmak için kıdem, ünvan veya bir hekim olma gibi bir zorunluluğun bulunmadığı, yetenek ve ekip içindeki fonksiyon baz alınarak liderin belirlendiğinin altı çizilmiştir (Kennedy, 2001).

Bunun dışında Hardy ve arkadaşları (1992)'na atfen, mesleklerarası işbirliğinde karşılaşılan uzmanlık alanı kaynaklı engellere değinilmiştir. Bunlar, farklı disiplinler arasındaki rekabet ve çekişme; “mesleki değerlerle ilişkili problemleri içeren konular ve profesyonel kişisel çıkar”; üstünlük kurma çabası; mesleki eğitimden kaynaklanan hizmet verilen hastalarla ilgili birbiriyle çelişebilen farklı görüş ve yaklaşımlar; “ihtisas alanları, uzmanlıklar ve beceriler arasındaki farklar”dır (Leathard, 2004a). Ayrıca, sağlık sektöründe mesleklerarası işbirlikçi çalışma uygulamalarının, çeşitli sebeplerden dolayı alınan tedbirler veya yürürlüğe giren yeni düzenlemelerden kaynaklanan, özellikle doğrudan hizmet sunumuna katkısının olmadığı düşünülen

durumlarda sonlandırılan ve hatta birim veya ekiplerin dağıtılmakla karşı karşıya kaldığı durumların olduğu ifade edilmiştir (Clark ve ark., 2007).

Hornby ve Atkins (2008) ise mesleklerarası takım işbirliklerinde hastaların ekip üyeleri arasındaki çekişme ve görüş farklılıklarından olumsuz etkilenebileceklerine dikkatleri çekmiştir. Sunulan hizmet sırasında gerekli olan bir değişiklik konusunda iki takım üyesinin aynı fikirde olmalarına rağmen, sorumluluğu birbirlerine atmaları ve gerekli aksiyonu diğerinden beklemeleri dolayısıyla bu durumun hastanın aleyhine olacağı belirtilmiştir. Bir diğer olumsuzluk ise ekip üyeleri hastaya verilecek hizmet konusunda birbirleriyle çelişen görüşlere sahip olduğu durumdur. Şayet durum erken fark edilip gereği yapılmazsa, hasta sunulan hizmetten olması gerektiği gibi fayda göremezken ilave sorunlarla baş etmek zorunda kalabilecektir.

Diğer taraftan, mesleklerarası işbirliklerinin sağlık hizmetlerinde görülen faydalarıyla ilgili McGrath (1991)'ın zihinsel engelli hastaların bakım hizmetlerine yönelik yaptığı araştırma sonuçlarından aktarıldığına göre, iş gücünün daha verimli kullanılması, hizmet sunumunda verimlilik artışı ve çalışma ortamındaki olumlu katkılarından dolayı çalışan memnuniyetinde artış olarak tespit edilmiştir (Leathard, 2004).

5.4.1. Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliği

Önceki bölümde geçen sağlık hizmetlerinde mesleklerarası işbirliğindeki görüş ve tespitlere ek olarak, farklı kültürden insanların teşhis ve tedavileri sırasında dini inanç ve kültürel farklılıklardan dolayı sağlık hizmet sağlayıcılarının bir takım yeni zorluklarla karşılaştıkları bildirilmiştir (Abdel-Wahab, 2014; Ayonrinde, 2003; Nash, 2014; Westermeyer, 1990; Zahr ve Hattar-Pollara, 1998). Bu zorlukların kök-neden ilişkilerine bakıldığında, karşımıza farklı kültürden hastaların hastalık ve sağlık anlayışı, yetiştirilme tarzı, aile faktörü ve gelenek ve göreneklerin hasta davranışları üzerindeki etkileri çıkmaktadır ki, tüm bunlar sağlık hizmeti verenler ile hasta ve yakınları arasındaki ilişkileri ve hizmet çıktılarını olumsuz etkilemektedir (Zahr ve Hattar-Pollara, 1998).

Diğer önemli bir sorunun da hasta ve sağlık hizmeti verenlerin aynı lisanı konuşmamasından kaynaklandığıyla ilgili çeşitli araştırmalar vardır (Kuo ve Fagan, 1999; Matsumoto, 2017; Turner, 2015). Örneğin konuyla ilgili yapılan bir araştırmada, kültürel yapının cinsiyetlere yüklediği farklı roller, güven ilişkileri, “hasta ve tercüman arasında paylaşılan sosyo-kültürel bilgi” ile sözel olmayan iletişim gibi başka sosyo-kültürel faktörlere de dikkat çekmiştir (Matsumoto, 2017). Ayonrinde (2003) ise bu gibi durumlarda hekim ile iki lisan bilen hasta arasında ortak olan lisanı kullanmayı teklif etse de hekim veya hastanın yabancı dilin tüm detaylarına vakıf olamayacağını belirterek iletişim sırasında bir tercümandan faydalanılması gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanında, hasta, hekim ve tercüman arasındaki üçlü iletişimdeki karmaşıklığa değinmiş, bu yüzden de tecrübe ve yetkinliğin önemini vurgulamıştır. Westermeyer (1990) ise bu üçlünün iletişimi sırasında etik açıdan ve yasal olarak hekimin amir rolüne dikkat çekmiş, ancak konunun basit bir tercümanlıktan çok daha karmaşık olduğunu belirtmiştir. Örneğin hastanın, hekim ve tercümanın her ikisinden de vazgeçebilme ve hizmeti sonlandırma hakkına sahip olsa da bu iki meslek erbabı karşısında kendisini çaresiz hissetmesi söz konusu olabilmektedir. Bir başka açıdan ise hekim aynı dili konuşan ve muhtemelen aynı kültürden iki yabancı ile karşı karşıyadır ve bu onun için çok rahatsız edici bir durumdur. Bu girift durumda hekim ile tercüman veya yorumlayıcı birbirlerine muhtaçtırlar ve işbirliği yapabilmeleri için birbirlerine güven ve saygı duymaları şarttır. Diğer bir deyişle, farklı dil ve kültürden hastalarla iletişim kurma ve sağlık hizmeti sunumunda, tüm ekip üyelerinin birbiriyle etkin işbirliği yapması gerekliliği vardır (Turner, 2015). Bu açıdan, hasta hizmetlerinin aslında hiçbir “kimse, grup, meslek, departman veya kuruluşun” tekelinde olmadığı, tersine ekibi oluşturan tüm bireylerin farklı bakış açılarının, katkılarının ve işbirliğinin gerekli olduğu görülmektedir (Plummer ve Richards, 2015). Zaten sağlık hizmetlerinde işbirliğinin temel amacı da ekip üyelerinin diğer özelliklerine bakmaksızın birbirleriyle etkili bir iletişim kurarak hastanın sağlık sorunlarını tanımlayıp çözmek ve bunu yaparken de meslek farklılıklarını kabul ederek ortak hedef doğrultusunda birlikte çalışabilmektir (Perkins ve Tryssenaar, 1994). Ayrıca, farklı meslekten çalışanların sadece kendi aralarında değil aynı zamanda hasta ve yakınlarıyla da işbirliği yapmasına ihtiyaç vardır (Simpson ve ark., 2001).

Bunun dışında, “insani bir faaliyet” olarak işbirliklerinin doğasından kaynaklanan bir takım iletişim problemleri de söz konusudur (Hornby ve Atkins, 2008). Bu problemlerle ilgili ekip üyeleri arasındaki mesleki statü, ücret farklılıkları ve gizli önyargılar gibi faktörlerle eğitim eksikliğine çeşitli araştırmalarda dikkat çekilmiştir (Coster ve ark., 2008; Leathard, 2004a; Owens ve ark., 1995; Pietroni, 1992). Örneğin yapılan bir çalışmada, farklı dil ve kültürden hastaların tedavisinde görev yapan tercümanların diğer sağlık çalışanlara göre uzmanlık düzeylerinin en alt düzeyde ve “düşük prestije” sahip olduğu belirtilmiştir (Rosenberg, 2001). Green ve Johnson (2015) ise bazı meslek üyelerinin başka meslek mensuplarınca “bir yabancı” olarak görülerek işbirliği yapılmak istenmeyebileceğine dikkat çekmiştir. Bununla beraber yine aynı çalışmada, bazı meslek gruplarının sosyal statü olarak kendilerini daha alt seviyede görmelerinden dolayı başka meslekten olanlarla iletişime geçmekten korkmalarının işbirliğinin önündeki engellerden biri olduğu ifade edilmiştir.

6. ARAŞTIRMA KONUSU HAKKINDA YAPILAN SON ÇALIŞMALAR

Araştırmacı Hendricks (2018), alanyazında sağlık hizmetlerinde özellikle işi duygusal emek gerektiren sağlık profesyonellerinin duygusal zekâlarını etkileyen unsurları araştıran çalışmaların azlığına dikkat çekmiştir. Bu eksikliği gidermeye yönelik araştırmacı yaptığı doktora çalışmasında akıl sağlığı hizmetlerinde çalışan profesyonellerin duygusal zekâlarının kültür ve cinsiyet açısından ilişkisini incelemiştir. Özbildirim şeklinde internet üzerinden yapılan bu araştırmaya sosyal ağlar (LinkedIn ve Facebook gibi) üzerinden ulaşılan 6 kıta ve 55 ülkeden toplam 463 akıl sağlığı profesyoneli katılmıştır. Araştırmada katılımcıların duygusal zekâ değerlendirmesi için Wong ve Law Duygusal Zekâ Ölçeği (WLEIS)’nden faydalanılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, katılımcıların genel duygusal zekâları ile yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, duygularını yönetmede erkeklerin kadınlara kıyasla daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal zekânın iş performansı üzerindeki etkilerinin araştırıldığı başka bir araştırmada ise, Avunduk (2016) farklı iki meslek grubu olan tıp doktorları ile toplu ulaşım şoförlerini karşılaştırmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan 387 tıp doktoru ve 465 İETT şoförüne ait veriler öz değerlendirme anketleri aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların duygusal zekâ değerlendirmeleri için Bar-On’un “Duygusal Zekâ Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre duygusal zekânın her iki meslek grubunda da iş performansını etkilediği tespit edilmiş olup, cinsiyet, medeni durum, yaş grupları ve eğitim düzeyleri açısından duygusal zekâ puanları alt boyutlar düzeyinde analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, tıp doktorları arasında duygusal zekânın tüm alt boyutlarında cinsiyet bakımından anlamlı bir farklılık görülmezken, şoförler arasında kadınların duygusal zekânın bağımsızlık, kendine saygı, duygusal benlik bilinci, dürtü kontrolü ve iyimserlik alt boyutlarındaki skorlarının erkeklere göre anlamlı biçimde daha yüksek oldukları tespit edilmiştir. Kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, empati, esneklik, problem çözme ve strese dayanıklılık gibi diğer alt boyutlarında ise bir farklılık bulunmamıştır. Medeni durum açısından tıp doktorları arasında duygusal zekânın tüm alt boyutlarında yapılan

analiz sonuçlarına göre, evli olan tıp doktorlarının evli olmayanlara göre dürtü kontrolündeki skorlarının anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Duygusal zekânın diğer alt boyutlarının hepsinde tıp doktorları arasında medeni durum açısından anlamlı sayılacak bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Şoförler arasında da ise, bekâr şoförlerin duygusal zekânın bağımsızlık, kararlılık, duygusal benlik bilinci, esneklik, gerçeklik, dürtü kontrolü ve mutluluk alt boyutlarındaki skorlarının evli olan şoförlere göre anlamlı şekilde daha yüksek oldukları tespit edilmiştir. Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre, yaş gruplarına göre tıp doktorları arasında duygusal zekânın bağımsızlık alt boyutu haricindeki diğer alt boyutların tamamında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bağımsızlık puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, 31-40 yaş aralığındaki tıp doktorlarının 30 yaş altı ve 51 yaş üstü tıp doktorlarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Şoförlerde ise, duygusal zekânın tüm alt boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı ölçüde bir farklılık bulunmamış, sadece kendine saygı alt boyutunda anlamlı olmasa da zayıf ölçüde 51 yaş üstü şoförlerin diğer yaş gruplarındaki meslektaşlarına göre daha iyi olduğu gözükmektedir. Diğer bir bağımsız değişken olan eğitim durumuna göre yapılan analiz sonuçlarına göre, tıp doktorları arasında duygusal zekânın alt boyutları bakımından analiz edildiğinde, uzmanların kendini gerçekleştirme puanında profesörlere göre, kendine saygı puanında pratisyen doktora göre, empati, esneklik ve iyimserlik alt boyutlarında ise doçent ve profesörlere göre en düşük alarak anlamlı şekilde ayrıştığı tespit edilmiştir. Öte yandan analiz sonuçları, lise ve üniversite mezunu şoförler arasında duygusal zekânın tüm boyutlarında anlamlı ölçüde bir farklılık bulunmazken, gerçeklik boyutunda üniversite derecesine sahip şoförlerin skorlarının lise eğitilmiş şoförlere nazaran daha yüksek olduğuna dair zayıf bir farklılık olduğunu gösterir bir delil olduğu bulunmuştur.

Arora ve arkadaşları (2010) tarafından tıpta duygusal zekâ üzerine yayınlanmış 485 yayın arasından belirli kriterleri sağladığı tespit edilen on bir tanesi mezuniyet sonrası, dört tanesi lisans eğitimi sırasında ve sonuncusu da tıp fakültesine başvuranları kapsayan toplam on altı adet bilimsel çalışma “Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi” (ACGME) yeterlilikleri çerçevesinde sistematik olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak makalelerin özellikle hekimler veya tıp

öğrencileri ilgili deneysel çalışma olmasına dikkat edilmiş, sadece hastalar, hemşireler veya diğer meslek grupları üzerine yapılmış araştırmaların yer aldığı makaleler dışlanma kriteri sayılmıştır. Çalışmaya dahil edilen on dört makaleden üçünde Bar-On'un "Duygusal Zekâ Ölçeği", iki tanesi Shuttle ve arkadaşlarının "Shuttle Duygusal Zekâ Öz Değerlendirme Testi", ikisinde "Kişisel Meta Ruh Hali Ölçeği" ve iki tanesinde de "Wong ve Law Duygusal Zekâ Ölçeği (WLEIS)" duygusal zekâ değerlendirmesinde kullanılan araçlardandır. Cinsiyete göre duygusal zekâların değerlendirildiği yedi çalışmadan altısında kadınların erkeklerden daha yüksek duygusal zekâyâ sahip olduğu belirlenirken, altı çalışmada da yüksek duygusal zekânın takım çalışması ve iletişim becerilerine olumlu yönde katkısı olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, hekimler üzerine yapılan bir çalışmada fakülte üyesi ve mesleğinin baharında olan genç hekimler arasında duygusal zekâ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Hekimlerin yaşı ve duygusal zekâları arasında arasındaki ilişkinin incelendiği iki çalışmadan birincisinde hekimlerin yaşı veya tecrübesiyle duygusal zekâ arasında olumlu yönde ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cerrahi asistanlardan oluşan örneklem üzerindeki ikinci araştırmanın sonuçlarına göre de asistanın ne yaşı ne de eğitim düzeyi ile duygusal zekâları arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışmalarının sonuç bölümünde, araştırmacılar tıp eğitiminde duygusal zekânın hem eğitsel hem de klinik sonuçların iyileştirilmesinde pedagojik olarak uygulanma potansiyeline dikkat çekmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde McDonald (2015) tarafından yapılan bir araştırmada üst düzey sağlık yöneticisinin duygusal zekâsı ile çalışan memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Meslek odaları üzerinden ulaşılan katılımcılardan internet ortamında oluşturulan anketleri cevaplandırmaları istenmiştir. Toplam 31 üst düzey sağlık yöneticisinin katıldığı çalışmada, duygusal zekâ değerlendirmesi amacıyla 141 ifadeden oluşan "Mayer-Salovey-Caruso Duygusal Zekâ Testi (MSCEIT)" kullanılmıştır. Yapılan ANOVA ve bağımsız grup t testi analiz sonuçlarına göre, üst düzey sağlık yöneticilerinin duygusal zekâlarının yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Araştırmacı örneklem büyüklüğünün sınırlı sayıda yöneticiyi kapsamasının araştırmanın bu sonuçları üzerinde etkisi olabileceğini, fakat vakti çok az ve fazla

seyahat eden üst düzey sağlık yöneticileri hakkındaki elde edilen bu sonuçların dolaylı olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta memnuniyetine etkileri açısından önemli olduğunu vurgulamıştır.

Duygusal zekâ üzerine başka bir araştırmada McCallin ve Bamford (2007) duygusal zekânın farklı disiplinlerden uzmanların yer aldığı ekiplerin etkinliği üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın  rneklemi, Yeni Zelanda'da bir metropolde bulunan iki eğitim hastanesindeki 7 disiplinden toplam 44 sağlık çalışanıdır. Araştırma toplam 80 saatlik görüşmenin yanında 80 saatlik katılımcı gözlemini içermektedir. Toplanan veriler sürekli olarak karşılaştırılmış ve gömülü teori kullanılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmada, başta hemşireler olmak üzere pek çok katılımcının, mesleki sınırlar belirsizleştiğinde, güvenlik sorunlarına karşı habersiz, duyarsız veya aşırı duyarlı oldukları tespit edilmiştir. Bulgular doğrultusunda araştırmacı disiplinler arası ekip çalışmasının daha geniş boyutları olan duygusal zekâya az önem atfedildiğini belirtmiştir. Araştırmacı disiplinler arası çalışmanın sağlık profesyonellerini zorlayan yönlerini, bir tarafta zaten var olan mesleki çalışma ilkelerindeki farklılık ve mesleki güven eksikliğinin üstüne disiplinler arası çalışmanın bir gerekliliği olarak ortaya çıkan mesleki sınırların belirsizleşmesiyle ortaya çıkan karmaşıklık, diğer tarafta ise bir arada etkili bir şekilde ekip halinde çalışma olarak özetlemiştir. Bu karmaşıklık ve belirsizliğin ortasında ekip çalışması ve güven ortamının dengelenmesi gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları ekip elemanlarının bir taraftan hizmet şartlarının gerektirdiklerini yerine getirirken diğer taraftan da ekip üyelerinin basmakalıp düşünceden uzak, farklı düşüncelere saygı içerisinde, diyalog kültürü ve karşılıklı müzakere sayesinde hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları sorunlarla baş etmeyi zamanla öğrenmeye çalıştıklarını ortaya koymuştur. Araştırmacılar sağlık hizmetlerinin devamlı değişen yapısı ve uygulamadaki yenilikçi yaklaşımların çalışanlar açısından stres ve endişe kaynağı olduğunu ve aynı zamanda ekip içi çatışmalara zemin hazırladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca her sağlık çalışanının hizmet standartlarını karşılamak üzere mesleklerini belirli bir şekilde icra etmek üzere ama daha çok mesleki ve teknik becerilerinin geliştirilmesi hakkında eğitim aldıkları vurgulanarak, bakış açısı ve hizmet yaklaşımı birbirinden farklı başka meslek ve disiplinden çalışanlarla birlikte çalışmanın teknik

ve mesleki becerilerden daha çok gelişmiş beşerî ve sosyal beceriler gerektirdiğine dikkat çekmişlerdir. Neticede de ekip üyelerinin etkileşime dayalı becerilerinin ve duygusal zekâlarının ekibin davranışlarına ve performansına yansımalarının kaçınılmaz olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada ayrıca ekip üyeleri alternatif farklı bakış açılarını değerlendirecek duygusal zekâyâ sahip iseler ve sağlık çıktılarını iyileştiren farklı disiplinlerden ekip elemanlarının yaptıkları katkıların değerini kabul ederlerse, bu sayede mesleklerarası güvenliğin oluşmasına katkı sağlanacağı da belirtilmiştir. Araştırmacılar sonuç olarak, öz farkındalık, öz yönetim, sosyal farkındalık ve sosyal becerilerin sadece duygusal zekânın değil aynı zamanda etkin bir ekip çalışması için olmazsa olmaz özelliklerden olduğunu belirtmişlerdir.

Kültürel zekâ hakkında yapılan araştırmalara gelince, örneğin Aksoy (2013) çok kültürlü ortamlarda kültürel zekânın rolünü araştırdığı çalışmasını Türkiye Opet ile Alman Fuchs şirketlerinin beyaz yakalı çalışanlarının bu iki şirketin birleşmesi sonrasında kültürel zekâlarındaki olası değişim tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılan idari personellerin kültürel zekâ değerlendirmesinde araştırmacının kendisinin Türkçe diline uyarladığı “Kültürel Zekâ Ölçeği” kullanılmıştır. Bir örnek olay çalışması olarak yapılandırılmış olan ve bir yıl ara ile iki aşamalı olarak uygulanan bu karşılaştırmalı araştırmada, niceliksel ve niteliksel yöntemler birlikte kullanılmıştır. Birinci aşamada uygulanan anket çalışmasına 115 katılım, ikinci aşamaya ise 106 katılımın olduğu araştırmada her iki ankete de katılan sayısı 87 olmuştur. Birinci aşamada elde edilen anket verileri üzerinden yapılan analizler sonucunda cinsiyete göre, kültürel zekânın sadece üst bilişsel yönü açısından anlamlı bir farklılık bulunurken, toplam kültürel zekâ ve bilişsel, davranışsal ve motivasyonel bileşenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre, yaş grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilemezken, eğitim düzeyleri arasında kültürel zekânın bir tek bilişsel boyutunda (ilköğretim mezunu ve yüksek lisans derecesi olanlar arasında) anlamlı farklılık görülmüştür. Bir yıl sonra yapılan ikinci aşamada elde edilen veriler üzerindeki analiz sonuçlarına göre ise, bu defa yaş grupları arasında 46-54 yaş grubunun toplam kültürel zekâ puanının 36-45 yaş aralığına göre anlamlı ölçüde yüksek olmasından kaynaklanan anlamlı fark tespit edilmiştir. Birinci aşamaya göre ikinci aşamadaki verilerin analiz sonuçlarındaki

diğer bir farklılık ise cinsiyete göre yapılan analizlerde ortaya çıkmış ve bu defa ne toplam kültürel zekâ ne de kültürel zekânın herhangi bir alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Eğitim seviyesine göre de yine birinci aşamadakinden farklı olarak, istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak, araştırmacı kültürel zekâ ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını vurgulamıştır. Ayrıca, şirket birleşmesi sonrasında işe başlayanlar ile daha önceden itibaren (bir yıldan fazladır) çalışanlar arasında davranışsal kültürel zekâ bakımından önemli bir fark dikkate değerdir. Yerel çalışanların birleşme sonrasında göreve gelen yabancı bir yönetici ile birlikte çalışmalarının kültürel zekâları üzerinde önemli bir değişim yapmadığı da diğer önemli bulgudur.

Bücker ve arkadaşlarının (2015) geniş bir yabancı ülke deneyimine sahip Çinli katılımcılarla yaptığı araştırmada “Kültürel Zekâ Ölçeği (CQS)”nin psikometrik özellikleri test edilmiştir. Çin dışındaki ülkelerde yaşayan farklı alanlarda çalışan toplam 308 katılımcı üzerinde yapılan araştırma bulgularına göre iki boyutlu yapının dört boyutlu yapıya göre kültürel zekâyı daha iyi tarif ettiği görülmüştür. Bu iki boyuttan birincisi, Üst Bilişsel (ÜBİL) ve Bilişsel (BİL) kültürel zekâ ifadelerinin birlikte “İçselleştirilmiş Kültürel Bilgi Zekâsı (İKB zekâsı)” adı verilen tek bir boyutta ve ikincisi olan “Etkin Kültürel Esneklik Zekâsı (EKE zekâsı)” ise Motivasyonel (MOT) ve Davranışsal (DAV) kültürel zekâ ifadelerinin tek bir boyutta ifade edilmiş biçimidir. Araştırma bulgularına göre, kadınların erkeklere göre kültürel zekâlarının bu yeni iki boyutta da anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçla kadınların kültürel zekâyı geliştirme konusunda daha donanımlı oldukları ifade edilirken, kadınların bu özelliğinin kültürlerarası iletişimde erkeklerden daha etkili olmasından kaynakladığı belirtilmiştir. Araştırma bir diğer sonucu da eğitim düzeyinin iki boyutlu kültürel zekânın herhangi birisinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği olmuştur.

Kültürel zekâ hakkında Mercan (2015) tarafından yapılan bir başka araştırmada konaklama işletmelerindeki çalışanların kültürel zekâları incelenmiştir. Araştırma Edremit körfezinde faaliyet gösteren 39 tane turizm belgeli otel işletmesi, pansiyon ve

belediyeden belgeli otel işletme çalışanları arasından toplam 617 personelle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada anket tekniğinden faydalanılmış olup, kültürel zekâ değerlendirmesinde “Kültürel Zekâ Ölçeği (CQS)” kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, kültürel zekânın üst bilişsel, bilişsel, davranışsal veya motivasyonel boyutlarında herhangi birinde kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre, yaş grupları bakımından bilişsel boyutta çok büyük, davranışsal boyutta ise büyük bir fark olduğu tespit edilirken, diğer üst bilişsel ve motivasyonel boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tukey post-hoc testi sonuçlarına göre, 41 ile 45 yaş aralığındaki grubun hem bilişsel hem de davranışsal kültürel zekâ skorlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan çalışanların kültürel zekâsı ve pozisyonlarıyla olan ilişki ANOVA testi aracılığıyla incelenmiş ve davranışsal boyut dışında üstbilişsel, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda çok büyük bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın detayları incelendiğinde, ön büro çalışanlarının kültürel zekânın bu üç alt boyutuyla ilgili skorlarının anlamlı ölçüde diğer mesleklerden mesai arkadaşlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Ayrıca, araştırma sonuçlarına göre davranışsal kültürel zekâ bakımından katılımcıların pozisyonları arasında herhangi anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir başka araştırmada Harris (2017) kendilerine sağlık sektöründe bir meslek belirlemenin arifesinde olan lisans öğrencilerinin ekip temelli öğrenmeye yönelik tutumlarıyla akademik olmayan faktörler olan duygusal zekâ ve kültürel zekâ arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu niceliksel araştırmada anket tekniği kullanılmıştır. Duygusal zekâ ölçeği olarak “Kişisel Duygusal Zekâ Anketi – Kısa Formu (TEIQue-SF)” kullanılırken, kültürel zekânın değerlendirmesi amacıyla “Kültürel Zekâ Ölçeği (CQS)”nden yararlanılmıştır. Araştırmanın örneklemini ABD’nin orta Atlantik bölgesindeki bir üniversitenin iki kampüsünde lisans eğitimi gören ve sağlıkla ilgili bir branşta eğitimlerine devam etmek isteyen 275 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre, genel duygusal zekâ ve alt bileşenleri olan iyilik hali, kendini kontrol etme, duyarlılık ve girişkenlik ile ekip çalışmasına değer verme arasında zayıf ile ılımlı arasında bir kuvvette istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer

ilişki kültürel zekâ ve alt bileşenleri olan üst bilişsel, bilişsel, motivasyonel ve davranışsal yönleriyle incelendiğinde, genel kültürel zekâ ile ekip çalışmasına verilen değer arasında zayıf kuvvette, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâ boyutlarıyla zayıf ile ılımlı arasında bir derecede çok anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, motivasyonel zekânın ekip çalışmasındaki değeri açısından diğer alt boyutlardan ayrılarak öne çıktığı tespit edilmiştir. Araştırmacı bu öğrencilerin okullarından mezun olup sağlık sektöründe bir mesleği icra etmeye başladıklarında, aynı ekipte farklı meslekten diğer mesai arkadaşlarıyla birlikte çalışma fırsatı bulacakları için eğitimleri sırasındaki ekip bazlı öğrenmeye dair edindikleri bilgilerin önemine dikkat çekmiştir.

Öte yandan diğer bir araştırmacı Wright (2016) mesleklerarası etkin çalışma hakkında farklı bir perspektiften, hastaya bakan yakınların bakış açısıyla bir yaklaşım sunmuştur. Araştırmada Kuzey Batı İngiltere’de bulunan ve gayri resmi bakıcılara destek amacıyla kurulmuş merkezlerden bir tanesi aracılığıyla toplam on bir hasta bakıcısına ulaşılmış ve doğalcı yaklaşımdan faydalanılmıştır. İki aşamalı gerçekleştirilen görüşmelerde, ilk önce yaşlı yakınlarına bakan iki bakıcının deneyimleri iki saatlik görüşmeler halinde kaydedilerek hikayeleri elde edilmiştir. Bu hikayeler daha sonra diğer on bir bakıcı ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerde kullanılmıştır. Teorik olarak araştırma, mesleklerarası çalışma hakkındaki mevcut bilgiler ve görüşme yapılan bakıcıların hasta bakımı sırasındaki deneyimlerine dayanmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, hizmet veren profesyonellerin diğer mesleklerden uzmanlarla etkili bir şekilde iletişim kurabilmesi için ilk önce hasta bakımının arka planındaki gerçekleri anlayarak hasta ve yakınlarını aktif olarak dinlemesinin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan araştırmada sağlık hizmetlerinde yoğun bir şekilde uygulanan rutin bakım hizmetlerinin bir taraftan hizmet sunumunda verimliliğin sağlanmasında önemli bir role sahip olduğu belirtilirken, diğer yandan hastanın ihtiyaçlarını karşılamada engel oluşturabileceği konusunda uzmanlar arasında farkındalığın sağlanmasının önemi ve ihtiyacına dikkat çekilmiştir. Araştırmacı aynı zamanda başkalarına daha fazla odaklanma konusunda sağlık profesyonelleri arasında kültürel bir değişim gerekliliğine vurgu yapmıştır. Bunun yolunun da uzmanların kişi merkezli bakım sağlamaya yönelik olarak

başkalarının bakış açılarını anlama konusunda istekli olmalarından geçtiği belirtilmiştir.

Son olarak, başka bir bilim insanı olan Nash (2014) Güney Kaliforniya’da yaşayan ve İngilizce yabancı dil becerisi sınırlı olan Irak’tan ABD’ye göç edenlerle yaptığı araştırmada, sağlık hizmetlerinin verildiği ülkedeki insanların kullandıkları iletişim dili ile hastanın konuşulan bu dile hâkim olmaması durumundaki tıbbi hizmet sunumu sırasında yaşananlara ışık tutmaktadır. Bu araştırmada iletişim dili olarak kullanılan dil İngilizcedir. Araştırmacı tedaviye katılım ve karşılıklı etkileşimin kavramsallaştırılması üzerine sağlık profesyoneli, hasta ve bu ikisi arasındaki iletişime yardımcı olan ve İngilizce bilen bir hasta yakını veya bir tercüman arasındaki konuşmaların analiz edilmesi amacıyla altı aylık bir saha çalışması yapmıştır. Diğer bir deyişle araştırma, tercümanlık, tıbbi etkileşim ve lisan becerisinin kısıtlı olduğu ortamlarda iletişim açısından yeterlilik üzerinedir. Araştırma sonuçları itibariyle, bir taraftan, sözlü ve sözlü olmayan iletişim kullanımının bu gibi ortamlarda tarafların birbirini anlamasına ve aralarındaki iletişime olan katkısına dikkat çekerken, öte yandan, tercümanlık işlevi görenlerin dahil olduğu hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki ortamlarda işbirliğinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tarafların her birisinin kendi rollerinin farkında olması ve eylem birlikteliği konusunda bir uzlaşma kurulmasına ihtiyaç olduğuna dikkat çeken araştırmacı aynı zamanda bu duruma açıklık getirmiştir. Örneğin, tıbbi hizmetlerde sektörel bilgisi daha az olan ve sağlık profesyonellerince önemsenmeyebilen kişilere daha fazla önem atfedilerek tıbbi süreçlerin ayrılmaz bir parçası olduklarının teslim edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanında, farklı kültürden hastaların sağlık hizmet süreçlerine aktif katılımlarının kültürel ve durumsal açıdan kısıtlı olduğuna vurgu yapılmıştır. Diğer taraftan araştırmacı, tercümanların tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinde tercümanlık dışında arabuluculuk, gerekli koordinasyonun sağlanması gibi konularda farklı roller üstlendiğinden yola çıkarak hastanın sağlık hizmet süreçlerine etkili bir şekilde katılımının sağlandığı yeni çalışma modellerine ihtiyaç olduğuna vurgu yapmıştır.

7. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümün amacı, araştırma soruları ve hipotezleri, evreni, katılımcıları, veri toplama yöntem ve araçlarını incelemeyi ve ardından geçerlilik, güvenilirlik ve veri analizi prosedürlerini içine alan araştırmanın tasarımı ve metodunu açıklamaktır.

7.1. Araştırmanın Konusu

Araştırmacı yurtdışında yaşadığı dönemlerde tedavi amacıyla Türkiye’den gelen hastaların sağlık hizmetleri süreçlerinde gönüllü olarak hizmet vermiştir. Ayrıca profesyonel hayatında sağlık turizmi ile ilgili süreçler ve aracı kuruluşlar gibi farklı konularda deneyim sahibi olan bir sağlık yöneticisidir. Son yıllarda uluslararası hasta hizmetlerindeki yaşanan gelişmeler ve değişimler hakkındaki gözlemleri araştırmacıyı bu çalışmaya sevk etmiştir.

Araştırmadaki tüm çaba, tedavi amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmiş olan hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilmek için en iyi yolu bulma arayışından kaynaklanmaktadır. Ghosh ve arkadaşları da (2017), sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu yönde yeni beceriler ve iş modelleri geliştirmesinin gerekliliğine dikkat çekmişlerdir. Farklı kültürlerden insanlarla başarılı ve etkili iletişim kurma, bu gerekliliği yerine getirmek adına atılacak önemli bir adım olacaktır. Bu açıdan, sağlık yöneticilerinin hastalara kendi ana dillerinde ve kültürlerine uygun hizmet verilmesine yönelik iyileştirmelere öncelik vermeleri gerekir (Ogbolu ve ark. 2018).

Araştırmacının bu ankete dayalı kesitsel çalışmadaki amacı, İstanbul ve Kocaeli illerindeki özel hastanelerde uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan farklı meslek grupları arasında duygusal zekâ ve kültürel zekâ açısından anlamlı bir fark olup olmadığının incelenmesidir. Ayrıca, farklı meslek ve kültürden çalışanların duygusal ve kültürel zekâlarının, yurtdışından gelen hastaların sağlık hizmetlerinde mesleklerarası işbirliğine herhangi bir etkisinin olup olmadığı da araştırılmıştır.

Bu nedenle, bu çok katmanlı betimleyici çalışmanın ilk bölümünde çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâları araştırmanın bağımlı değişkenleri olurken,

belirlenmiş sosyo-demografik veriler ve farklı meslek grupları ise bağımsız değişken olarak incelenmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde, bir bağımlı değişken ile iki bağımsız değişken kullanılmıştır. Araştırmanın bu bölümünde, uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde mesleklerarası işbirliğinin derecesi bağımlı değişken, çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâları ise iki bağımsız değişken olarak analizlerde yer almıştır.

7.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Veri Toplama Süreci

Bu araştırma, T.C. Ekonomi Bakanlığı'ndan, sağlık turizmi faaliyetleri için döviz kazandırıcı faaliyetler kapsamında teşvik belgesi almış, İstanbul ve Kocaeli illerindeki özel hastaneler ve sağlık kuruluşlarındaki yurtdışı hasta hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonelleri, uluslararası hasta koordinatörleri ve ofis çalışanları ile destek hizmetleri ve idari hizmetler çalışanları üzerinde yapılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın evrenini Türkiye'deki yurtdışından gelen hastalara hizmet veren özel hastaneler oluşturmaktadır. Araştırmada İstanbul ve Kocaeli illerindeki özel hastanelerin seçilmesindeki sebep ise, yurtdışından tedavi amacıyla ülkemize gelen hastaların yoğunlukla buralardaki özel sağlık kuruluşlarını tercih etmesidir (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013). (<https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,1164/turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013.html>, Erişim tarihi: 3 Temmuz 2019). Ayrıca, son yıllarda sağlık turizmi İstanbul Bölgesi ölçeğinde öne çıkmaya başlayan hizmet sektörleri arasında gelmektedir (Türkiye ve İstanbul Bölgesinde Turizm, İSTKA 2012) (<http://www.istka.org.tr/media/1074/turkiye-ve-istanbul-bölgesi-nde-turizm.pdf>, Erişim tarihi: 30 Haziran 2019).

Araştırmanın örneklemi, çalışmaya katılan (n=550) İstanbul ve Kocaeli'de bulunan özel hastanelerdeki yurtdışı hasta sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 6'sı İstanbul'da (3'ü Avrupa yakasında, 3'ü Anadolu yakasında) 1'i Kocaeli'nde olan toplam 7 özel hastaneden gerekli izinler alınmıştır. Bu hastanelerin dışında, araştırmada yeterli hekim sayısına

ulaşabilmek amacıyla kendilerine ulaşılan hekimlerin çalıştıkları ve uluslararası hastalara hizmet veren İstanbul'daki diğer hastaneler de çalışmaya dahildir.

Araştırmaya katılanların %61,8'i (n=340) 200 ve üstü yatak kapasitesine sahip özel hastane çalışanlarıdır (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Hastanelerin Yatak Kapasiteleri (n=550)

Yatak Sayısı	n	%
0-99	29	5,3
100-149	65	11,8
150-199	116	21,1
200 ve üstü	340	61,8

7.3. Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Anket yöntemi, önceden belirlenmiş araştırılmak istenen popülasyonun bir örneği üzerinde inceleme yapmada, o popülasyonun eğilim, tutum veya görüşlerinin sayısal verilerle ifade edilmesinde etkili bir yöntemdir (Creswell, 2014).

Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev alan çalışanların, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılarken birtakım zorluklarla karşılaşmaları doğaldır (Casey ve ark., 2013). Tedavi amacıyla başka bir ülkeye seyahat eden hastaların farklı lisan ve kültüre sahip olması sağlık hizmetleri süreçlerini olduğundan daha karmaşık hale getirmek için başlı başına yeterli bir sebeptir (Pope ve Mays, 1995; Ogbolu ve ark., 2018). Duygusal zekânın bu hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılamada çalışanların işini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir (Naeem ve ark., 2008). Ayrıca, bu hastaların tedavi süreçlerinde, kültürel zekânın çalışanların çok kültürlü ortamlara daha kolay uyum sağlayabilme (Groves ve Feyerherm, 2011) ve dolayısıyla ekip çalışması üzerinde olumlu katkılarının (Bass ve Bass, 2009) bulunması dikkate değer görülmüştür.

İlgili alanyazınına bağlı kalınarak bu çalışmada, farklı mesleklerden çalışanların, uluslararası hastaların sağlık hizmetlerindeki ekip çalışmasında, duygusal zekâ ve kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisinin olabileceği var sayılmaktadır.

Bu bakımdan, araştırmada, çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâlarını belirlemeye yönelik 2 anket ile farklı meslekten çalışanların arasındaki işbirliğini ölçmek için uygulanan üçüncü bir anketten faydalanılmıştır. Ölçeklerin seçilmesinde ulusal ve uluslararası yazındaki geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmeleri ile çalışmanın kavramsal çerçevesine, örneklem grubuna uygunluğu ile cevaplayan açısından kısa ve özlü ifadeler içermesi göz önünde bulundurulmuştur.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, yurt dışından tedavi amacıyla gelen hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların demografik bilgileri, toplam çalışma süreleri ve yöneticilik deneyimleri, bildikleri yabancı diller ve seviyeleri ile çalıştıkları hastanenin türü, yatak sayısı ve çalışanların bildiği yabancı diller ve seviyeleri hakkında bilgi elde edebilmek amacıyla bir ön bilgi formu yer almaktadır.

İkinci bölümde, farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ, kültürel zekâ ve aralarındaki işbirliğini belirlemeye yönelik 3 anket formu bulunmaktadır. İlk anket olarak, katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin belirlenmesinde 16 ifadeden oluşan Duygusal Zekâ Ölçeği (Wong and Law Emotional Intelligence Scale, WLEIS) (Wong ve Law, 2002) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği daha önce yapılan çalışmalarda (Dirican, 2013; Gülerüz, 2008) gerçekleştirilmiştir. Bu ölçekte duygusal zekânın 4 alt boyutu incelenmektedir: 1-4 arasındaki ifadelerinde “Kendi Duygularını Değerlendirme”; 5-8 arasındaki ifadelerinde “Başkalarının Duygularını Değerlendirme”; 9-12 arasındaki ifadelerinde “Duyguları Kullanma”; 13-16 arasındaki ifadelerinde ise “Duyguları Yönetme” alt boyutları araştırılmaktadır. WLEIS duygusal zekânın bu 4 farklı boyutunun yanı sıra, genel duygusal zekâ düzeyini de ölçmek için de kullanılmıştır (Gülerüz ve ark., 2008).

Anket formunun 20 ifadeden oluşan ikinci anketi araştırmaya katılanların kültürel zekâ düzeylerinin değerlendirilmesini amaçlayan, Soon Ang ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen Kültürel Zekâ Ölçeği'dir (Cultural Intelligence Scale-CQS©). Orijinal ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerliliği Aksoy (2013) tarafından

yapılmıştır. Uygulanan ölçekte kültürel zekâ, 4 adet ifadeden oluşan “Üst Bilişsel Kültürel Zekâ”, 6 ifadeli “Bilişsel Kültürel Zekâ” ile 5’er ifadeden oluşan “Motivasyonel Kültürel Zekâ” ve “Davranışsal Kültürel Zekâ” olarak toplam 20 ifade ve dört alt boyutta değerlendirilmektedir. Ang ve arkadaşları (2007) her bir faktörün ölçümü için gerekli ifade sayısını dört ila altı ile sınırlandırarak aksi takdirde ortaya çıkabilecek “yanlı cevap verme”nin önüne geçmeye çalışmışlardır. Böylece oluşturulan anket, içinde negatif ifadeler yer almayan yirmi tane olumlu, kısa ve öznlü direkt ifadeden oluşmaktadır. Zaman içerisinde farklı araştırmacılar tarafından test edilen bu ölçek, onca farklı zaman, örneklem, kültür ve meslekler üzerinde uygulamalar sonucunda, kültürlerarası kapasite gibi oldukça nesnellik içeren ve nicel olarak ölçümü zor olan bir konuda şaşırtıcı derecede iyi bir performans göstermiştir (Livermore, 2011).

Anket formunun üçüncü anketi Orchard ve ark. (2012) tarafından geliştirilen “Mesleklerarası Takım İşbirliği Anketi” (Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale, AITCS) ise farklı meslekten çalışanlar arasındaki işbirliğini ölçmeye yönelik 37 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmada Yener (2017) tarafından Türkçe’ye çevirisi yapılan anket kullanılmıştır.

“Duygusal Zekâ” ve “Mesleklerarası İşbirliği” anketlerinde yer alan ifadeler, araştırmaya katılanlar tarafından, 5’li Likert “0: Kesinlikle katılmıyorum, 1: Katılmıyorum, 2: Kararsızım, 3: Katılıyorum, 4: Kesinlikle katılıyorum” biçiminde değerlendirilerek cevaplanmıştır.

“Kültürel Zekâ Ölçeği” ise, “1= Kesinlikle katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3= Kısmen katılmıyorum”, “4= Kararsızım”, “5= Kısmen katılıyorum”, “6= Katılıyorum”, “7=Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 7’li Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir.

Anket uygulamasının son bölümünde, “Katılımcı Bilgilendirme Formu” ile katılımcıların bu akademik çalışmaya katılmayı kabul ettikleri beyanını içeren “Onay Formu” yer almaktadır.

7.4. Araştırmanın Saha Uygulama Süreci

Bu çalışmada veriler, araştırmacı tarafından uygulanan anket formu yöntemi ile elde edilmiştir.

Kurum izinlerinin alınması sonrasında, araştırmacı ilk olarak ilgili sağlık kuruluşunun yöneticisiyle bir görüşme gerçekleştirmiştir. Bu görüşmede, araştırmacı tarafından çalışma ve anket içerikleri hakkında bilgilendirme yapılmıştır. İlgili kurum çalışanı da hastane hakkında bilgi vererek araştırmacının oryantasyonu için birlikte bir hastane turu gerçekleştirilmiştir. Bu sırada kat ve/veya bölüm sorumlusu ile araştırmacı tanıştırılmış, araştırma hakkında kendisine bilgi verilmiştir. Bazı hastanelerde, saha çalışmasının verimli yapılabilmesi adına, hastane kat planına göre, yönetici ve/veya sorumluların ad ve soyadı bilgileri liste halinde araştırmacıyla paylaşılmıştır.

Bilindiği üzere, sağlık kuruluşlarında vardiya usulü çalışma söz konusudur. İlgili birim sorumluları veya onların görevlendirdiği bir çalışanı kendilerinin öngördüğü sayıda anket formunu teslim alarak, bu katılımcılara anketlerin ulaştırılmasında araştırmacıya destek vermişlerdir.

Araştırmacı saha çalışmasının yapılabileceği en uygun saat dilimleri konusunda yönetici ve/veya sorumluların görüşlerine başvurmuş ve anket uygulaması sırasında belirtilen gün ve saatlere uymaya özen göstermiştir.

Araştırma için gerekli kurum izinleri alınması ve anket formu uygulaması 15 Kasım 2018 – 14 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Anketlerin saha uygulamasında kâğıda basılı ve elektronik olarak İnternet ortamında olmak üzere iki yöntem kullanılmıştır. Kurum izinlerinin alınması sonrasında, anketler öncelikle 15 Kasım 2018 – 27 Kasım 2019 tarihleri arasında elektronik olarak İnternet ortamında, yurtdışı hastaların yoğun olarak tercih ettiği bir özel hastane çalışanlarının erişimine açılarak test edilmiştir. Elektronik anket formunun giriş kısmındaki “Katılımcı Bilgilendirme Formu”yla anketin doktora tezi

çalışması için uygulandığı belirtilerek, kişisel bilgilerinin kesinlikle üçüncü kurum veya şahıslarla paylaşılmayacağı ve anketteki bilgilerin tamamen akademik amaçlarla kullanılacağı ifade edilmiştir. Bu elektronik ortamda uygulanan anketler sonrasında gelen geribildirimler üzerine anket formunun giriş kısmındaki sorular ve katılımcı bilgilendirme metninde bazı düzenlemeler yapılmıştır.

Demografik bilgilerdeki eğitim durumuyla ilgili seçeneklerde ilkokul, ortaokul ve lise eğitim durumları ayrı ayrı seçenekler halinde değil birleştirilerek tek bir seçenekte düzenlenmiştir. “Ay” ve “yıl” olarak katılımcılardan talep edilen mesleki deneyim ve kurumdaki kıdemlerine ait bilgiler, sadece “yıl” olacak şekilde değiştirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun yönetici harici pozisyonlarda çalışılacağı düşünüldükçe, yöneticilik kıdem sorgulamasıyla ilgili soruda seçenekler arasına “yok” şeklinde yeni bir seçenek dahil edilmiştir. Ön bilgiler kısmındaki sorulara, bir tanesi sadece elektronik formatta kullanılmak üzere iki yeni soru eklenilmiştir. Bu sorulardan bir tanesinde, elektronik ortamda katılımcının çalıştığı kurumun “kamu” veya “özel” sağlık kuruluşu olduğu sorgulanması yoluyla kamu sağlık sektöründe çalışan katılımcıların dışlanması amaçlanmıştır. Eklenen ikinci soruda ise, katılımcıların çalıştıkları kurumun yatak sayısı bilgisi istenilmektedir. Ayrıca, elektronik ortamda katılımı özendirmek ve geribildirim sağlamak açısından, anket sorularının tamamını cevaplayan katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanmış “teşekkür elektronik postası” sistem tarafından otomatik olarak gönderilecek şekilde eklenmiştir.

Elektronik ortamda doldurulan anketlerden gelen geribildirimler ışığı altında anketin formatında yapılan bu değişiklikler sonrasında, kâğıda basılı olarak hazırlanan 739 adet anket, kurum izinleri alınan, İstanbul ve Kocaeli’deki 7 özel hastanede ilgili örneklem grubundaki çalışanlarla paylaşılmıştır. Saha anket uygulaması, ilgili kurum yönetici ve sorumlularıyla yüz yüze görüşmek yoluyla “katılmak isteyen” çalışanlara araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. 15 Ocak 2019-14 Haziran 2019 tarihleri arasında uygulanan saha çalışmasına ek olarak, elektronik ortamda İnternet üzerinden de erişime açık olan anket formu araştırmacı tarafından örneklem grubundaki çalışanlarla paylaşılmıştır. Toplam yanıtlanan elektronik anket sayısı 51 adet olmuştur. 2 adet elektronik anket kamu sektöründe çalışanlar tarafından doldurulduğu

edildiğinden, 3 adet elektronik anket de demografik bilgiler dışındaki anket sorularına ait cevapları içermediğinden analizlere dahil edilmemiştir.

Yapılan saha çalışmasında, elektronik ortamda (n=51) ve kâğıda basılı (n=739) olarak toplam 790 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %71,5 (n=565) olmuştur. Çalışmaya katılma kriteri olan en az altı ay sağlık sektöründe çalışma şartını sağlamayan 6 adet anket, sosyo-demografik bilgileri doldurulmayan 1 anket ile aynı seçenek işaretlenmiş 8 adet anket araştırmacı tarafından analiz süreçlerine dahil edilmeyerek araştırmadan çıkarılmıştır (n=550) (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Hastanelere Göre Dağılımları (n=550)

	n	%
A Hastanesi	196	35,64
B Hastanesi	134	24,36
C Hastanesi	64	11,64
D Hastanesi	44	8,00
E Hastanesi	43	7,82
F Hastanesi	37	6,73
G Hastanesi	18	3,27
Diğer	14	2,55

Sonuç itibarı ile veri toplama süreçlerinde, 46 tanesi elektronik ortamda ve 504 tanesi kâğıda basılı olarak toplam 550 anket araştırmaya dahil edilerek analiz süreçlerinde kullanılmıştır.

7.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Veri analiz işlemi öncesinde, ham veriler veri giriş hataları açısından incelenmiş ve gerekli düzeltmeler anketlerden bulunarak yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeklerin yapısal geçerliliğini değerlendirmede sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan açıklayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır (Büyüköztürk, 2018).

Verilerin faktör analizine uygunluğunu belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve örneklem yeterliliği için ise Bartlett Küresellik Testi (BSK) uygulanmıştır. Duygusal zekâ ölçeğinin KMO ölçütü 0,907, kültürel zekâ ölçeğinin KMO ölçütü 0,916 ve mesleklerarası takım işbirliğinin KMO ölçütü 0,946 olarak bulunmuştur. KMO değeri 0,9'un üzerindeki değerler araştırma verilerinin mükemmel düzeyde faktör analizine uygunluğu anlamına gelmektedir (Pett ve ark., 2003; Altunışık ve ark., 2007). Araştırmada kullanılan ölçeklerin tamamının Bartlett Küresellik Testi sonuçları $p=0,000$ olarak bulunmuş olup, seçilen örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Faktör Analizi İçin Uygunluk ve Örneklem Yeterlilik Test Sonuçları

	Duygusal zekâ ölçeği	Kültürel zekâ ölçeği	Mesleklerarası takım işbirliği ölçeği
KMO Örneklem Uygunluk Ölçüsü	0,907	0,916	0,946
Bartlett Küresellik Testi			
Ki-Kare Değeri	4824,785	7412,344	7171,553
Serbestlik Derecesi	120	190	171
p	0,000	0,000	0,000

Ölçeklerin faktör yapısını belirlemeye ve faktör yük değerlerini hesaplamaya yönelik yapılan açıklayıcı faktör analizinde, veriler Kaiser normalizasyonu ve Varimax yöntemleriyle döndürülmüş halde Temel Bileşenler Yöntemi kullanılmıştır.

7.5.1.Duygusal Zekâ Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi

Duygusal zekâ ölçeğinin faktör analiz sonuçlarına göre, ölçek orijinalinde olduğu gibi dört boyutlu bir faktör yapısına sahiptir. Ölçeğin faktör yapılanmasından görüldüğü gibi (Tablo 7), ilk dört maddesi kendi duygularını değerlendirme boyutu (KDD), ikinci dört maddesi başkalarının duygularını değerlendirme boyutu (BDD), üçüncü dört maddesi duyguların kullanılması boyutu (DK) ve son dört maddesi ise duyguların yönetimi boyutu (DY) olarak ölçeğin dört boyutlu yapısını doğrular niteliktedir.

Faktörlerin açıklayıcı varyans değerleri incelendiğinde, birinci faktör (KDD) bu ölçekle ölçülmeye çalışılan özelliğin %18,75'ini açıklarken sırasıyla %18,7'sini ikinci faktör (BDD), %17,39'unu üçüncü faktör (DK), %16,41'ini dördüncü faktörün (DY) olmak üzere toplamda %71,25'ini açıklamakta olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal zekâ değerlendirme ölçeğinin güvenilirliğini saptamak üzere, ölçeğin tamamı ve dört alt boyutunun ayrı ayrı Cronbach alpha katsayılarına bakılmıştır. Duygusal zekâ ölçeğinin tamamının Cronbach alpha değeri 0,91 olarak ölçeğin güvenilir olduğu şeklinde bulunmuştur. Diğer yandan, Cronbach alpha değerlerinin kendi duygularını değerlendirme boyutu (KDD) için 0,879, başkalarının duygularını değerlendirme (BDD) için 0,851, duyguların kullanılması boyutu (DK) için 0,819 ve duyguların yönetimi boyutu (DY) için 0,882 olarak 0,8 değerinden büyük olması araştırmada kullanılan duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutlarının da yüksek güvenilirlikte olduğunu ve elde edilen bilgilerin kararlı özellik taşıdığının bir göstergesidir (Kılıç, 2016).

Tablo 7. Duygusal Zekâ Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları

Soru No	İfadeler	Faktör Yük Değerleri*			
1	KDD1	0,782			
2	KDD2	0,835			
3	KDD3	0,844			
4	KDD4	0,715			
5	BDD1		0,788		
6	BDD2		0,861		
7	BDD3		0,660		
8	BDD4		0,789		
9	DK1			0,675	
10	DK2			0,769	
11	DK3			0,763	
12	DK4			0,766	
13	DY1				0,802
14	DY2				0,823
15	DY3				0,839
16	DY4				0,797
Varyans Açıklama Oranı (%)		18,746	18,701	17,394	16,408
Cronbach Alpha Değeri		0,879	0,851	0,819	0,882

* Kaiser normalizasyonu ve Varimax yöntemleriyle döndürülmüş

7.5.2.Kültürel Zekâ Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi

Bu çalışmadaki kültürel zekâ değerlendirme ölçeğine ait verilerin yapısal geçerlilik analizinde elde edilen açıklayıcı faktör analiz sonuçlarına göre, Aksoy (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan kültürel zekâ ölçeğindeki maddeler dört alt boyutta toplanarak orijinali ile paralellik göstermiştir. Ölçeğin alt boyutları sırasıyla, ilk dört ifadesi üst bilişsel alan (ÜBİL), 5-10 numaralı ifadeleri bilişsel alan (BİL), 11-15 no'lu ifadeleri motivasyonel alan (MOT) ve son beş ifadesi ise davranışsal alan (DAV) şeklinde dağılmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Kültürel Zekâ Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları

Soru No	İfadeler	Faktör Yük Değerleri*
1	ÜBİL1	0,788
2	ÜBİL2	0,837
3	ÜBİL3	0,851
4	ÜBİL4	0,756
5	BİL1	0,732
6	BİL2	0,696
7	BİL3	0,810
8	BİL4	0,541
9	BİL5	0,826
10	BİL6	0,811
11	MOT1	0,621
12	MOT2	0,674
13	MOT3	0,634
14	MOT4	0,788
15	MOT5	0,779
16	DAV1	0,736
17	DAV2	0,796
18	DAV3	0,815
19	DAV4	0,837
20	DAV5	0,778
Varyans Açıklama Oranı (%)		18,890 18,853 16,806 15,174
Cronbach Alpha Değeri		0,902 0,787 0,868 0,911

* Kaiser normalizasyonu ve Varimax yöntemleriyle döndürülmüş

Kültürel zekâ ölçeğinin dört boyutunun toplam açıklayıcılık faktörü %69,72 olarak ölçülmüştür. Faktörlere göre açıklayıcı varyans değerleri sırasıyla, üst-bilişsel faktör açıklayıcılığı %18,89, bilişsel faktör %18,85, motivasyonel faktör %16,81 ve

dördüncü faktör olan davranışsal faktörün açıklayıcılık değeri %15,17 olarak ölçülmüştür.

Kültürel zekâ ölçeğinin toplam Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,91 ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri, sırasıyla, üst bilişsel boyut (ÜBİL) için 0,90, bilişsel boyut (BİL) için 0,79, motivasyonel boyut (MOT) için 0,87 ve davranışsal boyut (DAV) için 0,91 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanarak ölçeğin tamamının oldukça güvenilir ve alt boyutlarının da iç tutarlılığa sahip olduğu görülmektedir.

7.5.3. Mesleklerarası Takım İşbirliği Ölçeğinin Yapısal Geçerlilik Analizi

Araştırmada kullanılan üçüncü ve son ölçek mesleklerarası takım işbirliği ölçeğidir (Yener, 2017). Bu ölçek, araştırmaya katılan farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ ve/veya kültürel zekâlarının uluslararası hastaların sağlık hizmetleri sunumunda aralarındaki işbirliğinin derecesini elde edebilmek amacıyla kullanılmıştır. Yapısal geçerliliğin araştırılması için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin üç boyutlu faktör yapısını (BYT1, BYT2, BYT3) doğrular niteliktedir. Faktörlerin açıklayıcı varyans değerlerine bakıldığında ise bu üç faktörün açıklayıcılık değerleri sırasıyla %28,10, %21,23 ve %18,02 olup, ölçekle ölçülmeye çalışılan özelliğin toplam %67,35'ini açıklamakta olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Mesleklerarası işbirliği ölçeğinin toplam Cronbach Alpha değeri 0,956 ölçülerek, ölçeğin güvenilirliğini çok iyi olarak nitelerken, alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0,89'dan büyük değerler almasıyla faktörlerin yüksek iç tutarlılığa sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 9. Mesleklerarası İşbirliği Ölçeğine Ait Faktör Analiz Sonuçları

Soru No	İfadeler	Faktör Yük Değerleri*
3	BYT1	0,806
4	BYT1	0,810
5	BYT1	0,854
6	BYT1	0,828
7	BYT1	0,670

8	BYT2	0,775	
11	BYT2	0,832	
12	BYT2	0,843	
18	BYT2	0,710	
23	BYT3		0,590
25	BYT3		0,629
26	BYT3		0,690
27	BYT3		0,689
28	BYT3		0,680
29	BYT3		0,725
30	BYT3		0,687
32	BYT4		0,682
33	BYT4		0,731
34	BYT4		0,648
Varyans Açıklama Oranı (%)		28,103	21,228
Cronbach Alpha Değeri		0,916	0,892
			0,919

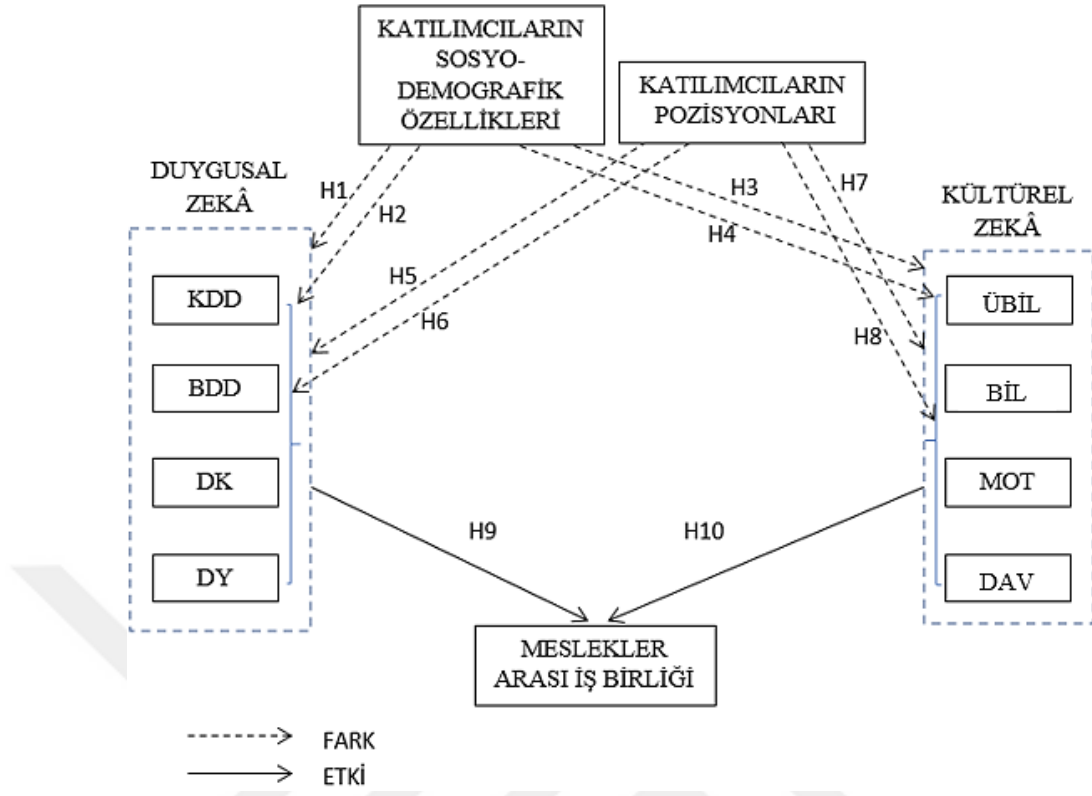
* Kaiser normalizasyonu ve Varimax yöntemleriyle döndürülmüş

7.6. Araştırmanın Hipotezleri

Diğer bölümlerde açıklanan teorik çerçeve kapsamında, araştırmada aşağıdaki hipotezler sınanacaktır (Şekil 15):

- Hipotez (H1):** Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre duygusal zekâlarında anlamlı bir fark vardır.
- Hipotez (H2):** Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.
- Hipotez (H3):** Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.
- Hipotez (H4):** Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

5. **Hipotez (H5):** Çalışanların duygusal zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.
6. **Hipotez (H6):** Çalışanlar arasında pozisyona göre duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.
7. **Hipotez (H7):** Çalışanların kültürel zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.
8. **Hipotez (H8):** Çalışanlar arasında pozisyona göre kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.
9. **Hipotez (H9):** Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların duygusal zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.
10. **Hipotez (H10):** Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.



Şekil 15. Araştırmanın Hipotezleri.

7.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada her ne kadar yurtdışından gelen hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde görev yapan farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâlarının çalışanlar arasındaki işbirliğine etkilerine yönelik önemli sonuçlar hakkında fikir veriyor olsa da bu sonuçların yorumlanmasında bazı kısıtların göz önünde bulundurulması yerinde olacaktır. Bu araştırmanın dört tane kısıtı vardır.

Bunlardan birincisi, duygusal zekâ veya kültürel zekâ ölçeklerinde olduğu gibi katılımcının kendi kendini değerlendirdiği anketlerden kaynaklanmış olabilir. Kippin ve Fulford (2016)'un bu tür anketlerde araştırmanın konusu veya amacına göre katılımcıların yanıtlarını değiştirmesi veya tarafsız davranmadığından kaynaklı bir sınırlılıktan söz etmiştir. Bu durum, örgütsel davranış alanyazınındaki nicel

çalışmalarda sıklıkla karşılaşılan ve katılımcıların ankette davranışları yerine tutumlarını yansıtmaya eğilimlerinin getirdiği bir sınırlılığı içermektedir.

Araştırmadaki ikinci bir sınırlılık, katılımcılardan bazılarının Türkçe dışında bir anadile sahip olmasıyla ilgili olabilir. Araştırmada anadilini belirtenlerden Türkçe dışında bir anadile sahip olanların %6,9 (n=38)'lik bir kesim olduğu görölmektedir. Anketlerin katılımcıların kendi anadillerinde uygulanabilirliği mümkün olamadığından bu bir sınırlılık oluşturabilir. Araştırmacı bu sorunun önüne geçebilmek için kullandığı ölçeklerde geçerlik, güvenilirlik ve örnekleme uygunluk gibi hususların yanı sıra, kısa ve özlü ifadelerden oluşması gibi özellikleri de gözetmiştir.

Üçüncü bir sınırlılık da duygusal zekâ ve kültürel zekâyâ bağlı fark ve etki araştırması yapılırken değişkenler arasındaki olası nedensellik ilişkilerine bağlı bir durum söz konusu olabilir. Örneğin araştırmaya katılan 25 yaş ve altı çalışanların kendi duygularını değerlendirme bakımından 26-35 yaş veya 36-45 yaş aralığındaki çalışanlara göre daha zayıf olmalarında çoğunlukla bekâr olmalarının bir rolü olabilir.

Dördüncü sınırlılık ise araştırmanın evreni ve sonuçların kapsayıcılığı ile ilgili olabilir. Araştırmanın evreni Türkiye'de yurtdışından gelen hastalara hizmet veren özel hastanelerden oluşmakta olup kamu hastanelerini içine almadığından dolayı, elde edilen sonuçların sağlık hizmetleri kuruluşlarının tamamı için genelleştirilmesi mümkün olmayabilir.

7.8. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı istatistikleri sosyo-demografik özellikleri, mesleki deneyim, anadil, yabancı dil ve alınan eğitimlerine ait veriler tablolar halinde düzenlenmiştir.

Faktör analiz sonuçlarına göre duygusal zekâ ve kültürel zekâ ölçeklerinin alt boyutları baz alınarak araştırma hipotezlerine yönelik analizler yapılmıştır.

Çalışanların sosyo-demografik özellikleri ve pozisyonlarına göre duygusal zekâ ve kültürel zekânın alt boyutları arasındaki olası farklılıkların analizinde, ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği durumlar için parametrik olmayan Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi'nden faydalanılmıştır (Eryılmaz ve Zengin, 2014; Jones, 2019; Field, 2013). Bu analizler için SPSS v22 istatistik programı kullanılmıştır.

Katılımcıların duygusal zekâ veya kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisinin araştırılmasında yapısal eşitlik modellemesinden (PLS-SEM) yararlanılmıştır. Bu amaçla SmartPLS 3 İstatistiksel Paket Programı kullanılmıştır. Kısmi En Küçük Kareler (PLS) regresyonunu kullanan SmartPLS bileşen temelli olup, En Çok Olabilirlik (Maximum Likelihood) regresyonu kullanan kovaryans tabanlı AMOS ve LISREL paket programlarından farklılık göstermektedir (Hair ve ark., 2010).

PLS-SEM, bağımlı değişkenlerin açıklanan varyans değerini (R^2) mümkün olan en yüksek değere çıkaracak şekilde modeli oluşturan parametrelerin tahminine dayanan yaklaşımıyla, model geliştirme ve tahminini amaçlayan araştırmalarda tercih edilmektedir (Hair ve ark., 2011). Ayrıca, geliştirilen modellerin test edilmesinde, yüksek dereceli istatistiksel gücü PLS-SEM'i, kovaryans temelli yapısal eşitlik modellemesine (CB-SEM) göre bir adım daha öne çıkarmaktadır (Hair ve ark., 2011).

Bu özelliklerinin yanında bu araştırmada bileşen tabanlı SEM'in tercih edilmesinin diğer önemli bir nedeni ise, CB- SEM uygulamalarının normal dağılım gösteren, 8 veya daha az örtük değişkenli nispeten daha basit modellemelerde tercih edilmesine karşın, PLS-SEM'in örtük değişken sayısı ve normal dağılım kısıtlaması olmaksızın daha karmaşık modellemelere uygun bir analiz yöntemi olarak ilgili yazında artan bilinirliğe sahip olmasıdır (Tenenhaus, 2008).

8. BULGULAR

Anket verilerinin analizinde, araştırmanın örneklemine ilişkin bulgular ve araştırma hipotezlerinin sınanmasına ait bulgular elde edilmiştir.

8.1. Araştırma Örneklemine İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil olan katılımcıların betimleyici istatistikleri incelendiğinde, %76,5'inin (n=421) kadın, %54,5'inin bekâr, %37,3'ünün (n=205) 25 yaş ve altında, %41,5'inin (n=228) lisans derecesine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Araştırmada yer alanların %25,8'i (n=142) sağlık çalışanı olmadığını belirtmişlerdir. Bu kapsamdaki çalışanlar “sağlık hizmet sunumu çerçevesinde özgün görevi olan ve bu alanda çalışan diğer meslek mensupları” şeklinde nitelendirilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 22 Mayıs 2014, sayı: 29007). Bu veri farklı mesleklerden ve disiplinlerden oluşan günümüz sağlık hizmetlerinin dinamik yapısını temsil niteliğindedir.

Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=550)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	421	76,5
	Erkek	129	23,5
Medeni Durum	Evli	250	45,5
	Bekâr	300	54,5
Yaş	25 yaş ve altı	205	37,3
	26-35 yaş arası	175	31,8
	36-45 yaş arası	112	20,4
	46-55 yaş arası	42	7,6
	56 yaş ve üstü	16	2,9
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	123	22,4
	Ön lisans	83	15,1
	Lisans	228	41,5
	Yüksek Lisans	82	14,9
	Doktora	34	6,2

Ankete katılanların mesleklerini incelediğimizde ise; %57,1 (n=314) ile hemşireler ilk sırada yer almaktadır. Hemşireleri %17,3 (n=95) ile uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ve %9,3 (n=51) ile hekimler takip etmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Meslek Bilgileri (n=550)

	n	%
Hekim	51	9,27
Hemşire	285	51,82
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	5,45
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	17,27
Ofis Çalışanı	12	2,18
İdari Hizmetler Çalışanı	41	7,45
Fizyoterapist ve Ebe	10	1,82
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	4,73

Toplam çalışma süreleri açısından, katılımcıların yaklaşık üçte birinin (%32,4, n=178) 1-5 yıl ve %23,3'ünün (n=128) ise 6-10 yıl tecrübeye sahip olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Tecrübe ve Kıdem Bilgileri (n=550)

	n	%
Toplam çalışma süresi	1 yıldan az	71
	1-5 yıl arası	178
	6-10 yıl arası	128
	11-15 yıl arası	66
	16-20 yıl arası	47
	21 yıl ve üstü	54
Kurumda çalışma süresi	1 yıldan az	127
	1-5 yıl arası	223
	6-10 yıl arası	125
	11 yıl ve üstü	52
Yöneticilik kıdemi*	0-3 yıl	44
	4-7 yıl	28
	8 yıl ve üstü	40

* Hiç yöneticilik tecrübesi olmayanlar %79,6'dır (n=438).

Ayrıca, araştırmaya katılan 1 yıldan az bir süredir aynı kurumda çalışanlarla (%23,1, n=127) 6-10 yıldır çalışanlar (%22,7, n=125) neredeyse aynı orandadır. Katılımcıların çoğu (%40,5, n=223) 1-5 yıl arası bir süredir aynı kurumda çalıştıklarını beyan etmişlerdir. Araştırmaya katılabilmek için en az 6 aylık iş tecrübesine sahip

olmak gerektiğinden, bu kriteri sağlamayan katılımcıların (n=7) verileri analize dahil edilmemiştir.

Katılımcıların %79,6'sı (n=438) herhangi bir yöneticilik tecrübesine sahip değildir. 0-3 yıllık yöneticilik deneyimi olanlar %8,0 (n=44) olurken, geçmişte 4-7 yıl ve 8 yıl ve üstü yöneticilik yapmış olanlar, sırasıyla, %5,1 (n=28) ve %7,3 (n=40) olmuştur.

Araştırmaya katılanlardan Türkçe dışında bir anadili olduğunu belirtenler %6,9 (n=38) olup, Arapça %1,5 (n=8), Romence %1,3 (n=7) ve Rusça %1,3 (n=7) daha fazla öne çıkan diğer anadiller arasındadır (Tablo 13). İngilizce yabancı dil seviyeleri açısından bakıldığında ise, İngilizce dilini az ve orta düzeyde bildiklerini belirtenler %76,7 (n=422) olurken, dağılımdaki iyi ve çok iyi derecede İngilizce bilenlerin oranı %23,3'tür (n=128). Özellikle uluslararası hastalara hizmet veren çalışanların katılımlarının hedeflendiği bu araştırmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76,7) az ve orta düzeyde İngilizce bildiklerini belirtmeleri dikkat çekici bir durumdur.

Tablo 13. Katılımcıların Anadilleri ile İngilizce Yabancı Dil Seviyeleri (n=550)

		n	%
Anadil	Arnavutça	2	0,4
	Arapça	8	1,5
	Azerice	5	0,9
	Farsça	3	0,5
	Gürcüce	3	0,5
	Kırgızca	1	0,2
	Özbekçe	1	0,2
	Romence	7	1,3
	Rusça	7	1,3
	Türkçe	491	89,3
	Türkmençe	1	0,2
	Belirtmeyen	21	3,8
İngilizce dil seviyesi	Az	201	36,5
	Orta	221	40,2
	İyi	77	14,0
	Çok iyi	51	9,3

Ayrıca, bu araştırmada katılımcılardan %15,4'ü (n=85) İngilizce dışında diğer bir yabancı dili iyi ve çok iyi derecede bildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 14). Az ve orta seviyede diğer bir yabancı dil bilenlerin oranı %6 olmuştur (n=33). Bazı uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının anadili dışında iletişim kurabilecek düzeyde üç veya dört yabancı dil bilmeleri bu araştırmadaki dikkat çekici başka bir bulgudur.

Tablo 14. Katılımcıların Bildiği Diğer Yabancı Diller ve Seviyeleri (n=550)

		n	%
Diğer yabancı dil	Almanca	16	2,9
	Arapça	26	4,7
	Azerice	3	0,5
	Bulgarca	17	3,1
	Farsça	2	0,4
	Fransızca	14	2,5
	Gürcüce	2	0,4
	İspanyolca	1	0,2
	Makedonca	1	0,2
	Portekizce	1	0,2
	Rusça	20	3,6
	Sırpça	3	0,3
	Türkçe	11	2,0
	Ukraynaca	1	0,2
	Belirtmeyen	432	78,5
Diğer yabancı dil seviyesi	Az	17	3,1
	Orta	16	2,9
	İyi	15	2,7
	Çok iyi	70	12,7

Araştırmaya katılanların daha önce aldıkları eğitimler incelendiğinde, katılımcılardan duygusal zekâ eğitimi alanların oranı %8,5 (n=47) olurken, kültürel zekâ eğitimi alanlar da ona yakın bir oranda %8,2 (n=45) olmuştur. Bu rakamlara her iki eğitimi alanlar (%5,5, n=30) dahildir (Tablo 15). Daha önce duygusal zekâ ve / veya kültürel zekâ eğitimleri alan katılımcıların toplam oranının %16,7 (n=92) olduğu görülmüştür. Bu araştırma bulgusu, uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapanların büyük bir bölümünün (%83,3, n=458) duygusal ve / veya kültürel zekâ açısından yeterli eğitime sahip olmadıklarını göstermesi açısından oldukça önemlidir.

İçeriklerine göre alınan eğitime bakıldığında ise, araştırmaya katılanların %86,2'sinin (n=474) çalışma hayatında aldıkları eğitimlerin temelde mesleki konularla ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, sosyal ve beşerî konularla ilgili eğitim alanların %13,8 (n=76) gibi düşük bir oranda çıkması da sağlık yöneticileri açısından iyileştirmeye açık bir alan olması bakımından önemli bir bulgudur.

Tablo 15. Katılımcıların Araştırmaya Konu Olan Eğitimleri Alma Durumları ve Eğitimlerin İçerikleri (n=550)

		n	%
Eğitim*	Duygusal zekâ	47	8,5
	Kültürel zekâ	45	8,2
İçerik	Mesleki konular	474	86,2
	Sosyal / beşerî konular	76	13,8

* Hem duygusal zekâ hem de kültürel zekâ eğitimi alanlar %5,5 (n=30) dahil olup, belirtmeyenler %83,3 (n=458).

8.2. Araştırma Hipotezlerinin Testine Ait Bulgular

Analizin ikinci bölümünde, ilk olarak araştırma hipotezlerinin testine yönelik olarak kullanılacak istatistiksel testin belirlenmesine yönelik ölçek puanlarının normalliği ve varyans değerlerindeki homojenlik durumuna bakılmıştır (Glass ve ark., 1972).

Normal dağılım incelemesi için bakılan histogram ve Q-Q grafikleri, Kolmogorov Smirnov testi, Shapiro Wilk testi ile basıklık-çarpıklık katsayılarına göre, ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Örneklem verilerinde varyans homojenliği ve eşitliği incelemesi için Levene testi kullanılmıştır (Nordstokke ve Zumbo, 2010; Martin ve Bridgmon, 2012). Daha çarpık ve daha asimetric bir örneklem dağılımı söz konusu olduğunda, Kruskal Wallis Testinin tek yönlü ANOVA testine kıyasla daha güçlü bir test olduğu ve test sonuçlarının güvenilirliğine vurgu yapılmıştır (McDonald, 2009; Vargha ve Delaney, 1998; Hodges ve Lehmann, 1956).

Bu nedenle, araştırmada homojen varyansın sağlandığı tespit edilen durumların yanı sıra çoğunlukla aynı yönlü çarpıklığın olması ve $\frac{|Basıklık|}{Standart Hata (Basıklık)} > 2$ sağlandığı durumların tamamında, parametrik olmayan Mann Whitney U Testi ve

Kruskal Wallis Testi uygulanmasına karar verilmiştir (Eryılmaz ve Zengin, 2014; Glass ve ark., 1972; Field, 2013).

Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesi sırasında, sıfır hipotezinin (H_0) reddedildiği ve farklılığın kaynaklarının araştırıldığı ikili grup karşılaştırmalarında Tip I hatasının önüne geçilmesi amacıyla Boferroni düzeltmesinden faydalanılmıştır (Cabin ve Mitchell, 2000; Martin ve Bridgmon, 2012).

8.2.1.H1 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H1): Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre duygusal zekâlarında anlamlı bir fark vardır

8.2.1.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından

Birinci araştırma hipotezinin cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre Mann Whitney U Testi sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 16).

Medeni durum bakımından, çalışanların duygusal zekâlarında ($p=0,009$) anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Genel duygusal zekâ değerlendirmesinde evliler ($4,0665\pm0,5236$) ve bekârlar ($3,9475\pm0,5522$) arasında evliler lehine önemli bir farklılık olduğu gibi olduğu saptanmıştır. Cinsiyet açısından ise, erkeklerle kadınlar arasında genel duygusal zekâlarında anlamlı ($p=0,728$) bir fark bulunmamıştır.

Tablo 16. Cinsiyet ve medeni duruma göre genel duygusal zekâ değerlendirme istatistikleri

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Mann Whitney U	z	p
DZ	Cinsiyet	Erkek	129	279,76	4,0165	26605,0	-0,348
		Kadın	421	274,19	3,9970		
	Medeni Durum	Evli	250	279,08	4,0665	32672,5	-2,604
		Bekâr	300	272,51	3,9475		

** $p<0,01$

8.2.1.2. Yaş grupları bakımından

Katılımcıların yaş grupları açısından birinci araştırma hipotezinin sınanmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır (Tablo 17). Test sonuçlarına göre, çalışanların yaş grupları açısından genel duygusal zekâlarında önemli ($p=0,010$) bir fark bulunmuştur. Genel duygusal zekâdaki farkın ikili yaş grupları arasındaki detayları incelendiğinde ise herhangi ikili yaş grubu arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (Tablo 18). Bu durum, bütün ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda tip 1 hatasını önlemek için kullanılan oldukça düşük p değeri kullanmaktan kaynaklanmış olabilir (Field, 2013). Bundan dolayı, SPSS programındaki kutu diyagramında ortalanca değer karşılaştırmalarından faydalanılarak yalnızca fark olabileceği düşünülen ikili gruplar arasında Mann Whitney U Testi yapılması ve Bonferroni düzeltmesi için yeni belirlenen p değeri kullanılarak istatistik analizlerin yapılması daha uygun olur (Field, 2013).

Tablo 17. Yaş Gruplarına Göre Genel Duygusal Zekâ Değerlendirme İstatistikleri

Yaş Grupları	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	KiKare	Serbestlik Derecesi (df)	p
25 yaş ve altı	205	248,42	3,9052			
26-35 yaş arası	175	278,54	4,0225			
DZ 36-45 yaş arası	112	297,49	4,0765	13,393	4	0,010*
46-55 yaş arası	42	308,52	4,0997			
56 yaş ve üstü	16	348,66	4,4266			

* $p<0,05$

Tablo 18. Genel Duygusal Zekâ İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	-30,12	16,34	-1,843	0,065	0,653
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-49,074	18,655	-2,631	0,009	0,085
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-60,107	26,89	-2,235	0,025	0,254
25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-100,239	41,211	-2,432	0,015	0,15

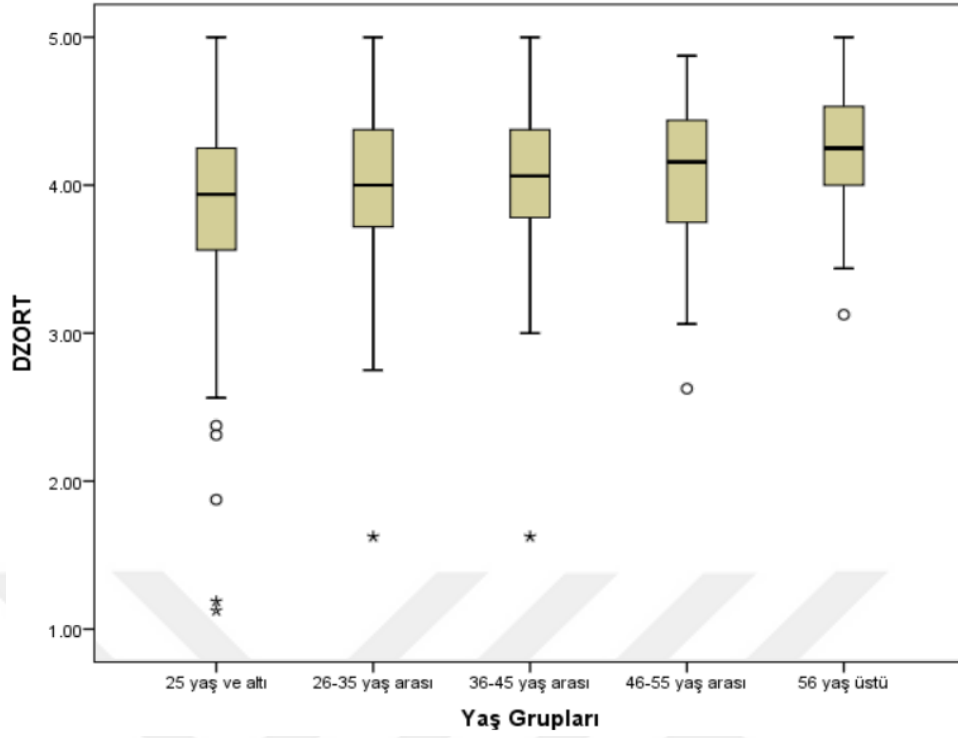
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-18,954	19,212	-0,987	0,324	1
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-29,987	27,28	-1,099	0,272	1
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-70,119	41,466	-1,691	0,091	0,908
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-11,033	28,726	-0,384	0,701	1
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-51,165	42,431	-1,206	0,228	1
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-40,132	46,642	-0,860	0,390	1

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,05

Bu amaçla, SPSS programı kullanılarak katılımcıların genel duygusal zekâ skorlarının yaş gruplarına göre dağılımını gösteren kutu diyagramı oluşturulmuştur (Şekil 16). Kutu diyagramından ortanca değerlere bakılarak aşağıdaki 6 adet ikili yaş grubu arasında Mann Whitney U testi kullanılarak fark araştırması yapılmıştır.

- Test 1: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 56 yaş ve üstünde olanlar
- Test 2: 26-35 yaş arasında olanlar ile 56 yaş ve üstünde olanlar
- Test 3: 36-45 yaş arasında olanlar ile 56 yaş ve üstünde olanlar
- Test 4: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar
- Test 5: 26-35 yaş arasında olanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar
- Test 6: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 36-45 yaş arasında olanlar



Şekil 16. Duygusal Zekâ-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.

Bu durumda, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak elde edilen yeni anlamlılık eşik değeri 0,05 yerine $0,05 / 6 = 0,0083$ olarak belirlenmiştir. Yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, sadece 25 yaş ve altı çalışanlar ile 36-45 yaş arasındakilerin genel duygusal zekâ skorları arasında anlamlı ($p=0,007$, $p<0,0083$) bir fark bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Genel Duygusal Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri

	Örnek 1-Örnek 2	Mann Whitney U	z	p
DZ	25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	9386,5	-2,687	0,007*
	25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	3428	-2,081	0,037
	26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	3254,5	-1,152	0,248
	36-45 yaş arası-56 yaş ve üstü	705,5	-1,375	0,173
	25 yaş ve altı-56 yaş ve üstü	1083	-2,263	0,021
	26-35 yaş arası-56 yaş ve üstü	1027	-1,764	0,079

* $p<0,0083$ Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

8.2.1.3. Eğitim düzeyleri açısından

Araştırmanın ikinci hipotezi örneklem grubunun eğitim düzeyleri bakımından test edildiğinde örneklemin genel duygusal zekâ puanlarının $p < 0,05$ düzeyinde önemli ölçüde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 20). Mann Whitney U testi kullanılarak eğitim düzeyleri arasında yapılan ikili karşılaştırma sonuçları incelendiğinde ise, doktora derecesine sahip çalışanların ilköğretim mezunu olanlara göre genel duygusal zekâ seviyelerinin daha iyi ($p = 0,045$) olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 21).

Tablo 20. Eğitim Düzeyine Göre Genel Duygusal Zekâ Değerlendirme İstatistikleri

Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
İlköğretim	123	267,28	3,9863	10,695	4	0,030*
Ön Lisans	83	295,49	4,0414			
Lisans	228	255,52	4,9372			
Yüksek Lisans	82	313,59	4,1220			
Doktora	34	298,57	4,1011			

* $p < 0,05$

Tablo 21. Genel Duygusal Zekâ İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
İlköğretim-Lisans	11,763	17,762	0,662	0,508	1
İlköğretim-Yüksek Lisans	39,976	20,353	1,964	0,05	0,495
İlköğretim-Ön Lisans	-43,056	29,187	-1,475	0,14	1
İlköğretim-Doktora	-58,068	20,444	-2,84	0,005	0,045*
Lisans-Yüksek Lisans	-28,213	22,552	-1,251	0,211	1
Lisans-Ön Lisans	-31,293	30,762	-1,017	0,309	1
Lisans-Doktora	-46,305	22,634	-2,046	0,041	0,408
Yüksek Lisans-Ön Lisans	-3,08	32,327	-0,095	0,924	1
Yüksek Lisans-Doktora	-18,091	24,72	-0,732	0,464	1
Ön Lisans-Doktora	15,012	32,384	0,464	0,643	1

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

Hipotez (H1): Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre duygusal zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

Bu sonuçlarla birlikte, H1 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. 1. Hipotez (H1) Sonucu

	Sosyo-demografik Özellik	p	Hipotez	Sonuç
DZ	Cinsiyet	0,728	H1	Desteklendi
	Medeni durum	0,009**		
	Yaş grupları	0,010**		
	Eğitim düzeyleri	0,030*		

** p<0,01

* p<0,05

8.2.2.H2 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H2): Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

8.2.2.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından

İkinci araştırma hipotezi cinsiyet ve medeni durum değişkenleri temelinde test edilmiş ve Mann Whitney U Testi sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Cinsiyet ve medeni duruma göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri

Değişkenler			n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Mann Whitney U	z	p
KDD	Cinsiyet	Erkek	129	282,60	4,3159	26238,5	-0,59	0,555
		Kadın	421	273,32	4,2838			
	Medeni Durum	Evli	250	297,96	4,3790	31885,5	-3,077	0,002**
		Bekâr	300	256,79	4,2183			
BDD	Cinsiyet	Erkek	129	256,34	3,9767	24683	-1,591	0,112
		Kadın	421	281,37	4,0653			

	Medeni Durum	Evli	250	276,72	4,0620			
		Bekâr	300	274,48	4,0300	37195	-0,167	0,867
	Cinsiyet	Erkek	129	270,91	3,9341			
		Kadın	421	276,91	3,9667	26562	-0,378	0,705
DK	Medeni Durum	Evli	250	283,83	3,9960			
		Bekâr	300	268,56	3,9283	35418,5	-1,131	0,258
	Cinsiyet	Erkek	129	300,12	3,8391			
		Kadın	421	267,96	3,6722	23979	-2,029	0,043*
DY	Medeni Durum	Evli	250	300,03	3,8290			
		Bekâr	300	255,06	3,6133	31367,5	-3,334	0,001**

** p<0,01

* p<0,05

Medeni durum bakımından, duygusal zekânın kendi duygularını değerlendirme ($p=0,002$) ve duyguları yönetme ($p=0,001$) boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Kendi duygularını değerlendirme boyutu için, evliler ($4,3790\pm0,0388$) ve bekârlar ($4,2183\pm0,0397$) arasında evliler lehine önemli bir farklılık olduğu gibi, duyguları yönetme boyutu için de evlilerle ($3,8290\pm0,0497$) bekârlar ($3,6133\pm0,0471$) arasında yine evliler lehine önemli bir farklılık olduğu görülmüştür. Diğer iki duygusal zekâ boyutu olan başkalarının duygularını değerlendirme ve duyguları kullanma boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Cinsiyet açısından ise, erkeklerle kadınlar arasında duyguları yönetme boyutunda anlamlı ($p=0,043$) bir farklılık bulunmuştur. Duygusal zekânın bu boyutunda erkeklerin ($3,8391\pm0,0708$) kadınlara ($3,6722\pm0,0393$) oranla duygularını yönetmede önemli ölçüde daha iyi oldukları belirlenmiştir. Duygusal zekânın diğer üç boyutunda ise cinsiyet açısından önemli bir farklılığa rastlanmamıştır.

8.2.2.2. Yaş grupları bakımından

Katılımcıların yaş grupları açısından birinci araştırma hipotezinin sınanmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır (Tablo 24). Test sonuçlarına göre, başkalarının duygularını değerlendirme boyutu hariç duygusal zekânın diğer üç boyutunda farklılıklar vardır.

Tablo 24. Yaş Gruplarına göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri

DZ Boyutları	Yaş Grupları	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
KDD	25 yaş ve altı	205	243,99	4,1524	13,547	4	0,009**
	26-35 yaş arası	175	290,58	4,3557			
	36-45 yaş arası	112	295,95	4,3817			
	46-55 yaş arası	42	300,83	4,4107			
	56 yaş ve üstü	16	304,75	4,4219			
BDD	25 yaş ve altı	205	271,53	4,0049	0,809	4	0,937
	26-35 yaş arası	175	276,04	4,0629			
	36-45 yaş arası	112	276,00	4,0603			
	46-55 yaş arası	42	279,26	4,0595			
	56 yaş ve üstü	16	307,00	4,2031			
DK	25 yaş ve altı	205	263,93	3,8915	11,163	4	0,025*
	26-35 yaş arası	175	257,63	3,9100			
	36-45 yaş arası	112	302,65	4,0692			
	46-55 yaş arası	42	310,94	4,1131			
	56 yaş ve üstü	16	336,13	4,1875			
DY	25 yaş ve altı	205	246,43	3,5720	14,135	4	0,007**
	26-35 yaş arası	175	286,15	3,7614			
	36-45 yaş arası	112	289,42	3,7946			
	46-55 yaş arası	42	306,45	3,8155			
	56 yaş ve üstü	16	352,84	4,0938			

** p<0,01

* p<0,05

Yapılan ikili karşılaştırma analizlerinde, sadece kendi duygularını değerlendirme boyutu için, 25 yaş ve altı katılımcılarla 26-35 yaş arasında olanlar ($46,592 \pm 16,084$) ve 36-45 yaş aralığında olanlar arasında ($51,961 \pm 18,362$) farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Kendi Duygularını Değerlendirme boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	-46,592	16,084	-2,897	0,004	0,038*
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-51,961	18,362	-2,830	0,005	0,047*
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-56,848	26,469	-2,148	0,032	0,317

25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-60,765	40,565	-1,498	0,134	1,000
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-5,369	18,910	-0,284	0,776	1,000
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-10,256	26,852	-0,382	0,702	1,000
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-14,173	40,815	-0,347	0,728	1,000
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-4,887	28,276	-0,173	0,863	1,000
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-8,804	41,766	-0,211	0,833	1,000
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-3,917	45,911	-0,085	0,932	1,000

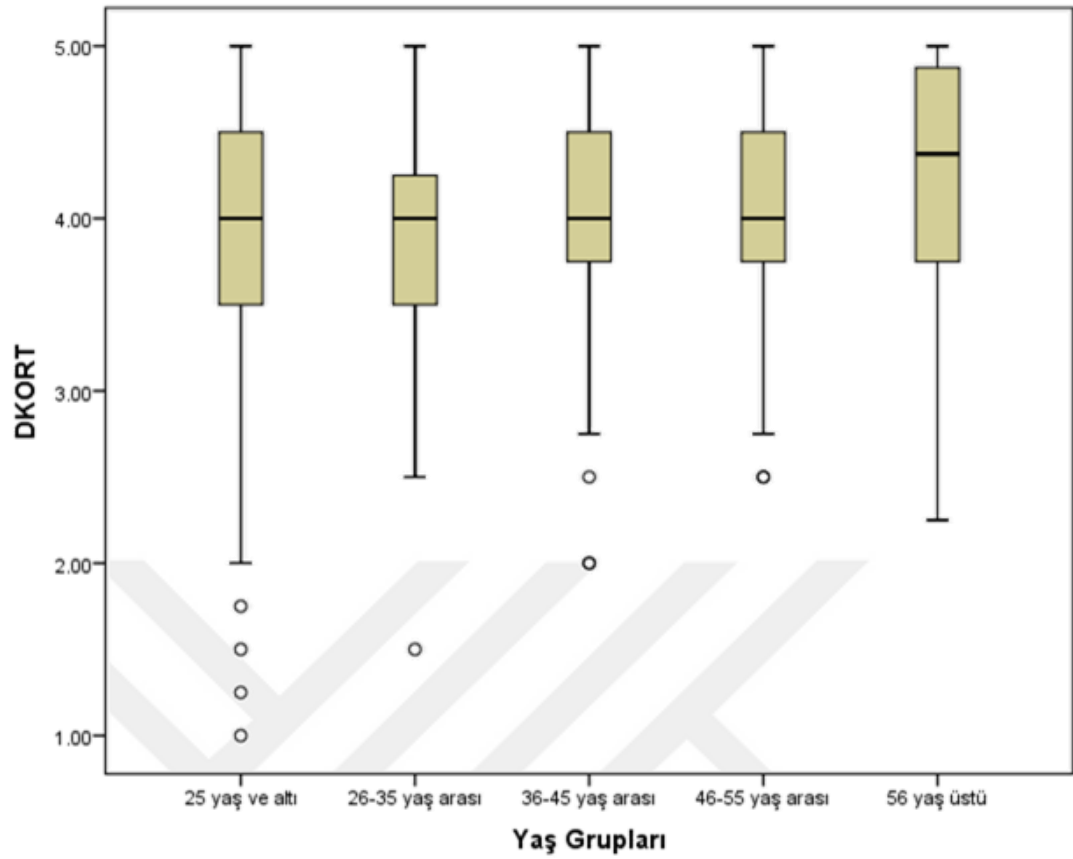
p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri
* p<0,05

Duyguları kullanma boyutu ile ilgili örneklem üzerinde ikili yaş grupları arasındaki karşılaştırmalar incelendiğinde, herhangi iki yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 26). Fark çıkmayışının sebebi, bütün ikili gruplar arasında yapılan karşılaştırmalarda tip 1 hatasını önlemek için kullanılan oldukça düşük p değeri olabilir. Bu durumda, hangi ikili grup karşılaştırmaları arasında fark araştırması yapılacağını belirlemek üzere yaş gruplarına göre duyguları kullanma verilerinin kutu diyagramındaki ortanca değerlerden faydalanılmıştır (Şekil 17).

Tablo 26. Duyguları Kullanma boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	6,306	16,226	0,389	0,698	1,000
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-45,026	19,078	-2,360	0,018	0,183
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-53,315	27,090	-1,968	0,049	0,491
25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-78,499	41,178	-1,906	0,057	0,566
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-38,720	18,526	-2,090	0,037	0,366
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-47,009	26,704	-1,760	0,078	0,783
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-72,193	40,925	-1,764	0,078	0,777
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-8,289	28,527	-0,291	0,771	1,000
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-33,473	42,137	-0,794	0,427	1,000
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-25,185	46,319	-0,544	0,587	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri



Şekil 17. Duyguları Kullanma-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.

Kutu diyagramından elde edilen aşağıdaki 3 adet ikili yaş grubu arasında Mann Whitney U testi kullanılarak fark araştırması yapılmış ve Bonferroni düzeltmesi ile elde edilen yeni anlamlılık eşik değeri $0,05 / 3 = 0,0167$ olarak belirlenmiştir.

- Test 1: 26-35 yaş arasında olanlar ile 56 yaş ve üstünde olanlar
- Test 2: 26-35 yaş arasında olanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar
- Test 3: 26-35 yaş arasında olanlar ile 36-45 yaş arasında olanlar

Yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, sadece 26-35 yaş arası çalışanlar ile 36-45 yaş arasındakilerin duyguları kullanma skorları arasında anlamlı ($p=0,010$, $p<0,0167$) bir fark bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. Duyguları Kullanma İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri

Örnek 1-Örnek 2		Mann Whitney U	z	p
DK	26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	8065,5	-2,555	0,010*
	26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	2957,5	-1,981	0,051
	26-35 yaş arası-56 yaş ve üstü	1022,5	-1,798	0,072

* $p < 0,0167$ Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

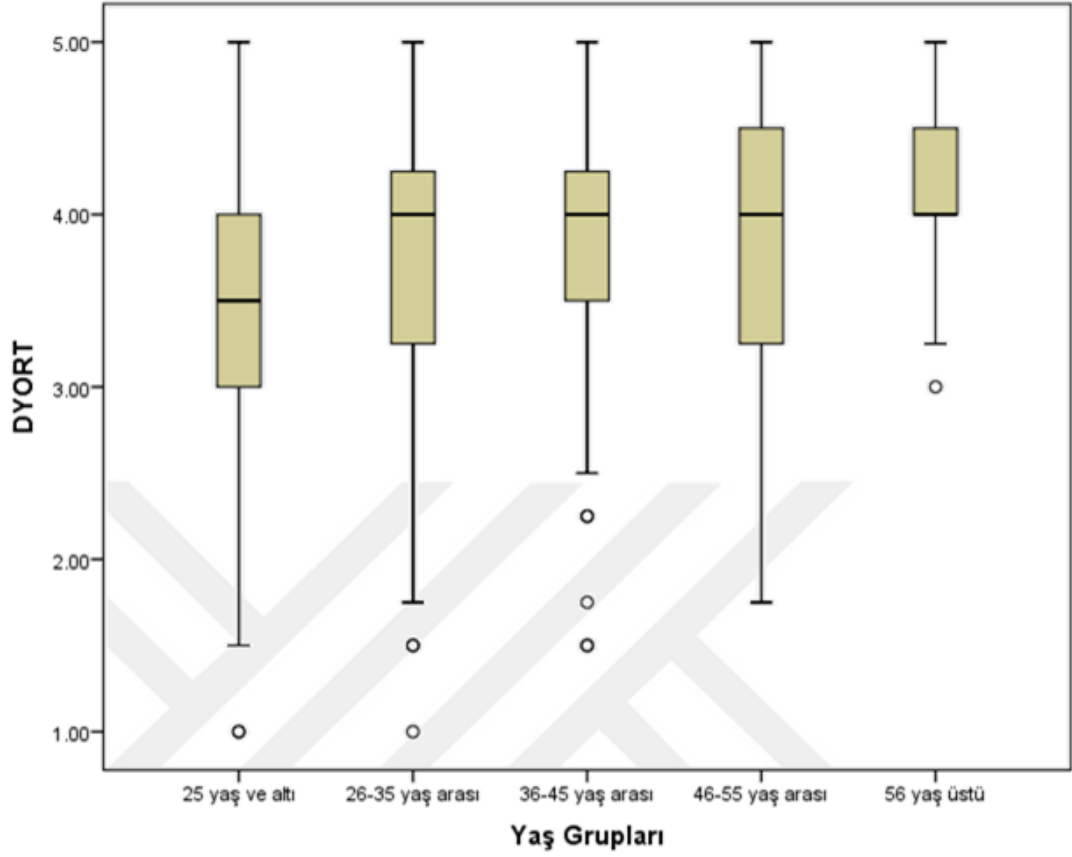
Duyguları kullanma boyutundaki duruma benzer şekilde, duyguları yönetme boyutu ile ilgili örneklem üzerinde ikili yaş grupları arasındaki karşılaştırmalar incelendiğinde, herhangi iki yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 28).

Yapılan bu ikili grup karşılaştırmalarında bütün olası ikili gruplar karşılaştırmaya dahil edildiğinden, bu durumda tip 1 hatasını önlemek için kullanılan oldukça düşük p değeri hiçbir ikili grup arasında anlamlı bir farkın çıkmaması sonucunu doğurmuş olabilir. Bu durumda, hangi ikili grup arasında fark araştırması yapılacağını belirlemek üzere yaş gruplarına göre duyguları kullanma verilerinin kutu diyagramındaki ortanca değerlerden faydalanılmıştır (Şekil 18).

Tablo 28. Duyguları Yönetme boyutu için ikili yaş grupları test istatistikleri karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	-39,722	16,213	-2,450	0,014	0,143
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-42,993	18,510	-2,323	0,020	0,202
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-60,026	26,682	-2,250	0,024	0,245
25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-106,417	40,891	-2,602	0,009	0,093
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-3,271	19,062	-0,172	0,864	1,000
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-20,304	27,068	-0,750	0,453	1,000
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-66,695	41,144	-1,621	0,105	1,000
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-17,033	28,503	-0,598	0,550	1,000
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-63,424	42,102	-1,506	0,132	1,000
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-46,391	46,280	-1,002	0,316	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri



Şekil 18. Duyguları Yönetme-Yaş Grupları Kutu Diyagramı.

Kutu diyagramındaki ortanca değerlerden yola çıkarak aşağıdaki 4 adet ikili yaş grubu karşılaştırılması için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bonferroni düzeltmesi için yeni anlamlılık eşik değeri olarak 0,05 yerine $0,05 / 4 = 0,0125$ kullanılmıştır.

- Test 1: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 26-35 yaş arasında olanlar
- Test 2: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 36-45 yaş arasında olanlar
- Test 3: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar
- Test 4: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 56 yaş ve üstünde olanlar

Yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, sadece 25 yaş ve altındaki çalışanlar ile 56 yaş ve üstü arasındakilerin duyguları yönetme skorları arasında anlamlı ($p=0,009$, $p<0,0125$) bir fark bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Duyguları Yönetme İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri

Örnek 1-Örnek 2		Mann Whitney U	z	p
DY	25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	15303	-2,486	0,013
	25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	9617	-2,404	0,016
	25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	3473	-1,982	0,042
	25 yaş ve altı-56 yaş ve üstü	1009,5	-2,574	0,009*

* $p < 0,0125$ Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

8.2.2.3. Eğitim düzeyleri açısından

Örnekleme grubunun eğitim düzeylerine göre, araştırmanın ikinci hipotezi test edildiğinde duygusal zekânın başkalarının duygularını değerlendirme ve duyguları kullanma boyutlarında anlamlı derecede fark olduğu görülmüştür (Tablo 30). Eğitim düzeyleri arasında yapılan ikili karşılaştırmalar incelendiğinde ise, başkalarının duygularını değerlendirme boyutunda ikili eğitim düzeylerinin karşılaştırılması sonucunda anlamlı herhangi bir fark bulunamamıştır (Tablo 31). Herhangi ikili bir grup arasında anlamlı bir farkın çıkmaması yapılan ikili grup karşılaştırmalarında tip 1 hatasını önlemek için kullanılan oldukça düşük p değerinden dolayı olabilir.

Tablo 30. Eğitim düzeyine göre duygusal zekâ boyutları değerlendirme istatistikleri

Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
KDD	İlköğretim	123	275,41	4,2744	6,890	0,142
	Ön Lisans	83	291,9	4,3373		
	Lisans	228	258,46	4,227		
	Yüksek Lisans	82	288,05	4,372		
	Doktora	34	319,82	4,4779		
BDD	İlköğretim	123	251,07	3,9411	12,264	0,015*
	Ön Lisans	83	310,17	4,1355		
	Lisans	228	263,86	4,0143		
	Yüksek Lisans	82	289,26	4,1098		
	Doktora	34	324,1	4,2426		
DK	İlköğretim	123	268,23	3,9472	11,339	0,023*
	Ön Lisans	83	297,33	4,0271		
	Lisans	228	256,5	3,8772		
	Yüksek Lisans	82	318,7	4,1402		
	Doktora	34	271,72	3,9485		

	İlköğretim	123	287,93	3,7825			
	Ön Lisans	83	270,32	3,6657			
DY	Lisans	228	258,24	3,6305	7,050	4	0,133
	Yüksek Lisans	82	307,62	3,8659			
	Doktora	34	281,43	3,7353			

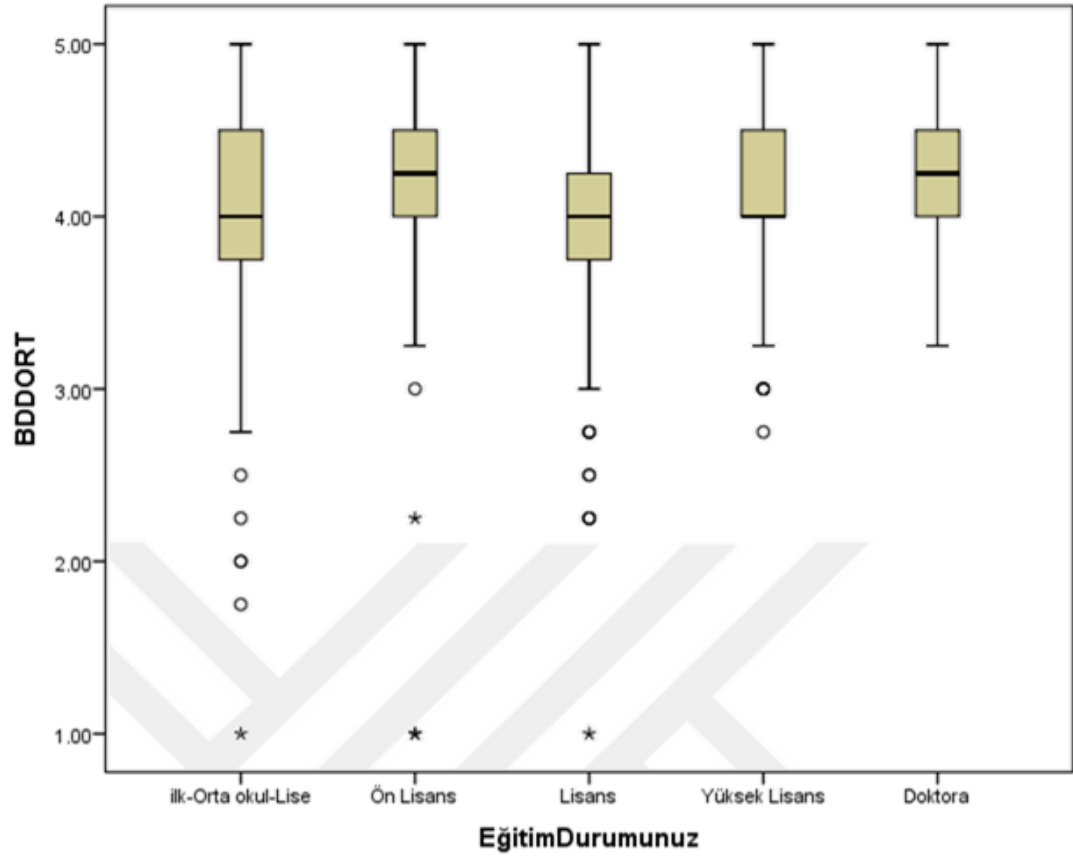
* p<0,05

Tablo 31. Başkalarının Duygularını Değerlendirme Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
İlköğretim-Lisans	-12,789	17,494	-0,731	0,465	1,000
İlköğretim-Yüksek Lisans	-38,183	22,293	-1,713	0,087	0,867
İlköğretim-Ön Lisans	-59,096	22,212	-2,661	0,008	0,078
İlköğretim-Doktora	-73,030	30,297	-2,41	0,016	0,159
Lisans-Yüksek Lisans	-25,394	20,135	-1,261	0,207	1,000
Lisans-Ön Lisans	46,307	20,046	2,310	0,021	0,209
Lisans-Doktora	-60,241	28,747	-2,096	0,036	0,361
Yüksek Lisans-Ön Lisans	20,913	24,347	0,859	0,390	1,000
Yüksek Lisans-Doktora	-34,847	31,895	-1,093	0,275	1,000
Ön Lisans-Doktora	-13,934	31,839	-0,438	0,662	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

Bu durumda, hangi ikili grup arasında fark araştırması yapılacağını belirlemek üzere eğitim düzeylerine göre başkalarının duygularını değerlendirme verilerinin kutu diyagramındaki ortanca değerlere bakılmıştır (Şekil 19).



Şekil 19. Başkalarının Duygularını Değerlendirme-Eğitim Düzeyleri Kutu Diyagramı.

Kutu diyagramında ortanca değerleri kullanılarak aşağıdaki 2 adet ikili yaş grubu belirlenmiş ve Mann Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar karşılaştırılmıştır. Yeni anlamlılık eşik değeri Bonferroni düzeltmesi amacıyla 0,05 yerine $0,05 / 2 = 0,025$ olarak hesaplanmıştır.

- Test 1: İlköğretim mezunu çalışanlar ile ön lisans derecesine sahip olanlar
- Test 2: İlköğretim mezunu çalışanlar ile doktora derecesine sahip olanlar

Yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, sadece ilköğretim mezunu çalışanlar ile doktora derecesine sahip olanların başkalarının duygularını değerlendirme skorları arasında anlamlı ($p=0,016$, $p<0,025$) bir fark bulunmuştur (Tablo 32).

Tablo 32. Başkalarının Duygularını Değerlendirme İçin Belirlenmiş İkili Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırma İstatistik Verileri

	Örnek 1-Örnek 2	Mann Whitney U	z	p
BDD	İlköğretim-Ön Lisans	1372	-0,238	0,819
	İlköğretim-Doktora	1531	-2,421	0,016*

* p<0,025 Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

Eğitim düzeyleri arasında yapılan ikili karşılaştırmalara göre anlamlı fark bulunan diğer bir duygusal zekâ boyutu da duyguları kullanma boyutu olmuştur (Tablo 33). Bu sonuca göre, duyguları kullanma boyutunda lisans mezunu çalışanlar ile yüksek lisans derecesine sahip mesai arkadaşları arasında anlamlı ($p=0,022$) bir fark olduğu görülmüştür.

Tablo 33. Duyguları Kullanma Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Lisans-İlköğretim	11,730	17,639	0,665	0,506	1,000
Lisans-Doktora	-15,218	28,985	-0,525	0,600	1,000
Lisans-Ön Lisans	40,823	20,212	2,020	0,043	0,434
Lisans-Yüksek Lisans	-62,199	20,302	-3,064	0,002	0,022*
İlköğretim-Doktora	-3,489	30,548	-0,114	0,909	1,000
İlköğretim-Ön Lisans	-29,094	22,396	-1,299	0,194	1,000
İlköğretim-Yüksek Lisans	-50,470	22,477	-2,245	0,025	0,247
Doktora-Ön Lisans	25,605	32,103	0,798	0,425	1,000
Doktora-Yüksek Lisans	46,981	32,160	1,461	0,144	1,000
Ön Lisans-Yüksek Lisans	-21,376	24,548	-0,871	0,384	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

*p<0,05

Hipotez (H2): Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

Bu sonuçlara göre, uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır. Bu durumda, H2 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 34).

Tablo 34. 2. Hipotez (H2) Sonucu

	Sosyo-demografik Özellik	p	Hipotez	Sonuçlar
KDD	Cinsiyet	0,555	H2	Desteklendi
	Medeni durum	0,002**		
	Yaş grupları	0,009**		
	Eğitim düzeyleri	0,142		
BDD	Cinsiyet	0,112		
	Medeni durum	0,867		
	Yaş grupları	0,937		
	Eğitim düzeyleri	0,015*		
DK	Cinsiyet	0,705		
	Medeni durum	0,258		
	Yaş grupları	0,025*		
	Eğitim düzeyleri	0,023*		
DY	Cinsiyet	0,043*		
	Medeni durum	0,001**		
	Yaş grupları	0,007**		
	Eğitim düzeyleri	0,133		

** p<0,01

* p<0,05

8.2.3.H3 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H3): Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

8.2.3.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından

Üçüncü araştırma hipotezinin cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre çalışanların kültürel zekâlarıyla ilgili Mann Whitney U Testi sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 35).

Tablo 35. Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri

Değişkenler			n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Mann Whitney U	z	p
KZ	Cinsiyet	Erkek	129	299,37	5,4175	24075	-1,950	0,051
		Kadın	421	268,19	5,2712			
	Medeni Durum	Evli	250	279,08	5,3262	36604	-0,483	0,629
		Bekâr	300	272,51	5,2884			

* p<0,05

Medeni duruma göre, evli ve bekâr çalışanların genel kültürel zekâları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p=0,629). Cinsiyete göre de erkeklerle kadınların genel kültürel zekâları arasında anlamlı bir fark (p=0,051) bulunmamıştır.

8.2.3.2. Yaş grupları bakımından

Yaş grupları bakımından yapılan istatistiksel değerlendirme sonuçlarına göre, örneklemin genel kültürel zekâ skorlarında $p < 0,05$ (p=0,022) düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuş olmasına rağmen (Tablo 36), ikili yaş grupları araştırmasında istatistiksel açıdan önemli herhangi bir fark görülmemektedir (Tablo 37). Bu durum, bütün ikili gruplar arasında karşılaştırma yapılırken tip 1 hatasının önüne geçmek için kullanılan oldukça düşük p değerinden dolayı olabilir. Kruskal Wallis testi sonucu anlamlı bir farklılık tespit edildiği için, bu farkı tespit edebilmek üzere, kutu diyagramındaki ortanca değerlere bakarak yalnızca fark olabileceği gözükten ikili gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır (Şekil 20). Ayrıca, belirlenen ikili karşılaştırma sayısına göre de Bonferroni düzeltmesi için yeni anlamlılık eşik değeri (p) tespit edilmesi gerekecektir.

Tablo 36. Yaş Gruplarına Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri

Yaş Grupları		n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
KZ	25 yaş ve altı	205	258,53	5,2211	11,421	4	0,022*
	26-35 yaş arası	175	264,87	5,2648			

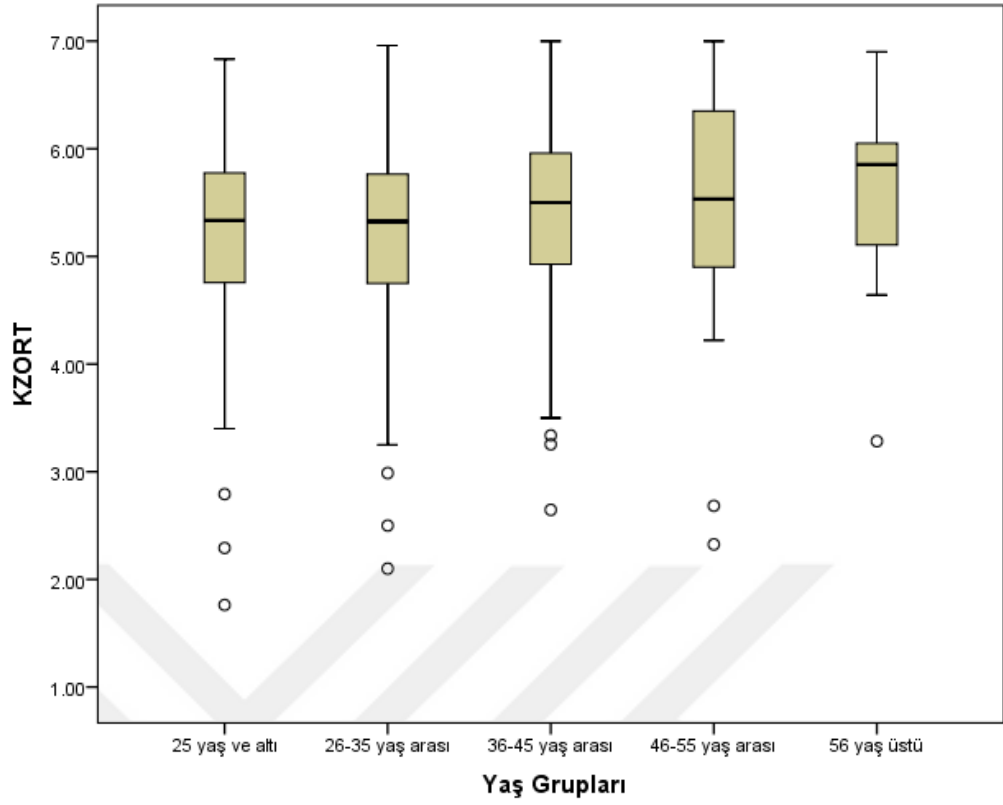
36-45 yaş arası	112	296,31	5,3965
46-55 yaş arası	42	321,56	5,5341
56 yaş ve üstü	16	342,59	5,5968

* p<0,05

Tablo 37. Genel Kültürel Zekâ İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	-6,334	16,355	-0,387	0,699	1
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-37,774	18,673	-2,023	0,043	0,431
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-63,025	26,916	-2,342	0,019	0,192
25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-84,06	41,249	-2,038	0,042	0,416
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-31,439	19,23	-1,635	0,102	1
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-56,691	27,305	-2,076	0,038	0,379
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-77,725	41,505	-1,873	0,061	0,611
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-25,251	28,753	-0,878	0,38	1
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-46,286	42,471	-1,09	0,276	1
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-21,034	46,686	-0,451	0,652	1

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri



Şekil 20. Kültürel Zekâ -Yaş Grupları Kutu Diyagramı.

Kutu diyagramı kullanılarak karşılaştırma için aşağıdaki 2 adet ikili yaş grubu belirlenmiştir. Bonferroni düzeltmesi için yeni anlamlılık eşik değeri $0,05 / 2 = 0,025$ olarak hesaplanmıştır.

- Test 1: 25 yaş ve altı çalışanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar
- Test 2: 26-35 yaş arasındaki çalışanlar ile 46-55 yaş arasında olanlar

Yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, sadece 25 yaş ve altındaki çalışanlar ile 46-55 yaş arasında olanların genel kültürel zekâ skorları arasında anlamlı ($p=0,023$, $p<0,025$) bir fark bulunmuştur (Tablo 38).

Tablo 38. Kültürel Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Yaş Gruplarının Karşılaştırma İstatistik Verileri

Örnek 1-Örnek 2		Mann Whitney U	z	p
KZ	25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	3332	-2,307	0,023*
	26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	2933,5	-2,029	0,045

* p<0,025 Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

8.2.3.3. Eğitim düzeyleri açısından

Araştırmanın üçüncü hipotezi örneklem grubunun eğitim düzeylerine göre test edildiğinde genel kültürel zekâ puanlarının önemli derecede ($p=0,004$) farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 39).

Tablo 39. Eğitim Düzeyine Göre Genel Kültürel Zekâ Değerlendirme İstatistikleri

Eğitim Düzeyi	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
İlköğretim	123	255,57	5,1991	15,435	4	0,004**
Ön Lisans	83	258,95	5,2532			
KZ Lisans	228	267,00	5,2544			
Yüksek Lisans	82	317,78	5,5127			
Doktora	34	343,04	5,6616			

** p<0,01

Eğitim düzeylerine göre yapılan ikili karşılaştırmalar incelendiğinde ise, ilköğretim mezunu olanlarla doktora yapmış örneklem grubunun genel kültürel zekâları arasında önemli ($p=0,045$) bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 40).

Tablo 40. Genel Kültürel Zekâ İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
İlköğretim-Lisans	-3,383	22,574	-0,15	0,881	1
İlköğretim-Yüksek Lisans	-11,429	17,778	-0,643	0,52	1
İlköğretim-Ön Lisans	-62,211	22,656	-2,746	0,006	0,06

İlköğretim-Doktora	-87,475	30,791	-2,841	0,004	0,045*
Lisans-Yüksek Lisans	-8,046	20,372	-0,395	0,693	1
Lisans-Ön Lisans	-58,829	24,743	-2,378	0,017	0,174
Lisans-Doktora	-84,092	32,357	-2,599	0,009	0,094
Yüksek Lisans-Ön Lisans	-50,783	20,463	-2,482	0,013	0,131
Yüksek Lisans-Doktora	-76,046	29,215	-2,603	0,009	0,092
Ön Lisans-Doktora	-25,264	32,415	-0,779	0,436	1

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

* p<0,05

Bu sonuçlar doğrultusunda, H3 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 41).

Hipotez (H3): Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 41. 3. Hipotez (H3) Sonucu

	Sosyo-demografik Özellik	p	Hipotez	Sonuçlar
KZ	Cinsiyet	0,051	H3	Desteklendi
	Medeni durum	0,629		
	Yaş grupları	0,022*		
	Eğitim düzeyleri	0,004**		

** p<0,01

* p<0,05

8.2.4. H4 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H4): Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

8.2.4.1. Cinsiyet ve medeni durum açısından

Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri temelinde Mann Whitney U Testi kullanılarak dördüncü hipotez test edilmiş ve sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 42). Buna göre, kültürel zekânın bilişsel boyutunda erkeklerin kadınlara göre anlamlı (p = 0,01) ölçüde daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, kültürel zekânın üst

bilişsel, motivasyonel ve davranışsal boyutlarında cinsiyet bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ayrıca, kültürel zekânın herhangi bir boyutu ile medeni durum arasında anlamlı bir farktan bahsetmek mümkün gözükmemektedir.

Tablo 42. Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri

	Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Mann Whitney U	z	p
ÜBİL	Cinsiyet	Erkek	129	268,44	5,6406	26244	-0,586	0,558
		Kadın	421	277,66	5,6418			
	Medeni Durum	Evli	250	283,86	5,6857	35409,5	-1,145	0,252
		Bekâr	300	268,53	5,6047			
BİL	Cinsiyet	Erkek	129	307,13	4,9918	23074,5	-2,588	0,010*
		Kadın	421	265,81	4,6770			
	Medeni Durum	Evli	250	285,91	4,8066	34897,5	-1,405	0,160
		Bekâr	300	266,83	4,7044			
MOT	Cinsiyet	Erkek	129	286,76	5,5324	25702	-0,923	0,356
		Kadın	421	272,05	5,4680			
	Medeni Durum	Evli	250	272,50	5,4602	36750	-0,405	0,685
		Bekâr	300	278,00	5,5022			
DAV	Cinsiyet	Erkek	129	298,46	5,5050	24192,5	-1,886	0,059
		Kadın	421	268,46	5,2982			
	Medeni Durum	Evli	250	276,21	5,3522	37323,5	-0,096	0,924
		Bekâr	300	274,91	5,3421			

* p<0,05

8.2.4.2. Yaş grupları bakımından

Demografik özelliklerden yaş gruplarına göre örneklem üzerinde yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, sadece kültürel zekânın bilişsel boyutunda p <0,01 düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 43).

Tablo 43. Yaş Gruplarına Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri

KZ Boyutları	Yaş Grupları	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
ÜBİL	25 yaş ve altı	205	258,49	5,5404	7,989	4	0,092
	26-35 yaş arası	175	268,97	5,6222			
	36-45 yaş arası	112	302,31	5,7704			

	46-55 yaş arası	42	299,56	5,7976			
	56 yaş ve üstü	16	314,03	5,837			
BİL	25 yaş ve altı	205	251,09	4,5807			
	26-35 yaş arası	175	273,84	4,7577			
	36-45 yaş arası	112	289,28	4,7474	20,070	4	0,000*
	46-55 yaş arası	42	335,85	5,2579			
	56 yaş ve üstü	16	393,56	5,5483			
MOT	25 yaş ve altı	205	265,42	5,4242			
	26-35 yaş arası	175	269,04	5,4473			
	36-45 yaş arası	112	291,60	5,6086	3,647	4	0,456
	46-55 yaş arası	42	297,23	5,5429			
	56 yaş ve üstü	16	305,56	5,5927			
DAV	25 yaş ve altı	205	275,18	5,339			
	26-35 yaş arası	175	255,18	5,2317			
	36-45 yaş arası	112	293,89	5,4598	6,598	4	0,159
	46-55 yaş arası	42	311,54	5,5381			
	56 yaş ve üstü	16	278,47	5,4092			

* p<0,05

Örneklem yaş grupları ile bilişsel boyut arasındaki farkın detayları incelendiğinde, 25 yaş ve altı katılımcılarla 46-55 yaş aralığında olanlar ($84,753 \pm 26,876$) ve 25 yaş ve altında olanlarla 56 yaş ve üzerindeki çalışanlar ($142,470 \pm 41,188$) arasında, buna ilave olarak, 26-35 yaş aralığında olanlar ile 56 yaş ve üzerindekiiler arasında ($119,725 \pm 41,443$) $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 44).

Tablo 44. Kültürel Zekânın Bilişsel Boyutu İçin İkili Yaş Grupları Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
25 yaş ve altı-26-35 yaş arası	-22,744	16,331	-1,393	0,164	1,000
25 yaş ve altı-36-45 yaş arası	-32,184	18,645	-1,726	0,084	0,843
25 yaş ve altı-46-55 yaş arası	-84,753	26,876	-3,153	0,002	0,016**
25 yaş ve altı-56 yaş üstü	-142,470	41,188	-3,459	0,001	0,005**
26-35 yaş arası-36-45 yaş arası	-9,440	19,201	-0,492	0,623	1,000
26-35 yaş arası-46-55 yaş arası	-62,008	27,265	-2,274	0,023	0,229
26-35 yaş arası-56 yaş üstü	-119,725	41,443	-2,889	0,004	0,039**
36-45 yaş arası-46-55 yaş arası	-52,568	28,711	-1,831	0,067	0,671
36-45 yaş arası-56 yaş üstü	-110,286	42,408	-2,601	0,009	0,093
46-55 yaş arası-56 yaş üstü	-57,717	46,617	-1,238	0,216	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01 * p<0,05

8.2.4.3. Eğitim düzeyleri bakımından

Eğitim düzeylerine göre, araştırmaya katılanların kültürel zekânın boyutları arasında bir farklılık olup olmadığı yönünde yapılan analizde, bilişsel ve motivasyonel zekâ boyutlarında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık tespit edilirken, üst bilişsel ve davranışsal boyutlarda bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 45).

Tablo 45. Eğitim Düzeyine Göre Kültürel Zekâ Boyutları Değerlendirme İstatistikleri

	Eğitim Durumu	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
ÜBİL	İlköğretim	123	256,59	5,5235	6,838	4	0,145
	Ön Lisans	83	275,11	5,6480			
	Lisans	228	269,83	5,6081			
	Yüksek Lisans	82	305,22	5,8036			
	Doktora	34	311,24	5,8865			
BİL	İlköğretim	123	261,52	4,6418	15,523	4	0,004*
	Ön Lisans	83	247,15	4,5929			
	Lisans	228	268,75	4,6744			
	Yüksek Lisans	82	315,78	5,0541			
	Doktora	34	343,38	5,3119			
MOT	İlköğretim	123	257,11	5,3698	10,394	4	0,034*
	Ön Lisans	83	262,19	5,4285			
	Lisans	228	269,37	5,4381			
	Yüksek Lisans	82	315,45	5,7278			
	Doktora	34	319,29	5,7377			
DAV	İlköğretim	123	265,73	5,2614	4,727	4	0,316
	Ön Lisans	83	269,17	5,3433			
	Lisans	228	270,90	5,2971			
	Yüksek Lisans	82	288,76	5,4652			
	Doktora	34	325,15	5,7102			

* $p<0,05$

Bu farklılıkların hangi ikili eğitim düzeyleri arasında olduğu yönündeki incelemede, bilişsel boyuttaki farklılığın ön lisans ve doktora düzeyindeki eğitime sahip katılımcılar arasında ($96,232\pm32,310$) olduğu görülürken (Tablo 46), motivasyonel boyuttaki farklılığın herhangi ikili eğitim düzeyi arasında bir fark bulgusu ile bulunamamıştır (Tablo 47). Herhangi ikili bir grup arasında anlamlı bir

farkın çıkmaması yapılan ikili grup karşılaştırmalarında tip 1 hatasını önlemek için kullanılan oldukça düşük p değeri kaynaklanmış olabilir.

Tablo 46. Kültürel Zekânın Bilişsel Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Ön Lisans-İlköğretim	14,366	22,540	0,637	0,524	1,000
Ön Lisans-Lisans	-21,604	20,342	-1,062	0,288	1,000
Ön Lisans-Yüksek Lisans	-68,630	24,707	-2,778	0,005	0,055
Ön Lisans-Doktora	-96,232	32,310	-2,978	0,003	0,029*
İlköğretim-Lisans	-7,238	17,752	-0,408	0,683	1,000
İlköğretim-Yüksek Lisans	-54,264	22,622	-2,399	0,016	0,165
İlköğretim-Doktora	-81,866	30,745	-2,663	0,008	0,078
Lisans-Yüksek Lisans	-47,026	20,433	-2,302	0,021	0,214
Lisans-Doktora	-74,628	29,172	-2,558	0,011	0,105
Yüksek Lisans-Doktora	-27,602	32,367	-0,853	0,394	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

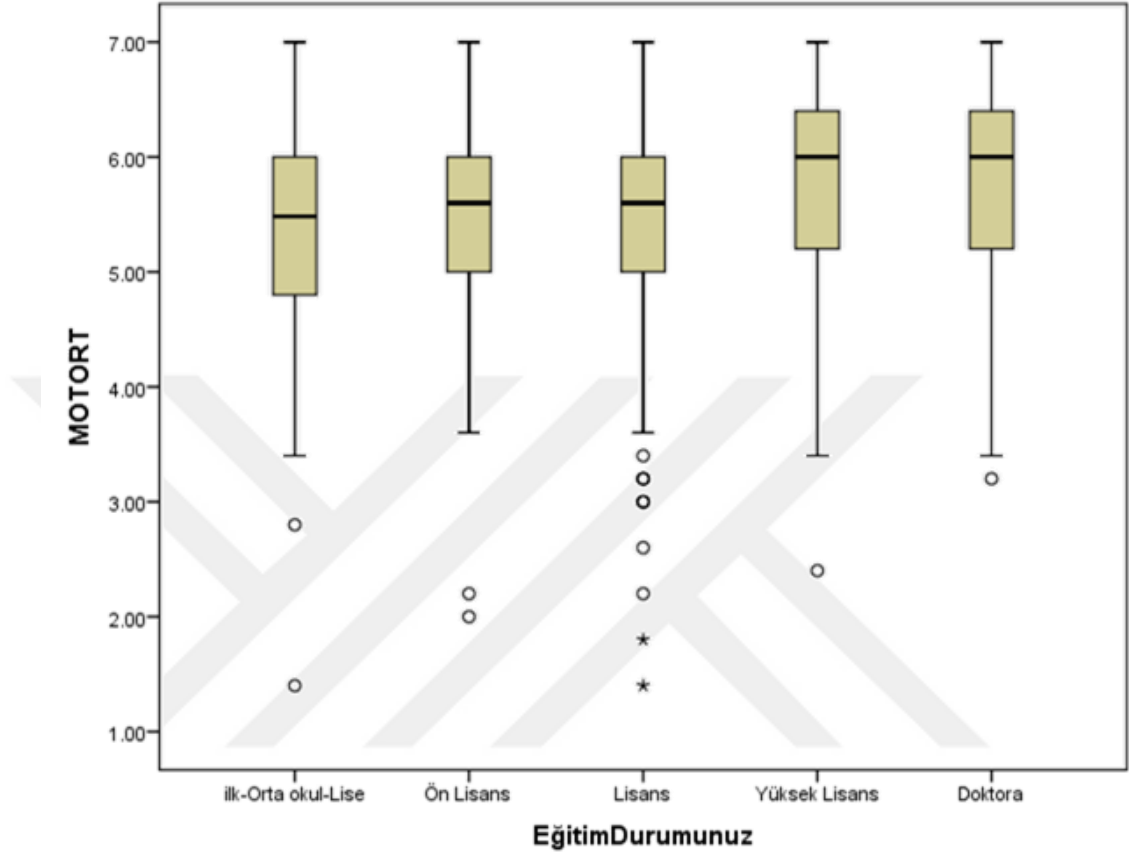
* p<0,05

Tablo 47. Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Eğitim Düzeyleri Test İstatistikleri Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
İlköğretim-Ön Lisans	-5,083	22,506	-0,226	0,821	1,000
İlköğretim-Lisans	-12,259	17,725	-0,692	0,489	1,000
İlköğretim-Yüksek Lisans	-58,335	22,588	-2,583	0,010	0,098
İlköğretim-Doktora	-62,184	30,698	-2,026	0,043	0,428
Ön Lisans-Lisans	-7,176	20,311	-0,353	0,724	1,000
Ön Lisans-Yüksek Lisans	-53,252	24,669	-2,159	0,031	0,309
Ön Lisans-Doktora	-57,101	32,260	-1,770	0,077	0,767
Lisans-Yüksek Lisans	-46,077	20,401	-2,259	0,024	0,239
Lisans-Doktora	-49,926	29,127	-1,714	0,087	0,865
Yüksek Lisans-Doktora	-3,849	32,317	-0,119	0,905	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

Bu durumda, hangi ikili grup arasında fark araştırması yapılacağı eğitim düzeylerine göre motivasyonel kültürel zekâ skorlarının kutu diyagramındaki ortanca değerlere bakılarak belirlenmiştir (Şekil 21).



Şekil 21. Motivasyonel Kültürel Zekâ-Eğitim Düzeyleri Kutu Diyagramı..

Buna göre aşağıdaki 2 adet ikili yaş grubu belirlenmiş ve Mann Whitney U testi kullanılarak ikili gruplar karşılaştırılmıştır. Bonferroni düzeltmesi için yeni anlamlılık eşik değeri $0,05$ yerine $0,05 / 2 = 0,025$ kullanılmıştır.

- Test 1: Ön lisans derecesine sahip çalışanlar ile yüksek lisans derecesine sahip olanlar
- Test 2: Lisans derecesine sahip çalışanlar ile yüksek lisans derecesine sahip olanlar

Analiz sonuçlarına göre, sadece lisans derecesine sahip olan çalışanlar ile yüksek lisans derecesine sahip olanların motivasyonel kültürel zekâ skorları arasında anlamlı ($p=0,022$, $p<0,025$) bir fark bulunmuştur (Tablo 48).

Tablo 48. Motivasyonel Kültürel Zekâ İçin Belirlenmiş İkili Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırma İstatistik Verileri

	Örnek 1-Örnek 2	Mann Whitney U	z	p
MOT	Ön Lisans- Yüksek Lisans	2753,5	-2,123	0,034
	Lisans-Yüksek Lisans	7764,5	-2,283	0,022*

* $p<0,025$ Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

Bu sonuçlara göre, belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında kültürel zekânın bilişsel ve motivasyonel alt boyutlarında anlamlı bir fark olduğu değerlendirilmiştir. Bu durumda, H4 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 49).

Tablo 49. 4. Hipotez (H4) Sonucu

	Sosyo-demografik Özellik	p	Hipotez	Sonuçlar
ÜBİL	Cinsiyet	0,558	H4	Desteklendi
	Medeni durum	0,252		
	Yaş grupları	0,092		
	Eğitim düzeyleri	0,145		
BİL	Cinsiyet	0,010*		
	Medeni durum	0,160		
	Yaş grupları	0,000**		
	Eğitim düzeyleri	0,004**		
MOT	Cinsiyet	0,356		
	Medeni durum	0,685		
	Yaş grupları	0,456		
	Eğitim düzeyleri	0,034*		
DAV	Cinsiyet	0,059		
	Medeni durum	0,924		
	Yaş grupları	0,159		
	Eğitim düzeyleri	0,316		

** $p<0,01$

* $p<0,05$

8.2.5.H5 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H5): Çalışanların duygusal zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.

Yurtdışından gelen hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan katılımcıların çalıştıkları pozisyon açısından duygusal zekâlarında istatistiksel olarak çok anlamlı ($p=0,003$, $p<0,01$) bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 50).

Tablo 50. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duygusal Zekâ Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi P (df)
Hekim	51	291,41	4,0637	21,191	7
Hemşire	285	250,28	3,9173		
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	344,47	4,2417		
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	312,23	4,1053		
Ofis Çalışanı	12	266,29	3,9531		
İdari Hizmetler Çalışanı	41	309,80	4,1235		
Fizyoterapist ve Ebe	10	231,05	3,8812		
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	274,21	4,0240		

** $p<0,01$

Bu anlamlı ($p=0,028$) farkın hangi meslek grupları arasında olduğu incelendiğinde, uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel duygusal zekâ skorlarının hemşirelere göre daha iyi ($61,953\pm18,809$) olduğu görülmüştür (Tablo 51).

Tablo 51. Duygusal Zekâ İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Fizyoterapist ve Ebe-Hemşire	19,229	51,079	0,376	0,707	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	35,242	67,978	0,518	0,604	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-43,162	59,077	-0,731	0,465	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	60,362	54,907	1,099	0,272	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	78,755	55,994	1,406	0,160	1,000

Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	81,182	52,782	1,538	0,124	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	113,417	57,972	1,956	0,050	1,000
Hemşire-Ofis Çalışanı	-16,013	46,786	-0,342	0,732	1,000
Hemşire-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-23,933	32,525	-0,736	0,462	1,000
Hemşire-Hekim	41,133	24,139	1,704	0,088	1,000
Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-59,526	26,518	-2,245	0,025	0,694
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-61,953	18,809	-3,294	0,001	0,028*
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-94,188	30,474	-3,091	0,002	0,056
Ofis Çalışanı-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-7,920	55,407	-0,143	0,886	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	25,120	50,938	0,493	0,622	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-43,513	52,108	-0,835	0,404	1,000
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	45,940	48,640	0,944	0,345	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	78,175	54,228	1,442	0,149	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hekim	17,200	38,258	0,450	0,653	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	35,593	39,802	0,894	0,371	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	38,020	35,139	1,082	0,279	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	70,255	42,540	1,652	0,099	1,000
Hekim-İdari Hizmetler Çalışanı	-18,393	33,302	-0,552	0,581	1,000
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-20,820	27,560	-0,755	0,450	1,000
Hekim-Destek Hizmetleri Çalışanı	-53,055	36,530	-1,452	0,146	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	2,427	29,666	0,082	0,935	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	34,662	38,144	0,909	0,364	1,000
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	32,235	33,249	0,969	0,332	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

*p<0,05

8.2.6.H6 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H6): Çalışanlar arasında pozisyona göre duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, örneklem grubundaki katılımcıların çalıştıkları pozisyon bakımından kendi duygularını değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,123) (Tablo 52).

Tablo 52. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Kendi Duygularını Değerlendirme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	288,75	4,3873	9,917	7	0,193
Hemşire	285	262,35	4,2228			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	302,22	4,4167			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	303,32	4,3816			
Ofis Çalışanı	12	320,63	4,4375			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	261,48	4,2988			
Fizyoterapist ve Ebe	10	204,00	4,1000			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	289,92	4,3750			

Araştırmaya katılanların pozisyonları bakımından başkalarının duygularını değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,053$) (Tablo 53).

Tablo 53. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Başkalarının Duygularını Değerlendirme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	299,02	4,1422	13,885	7	0,053
Hemşire	285	267,91	4,0000			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	363,45	4,3917			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	277,40	4,0447			
Ofis Çalışanı	12	231,92	3,9583			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	264,39	4,0549			
Fizyoterapist ve Ebe	10	282,05	4,1250			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	239,23	3,9327			

Analiz sonuçlarına göre, örnekleme dahil olan katılımcıların çalıştıkları pozisyon bakımından duyguları kullanmada anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 54).

Tablo 54. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duyguları Kullanma Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	272,79	3,9461	12,903	7	0,075
Hemşire	285	259,13	3,8947			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	290,57	4,0333			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	315,32	4,1053			
Ofis Çalışanı	12	265,00	3,8542			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	310,44	4,1280			
Fizyoterapist ve Ebe	10	216,90	3,6750			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	269,63	3,9615			

Çalışanların çalıştıkları pozisyon bakımından duyguları yönetmede $p<0,01$ düzeyinde ($p=0,000$) çok önemli bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 55).

Tablo 55. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Duyguları Yönetme Alt Boyutu Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	291,61	3,7794	32,811	7	0,000**
Hemşire	285	241,92	3,5518			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	348,90	4,1250			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	314,44	3,8895			
Ofis Çalışanı	12	282,33	3,5625			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	337,82	4,0122			
Fizyoterapist ve Ebe	10	250,85	3,6250			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	293,12	3,8269			

** $p<0,01$

Bu farklılığın meslek grupları bazında incelenmesi sonrasında hemşirelerin, $p<0,01$ düzeyinde uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarına ($72,519\pm18,663$) göre, $p<0,01$ düzeyinde idari hizmetler çalışanlarına ($95,900\pm26,312$) göre ve $p<0,05$

düzeyinde de destek hizmetleri çalışanlarına (106,982±30,237) göre duyguları yönetme skorlarının anlamlı bir biçimde daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 56).

Tablo 56. Duyguları Yönetme Alt Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Hemşire-Fizyoterapist ve Ebe	-8,932	50,682	-0,176	0,860	1,000
Hemşire-Ofis Çalışanı	-40,416	46,423	-0,871	0,384	1,000
Hemşire-Hekim	49,690	23,951	2,075	0,038	1,000
Hemşire-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-51,198	32,273	-1,586	0,113	1,000
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-72,519	18,663	-3,886	0,000	0,003**
Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-95,900	26,312	-3,645	0,000	0,007**
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-106,982	30,237	-3,538	0,000	0,011*
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	31,483	67,451	0,467	0,641	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	40,758	54,481	0,748	0,454	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-42,265	58,618	-0,721	0,471	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	63,587	52,372	1,214	0,225	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	86,967	55,560	1,565	0,118	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	98,050	57,522	1,705	0,088	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	9,275	50,543	0,183	0,854	1,000
Ofis Çalışanı-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-10,782	54,977	-0,196	0,845	1,000
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	32,104	48,262	0,665	0,506	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-55,484	51,704	-1,073	0,283	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	66,567	53,807	1,237	0,216	1,000
Hekim-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-1,508	37,961	-0,040	0,968	1,000
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-22,829	27,346	-0,835	0,404	1,000
Hekim-İdari Hizmetler Çalışanı	-46,209	33,043	-1,398	0,162	1,000
Hekim-Destek Hizmetleri Çalışanı	-57,292	36,246	-1,581	0,114	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	21,321	34,867	0,612	0,541	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	44,702	39,493	1,132	0,258	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	55,785	42,210	1,322	0,186	1,000
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-23,380	29,436	-0,794	0,427	1,000
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	34,463	32,991	1,045	0,296	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	11,083	37,848	0,293	0,770	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01

* p<0,05

Bu sonuçlara göre çalışanlar arasında pozisyon bakımından duygusal zekânın alt boyutlarından sadece duyguları yönetmede anlamlı bir fark görülmüştür. H6 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 57).

Hipotez (H6): Çalışanlar arasında pozisyona göre duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

Tablo 57. 5. & 6. Hipotez Sonuçları

	p	Hipotez	Sonuçlar
DZ	0,003**	H5	Desteklendi
KDD	0,193		
BDD	0,053	H6	Desteklendi
DK	0,075		
DY	0,000**		

** p<0,01

8.2.7.H7 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H7): Çalışanların kültürel zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.

Çalıştıkları pozisyon açısından araştırmaya katılan çalışanların kültürel zekâlarında çok anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 58).

Tablo 58. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Kültürel Zekâ Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
Hekim	51	330,04	5,5885	50,058	7	0,000**
Hemşire	285	247,71	5,1753			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	266,22	5,2819			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	361,30	5,7182			
Ofis Çalışanı	12	210,92	4,8111			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	278,89	5,3263			

Fizyoterapist ve Ebe	10	181,55	4,8871
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	230,96	5,0538

** p<0,01

Uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel kültürel zekâlarının diğer meslek gruplarının birçoğuyla aralarında anlamlı farkların ortaya çıkması dikkat çekicidir. Uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel kültürel zekâ skorları açısından hemşirelerle p<0,01 düzeyinde (113,591±18,826), yine p<0,01 düzeyinde sağlık teknisyen ve teknikerleri ile (130,338±35,172) ve p<0,05 düzeyinde de fizyoterapist ve ebelerle (179,750±52,831) anlamlı fark olduğu görülmüştür. Hekimlerin kültürel zekâ skorları bakımından hemşirelerle p<0,05 düzeyinde anlamlı fark (82,330±24,161) olduğu da yine tespit edilmiştir (Tablo 59). Bu sonuçlar doğrultusunda, H7 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 59. Kültürel Zekâ İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	29,367	68,042	0,432	0,666	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-49,412	59,132	-0,836	0,403	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hemşire	66,159	51,127	1,294	0,196	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	84,667	58,027	1,459	0,145	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	97,340	56,047	1,737	0,082	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	148,489	54,959	2,702	0,007	0,193
Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	179,750	52,831	3,402	0,001	0,019**
Ofis Çalışanı-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-20,045	55,459	-0,361	0,718	1,000
Ofis Çalışanı-Hemşire	36,792	46,830	0,786	0,432	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	55,300	54,279	1,019	0,308	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-67,974	52,157	-1,303	0,192	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	119,123	50,986	2,336	0,019	0,545
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	150,383	48,685	3,089	0,002	0,056
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hemşire	16,747	32,556	0,514	0,607	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	35,255	42,580	0,828	0,408	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	47,929	39,840	1,203	0,229	1,000

Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hekim	99,078	38,294	2,587	0,010	0,271
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	130,338	35,172	3,706	0,000	0,006**
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-18,508	30,502	-0,607	0,544	1,000
Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-31,181	26,543	-1,175	0,240	1,000
Hemşire-Hekim	82,330	24,161	3,408	0,001	0,018*
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-113,591	18,826	-6,034	0,000	0,000**
Destek Hizmetleri Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-12,674	38,180	-0,332	0,740	1,000
Destek Hizmetleri Çalışanı-Hekim	63,823	36,564	1,745	0,081	1,000
Destek Hizmetleri Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-95,083	33,281	-2,857	0,004	0,120
İdari Hizmetler Çalışanı-Hekim	51,149	33,333	1,534	0,125	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	82,410	29,694	2,775	0,006	0,154
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-31,261	27,586	-1,133	0,257	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01

* p<0,05

8.2.8.H8 Hipotezinin Testine Ait Bulgular

Hipotez (H8): Çalışanlar arasında pozisyona göre kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

Çalışanlar arasında kültürel zekânın bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal boyutlarında çalışılan pozisyonlar açısından bir farkın olup olmadığı da ayrıca detaylarıyla test edilmiştir. Sonuç olarak, çalıştıkları pozisyona göre örneklem grubundaki çalışanların üst bilişsel zekâlarında anlamlı ($p < 0,01$) bir fark tespit edilmiştir (Tablo 60).

Tablo 60. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Üst Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	p
Hekim	51	304,36	5,8312	34,089	7	0,000**
Hemşire	285	255,15	5,5317			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	264,10	5,5464			
Uluslararası Hasta	95	340,70	5,9737			

Hizmetleri Çalışanı			
Ofis Çalışanı	12	234,25	5,2917
İdari Hizmetler Çalışanı	41	310,16	5,8606
Fizyoterapist ve Ebe	10	161,85	5,1750
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	224,96	5,3654

** p<0,01

Genel kültürel zekâ değerlendirmesinde olduğu gibi, diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının üst bilişsel zekâ skorlarında anlamlı farkın ortaya çıkması dikkat çekicidir. Uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının hemşirelerle p<0,01 düzeyinde (85,549±18,525), sağlık hizmetleri teknisyen ve teknikerleri ile p<0,01 düzeyinde (115,738±34,609) ve fizyoterapist ve ebelerle p<0,05 düzeyinde (178,850±51,985) üst bilişsel kültürel zekâ skorları arasında fark olduğu görülmüştür (Tablo 61).

Tablo 61. Üst Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-63,112	58,184	-1,085	0,278	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	72,400	66,952	1,081	0,280	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hemşire	93,301	50,307	1,855	0,064	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	102,250	57,097	1,791	0,073	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	142,513	54,078	2,635	0,008	0,235
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	148,309	55,149	2,689	0,007	0,201
Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	178,850	51,985	3,440	0,001	0,016*
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Ofis Çalışanı	9,288	54,570	0,170	0,865	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hemşire	30,189	32,034	0,942	0,346	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	39,138	41,898	0,934	0,350	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hekim	79,401	37,680	2,107	0,035	0,983
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	85,197	39,201	2,173	0,030	0,833
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	115,738	34,609	3,344	0,001	0,023*
Ofis Çalışanı-Hemşire	20,901	46,079	0,454	0,650	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	29,850	53,409	0,559	0,576	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	70,113	50,169	1,398	0,162	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-75,909	51,321	-1,479	0,139	1,000
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	106,450	47,905	2,222	0,026	0,736
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-8,949	30,013	-0,298	0,766	1,000
Hemşire-Hekim	49,212	23,774	2,070	0,038	1,000

Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-55,008	26,118	-2,106	0,035	0,985
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-85,549	18,525	-4,618	0,000	0,000**
Destek Hizmetleri Çalışanı-Hekim	40,263	35,978	1,119	0,263	1,000
Destek Hizmetleri Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-46,059	37,568	-1,226	0,220	1,000
Destek Hizmetleri Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-76,600	32,747	-2,339	0,019	0,541
Hekim-İdari Hizmetler Çalışanı	-5,796	32,799	-0,177	0,860	1,000
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-36,337	27,144	-1,339	0,181	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	30,541	29,218	1,045	0,296	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01

* p<0,05

Araştırma verilerine göre yapılan istatistiksel analizlerde, katılımcıların çalıştıkları pozisyon açısından bilişsel kültürel zekâlarında yine önemli derecede (p <0,01) bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 62).

Tablo 62. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	339,73	5,2635	75,553	7	0,000**
Hemşire	285	245,17	4,5230			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	256,03	4,6868			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	385,17	5,5140			
Ofis Çalışanı	12	205,79	4,0694			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	247,06	4,6190			
Fizyoterapist ve Ebe	10	173,45	3,9333			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	220,00	4,3654			

** p<0,01

Bilişsel kültürel zekâ skorları üzerinde yapılan analizlerde dikkati çeken konu uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının hekimler dışındaki araştırmaya katılan diğer bütün meslek grupları ile arasında anlamlı farkın ortaya çıkması olmuştur. Hemşirelerle (140,005±18,799), sağlık hizmetleri teknisyen ve teknikerleri ile (165,174±35,120), fizyoterapist ve ebelerle (211,724±52,753), idari hizmetler çalışanlarıyla (138,113±29,650), ofis çalışanlarıyla (179,382±48,613) ve destek

hizmetleri çalışanlarıyla (129,140±33,231) aralarındaki ortalama bilişsel kültürel zekâ ölçüm değerleri arasındaki farkların $p<0,01$ düzeyinde çok anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 63).

Diğer taraftan, uluslararası hasta hizmetleri çalışanları dışında bilişsel kültürel zekâlarının diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında anlamlı bir farkın bulunduğu bir diğer meslek grubu da hekimler olmuştur. Bilişsel kültürel zekâ açısından hekimlerin hemşirelerle $p<0,01$ düzeyinde (94,557±24,126) ve sağlık teknisyeni ve teknikerleri ile $p<0,05$ düzeyinde (119,725±38,238) arasında anlamlı farklar olduğu gözlenmektedir.

Tablo 63. Bilişsel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	32,342	67,942	0,476	0,634	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-46,550	59,045	-0,788	0,430	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hemşire	71,718	51,051	1,405	0,160	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	73,611	55,964	1,315	0,188	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	82,583	57,941	1,425	0,154	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	166,275	54,878	3,030	0,002	0,068
Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	211,724	52,753	4,013	0,000	0,002**
Ofis Çalışanı-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-14,208	55,377	-0,257	0,798	1,000
Ofis Çalışanı-Hemşire	39,377	46,761	0,842	0,400	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-41,269	52,080	-0,792	0,428	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	50,242	54,199	0,927	0,354	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	133,934	50,911	2,631	0,009	0,239
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	179,382	48,613	3,690	0,000	0,006**
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hemşire	25,168	32,508	0,774	0,439	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	27,061	39,781	0,680	0,496	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	36,033	42,517	0,848	0,397	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hekim	119,725	38,238	3,131	0,002	0,049*
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	165,174	35,120	4,703	0,000	0,000**
Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-1,893	26,504	-0,071	0,943	1,000
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-10,865	30,457	-0,357	0,721	1,000
Hemşire-Hekim	94,557	24,126	3,919	0,000	0,002**
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-140,005	18,799	-7,448	0,000	0,000**
İdari Hizmetler Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	8,972	38,124	0,235	0,814	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Hekim	92,665	33,284	2,784	0,005	0,150
İdari Hizmetler Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	138,113	29,650	4,658	0,000	0,000**

Destek Hizmetleri Çalışanı-Hekim	83,692	36,510	2,292	0,022	0,613
Destek Hizmetleri Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-129,140	33,231	-3,886	0,000	0,003**
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-45,448	27,545	-1,650	0,099	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01

* p<0,05

Örneklem grubundaki çalışanların motivasyonel kültürel zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından istatistiksel olarak çok anlamlı ($p < 0,01$) bir fark daha tespit edilmiştir (Tablo 64).

Tablo 64. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	312,39	5,6644	21,088	7	0,004**
Hemşire	285	258,60	5,3844			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	284,75	5,5628			
Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	329,44	5,8105			
Ofis Çalışanı	12	254,75	5,2500			
İdari Hizmetler Çalışanı	41	259,49	5,4431			
Fizyoterapist ve Ebe	10	197,90	5,0200			
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	245,31	5,2692			

** p<0,01

İkili karşılaştırmalar incelendiğinde, kültürel zekânın motivasyonel boyutundaki bu $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı farkın uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarıyla hemşireler arasında ($70,837 \pm 18,770$) olduğu görülmektedir (Tablo 65).

Tablo 65. Motivasyonel Kültürel Zekâ Boyutu İçin İkili Meslek Grupları Karşılaştırması

Örnek 1-Örnek 2	Test İstatistiği	Std. Hata	Std. Test İstatistiği	p	p*
Fizyoterapist ve Ebe-Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	-47,408	58,955	-0,804	0,421	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Ofis Çalışanı	56,850	67,838	0,838	0,402	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Hemşire	60,700	50,973	1,191	0,234	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-İdari Hizmetler Çalışanı	61,588	55,879	1,102	0,270	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Destek Hizmetleri Çalışanı	86,850	57,853	1,501	0,133	1,000

Fizyoterapist ve Ebe-Hekim	114,492	54,794	2,089	0,037	1,000
Fizyoterapist ve Ebe-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	131,537	52,673	2,497	0,013	0,350
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Ofis Çalışanı	9,442	55,293	0,171	0,864	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hemşire	13,292	32,458	0,410	0,682	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-İdari Hizmetler Çalışanı	14,180	39,720	0,357	0,721	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Destek Hizmetleri Çalışanı	39,442	42,452	0,929	0,353	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Hekim	67,084	38,179	1,757	0,079	1,000
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	84,129	35,067	2,399	0,016	0,460
Ofis Çalışanı-Hemşire	3,850	46,690	0,082	0,934	1,000
Ofis Çalışanı-İdari Hizmetler Çalışanı	-4,738	52,001	-0,091	0,927	1,000
Ofis Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	30,000	54,116	0,554	0,579	1,000
Ofis Çalışanı-Hekim	57,642	50,833	1,134	0,257	1,000
Ofis Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	74,687	48,539	1,539	0,124	1,000
Hemşire-İdari Hizmetler Çalışanı	-0,888	26,464	-0,034	0,973	1,000
Hemşire-Destek Hizmetleri Çalışanı	-26,150	30,411	-0,860	0,390	1,000
Hemşire-Hekim	53,792	24,089	2,233	0,026	0,715
Hemşire-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-70,837	18,770	-3,774	0,000	0,004**
İdari Hizmetler Çalışanı-Destek Hizmetleri Çalışanı	25,262	38,065	0,664	0,507	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Hekim	52,904	33,233	1,592	0,111	1,000
İdari Hizmetler Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	69,949	29,605	2,363	0,018	0,508
Destek Hizmetleri Çalışanı-Hekim	27,642	36,455	0,758	0,448	1,000
Destek Hizmetleri Çalışanı-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-44,687	33,181	-1,347	0,178	1,000
Hekim-Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	-17,045	27,503	-0,620	0,535	1,000

p*: Bonferroni düzeltmesi sonrası p değeri

** p<0,01

Katılımcıların kültürel zekâ boyutları ölçümleri içerisinde sadece davranışsal kültürel zekâda çalıştıkları pozisyon bakımından arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0,05$) bir fark tespit edilememiştir (Tablo 66).

Tablo 66. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Pozisyon Değişkenine Göre Davranışsal Kültürel Zekâ Boyutu Değerlendirmeleri Varyans Analiz Sonuçları

Pozisyon	n	Sıra Ortalaması	Ortalama	Ki Kare	Serbestlik Derecesi (df)	P
Hekim	51	307,86	5,5950	12,674	7	0,080
Hemşire	285	261,14	5,2621			
Destek Hizmetleri Çalışanı	30	275,75	5,3316			

Uluslararası Hasta Hizmetleri Çalışanı	95	310,89	5,5747
Ofis Çalışanı	12	193,33	4,6333
İdari Hizmetler Çalışanı	41	283,38	5,3828
Fizyoterapist ve Ebe	10	268,40	5,4200
Sağlık Teknisyeni / Teknikeri	26	268,04	5,2154

Bu sonuçlara göre, araştırmaya katılan uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasında çalıştıkları pozisyon açısından genel kültürel zekâ, bilişsel, üst bilişsel ve motivasyonel zekâda istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu tespit edilirken, davranışsal kültürel zekâ boyutunda anlamlı bir farkın olmadığı dikkat çekmiştir. Buna rağmen, H8 hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 67).

Hipotez (H8): Çalışanlar arasında pozisyona göre kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

Tablo 67. 7. & 8. Hipotez Sonuçları

	p	Hipotez	Sonuçlar
KZ	0,000**	H7	Desteklendi
ÜBİL	0,000**		
BİL	0,000**	H8	Desteklendi
MOT	0,004**		
DAV	0,080		

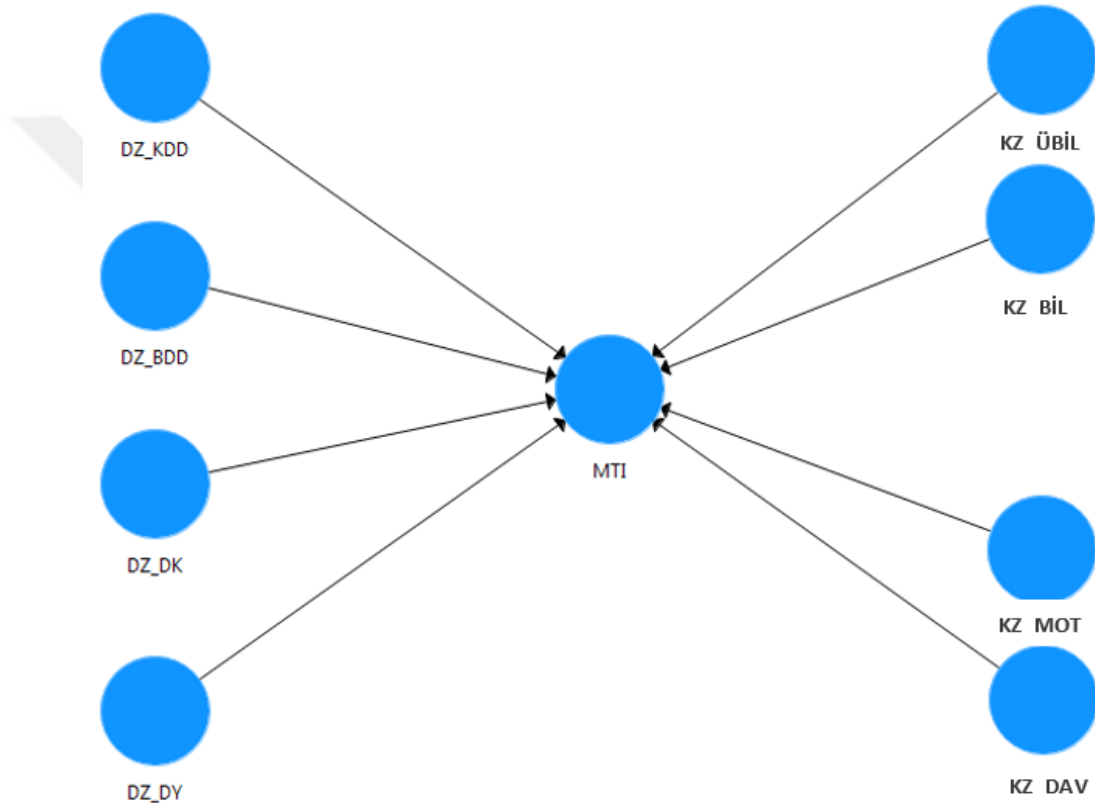
** p<0,01

8.2.9. Yapısal Eşitlik Modellemesi ile H9 ve H10 Hipotezlerinin Sınanması

H9: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların duygusal zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

H10: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

Araştırmada duygusal zekâ ve kültürel zekânın mesleklerarası işbirliğine etkisi yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak incelenmiştir. Duygusal zekâ ve kültürel zekâ skorlarının olası ölçüm hatalarından olabildiğince arındırılarak net değerlerinin elde edilmesi için kısmi en küçük kareler (PLS) yol analizi kullanılmıştır. Öncelikle bu amaca yönelik varsayılan ölçüm modelinin (Şekil 22) yapısal geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi yapılmıştır (Tablo 68).



Şekil 22. Varsayılan Ölçüm Modeli.

Tablo 68. Modelin Güvenilirlik ve Ayrışma Geçerlilik Sonuçları

	CR	AVE	BDD	DK	DY	KDD	DAV	BİL	ÜBİL	MOT
BDD	0,900	0,692	0,832*							
DK	0,881	0,650	0,423	0,806*						
DY	0,920	0,743	0,400	0,517	0,862*					
KDD	0,918	0,737	0,544	0,512	0,396	0,858*				
DAV	0,935	0,741	0,347	0,359	0,263	0,234	0,861*			
BİL	0,903	0,613	0,233	0,302	0,291	0,155	0,400	0,783*		
ÜBİL	0,932	0,775	0,369	0,467	0,375	0,339	0,493	0,458	0,881*	
MOT	0,905	0,655	0,362	0,429	0,297	0,296	0,632	0,501	0,572	0,810*

* Köşegen değerler aynı satırdaki AVE değerinin kare köküne eşittir.

Birleşik güvenilirlik katsayılarının tamamı 0,70'ten büyük değerler olarak duygusal zekâ ve kültürel zekâ bileşenlerinin mesleklerarası işbirliği üzerine etkilerini belirlemeye yönelik oluşturulan bu yapısal modelin iç tutarlılığının oldukça iyi olduğunu göstermektedir (Castro ve ark., 2017).

Örnekleme verilerine ait ölçümlerin ayrışma geçerlilikleri incelendiğinde her modeldeki her bir değişken için hesaplanan ortalama varyans değerinin (AVE) 0,50'den büyük olduğu ve modelin yakınsak geçerliliğe sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, Fornell-Larcker kıstası temel alınarak ölçüm modelinin değişkenlerine ait hesaplanan her bir ortalama varyans değerinin (AVE) karekökünün matrisi oluşturan değişkenlerin birbirleriyle olan korelasyon değerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Castro ve ark., 2017; Fornell ve Larcker, 1981; Ringle ve ark., 2015). Bu sayede ölçüm modelinin ayrışma geçerliliğine sahip olduğu anlaşılmış ve bir sonraki adım olarak modelin değerlendirilmesine gelinmiştir.

Yapısal modelin değerlendirilmesi için açıklanan varyans (R^2) ile birlikte kestirimsel uygunluk (Q^2) değerlerine bakılır (Chin, 1998). 0 ile 1 değerleri arasında değer alan R^2 etki çapı, veri setinin regresyon doğrusuyla ne kadar örtüştüğüyle ilgili bir göstergedir (Chin, 1998). Modelin açıklanan varyans değerinin (R^2) 0,26'dan büyük olması ($R^2=0,267$) bağımlı değişken olan mesleklerarası işbirliği derecesinin

duygusal zekâ ve kültürel zekânın alt bileşenlerinin büyük çaplı yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Castro ve ark., 2017; Chin, 1998). Diğer bir deyişle, duygusal zekâ ve kültürel zekânın alt bileşenlerinin mesleklerarası işbirliği derecesi üzerindeki etki çapı üst düzeyde olup, bu bileşenlerdeki değişimin %0,267'sini açıklamaktadır.

Öte yandan, yapısal modelin kestirim özelliğinin değerlendirilmesinde R^2 açıklanan varyans değerinden başka, model tarafından üretilen verilerin tekrar kullanımından yola çıkılarak geliştirilen kestirimsel uygunluğun incelenmesi gerekir (Chin, 1998; Geisser, 1975; Stone, 1974). Kısaca Q^2 kestirimsel uygunluk değeri gözlemlenen değerlerin tekrar model ve onun parametreleri tarafından üretilbildiğinin göstergesidir (Chin, 1998). Negatif Q^2 değeri kestirimsel uygunluğun bulunmadığına işaret ederken, pozitif Q^2 değeri kestirimsel uygunluğun olduğu anlamına gelmektedir (Chin, 1998). Bu araştırmadaki Şekil 22'de gösterilen yapısal modelin, Q^2 kestirimsel uygunluk değeri $0,121 > 0$ olduğundan kestirimsel uygunluğa sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ölçüm modelinin yapısal geçerlilik ve güvenilirliğinin doğrulanması ve değerlendirilmesinin ardından, son iki araştırma hipotezinin (H9 ve H10) sınanmasına yönelik örnekleme ait duygusal zekâ veya kültürel zekâ ile meslekler arasındaki işbirliği verilerinin arasındaki nedensellik, yol analizi yardımıyla incelenmiştir (Tablo 69).

Tablo 69. Model Yol Katsayıları (β), t ve p İstatistikleri

	β	t	p
DZ_BDD → MTI	0,099	1,989	0,047*
DZ_DK → MTI	0,212	4,557	0,000**
DZ_DY → MTI	0,130	2,698	0,007**
DZ_KDD → MTI	-0,048	0,860	-0,390
KZ_DAV → MTI	0,144	2,558	0,011*
KZ_BİL → MTI	0,058	1,188	-0,236
KZ_ÜBİL → MTI	0,076	1,358	-0,175
KZ_MOT → MTI	0,042	0,651	-0,515

** p<0,01

* p<0,05

H9: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların duygusal zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

Duygusal zekânın duyguları kullanma boyutunun mesleklerarası işbirliği üzerinde anlamlı ve pozitif ($\beta:0,212>0,20$, $p<0,01$) bir etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Duygusal zekânın her ne kadar duygu yönetimi ($\beta:0,130$, $p<0,01$) ve başkalarının duygularını değerlendirme ($\beta:0,099$, $p<0,05$) alt bileşenleri mesleklerarası işbirliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu bir etkiye sahip olsalar da her ikisinin de yol kat sayı değeri (β) 0,20'den küçük olduğundan mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkilerinin zayıf düzeyde olduğu görülmüştür (Castro ve ark., 2017). Bu sonuçlara göre, H9 hipotezi kabul edilmiştir.

H10: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

Araştırmanın son hipoteziyle ilgili, kültürel zekânın davranışsal boyutunun ($\beta:0,144$, $p<0,05$) mesleklerarası işbirliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu ama zayıf ($\beta<0,20$) bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda H10 hipotezi kabul edilmiştir.

9. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma İstanbul ve Kocaeli illerinde yer alan özel hastanelerin uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlarıyla anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Özellikle yurtdışı hastaların yoğun olduğu servis ve tedavi alanlarındaki çalışanlar araştırmaya dahil edilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada ilk olarak, çalışanlar arasında belirlenmiş sosyo-demografik verilere göre duygusal zekâ ve kültürel zekâ açısından bir fark olup olmadığı incelenmiştir. İkinci olarak, çalışanların pozisyonlarına göre duygusal zekâ ve kültürel zekâ açısından aralarında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Son olarak da duygusal zekâ ve kültürel zekânın mesleklerarası işbirliğine etkisi irdelenmiştir. Bu bölümde araştırmada elde edilen bulguların anlamları ile ilgili alanyazındaki diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılacak ve sonrasında araştırmadan elde edilen sonuç ve uygulamadaki etkileri üzerinde durulacaktır.

H1: Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre duygusal zekâlarında anlamlı bir fark vardır

H2: Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

Bu çerçevede araştırmada ilk önce belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanların duygusal zekâları arasındaki fark incelenmiştir.

1. Cinsiyet

Analiz sonuçlarına göre cinsiyet açısından kadın ve erkek çalışanların genel duygusal zekâları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Erkeklerle göre daha duygusal olarak görünen kadın çalışanların duygusal zekâ skorlarının yüksek olması beklenirken sonuç olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Nitekim Goleman, (1996) duygusal zekâ yetenekleri bakımından kadınların erkeklere göre sözel olmayan

ipuçlarını kullanarak duygularını daha iyi yönetebildiğini, empati yapabildiğini ve insanlar arası ilişkilerinde daha hassas olduklarını ifade etmiştir. Diğer taraftan, Hochschild (2012) kadınların erkeklere göre çalışma hayatında duygularını daha iyi organize edebildiklerini belirtmiştir. Araştırmada kadınların duygusal zekâlarının erkeklere göre daha iyi çıkmaması durumu mevcut çalışma şartlarının kadın çalışanların üzerinde onların bu yeteneklerini ortaya koymaları konusunda erkeklere göre daha fazla olumsuz yönde etkiliyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Örneğin, kurumdaki ücret politikaları, yönetim politikaları, ast-üst ilişkilerindeki bir takım olumsuzluklar, genel çalışma şartları veya artan iş yükü kadın çalışanlar üzerinde duygusal zekâ yeteneklerini olumsuz etkiliyor olabilir. Özellikle yurtdışından hasta kabul eden hastanelerin çoğunda ulusal sağlık kalite standartlarına ek olarak uluslararası akreditasyon kurumlarının öngördüğü hizmet şartlarına yönelik belirli periyotlarla yapılan denetimler ve tekrar akreditasyon işlemleri kadın çalışanları erkek mesai arkadaşlarına göre olumsuz etkileyecek veya kendilerini tükenmiş hissetmelerine yol açacak bir takım etkiler gösteriyor olabilir. Öte yandan alanyazındaki benzer çalışmalar incelendiğinde, araştırmadaki bu sonucun McDonald (2015)'ın üst düzey sağlık yöneticileri hakkındaki çalışmasındaki elde ettiği sonuç, Avunduk (2016)'un tıp doktorları arasındaki ilgili sonucu ve Aslan ve Özata (2008)'nin tamamen sağlık çalışanı olanlar üzerinde yaptıkları çalışmada elde ettikleri sonuçlarla paralellik gösterdiği görülmüştür. Fakat Arora ve arkadaşlarının (2010)'nın yaptıkları tarama çalışmasında tespit ettikleri yedi yayından altı tanesinde kadınların duygusal zekâlarının anlamlı biçimde erkeklerden daha yüksek olduğunu gösteren sonuçlarla çelişiyor gözükmektedir. Fakat aynı araştırmacılar belirli kriterlere uygunluk gösterdiklerini tespit ettikleri bu yayınlarda duygusal zekâ ölçümünde kullanılan bazı ölçeklerin geçerlilikleri ile ilgili bazı sorunlara dikkat çekerek bulgularla ilgili çekinceleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Duygusal zekânın alt boyutları açısından kadın ve erkek çalışanlar arasında olası bir farkın araştırmasına gelince, erkeklerin skorlarının kadınlara göre duygusal zekânın sadece duygu yönetimi boyutunda daha yüksek olduğuna dair anlamlı bir fark göze çarpmaktadır. Bu fark erkeklere göre kadınların daha duygusal olmalarından ve bu yüzden çalışma ortamında yaşadıkları duygusal iniş çıkışlarla baş

edemediklerinden kaynaklanmış olabilir. Bunun dışında, hastanede çalışanların çoğu her ne kadar bu konuda eğitilmiş olsalar da çalışma şartları itibarıyla hastalarla devamlı temas halinde olduğundan, kadın çalışanların erkek meslektaşlarına göre yaşadıklarından duygusal olarak daha fazla etkileniyor olması da muhtemeldir. Benzer şekilde, tüm bunlarda kadın çalışanların erkeklere göre kendilerini daha fazla tükenmiş hissediyor olmuş olmalarının bir rolü de olabilir. Araştırmanın duyguları yönetme boyutuyla ilgili bu sonucu Hendricks (2018)'in akıl sağlığı alanında çalışanların duygusal zekâları üzerine yaptığı çalışmadaki desteklemektedir. Goleman (1996) ise bu çalışmadaki sonucun aksine, kadınların erkeklere göre sözel olmayan ipuçlarını kullanarak duygularını yönetme konusunda daha yetenekli olduğunu bulmuştur.

2. Medeni durum

Araştırmaya katılanların medeni durumları açısından genel duygusal zekâları incelendiğinde ise, elde edilen sonuçlarda evliler lehine çok önemli bir fark olduğu görülmüştür. Bu fark evli çalışanların eşleri ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları ailevi ilişkilerden ve üstlendikleri sorumluluklardan kaynaklanıyor olabilir. İyi günde ve kötü günde, hastalıkta ve sağlıkta birlikte hayat geçirmek üzere birbirine söz vermiş sevgi bağıyla birbirine bağlı eşlerin kendi aralarındaki ve çocuklarıyla olan ailevi ilişkiler onların duygusal zekâ yeteneklerinin olumlu yönde gelişmesini sağlıyor olabilir. Bunun dışında, bekâr çalışanların duygusal zekâ yeteneklerini olumsuz yönde etkileyen bir takım unsurların da çalışmadaki bu sonuca yansımaları da söz konusu olmuş olabilir. Örneğin toplum yapısının, çevre etkisinin, gelenek, görenek ve adetlerinden kaynaklanan ve bekâr çalışanların şahsi ve çalışma hayatlarını olumsuz yönde etkileyen bazı faktörler duygusal açıdan onları yoruyor ve ortaya çıkan ruh hali duygusal açıdan onları zayıflatıyor da olabilir. Öte yandan, bu çalışmadaki sonucun aksine, hemşire yöneticiler üzerine Kuşaklı ve Bahçecik (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, bekâr yöneticilerin duygusal zekâ skorlarının evli meslektaşlarına göre önemli derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada bu defa Küçükoglu (2011) evli ve bekâr hemşireler arasında duygusal zekâ açısından anlamlı bir fark olmadığı yönünde bu çalışmadaki sonuçla uyuşmayan bir fark bulmuştur. Aynı şekilde bu sonucu desteklemeyen başka bir araştırma da yine Çolak ve Uğur (2017)

evli ve bekâr hemşireler arasında duygusal zekâ açısından anlamlı bir fark bulmamıştır.

Çalışmanın duygusal zekânın alt boyutları açısından elde edilen sonuçları incelendiğinde, evli çalışanların kendi duygularını değerlendirme ve duyguları yönetme boyutlarında bekârlara göre daha yüksek skorlar almasının onların genel duygusal zekâ ortalama skorlarının bekârlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek çıkmasını sağladığı anlaşılmaktadır. Bu durum evlilerin karı, koca ve aile olarak birlikte hayat sürmeleri, karşılaştıkları zorlukların üstesinden birlikte gelmeleri, üzüntü ve sevinçte bir arada olmaları evli çalışanların kendi duygularını değerlendirme ve duygularını daha iyi yönetme yeteneklerinin bekâr çalışanlara göre daha fazla gelişmesinde etkili olmuş olabilir. Bunun dışında bekâr çalışanların şahsi ve / veya toplum hayatındaki karşılaştıkları bir takım zorluklar, farklı sebeplerden dolayı hedeflerini gerçekleştirememiş olmaları veya bu konudaki korku ve endişeleri onlarda duygu karmaşasına sebebiyet vererek duygusal zekâ yetenekleriyle ilgili bu yönde etkisi olmuş olabilir. Bununla beraber, evli çalışanların bekâr mesai arkadaşlarıyla aralarında duygusal zekânın başkalarının duygularını değerlendirme ve duyguları kullanma boyutlarında anlamlı bir fark olmaması da dikkat çekicidir. Bu durum evlilik müessesinin yara aldığı bir göstergesi olabileceği gibi, zorlu hayat şartlarının evli çalışanlarda karşısındakinin duyguları hakkında bir umursamazlık veya bıkkınlığın da bir göstergesi olmuş olabilir. Araştırmacı Avunduk (2016) yaptığı çalışmada, bu araştırmanın sonuçlarını kısmen destekler nitelikte, evli hekimlerin bekâr meslektaşlarına göre duygusal zekâ açısından sadece dürtü kontrolünde daha yüksek skora sahip olduğunu bulmuştur.

3. Yaş grupları

Yapılan analiz sonuçlarına göre, yaş gruplarına göre çalışanların genel duygusal zekâları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Farkın hangi yaş grupları arasında olduğuna yönelik yapılan ikili yaş grupları arasındaki incelemede 25 yaş ve daha küçük yaştaki çalışanlar ile 36-45 yaş arasındakilerin genel duygusal zekâ skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark 25 yaşındaki veya daha genç olan

Çalışanların hayat tecrübelerinin 36-45 yaşı aralığındaki olanlara göre daha az olmasının genel duygusal zekâları üzerindeki yansımalarının bir sonucu olabilir. Benzer şekilde, çoğunluğu itibariyle henüz kendi hayatlarını kuramamış ve o yöndeki yoğun düşüncelerinden kaynaklanmış olabilecek bir takım duygusal gelgitler daha genç yaşıta olan çalışanların duygusal zekâ yeteneklerini 36-45 yaşındaki çalışanlara göre daha fazla olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Tabii burada daha genç yaşıta olan çalışanların bekâr olma ihtimallerinin yüksek olabileceğı düşünülerek, 36-45 yaşındaki çalışanlar arasında evli olanların genç çalışanlara oranla daha fazla olabileceğı de dikkate alınarak, medeni durumun genel duygusal zekâ üzerindeki olası etkilerinin de rolü olmuş olabilir. Bu araştırmadaki yaşı gruplarına göre çalışanların genel duygusal zekâlarında anlamlı fark bulgusunun alanyazında tespit edilen benzer konularda diğerk araştırmacıların bulduğı ilgili sonuçlarla tezat halinde olduğı görölmektedir. Örneğink araştırmacı Hendricks (2015) yaptığı çalışmada yaşı gruplarına göre sağılık çalışanlarının genel duygusal zekâları arasında anlamlı sayılabilecek bir fark bulmamıştır. Bir başka çalışmada McDonalds (2015) duygusal zekâ açısından yaşı gruplarına göre üst düzey sağılık yöneticileri arasında benzer şekilde anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Yine Arora ve arkadaşları (2010)'nın yaptıkları alanyazın çalışmasında belirledikleri farklı çalışmalardan birisinde, bir üniversite hastanesindeki öğretim üyeleri ile henüz mesleğe yeni başlamış genç hekimler arasında duygusal zekâları açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Ancak çalışmada kullanılan duygusal zekâ ölçeğinin geçerlilik açısından bazı sorunları olduğıyla ilgili, araştırmacılar çekincelerini ifade etmişlerdir. Bunun dışında alanyazındaki bu araştırmalarla yurtdışından gelen hasta hizmetlerine yönelik yapılan bu araştırma arasında bir diğerk farklılık da örneklem içindeki meslek çeşitliliğidir. Bu araştırmanın örneklemindeki mesleki çeşitlilik diğerk araştırmalarda bulunmamaktadır. Bu durumun az sayıda ve belirli meslek gruplarından oluşan örneklem üzerinde yapılan bu araştırmalarda elde edilen sonuçların karşılaştırılmasına etkilerinin olabileceğı ihtimal dahilinde tutulmalıdır.

Çalışmada ayrıca duygusal zekânın dört boyutu bakımından çalışanların yaşı grupları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Analiz sonuçları sonrasında başkalarının duygularını değerlendirme boyutu dışındaki diğerk üç alt

boyutta da anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir. Bu farkların hangi iki yaş grubu arasında olduğunu bulabilmek için ikili gruplar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Kendi duygularını değerlendirme boyutundaki farka yönelik yapılan ikili yaş grupları karşılaştırması sonucunda, 26-35 yaş grubu ve 36-45 yaş grubuna giren çalışanların kendi duygularını değerlendirme skorlarının araştırmaya katılan 25 yaş ve altı çalışanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun 25 yaş ve altındaki genç çalışanların hayat tecrübelerinin 26-35 yaş grubu ve 36-45 yaş grubundaki çalışanlara göre daha az olabileceği ile bir bağlantısı olabilir. Neticede daha ileri yaştaki çalışanların gençlere göre bu hayatta daha fazla görmüş geçirmiş oldukları düşünüldüğünde kendi duygularının farkında olma konusunda gençlere göre daha fazla tecrübeye sahip olabilirler. Bununla beraber, genç yaştaki çalışanların çoğunda anne-babalarına bağlı oldukları gençlik evresinden yetişkin olma ve kendilerine ait bir hayat kurmayla ilgili gelecek planları olabilir. Bu yöndeki hedeflerini gerçekleştirebilme ve önlerini görmeyle ilgili yaşıyor olabilecekleri endişe ve belirsizlikler onlarda kendi duygularından tam emin olamamaya neden olmuş olabilir. Ayrıca, 25 yaşında ve daha genç olan çalışanların büyük çoğunluğunun bekâr olması dolayısı ile kendi duygularını değerlendirme boyutunda ortaya çıkan bu farkın medeni durumdan kaynaklanmış olma ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

Öte yandan, yapılan analiz sonuçlarına göre anlamlı fark bulunan diğer bir boyutta duygusal zekânın duyguları kullanma boyutudur. Yapılan ikili yaş grupları karşılaştırması sonucunda 26-35 yaş aralığındaki çalışanlarla 36-45 yaş aralığındaki çalışanların duyguları kullanmalarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farkın oluşmasında 36-45 yaş aralığındaki çalışanların ister şahsi hayatlarında isterse de iş hayatlarında olsun 26-35 yaş aralığındaki çalışanlara göre daha fazla tecrübelerinin olabileceği ile ilgili bir durum olabilir.

Yaş gruplarına göre çalışanların duygusal zekâ alt boyutlarından sonuncusu olan duyguları yönetme boyutunda ikili yaş grupları arasındaki karşılaştırma sonucuna göre, 25 yaş ve altındaki çalışanların 56 yaş ve üstündeki çalışanlarla arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Burada artan yaşla birlikte elde edilen daha fazla hayat ve iş deneyiminin bir rolünün olabileceği söylenebilir. Neticede yaşanan yıllarla birlikte

toplumsal hayatta ve iş hayatında insan ilişkileri sırasında insanların yaptıkları hatalar ve bu hatalardan elde ettikleri tecrübelerle birlikte çevrelerinde örnek alabilecekleri “rol model” insanların sayısı da artar. Bununla birlikte, özellikle ilerleyen yaşların getirdiği olgunluk ve görmüş geçirmiş olmanın psikolojik olarak yaşanabilecek iniş çıkışları daha kolay atlatabilmeleri ve olaylar karşısından daha soğukkanlı bir şekilde davranabilmeleri konusunda 56 yaş ve üstündeki çalışanlara bir avantaj sağlamış olabilir. Diğer taraftan, alanyazındaki araştırmalar incelendiğinde, Avunduk (2016) yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre tıp doktorlarının duygusal zekânın bağımsızlık boyutu dışındaki boyutlarında ve yine İETT şoförlerinin farklı yaş grupları arasında duygusal zekânın tüm boyutlarında anlamlı bir farka rastlanmaması bakımından bu çalışmadaki sonuçlarla tezat halindedirler. Bu birbirine zıt sonuçların ortaya çıkmasında sosyo-demografik verilerin arasındaki farkların rolü olabileceği gibi, sektörel farklılıklar, mesleki farklılıklar ve çalışma şartlarının da rolleri olmuş olabilir.

4. Eğitim düzeyi

Araştırmada belirlenmiş sosyo-demografik verilerden eğitim düzeylerine göre çalışanların genel duygusal zekâları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Bu farkın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğu sorgulandığında ise, katılımcılardan doktora yapanların genel duygusal zekâ skorlarının ilköğretim mezunlarına kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, aldıkları çok sayıda dersin çeşitliliği ve içerikleri düşünüldüğünde, daha eğitilmiş olan çalışanların eğitim hayatlarında duygusal zekâ yeteneklerinin gelişmesine etki eden bazı ders veya konuları görmüş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Bunun yanında, çok sayıda kendileri gibi eğitim düzeyleri yüksek kişilerle devamlı temas halinde olma, arkadaşlık yapma onların duygusal zekâ yeteneklerini artırmış olabilir. Öte yandan, alanyazında Arora ve arkadaşları (2010)’nın çalışmalarına dahil ettikleri cerrahi asistanlar üzerinde yapılan bir araştırmadaki eğitim düzeyi ile hekimlerin genel duygusal zekâları arasında bir ilişki olmadığı yönündeki araştırma sonucuyla tezat halinde gözükmemektedir. Aynı şekilde, bu araştırmanın sonucu McDonald (2015)’in üst düzey sağlık yöneticilerinin eğitim düzeyleri ile genel duygusal zekâlarının değişmediği bulgusunu desteklememektedir. Ayrıca, bu çalışmalarda elde edilen

sonuçlar hem cerrahi asistanlarının hem de st düzey sağlık yöneticilerinin aynı meslekten ve hemen hemen aynı eğitime sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir. Diğer taraftan, bu araştırmada eğitim düzeyi ve duygusal zekâ arasındaki ilişki yerine eğitim düzeylerine göre duygusal zekâ açısından anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre duygusal zekânın her bir alt boyutunda çalışanlar arasındaki olası bir farka yönelik yapılan araştırma sonucunda başkalarının duygularını değerlendirme ve duyguları kullanma boyutlarında anlamlı derecede bir fark olduğu görülmüştür. Örneğin, eğitim düzeyleri arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, başkalarının duygularını değerlendirme boyutunda ilköğretim mezunu olan çalışanlar ile doktora derecesine sahip olan çalışanlar arasında anlamlı bir fark ortaya ık mıştır. Bu durum doktora yapmış çalışanların ilköğretim mezunu olanlara kıyasla çok daha uzun yıllar süren eğitim hayatlarında ekip çalışması, birlikte çalışma ve ortak amaç doğrultusunda birlikte hareket etme, çatışma yönetimi ve müzakere yeteneklerini geliştirmeye yönelik konu veya dersleri almış olmalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, ilköğretim mezunu olan çalışanlarla karşılaştırıldığında, doktora derecesine sahip çalışanların bilgiye ulaşma, olayları sorgulamadan kati yargıdan kaçınma, olayları farklı yönleriyle değerlendirebilme gibi özellikleri daha fazla kazanmış olabilirler ve bu edinimlerini de hayatlarına daha fazla yansıtarak ve özellikle insan ilişkilerinde çevresindeki kişilerin duygularını algılama, anlamlandırmada ve onlarla empati kurabilmede kullanabilme fırsatı bulmuş olabilir. Ayrıca, özellikle sosyal bilimler alanında doktora yapan çalışanlar anket ve mülakat yoluyla insanları görüş ve fikirlerine başvurduklarında onların düşünce ve davranışlarına daha hassas bir şekilde yaklaşma ve değer vermeyi öğrendiklerinden bu çalışmadaki anket değerlendirmesinde başkalarının duygularını değerlendirme konusunda ilköğretim mezunu çalışanları ile aralarında anlamlı derecede bir fark oluşmuş olabilir.

Diğer bir taraftan analiz sonuçlarına göre anlamlı fark ortaya çıkan diğer bir duygusal zekâ boyutu da duyguları kullanma boyutu olmuş ve bu boyutta lisans ve yüksek lisans derecelerine sahip olanlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu

durum lisans eğitimi alanların iş hayatına atıldıktan sonra bir taraftan çalışma hayatının rutin gidişatına ayak uydurmaya çalışırken diğer taraftan da tecrübe ettikleri yaşam gailisiyle ilgili olabilir. Belki de yüksek beklentilerle üniversiteden mezun olduktan sonra umduklarını bulamamaları onları özellikle duygularını kullanma yetenekleri bakımından olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bununlar beraber, çalışma hayatındaki ilk tecrübelerini özel sektörde edinen genç sağlık çalışanlarından bir kısmı özel sektördeki çalışma şartları ve ücret politikaları gibi bir takım sebeplerden kaynaklanan memnuniyetsizliklerden dolayı ilk fırsatta kamu sektörüne geçme eğilimi içerisinde olmuş olabilir. Bu gibi durumların sebebiyet verebileceği duygu karmaşası ve hemen ayrılmak istemiş gibi isteksiz çalışma ruh hali gibi etmenlerin duygusal zekâ değerlendirme sonuçlarına bu şekilde yansımaları olmuş olabilir. Diğer taraftan, yüksek lisans yapanların kariyer hedeflerine yönelik kendilerini geliştirme çabası içinde olmaları ihtimali düşünülerek ideallerini gerçekleştirebiliyor olmaları hissi ve hedeflerine odaklanmışlık hali lisans mezunu olan mesai arkadaşlarına göre duygularını daha iyi kullanmalarını sağlamış olabilir. Alanyazındaki benzer araştırmalar incelendiğinde, Avunduk (2016) yaptığı çalışmada duygusal zekânın kendine saygı, esneklik, empati ve iyimserlik alt boyutlarında pratisyen, uzman, doçent ve profesör gibi farklı eğitim düzeyindeki hekimler arasında anlamlı derecede farklar olduğunu tespit etmiştir. Bu farkların daha eğitimli doçent ve profesör olan hekimlerin empati, esneklik ve iyimserlik gibi duygusal zekânın alt boyutlarındaki skorlarının uzman hekimlerle karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksek olmasıyla ilgili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlarla bu çalışmadaki sonuçlar paralellik göstermektedir. Örneğin bu çalışmada daha yüksek eğitim düzeyine sahip doktora yapmış çalışanların daha düşük eğitim düzeyine sahip olan ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı derecede daha iyi empati yapabildikleri ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan, esneklik ve iyimserliğin duyguları kullanmayla örtüşen özellikler olmasıyla Avunduk (2016)'un bulduğu sonuçlarla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ancak bu iki çalışmada kullanılan farklı ölçekler ve dolayısıyla da duygusal zekânın farklı alt boyutlarının incelendiğini de hesaba katmak iyi olabilir. Kaldı ki, Avunduk (2016)'un çalışmasında örnekleme oluşturanların hepsinin hekimlik mesleğinden olduğu ve üniversite eğitimi dahil aynı eğitimi aldıkları düşünüldüğünde bu çalışmadaki eğitim düzeylerine göre yapılan

karşılaştırma ile arada önemli sayılabilecek farkların da olduğu dikkatten kaçmamalıdır. Bu sonuçlara göre, bu araştırmadaki H1 ve H2 hipotezleri kabul edilmiştir.

H3: Çalışanların belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

H4: Belirlenmiş sosyo-demografik özelliklere göre çalışanlar arasında kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

1. Cinsiyet

Hipotezlerin test sonuçlarına göre, kültürel zekâ ve alt boyutlarıyla ilgili ilk önce sosyo-demografik verilerden cinsiyet bakımından herhangi bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Kadın ve erkek çalışanlar arasında kültürel zekâ bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların iş hayatında aktif olmaları ve uluslararası hastaların yoğun olduğu hastanelerde görev yapıyor olmaları düşünüldüğünde kadın veya erkek çalışanların benzer bir kültürlerarası etkileşim içinde olmalarından dolayı aralarında bu bakımdan anlamlı bir fark olmayabileceği söylenebilir. Bu çalışmadaki sonuçla benzer şekilde, alanyazında Aksoy (2013)'un kültürel zekâ üzerine yaptığı araştırmada bir yıl ara ile aynı örneklem grubu üzerindeki ölçümler tekrarlanmış ve her ikisinde de kadın ve erkek açısından genel kültürel zekâları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı şekilde Mercan (2015)'ın yaptığı araştırma sonuçları da genel kültürel zekâ açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı yönde olup bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Cinsiyete göre kültürel zekânın alt boyutları bakımından araştırma yapıldığında, sadece bilişsel kültürel zekâ boyutunda çok anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bilişsel boyuttaki bu fark yurtdışı tecrübeyle ilgili olabilir. Örneğin, erkek çalışanlar kadın meslektaşlarına göre daha fazla yurtdışı tecrübeye ve dolayısıyla da farklı kültürler hakkında daha fazla bilgiye sahip olabilir. Öte yandan, bu durum kadın ve

erkek çalışanların arasındaki yabancı dil bilgisiyle ilgili farktan kaynaklanmış da olabilir. Örneğin iyi derecede yabancı dil bilen çalışanlar yabancı dil bilmeyen veya iletişim kurabilecek derecede bir yabancı dile hâkim olmayanlara göre farklı kültürden insanlarla daha fazla etkileşimde bulunma imkanına sahip olabilirler. Aynı şekilde yurtdışından gelen hastaların arasında da yabancı dil bilenler oldukça fazladır. Bu diller arasında İngilizce biraz daha öne çıkıyor olabilir. Bu bakımdan belki de erkek çalışanlar arasında İngilizce bilenlerin kadın çalışanlara göre daha fazla olması bilişsel kültürel zekâ skorlarındaki bu farkın oluşmasında etkili olmuş da olabilir. Bunun dışında, erkek çalışanlardan yurtdışında çalışma ve eğitim amacıyla bulunanların sayısı kadın çalışanlara göre daha fazla olmuş olabilir. Bu etkenlerden bazıları veya hepsi birlikte kadın ve erkekler arasında bilişsel kültürel zekâ bakımından anlamlı bir farkın ortaya çıkmasında rolü olmuş olabilir. Diğer araştırmacılardan örneğin Aksoy (2013) yaptığı çalışmada kadın ve erkekler arasında kültürel zekânın dört alt boyutunda da anlamlı bir fark tespit etmemiş olup bu çalışmanın sonuçlarıyla büyük oranda (üç alt boyut için) benzerlik göstermektedir. Aynı şekilde Mercan (2015)'da yaptığı çalışmada kültürel zekânın dört boyutunda da cinsiyete göre bir farklılık göstermediği sonucunu bulmuştur. Öte yandan, bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermeyen bir başka çalışmada, Bücken ve arkadaşları (2015) iki boyuta indirgeyerek kullandıkları yeni ölçeklerin değerlendirme sonuçlarına göre, kadınların skorlarının her iki boyutta da erkeklere göre daha yüksek olduğuna yönelik anlamlı bir farklılık bulmuşlardır. Bu farklılığın kaynağı olarak da kadınların erkeklere göre kültürlerarası iletişim becerilerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmadaki genel kültürel zekâ ve bilişsel boyutla ilgili sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, erkek çalışanların farklı kültürden insanların örf, adet ve kurallarıyla ilgili kültürel bilgisinin kadınlara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Ayrıca, erkeklerin kadın çalışanlara göre farklı kültürler hakkında daha fazla ilgi ve merak sahibi olmuş olmalarının da bu farkın oluşmasında bir rolü olabilir. Diğer taraftan, bu durum kadın çalışanların duygusal zekânın duygu yönetimi konusunda ortaya çıkan erkek çalışanlara göre daha düşük skorlarıyla ilgili de olabilir. Örneğin, kadın çalışanlar olası bir tükenmişlikle baş etmede erkeklere göre daha düşük performans göstermelerine sebebiyet veriyor olabilir. Bu da Bücken ve arkadaşları

(2015)'nın belirttiğinin aksine bir şekilde bu araştırmadaki kadın çalışanların kültürlerarası iletişim becerilerini olumsuz yönde etkileyerek onların kültürel bilgilerini arttırmalarında engel de oluşturuyor olabilir. Özetle, bu çalışmada ister genel kültürel zekâ isterse de bilişsel kültürel zekâ bakımından olsun çalışmaya katılan erkek çalışanlar ve kadın çalışanlar arasındaki alanyazındaki diğer çalışmaların ilgili sonuçlarına göre tezat teşkil eden fark bulgusunun ileride araştırmaya değer önemli bir konu olduğu düşünülmektedir.

2. Medeni durum

Çalışmada katılımcıların genel kültürel zekâ veya kültürel zekânın herhangi bir alt boyutuyla evli veya bekâr olmaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Yani çalışmaya katılan evli veya bekâr çalışanlar arasında ne genel kültürel zekâ ne de kültürel zekânın diğer boyutları bakımından aralarında herhangi bir fark yoktur. Araştırmadaki duygusal zekâ bakımından evliler lehine olan farklılığın aksine kültürel zekâda farklılığın çıkmaması kültürel bilgi açısından, bu bilgilerin kullanılması, farklı kültürlerle etkileşim konusunda istekli olma ve bu konudaki bilgi ve becerilerin eyleme dönüşerek davranışlara yansımalarının kişinin evli veya bekâr olmasıyla bir ilgisinin olmaması anlaşılabilir. Medeni durumla ilgili alanyazında benzer bir çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma imkânı olmamıştır.

3. Yaş Grupları

Yaş gruplarına göre katılımcıların genel kültürel zekâlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın hangi yaş grupları arasında olduğu araştırıldığında 25 yaş ve altındaki çalışanlar ile 46-55 yaş aralığındaki çalışanların genel kültürel zekâları arasında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum 46-55 yaş aralığındaki çalışanların 25 yaş ve altındaki çalışanlara göre daha fazla farklı kültürden insanlarla etkileşim içinde bulunmalarından kaynaklanmış olabilir. Örneğin sağlık turizmi faaliyetlerinin 2000'li yıllardan itibaren ülkemizde de artmaya başladığı düşünülürse, hastanelerde çalışan 46-55 yaş arasındaki çalışanların farklı kültürden hastalarla olan etkileşimlerinin birçoğu itibariyle daha yeni meslek hayatına atılmış 25 yaş ve altındaki çalışanlara göre daha fazla olabilir. Diğer taraftan bu iki grup çalışan arasındaki yaş farkının en

az 20 yıl olduğu düşünölürse, 46-55 yaş aralığındaki çalışanların örneğın farklı kültürler hakkındaki bilgilerinin 25 yaş ve altındaki çalışanlara göre daha fazla olması da yüksek ihtimaldir. Alanyazında Aksoy (2013) yaptığı çalışmasında, kültürel zekâ bakımından yaş grupları arasında anlamlı ölçüde bir farklılık bulamamıştır. Bu yönüyle bu araştırmadaki sonuçlarla benzerlik bulunmamaktadır. Bu farkın bu araştırmaya dahil olan hastanelerdeki yoğun olan farklı kültürden hastalardan kaynaklanmış olması mümkündür. Neticede bu araştırmadaki oldukça fazla olan kültürlerarası etkileşim imkânı, çalışanlar arasında farklı kültürlerle ait bilgilerin artması, sağlık hizmetleri sırasında onlarla iletişim kurmada istekli olma, tavır ve hareketlerinde kültürel farklılıkları daha fazla dikkate alma, dolayısıyla da kültürel zekâ açısından farklılıklara yol açmış olabilir.

Kültürel zekânın alt boyutlarında yaş gruplarına göre fark olup olmadığı yönündeki araştırma sonuçlarına göre bilişsel kültürel zekâ boyutundan çok anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Bu farkın ikili yaş grupları arasında karşılaştırma yapılarak detayları incelendiğinde, 25 yaş ve altındaki çalışanların 46-55 yaş arası ve 56 yaş ve üstü çalışanlara göre, 26-35 yaş aralığındaki çalışanların da yine 56 yaş ve üstü çalışanlara göre bilişsel kültürel zekâ skorlarının önemli derecede daha düşük olduğu görölmüştür. Çalışmaya katılan 46-55 yaş ve üstü çalışanların gençlere nispeten daha fazla kültürel bilgiye sahip olma ihtimalinin bilişsel kültürel zekâlarına yansımaları söz konusu olmuş olabilir. Aynı zamanda, kültürel zekânın diğeri boyutlarında benzer bir farklılığın ortaya çıkmaması aslında sahip olunan bilginin nasıl kullanılacağı, eyleme dönüştürölerek davranışlara yansıtılabilmesi ve bu konuda istekli olmak için yeterli olmayabileceğinin bir göstergesi olabilir. Araştırmanın bu sonucu Mercan (2015)'ın çalışmasında bulunduğu sonuçlarla kısmen desteklense de o çalışmada ayrıca davranışsal boyutta da anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca, o çalışmadaki farklılığın 41 ile 45 yaş arasında olan katılımcıların bilişsel ve davranışsal boyutta diğeri yaş gruplarına göre yeteneklerinin daha az olmasından kaynaklanması da bu çalışmada elde edilen ilgili sonuçla arasındaki diğeri bir ayırıcı faktördür.

4. Eğitim düzeyi

Demografik verilerden son olarak eğitim düzeyi bakımından, çalışanların genel kültürel zekâlarında bir fark olup olmadığı yönünde yapılan incelemede, çok anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu farkın hangi eğitim düzeyindeki çalışanlar arasında olduğu araştırmasında ise doktora düzeyinde eğitilmiş olanlarla ilköğretim mezunu çalışanlar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu fark doktora derecesine sahip çalışanların ilköğretim mezunu olanlara göre daha uzun olan eğitim hayatları sırasında kültürel zekâyı artırıcı nitelikte olan eğitimlerin fazla olabileceği ihtimalinden kaynaklanmış olabilir. Bunun yanında, doktora eğitimi almış çalışanların eğitimleri sırasında farklı kültürden insanlarla olan etkileşimleri ilköğretim mezunu olanlara göre daha fazla olmuş olabilir. Örneğin, uluslararası konferans, kongre ve doktora sonrası yurtdışında çalışma gibi etkinlikler ve fırsatlar onların kültürlerarası iletişim becerilerini geliştirmiş olabilir. Bunlardan başka farklı insanlarla iletişim kurabilmek için bir ihtiyaç ve gereklilik olan yabancı dil bilme becerilerinin doktora düzeyinde eğitim düzeyine sahip olan çalışanlarda ilköğretim mezunlarına göre daha ileri seviyede olmasının da bu farkın ortaya çıkmasında etkisi olmuş olabilir. Araştırmada elde edilen bu sonuç Aksoy (2013)'un çalışmasındaki ilgili sonucu desteklememektedir. Aksoy (2013) bir yıl arayla tekrarladığı kültürel zekâ ölçümlerinin her ikisinde de eğitim düzeylerine göre genel kültürel bakımından bir fark bulamamıştır. Öte yandan Williams (2011) evde bakım hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları üzerinde yaptığı araştırmasında katılımcıları lisans derecesi ve altında eğitim düzeyine sahip olanlar ve yüksek lisans derecesi ve üstünde eğitim düzeyinde olanlar şeklinde ikiye ayırmıştır. Bu çalışmadaki sonuca benzer şekilde, yüksek lisans derecesi ve üstünde eğitim düzeyine sahip çalışanların lisans derecesi ve altında bir eğitim derecesine sahip olanlara göre daha yüksek kültürel zekâ skoruna sahip oldukları tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyine açısından kültürel zekânın alt boyutlarında açısından yapılan fark incelemesinde ise, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu farkın bilişsel kültürel zekâ boyutunda detaylarına bakıldığında ise, sadece ön lisans derecesine sahip çalışanlarla doktora yapmış çalışanlar arasında

anlamalı farklılığa rastlanmıştır. Bu durum doktora derecesine sahip çalışanların ön lisans derecesine sahip olan çalışanlara göre, daha fazla yurtdışında bulunmuş olma veya daha iyi yabancı dil bilgisine sahip olup daha fazla kültürlerarası iletişimde bulunma imkânı elde etmiş olma veya farklı kültürlerle iletişim kurma konusunda daha girişken olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Diğer taraftan, eğitim düzeylerine göre kültürel zekânın alt boyutları bakımından diğer bir anlamalı farkın tespit edildiği boyut da motivasyonel kültürel zekâ olmuştur. Bu anlamalı farkın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğuna yönelik ikili eğitim düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmalarda lisans derecesine sahip olan çalışanlarla yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanlar arasında olduğu görülmüştür. Böyle bir farkın oluşmasında yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların lisans derecesine sahip olanlara göre eğitimleriyle ilgili amaçlarından bir tanesini daha gerçekleştirmiş olmanın verdiği özgüven sayesinde farklı kültürlerle etkileşimde bulunma konusunda daha istekli olmalarından kaynaklanmış olabilir. Bu özgüven onları kültürlerarası iletişimde lisans derecesine sahip olanlara göre daha girişken yapmış olabilir. Ayrıca, yüksek lisans programına kabul edilmek için belirli düzeyde bir yabancı dil seviyesini geçmek gerektiğinden bu çalışanların yabancı dil becerisi lisans mezunu olan çalışanlara göre daha gelişmiş ve iyi olabilir. Bu da onların farklı kültürden hastalarla iletişim kurmada lisans mezunu mesai arkadaşlarına göre kendilerini daha fazla güvende hissetmelerine ve girişken olmalarına yardımcı olmuş olabilir. Bir başka unsur da yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların yurtdışında eğitim görmüş olanların lisans mezunu olan çalışanlara göre daha yüksek olması olabilir. Örneğin yurtdışında eğitim görürken, farklı kültürleri tanıma, o kültürlerden insanlarla daha yoğun bir etkileşimde bulunma, başka bir ülkede yaşarken kendinden farklı kültüre sahip olan insanların alışkanlıkları, aile yaşantıları, ikili insan ilişkileri ve örf, adet ve toplumsal kurallarla ilgili bilgi sahibi olma mümkün olmuş olabilir. Öte yandan, her ne kadar Aksoy (2013) çalışmasının ilk aşamasında sadece bilişsel kültürel zekâ boyutunda eğitim düzeyine göre anlamalı bir fark tespit etmiş olsa da bir yıl sonra anketin tekrarlanması sonrasında herhangi bir farklılık bulamadığından ilk bulduğu farklılığın tesadüf olabileceğini belirtmiştir. Bu bakımdan bu sonuçlar hem bilişsel

hem de motivasyonel kültürel zekâ boyutlarındaki bu çalışmanın sonuçlarıyla bir tezat oluşturmaktadır. Bu sonuçlara göre H3 ve H4 hipotezleri kabul edilmiştir.

H5: Çalışanların duygusal zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.

Araştırmada çalışanların genel duygusal zekâları arasında pozisyonlarına göre herhangi bir fark olup olmadığı yönünde yapılan inceleme sonucunda anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılan ikili meslek grubu karşılaştırmaları analiz sonuçlarına göre, genel duygusal zekâ bakımından uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hemşireler arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bir başka deyişle bu fark, hemşirelerin genel duygusal zekâ skorlarının uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarına göre önemli ölçüde daha az ya da uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının hemşirelere göre genel duygusal zekâlarının önemli ölçüde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum duygusal emek açısından yoğun bir meslek olan hemşirelerdeki tükenmişlik duygusundan kaynaklanmış olabilir. Tükenmişlik duygusu hemşirelerin duygularını kullanma ve duygularını yönetmelerini olumsuz etkileyebileceği gibi, onların kendi duygularını ve çevresindeki insanların duygularını tam algılayamamalarına ve doğru bir şekilde değerlendirememelerine de sebebiyet vermiş ve neticede duygusal zekâlarına olumsuz yönde yansımış olabilir. Alanyazında Birks ve arkadaşları (2009) yaptıkları araştırmada duygusal zekâ bakımından diş hekimliği, hemşirelik ve tıp fakültesi lisans öğrencileri ile lisan üstü ruh sağlığı öğrencileri arasında okudukları bölüme göre anlamlı bir fark bulamamıştır. Bu nedenle, bu araştırmadaki elde edilen sonucu desteklememektedir. Bu çerçevede H5 hipotezi kabul edilmiştir.

H6: Çalışanlar arasında pozisyona göre duygusal zekânın alt boyutları olan kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kontrol etme ve duyguları yönetmede anlamlı bir fark vardır.

Çalışanların duygusal zekânın alt boyutları bakımından pozisyonlarına göre herhangi bir fark olup olmadığı yönünde yapılan inceleme sonucunda anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bunun üzerine yapılan ikili meslek gruplarının karşılaştırılarak

yapılan analiz sonuçlarına göre, hemşireler ile uluslararası hasta hizmetleri, idari hizmetler ve destek hizmetleri çalışanları arasında duyguları yönetme bakımından anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre bu üç meslek grubu çalışanlarının duygu yönetimi konusunda hemşirelere göre daha iyi oldukları görülmüştür. Bu fark farklı nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Örneğin, uluslararası hasta hizmetleri çalışanları her ne kadar teşhis ve tedavi süreçlerinde daha çok diğer sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişim sırasında tercümanlık hizmetlerini yaparken vakit geçirse de hemşirelerin onların tedavi ve bakımları sırasında geçirdiği vakit kadar değildir. Aynı şekilde genel olarak idari hizmetler veya destek hizmet çalışanlarının da hasta veya yakınları ile hemşireler kadar fazla vakit geçirmesi söz konusu değildir. Bu süreçte doğal olarak hemşireler bu üç meslek grubuna göre bir taraftan hasta bakım görevlerini yerine getirirken diğer taraftan psikolojik açıdan hasta ve yakınlarının durumları onları olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hemşireleri hem fiziksel hem de psikolojik açıdan bazen zorlayabilen bu çalışma şartları onları duygularını yönetme açısından zayıflatabilir. Bu yüzden hemşireler duyguları yönetme konusunda bu üç meslek grubundan mesai arkadaşlarına göre daha fazla zorlanıyor olabilirler. Öte yandan, idari hizmetler çalışanlarının hemşirelere göre duygu yönetim bakımından daha iyi olması Goleman (1995)'ın da ifadesiyle yöneticiliğin doğası gereği duygusal ihtiyaçların yoğun yaşandığı ve duygu kontrollerine had safhada ihtiyaç duyulan bir meslek olmasından kaynaklanmış olabilir. Diğer bir deyişle, bu durum araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin mesleklerinin gereği icabı bu konuda hemşirelere göre daha iyi olduğu anlamına gelebilir. Ayrıca, bu durum Pugliesi ve Shook (1997)'un çalışmalarında belirttiği gibi, işyerindeki ast-üst ilişkilerinde duygusal emek ve güç ilişkileri bağlantılı birinci derece amir konumundaki yöneticilerin astlarına yansıttığı öngörülemez davranışların hemşirelerin duygu yönetimindeki zafiyetinin ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir, ki bu konunun ayrıca incelenmesi gerekebilir. Konuyla ilgili bir başka bakış açısı da duyguları yönetme bakımından önemli derecede bir farkın ortaya çıkmasının tükenmişlik duygusu şüphesini kuvvetlendirmesiyle ilgilidir. Nitekim, bu konuda Arora ve arkadaşları (2009) tükenmişliğin etkilerini azaltma konusunda duyguları yönetme yeteneğinin rolüne dikkat çekmiştir. Öte yandan çalışmadaki bu sonucu, daha

önce de tartışıldığı gibi, araştırmanın cinsiyet bakımından çalışanların duygusal zekânın alt boyutlarından sadece duyguları yönetme yetenekleri arasındaki anlamlı farklılığına bağlamak da mümkün olabilir. Bu durum çoğunluğu kadınlardan oluşan hemşirelerin erkek meslektaşlarına göre duyguları yönetme konusunda erkeklere göre daha iyi olamamalarından kaynaklanmış da olabilir. Ayrıca, örnekleme oluşturan özel hastaneler arasında duygusal zekâ veya onun alt boyutlarıyla ilgili olası farklılıkların bu duruma bir yansıması olmuş olabilir. Örneğin Genç (2020) konuyla ilgili araştırmasında katılımcıların çalıştığı özel hastaneler arasında yaptığı karşılaştırmada, duygusal zekânın duygu yönetimi boyutunda hastaneler arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar çerçevesinde, H6 hipotezi kabul edilmiştir.

H7: Çalışanların kültürel zekâlarında çalıştıkları pozisyon açısından anlamlı bir fark vardır.

Kültürel zekâ bakımından pozisyonlarına göre herhangi bir fark olup olmadığı yönünde yapılan inceleme sonucunda, anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu farkın hangi meslek grubundan çalışanlar arasında olduğuna yönelik Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Bu sonuçlara göre uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının diğer meslek gruplarıyla aralarında anlamlı farkların olduğu görülmüştür. Çok farklı millet ve kültürden olan uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel kültürel zekâları açısından hemşire, sağlık teknisyen ve teknikerleri, fizyoterapist ve ebeler arasında anlamlı derecede bir fark ortaya çıkmıştır. Uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının ana dilleri ile birlikte iki veya daha fazla dil biliyor olmaları başka kültürleri tanıma ve kültürlerarası iletişim açısından onlara önemli avantajlar sağlamış olabilir. Örneğin Arapça bilen bir uluslararası hasta koordinatörü, Orta Doğu'daki ülkelerden herhangi birinden gelen hasta ve yakınlarının tedavileri sırasında kendilerine yardımcı olabilir ve onlarla hızlı bir şekilde iletişim kurabilirler. Hasta ve yakınları ile olan iletişimlerini tedavi öncesinden telefon üzerinden başlayıp, tedavi sonrası ülkelere döndükten sonra bile devam edebilir. Hasta ve yakınları açısından ise tedavileri sırasında kendi kültürlerini bilen veya onların ne hissettiklerini anlayabilen ve konuştukları dili anlayıp konuşabilen bir kişinin ihtiyaç anında yanlarında olduğunu bilmek çok önemli bir rahatlama vesilesidir. Nitekim Glinos ve arkadaşları (2010) yaptıkları bir

araştırmada sağlık hizmetlerine ve kültüre aşına olmanın, işlemlerini hastane içinde nasıl yaptırabileceğini bilmenin hasta açısından ne kadar önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Bu bakış açısıyla, uluslararası hasta koordinatörleri bir tür hasta ve yakınlarının hastanedeki vekili hükmündedir. Hasta tarafından kendilerine “adı konmamış bir yetki” verilerek hekimle temasa geçmede ve iletişim esnasında sorularının cevaplarını öğrenmede veya uygulanacak tedaviyi anlamada kendilerine yardımcı olurlar. Hatta hastaların tedavileri bitip ülkelerine şifa ile döndükten sonra bile orada hekimlerinin kendilerinden istedikleri tetkik veya tahlillerin ulaştırılması ve değerlendirmelerini öğrenme aşamasında bir tür “hasta temsilciliği” rolünü bile üstlenmiş olurlar. Diğer taraftan, karşılıklı güven ilişkisine dayalı olan bu ilişki bazen yara alabilir ve başka bir hasta koordinatörünün hastayı devralmasıyla tedavi süreçleri kesintiye uğramaksızın devam ettirilmek durumunda kalınabilir. Böylece özellikle uluslararası hasta hizmetleri çalışanları açısından yaşanan tüm bu süreçlerde yoğun bir kültürlerarası iletişim ve oluşan sorunların çözülmesi sırasında başka bir kültür hakkında sözel ve sözsüz iletişim nüansları, örf ve adetleriyle ilgili yoğun bir şekilde kültürel bilgiye maruz kalarak kültürel zekânın zamanla gelişmesi mümkün olabilir. Özetle, tüm bu hususların da etkisiyle hasta ve onların yakınlarıyla temasları görece olarak daha sınırlı olan fizyoterapist ve ebe, sağlık teknisyeni ve teknikerleri gibi sağlık çalışanları ile uluslararası hasta departmanı çalışanları arasında kültürel zekâ açısından anlamlı bir farklılık meydana gelebilir.

Ayrıca çalışmanın sonuçlarına göre, hekimlerle hemşireler arasında ortalama kültürel zekâ puanları bakımından anlamlı bir fark olduğu da tespit edilmiştir. Bu farkın oluşmasında etken olan unsurlardan birisi eğitim düzeyleri arasındaki farklılık olabilir. Öte yandan, hekimler mesleğini icra ederken Cave ve arkadaşları (1995)’nın da çalışmalarında belirttiği gibi, daha iyi teşhis ve etkili tedavi için hastalarının kültürünü tanımayı önemsediklerinden, özellikle çok hastalarının olduğu kültürler hakkındaki bilgilerini artırma çabaları da yine hemşirelerle arasındaki bu farklılığı izah edebilir. Bu konuda başka bir husus da hekimlerin hastalarıyla iletişimde tercüman kullanılması durumunda, hekim-hasta-tercüman üçlüsünün iletişimi sırasında hekimlerin tercüme edilen ifadelerin doğruluğundan emin olabilmek için sözlü ve sözel olmayan iletişim yöntemlerine hâkim olmalarının gerekmesi de hemşirelere göre

bu konuda kendilerini geliştirmelerinde dolayı bir etken olmuş olabilir. Öte yandan, hekimler ve hemşirelerin aldıkları mesleki eğitimlerde ilgili müfredat konularının derinlik ve kapsamı da yine bu farklılığın oluşmasına etki eden bir başka unsur olabilir. Tüm bu ve benzeri nedenler hekimlerin kültürel zekâ yeteneklerinin hemşirelere göre daha iyi olmasını açıklamada faydalı yönleri olsa da bu konuda gelecekte yapılacak araştırmalar konunun daha fazla aydınlatılmasında yardımcı olacaktır. Bu sonuçlara göre, H7 hipotezi kabul edilmiştir.

H8: Çalışanlar arasında pozisyona göre kültürel zekânın alt boyutları olan bilişsel, üst bilişsel, motivasyonel ve davranışsal kültürel zekâlarında anlamlı bir fark vardır.

Çalışanların pozisyonlarına göre kültürel zekânın alt boyutları açısından elde edilen verilerin analiz sonuçları incelendiğinde, davranışsal boyut haricinde diğer üç boyut olan üst bilişsel, bilişsel ve motivasyonel kültürel zekâ boyutlarında çok önemli farklar tespit edilmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, çalışanların pozisyonlarına göre üst bilişsel kültürel zekâ yetenekleri bakımından uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hemşireler, fizyoterapist ve ebeler ve sağlık teknisyeni ve teknikerler arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yine bilişsel kültürel zekâ boyutu bakımından, uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hekimler haricindeki çalışmaya katılan diğer meslek grubu çalışanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Ek olarak, hekimler ile hemşireler ve sağlık teknisyen ve teknikerleri ile arasında bilişsel kültürel zekâ açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kültürel zekânın alt boyutları bakımından son olarak motivasyonel kültürel zekâ açısından yapılan ikili meslek grupları karşılaştırması sonuçlarına göre, sadece uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hemşireler arasında anlamlı derecede bir fark ortaya çıkmıştır. Kültürel zekânın bu üç alt boyutu bakımından çalışanların pozisyonlarına göre tespit edilen anlamlı farkların hepsinde uluslararası hasta hizmetleri departmanında çalışanlarının öne çıktığı görülmektedir. Örneğin, uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının kültürel zekânın üç boyutu bakımından hemşirelere göre anlamlı derecede daha iyi oldukları dikkat çekmektedir. Öte yandan hekimlerin sadece bilişsel kültürel zekâ bakımından hemşireler ve sağlık teknisyen ve teknikerleriyle aralarında anlamlı bir fark olduğu anlaşılmaktadır. Hekimlerin önceki genel kültürel zekâ ile ilgili

tartışma bölümünde belirtilen faktörler dışında, kariyerleri boyunca farklı uluslararası kongrelere katılmaları ve farklı ülke ve kültürleri tanıma fırsatlarının yanında mesleki gelişim amaçlı yurtdışındaki merkezlerde belirli sürelerde eğitim amacıyla bulunmaları bu konudaki farklılıkları açıklayan unsurlar arasında sayılabilir.

Örnekleme oluşturan diğer meslek grupları düşünüldüğünde, bu sonuçlar uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ve hekimlerin kültürel zekânın alt boyutları açısından daha iyi olmaları anlamına gelebileceği gibi, aynı zamanda diğer meslek gruplarından çalışanların bu konudaki zayıflıklarından kaynaklanmış da olabilir. Örneğin hemşireler yurtdışından gelen farklı kültürden olan bu hastaların bakım ve tedavileri sırasında hasta ve yakınlarıyla iletişim içinde olmuş olsalar da uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile aralarında bu farkın oluşmasında yabancı dil seviyelerinin kültürlerarası iletişim kurmak için yetersiz olmasının bir rolü olabilir. Bunun dışında, hemşirelerin kültürel bilgi seviyelerinin hekimler ve uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarına göre daha az olmasından kaynaklanmış da olabilir. Benzer şekilde, kültürlerarası etkileşim konusunda hemşireler uluslararası hasta hizmetleri çalışanları kadar girişken olmayabilirler. Ayrıca, duygusal zekânın duygu yönetimi konusunda hemşirelerin idari hizmetler çalışanları ve yine uluslararası hasta hizmet çalışanlarına göre daha zayıf olmasında rolü olan tükenmişlik gibi olası unsurlar kültürel zekâ yeteneklerini de olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Örneğin Crowne (2009) yaptığı araştırmada kültürel zekâ ve duygusal zekânın ayrı ayrı değil birlikte çalışılması gerektiğine vurgu yaparak, bu iki akademik olmayan zekâ türüyle ilgili yetenekleri açıklarken neden sonuç ilişkisi kurma açısından bir gerekliliğe dikkatleri çekmiş olabilir. Nitekim Ward ve arkadaşları (2009) da Earley ve arkadaşlarının (2003) aksine duygusal zekâ ve kültürel zekâ yeteneklerinin benzerliklerine dikkat çekerek birlikte değerlendirmesinin bazı gri alanları açıklığa kavuşturmada yardımcı olabileceği yönünde araştırmacılara ışık tutmuşlardır.

Öte yandan, pozisyona göre kültürel zekânın sadece davranışsal boyutunda anlamlı bir fark görülmemesi de dikkat çekicidir. Katılımcıların meslek grupları arasında farklı kültürler hakkındaki bilgi sahibi olma, bu bilgiyi yerinde ve doğru kullanma ve farklı kültürlerle etkileşimde bulunma konusunda istekli olma boyutlarındaki anlamlı

derecedeki farklılığın davranışsal boyutta ortaya çıkmaması her bir meslek grubunun bir diğerine göre davranışsal kültürel zekâ açısından benzer durumda olduğuna işaret ediyor olabilir. Bu durum bize Earley ve arkadaşları (2003)'nın da ifade ettiği gibi, hangi meslekten olduğu fark etmeksizin katılımcıların başka kültürlerin davranış motifleri hakkında yeterince bilgi sahibi olunmadığını gösteriyor olabilir. Yine aynı araştırmacıların ifadesiyle, bu durum meslek gözetmeksizin katılımcıların farklı kültürler hakkında bilgili ve iletişim kurmak için istekli olsalar da kültürlerarası etkileşime yönelik girişken olmadıklarını ve hatta çekiniyor olduklarının bir göstergesi de olabilir. Bu bakımdan, bu araştırmadaki uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ve hekimler kültürel zekâ ve / veya davranışsal kültürel zekâ dışındaki alt boyutlar bakımından araştırmanın örneklemini oluşturan diğer meslek grubundaki çalışanlara göre daha iyi olsalar da bunu etkili bir şekilde kültürel zekâlarını davranışlarına yansıtamamış olabilirler. Bu gibi etkenler davranışsal zekâ bakımından anlamlı bir fark oluşmamasına yol açmış olabilir. Alanyazında, Mercan (2015) yaptığı çalışmada bu çalışmadaki sonuçlarla benzer sonuçlar bulmuştur. Merzan (2015)'ın çalışmasında bu araştırmadaki uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarına benzer bir şekilde ön büro elemanları kültürel zekâ açısından diğer meslek gruplarına göre öne çıkmıştır. Araştırmacı bu durumu ön büro elemanlarının farklı kültürden insanlarla daha fazla etkileşim içinde olmalarına bağlamıştır. Bu sonuçlar çerçevesinde, H8 hipotezi kabul edilmiştir.

H9: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların duygusal zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

Araştırmada katılımcıların duygusal zekâlarının mesleklerarası işbirliğine olan etkisi yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, katılımcıların duygularını kullanma yeteneklerinin mesleklerarası işbirliği üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olabileceği görülmüştür. Bu sonuçta duygularını kullanma yetenekleri iyi olan ekip üyelerinin performanslarını artırabilecek şekilde kendilerini motive edebilmesinin etkisi olmuş olabilir. Her ne kadar ekip üyeleri ortak bir hedef doğrultusunda işbirliği içerisinde birlikte çalışıyorlarsa da karşılaşılan bir takım zorluklar, ekip üyelerinin birbirleriyle uyum içinde çalışamaması veya bir takım

dışsal faktörler ekip çalışması için sorun oluşturma potansiyeli taşıyabilirler. Ortaya çıkan sonuçta bu tür sorunların aşılmasında duygularını kullanma yetenekleri gelişmiş olan ekip üyelerinin almış oldukları sorumlulukları planlandığı şekilde ve zamanda yerine getirebilmek üzere duygu ve düşüncelerini kanalize edebilmelerinin ve ellerinden gelen en iyi performansı her koşulda sağlayabilmelerinin rolü olmuş olabilir. Bu şekilde kendi bireysel performansını artırabilecek şekilde duygularını kullanabilen ekip üyeleri bu özellikleri sayesinde, Goleman (1998)'ın da ifade ettiği gibi, ekip çalışmasına etkin bir şekilde uyum sağlayarak ekibin performansının ve üretkenliğinin artmasında etkili olmuş olabilirler. Bu bakımdan, çalışmada elde edilen bu sonuç bu tespiti doğrular nitelikte olmuştur.

Öte yandan, bu hipotezin sınanması sonrasında ortaya çıkan bir diğer sonuç da duygusal zekânın duygu yönetimi boyutunun da mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak çok anlamlı fakat zayıf bir etkisi olduğu yönündedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında sağlık hizmetlerinin kendine özgü şartlarının, sürekli değişen yapısı ve havacılık sektörüne benzer uygulanan sıkı regülasyonların ve hizmet kalite standartlarının çalışma şartlarını her geçen gün daha da zorlaştıran etkisi olmuş olabilir. Bu zorlu şartlara bir de araştırmanın kapsamı içine giren yurtdışından gelen çok kültürlü hastalar ve ekip arkadaşlarından bazılarının da benzer şekilde farklı kültürlerden olması eklenebilir. Her ne kadar Goleman (2001) ekip üyelerinin ancak duyguları yönetebilme yetenekleri sayesinde bir taraftan yaşadıkları duygusal iniş çıkışların üstesinden gelebilirken diğer taraftan da içlerindeki başarıma isteğini koruyarak ekibin ortak amaçlarını gerçekleştirebilmesinde diğer ekip üyeleriyle işbirliği üzerinde etkili olabilirler dese de adı geçen zorlu şartlar çalışanların duygularını yönetebilme becerilerinin bu çalışmada işbirliğine etkisini sınırlamış olabilir.

Diğer taraftan, ekip üyelerinin farklı formasyona, kişilik özelliklerine, dünya görüşlerine ve iş yapış tarzlarına sahip olmuş olmalarının da yine duyguları yönetme becerilerinin işbirliği üzerindeki etkisini azaltan rolü veya rolleri olmuş olabilir. İşte bu ve benzer faktörler ekip üyelerinin duygu yönetimi konusundaki yeteneklerinin mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisi, ekip çalışmasına etkin bir şekilde uyum

sağlamaya ve ekibin performansının ve üretkenliğinin artmasına yardımcı olan duyguları kullanma yeteneklerine göre nispeten daha zayıf nitelikte gerçekleşmiş olabilir.

Bunun dışında, araştırmanın duygusal zekâyâ yönelik önceki sonuçları incelendiğinde, duygu yönetimi bakımından hem bir takım sosyo-demografik verilere göre hem de farklı meslek çalışanları arasında anlamlı farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu tespit doğrultusunda, duyguları kullanma boyutuna göre duyguları yönetme boyutundaki hem daha yaygın hem de istatistiksel olarak önem derecesi daha yüksek olan farklılıklar çalışanların duyguları yönetme yeteneklerinin mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisini zayıflatmış olabilir. Bu durum duygusal zekânın duygu yönetimi yetenekleri bakımından diğer mesai arkadaşlarına göre daha zayıf olanların bu yönlerinin geliştirilerek düzetilebilmesine işaret ediyor olabilir.

Araştırmada ayrıca katılımcıların başkalarının duygularını değerlendirme yeteneklerinin de mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisinin anlamlı fakat zayıf nitelikte olduğu görülmüştür. Bu sonuçta çalışanların diğer ekip üyeleriyle empati yaparak onların duygularına karşı gerekli hassasiyeti gösterme ve onların duygularını doğru anlamlandırabilmenin etkisi olmuş olabilir. Bu sayede kendisine değer verildiğini hisseden ekip üyeleri arasında karşılıklı saygı ve güven duygusunun tesis edilmesi kolaylaşmış olabilir ve o nispete de ekip üyelerinin bu yeteneklerinin işbirliği üzerinde olumlu tesirlerini görmek mümkün olmuş olabilir. Goleman (2001) da benzer şekilde ekip üyelerinin başkalarının duygularını değerlendirme ve empati yapabilme yeteneklerinin ekip çalışması, çatışma yönetimi ve iletişim becerileri açısından önemli olduğunu vurgulamıştır. Öte yandan, Wright (2016) yaptığı araştırmada bu sonucu destekler mahiyette başkalarına odaklanma konusundaki eksikliğe yönelik sağlık profesyonelleri arasında bu yönde kültürel bir değişim gerekliliğini dile getirmiş bunun başkalarının bakış açılarını anlama konusunda istekli olmaktan geçtiğini vurgulamıştır. Sonuç olarak, H9 hipotezi kabul edilmiştir.

H10: Uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanların kültürel zekâlarının mesleklerarası işbirliğine etkisi vardır.

Araştırmanın son hipoteziyle ilgili, kültürel zekânın davranışsal boyutunun mesleklerarası işbirliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu ama zayıf bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bir önceki hipotezde duyguları kullanma boyutuyla ilgili tartışma davranışsal kültürel zekânın mesleklerarası işbirliğine etkisinin açıklanmasına da ışık tutma özellikleri taşıyabilir. Benzer faktörlerin farklı kültürden ve meslekten çalışanların davranışsal kültürel zekâ yeteneklerinin yurtdışından gelen farklı kültürden hastalara sağlık hizmetleri sunumu sırasındaki mesleklerarası işbirliği üzerinde olumlu etkileri olmuş olabilir. Bilindiği gibi davranışsal kültürel zekâ kişinin farklı kültürden insanlarla olan etkileşimlerinde sözlü ve sözel olmayan davranışlarını o kültürlere uyumlu hale gelecek şekilde çeki düzen verebilme yeteneğiyle ilgilidir (Ang ve ark., 2006; Livermore, 2010). Bu bakımdan bu araştırmada da farklı kültürden gelen çalışanların uluslararası hastaların teşhis ve tedavileri sırasında sahip oldukları davranışsal zekâ yetenekleri ekip olarak hizmet standartları çerçevesinde kaliteli hizmet sunumuna yönelik farklı meslekten çalışma arkadaşları ile işbirliği ve uyum içerisinde çalışmalarına olumlu yönde etki etmiş olabilir. Bu etkinin zayıf olmasında çalışanların davranışsal zekâlarının yeteri kadar gelişmiş olmaması en önemli etkenlerden birisi olabilir. Diğer taraftan günlük iş yükü ve hasta yoğunluğundan dolayı sözlü ve sözel olmayan iletişimde iyi olan çalışanların bile bu yeteneklerini doğru zamanda ve yeterince kullanamamaları bir diğer etken olabilir. Örneğin, uluslararası hastaların teşhis ve tedaviye etki edebilecek önemli hususların gözden kaçmaması ve dolayısı ile sağlık hizmetlerinden daha iyi sonuç alabilmek için, hekimlerin muayene veya konsültasyon sırasında tercüman ile hasta arasında geçen konuşmalardaki tonlamadan, tarafların tavır ve mimiklerine kadar aktif bir şekilde yaptığı gözlemleri de hesaba katabilecek derecede davranışsal kültürel zekâ yeteneklerine sahip olması beklenir. Alanyazında Nash (2014)'in yaptığı araştırma sonuçlarına göre, yurtdışından gelen hastalarla iletişim sırasında tercümanlık yapan ve çoğunlukla farklı kültürden olan uluslararası hasta koordinatörleri ile hekimler arasında işbirliğinin bir gereklilik olduğu ve tarafların birbirilerini anlama ve aralarındaki iletişim sırasında davranışsal kültürel zekâ yetenekleri ön plana çıkmıştır. Bunun dışında, yatan hasta servislerinde bu defa tıbbi bakımı veren hemşireler ile hasta ve tercüman arasında benzer bir üçlü iletişimden bahsedilebilir. Yalnız bu defa, her

zaman tercümanın hazır bulunması mümkün olamayabileceğinden, hemşirelerden davranışsal zekâ yetenekleri gelişmiş olanlar ve hasta veya yakını ile ortak bir dil üzerinden iletişim kurabilenler bu konuda çok stres ve endişe yaşamadan vazifelerini nispeten daha kolay yerine getirme imkânı bulabilirler. Benzer bir durum, bu hastaların teşhis ve tedavileri sırasında görev yapan fizyoterapist ve ebeler ile sağlık teknisyeni ve teknikerleri için de söz konusu olabilir. Alanyazında, Caputo ve arkadaşları (2018)'nın yaptıkları araştırma sonuçlarına göre, ekip üyelerinin işbirliği sırasında sözlü ve sözel olmayan iletişim becerilerini kullanarak karşılaşılan sorunların üstesinden gelinmesi, olası ihtilafların yönetilmesi gibi durumlarda davranışsal kültürel zekânın olumlu katkılarının olduğu tespit edilmiş olup bu açıdan bu hipotezin sınanmasıyla ortaya çıkan sonuçla paralellik göstermektedir.

Ayrıca, araştırmanın kültürel zekâ ve alt boyutlarıyla ilgili birlikte değerlendirildiğinde, çalışanların davranışsal kültürel zekâlarında sosyo-demografik özelliklere ve farklı mesleklerle göre önemli sayılacak bir fark olmadığı veya, bir başka deyişle, benzer yetenekleri olması dikkate değerdir. Bu açıdan davranışsal kültürel zekânın mesleklerarası işbirliğine etkisinin anlamlı olsa da yeterli etki düzeyinde olmaması araştırmaya katılan çalışanların davranışsal kültürel zekâ yeteneklerinin yeterince gelişmemiş olmamasından kaynaklanmış olabilir. Yine bir başka ihtimal de, aslında kültürel zekânın geliştirilebilir zekâ türlerinden olduğu düşünülürse, davranışsal kültürel zekâyı geliştirebilmenin kültürel zekânın diğer alt boyutlarına göre daha zor olmasından kaynaklanmış olabilir. Buradan hareketle şayet, çalışanların davranışsal kültürel zekâ yeteneklerinin geliştirmesine olanak sağlanırsa, uluslararası hasta hizmetlerinde mesleklerarası işbirliğinin iyileştirilmesinin mümkün olabileceği söylenebilir. Böylece, araştırmanın son hipotezi olan H10 hipotezi de kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, araştırmada ilk olarak, çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâlarında cinsiyet, medeni durum, yaş grupları ve eğitim düzeyi bakımından anlamlı bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, kadın ve erkek çalışanlar arasında genel duygusal zekâ bakımından anlamlı ölçüde bir farklılık bulunmazken, duygu yönetiminde erkeklerin kadınlara göre önemli ölçüde daha iyi oldukları tespit edilmiştir.

Diğer bir sosyo-demografik özellik olan medeni durum açısından inceleme yapıldığında, evlilerin bekârlara göre hem genel duygusal zekâ açısından hem de kendi duygularının farkında olma ve duygusal iniş çıkışları kontrol edebilme özelliği olan duygu yönetimi bakımından anlamlı biçimde daha iyi olduğu görülmüştür.

Bunun yanında, çalışanların genel duygusal zekâlarında 25 yaş ve altındaki çalışanlar ile 36-45 yaş arasındakilerin genel duygusal zekâ skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş gruplarına göre çalışanların duygusal zekânın alt boyutlarında başkalarının duygularını değerlendirme boyutu dışında diğer üç boyutta da anlamlı farklar olduğu görülmüştür. Bunlardan sadece duyguları yönetme boyutunda 25 yaş ve altındaki çalışanların örneklem içinde kendilerinden en büyük yaş grubu olan 56 yaş ve üstündeki çalışanlarla arasında anlamlı fark görülmüştür. Diğer iki boyut olan kendi duygularının değerlendirebilme ve duyguları kullanma boyutunda ortaya çıkan farklar örneklemdaki orta yaş grupları ile daha genç yaş grupları arasında olması dikkat çekmiştir.

Eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir fark olup olmadığı yönündeki incelemeler sonucunda ise doktora seviyesinde eğitilmiş olan çalışanların ilköğretim mezunlarına göre hem genel duygusal zekâlarında hem de başkalarının duygularını değerlendirme boyutunda anlamlı ölçüde daha iyi olduğu dikkate değer bir durumdur. Öte yandan duygusal zekânın alt boyutları incelendiğinde, eğitim düzeylerine göre anlamlı fark bulunan bir diğer alt boyut da duyguları kullanma boyutu olmuştur. İkili eğitim düzeyleri arasındaki inceleme yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların lisans düzeyinde eğitimi olan mesai arkadaşlarına göre duyguları kullanma bakımından anlamlı ölçüde daha iyi olduğunu göstermiştir.

Kültürel zekâ ve alt boyutlarının cinsiyet, medeni durum, yaş grupları ve eğitim düzeyine göre anlamlı yönde bir fark olup olmadığı ile ilgili hipotezler test edilmiştir. Buna göre, erkek ve kadın çalışanlar arasında genel kültürel zekâ bakımından önemli derecede bir farka rastlanmasa da bilişsel kültürel zekâ boyutunda erkeklerin kadınlara göre anlamlı ölçüde daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan, medeni durum

açısından hem genel kültürel zekâ hem de kültürel zekânın herhangi bir alt boyutunda önemli sayılacak bir fark bulunamamıştır.

Yaş gruplarına göre genel kültürel zekâlarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın hangi yaş grupları arasında olduğu araştırıldığında 25 yaş ve altındaki çalışanlar ile 46-55 yaş aralığındaki çalışanların genel kültürel zekâları arasında olduğu ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bakımından yapılan inceleme sonucunda ise çalışanların bilişsel kültürel zekâlarında 46 yaş ve üstü gruptaki çalışanların 25 yaş ve altı daha genç çalışanlara göre daha iyi olduğu görülmüştür.

Araştırmadaki sosyo-demografik özelliklerden son olarak eğitim düzeylerine göre yapılan incelemede, genel kültürel zekâ bakımından anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu farkın en az eğitilmişler ile en çok eğitimler arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Diğer taraftan eğitim düzeyine göre kültürel zekânın alt boyutlarında yapılan incelemede, bilişsel ve motivasyonel kültürel zekâ boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Doktora derecesine sahip olan çalışanların bilişsel kültürel zekâ bakımından ön lisans mezunlarına göre daha iyi olduğu görülmüştür. Diğer taraftan, lisans derecesine sahip olan çalışanlarla yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanlar arasında da motivasyonel kültürel zekâda anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın temel araştırma konularından birisi de çalışanların pozisyonları bakımından duygusal zekâ ve kültürel zekâlarında anlamlı sayılabilecek bir fark olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu doğrultuda yapılan analiz sonuçlarına göre, çalışanların pozisyonları bakımından genel duygusal zekâlarında önemli derecede bir fark olduğu görülmüştür. Genel duygusal zekâ bakımından ikili meslek karşılaştırmaları sonucuna göre, uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel duygusal zekâ yeteneklerinin hemşirelere göre anlamlı ölçüde daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanların pozisyonları açısından duygusal zekânın alt boyutlarının incelenmesi yapıldığında ise sadece duyguları yönetme boyutunda anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bu farkın detayları incelendiğinde, uluslararası hasta hizmetleri

alışanlarının, çoğunluğu ayaktan hasta hizmetlerinde görevli destek hizmetleri çalışanlarının ve idari hizmetler çalışanlarının duyguları yönetme yetenekleri bakımından hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha iyi oldukları tespit edilmiştir.

Çalışanların genel kültürel zeklerinde pozisyonlarına göre anlamlı bir fark olup olmadığı yönündeki araştırma sonuçları anlamlı bir farkın olduğunu göstermiştir. Burada özellikle farklı kültür ve milletten olan uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel kültürel zekâ bakımından hemşirelere, sağlık teknisyeni ve teknikerlerine, fizyoterapist ve ebelere göre anlamlı ölçüde daha iyi oldukları dikkat çekmektedir. Ayrıca, hekimlerin de yine hemşirelere göre bu konuda anlamlı derecede daha iyi oldukları grlmştir.

Kültürel zeknin alt boyutları açısından inceleme sonucunda, çalışanların pozisyonlarına göre st bilişsel, bilişsel ve motivasyonel kültürel zekâ boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Örneğin alışanların pozisyonlarına göre st bilişsel kültürel zekâ boyutunda uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının hemşirelerle, fizyoterapist ve ebelerle ve de sağlık teknisyeni ve teknikerler ile arasında anlamlı fark olduğu grlmştir. Yine bilişsel kültürel zekâ boyutu bakımından, uluslararası hasta hizmetleri çalışanlar ile hekimler haricindeki çalışmaya katılan diğer meslek grubu çalışanları arasında anlamlı fark olduğu grlmştir. Ek olarak, hekimlerin hemşirelerle ve sağlık teknisyen ve teknikerleri ile arasında bilişsel kültürel zekâ açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kültürel zeknin alt boyutları bakımından son olarak motivasyonel kültürel zekâ açısından yapılan ikili meslek grupları karşılaştırması sonuçlarına göre, sadece uluslararası hasta hizmetleri çalışanları ile hemşireler arasında anlamlı derecede bir fark ortaya çıkmıştır.

Araştırmada ayrıca yurtdışından gelen hastaların sağlık hizmetlerinde görevli farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zeklerinin mesleklerarası işbirliğine etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, çalışanların sadece duygusal zeknin duyguları kullanma yeteneklerinin anlamlı, yeterli düzeyde ve olumlu yönde mesleklerarası işbirliği üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan çalışanların duygusal zeknin duygu yönetimi ve başkalarının

duygularını değerlendirme yeteneklerinin de yine mesleklerarası işbirliği üzerinde anlamlı ve olumlu yönde fakat zayıf bir etkiye sahip oldukları görülmüştür.

Kültürel zekânın alt boyutları açısından yapılan araştırma sonuçlarına göre, çalışanların sadece davranışsal kültürel zekâ yeteneklerinin mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisinin anlamlı ve olumlu yönde ama zayıf bir etkisinin olduğu dikkate değerdir. Her ne kadar kültürel zekânın diğer boyutlarının mesleklerarası işbirliğine doğrudan bir etkisi bu araştırma modelinde tespit edilmemiş olsa da, davranışsal kültürel zekâ boyutunun burada aracı rolünün olması ihtimali söz konusu olabilir. Kültürel zekânın mesleklerarası işbirliğine olan etkilerinin araştırılacağı gelecekte yapılacak çalışmalarda bu konu hakkında daha fazla ve detaylı bilgi edinilebileceği öngörülmektedir.

Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, bu çalışma uluslararası hasta sağlık hizmetlerindeki farklı meslekten çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından arasındaki farklar ve bu zekâ türlerinin mesleklerarası işbirliği üzerindeki etkisiyle ilgili sonuçları açısından alanyazında bir ilk olma özelliğini taşımaktadır. Örneğin, bu çalışma sonucunda uluslararası hasta hizmetlerinde mesleklerarası işbirliği açısından çalışanların duygusal zekâ yeteneklerinin kültürel zekâyâ göre daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan, farklı kültürden hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan çok kültürlü ve farklı meslekten çalışanların işbirliği açısından sahip oldukları duygusal zekâ ve kültürel zekâ yetenekleri arasında en önemlisinin duyguları kullanma yeteneği olduğu görülmüştür. Bununla beraber, yurtdışından gelen hastaların teşhis ve tedavilerinin hastane içindeki organizasyonunu yapan ve hastaların sağlık çalışanları ile iletişimleri sırasında tercümanlık hizmeti veren uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarının genel duygusal zekâ ve kültürel zekâ açısından “hasta bakımından sorumlu” hemşirelere göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bunlardan başka, uluslararası hastaların sağlık hizmetlerinde görev yapan orta yaş ve üstü çalışanların kendilerinden daha genç olan meslektaşlarına göre, kendi duygularını daha iyi değerlendirebildikleri ortaya çıkmıştır. Öte yandan, farklı kültürler hakkında 56 yaş ve üstü çalışanların 25 yaş ve altındaki daha genç olan çalışanlara göre önemli ölçüde daha fazla kültürel bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

Genel olarak bakılacak olursa, sürekli değişen regölasyonlar, teknoloji alanındaki yenilikler, küresel, bölgesel ve yerel boyuttaki değişimlerin sebep olduğu belirsizlik ortamı sağlık sektörü ve paydaşlarını olumsuz yönde etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Her ne kadar sektör paydaşları arasında sağlık yatırımcısı, çalışanı, tedarikçisi ve doğal olarak hastalar birlikte meydana gelen değişimlerden olumsuz yönde etkilenme potansiyeline sahip olsalar da sürdürülebilir kaliteli sağlık hizmetleri sunumunu sağlamak konusunda bunlardan en çok etkilenen sağlık çalışanları olmaktadır. Örneğin dünyanın farklı ölkelerinden tedavi amacıyla gelen hastalar, sağlık hizmetleri çalışanları için halihazırda yaşadıkları stres ve endişelerini artırıcı bir etkiye sahiptir. Neticede alışık olmadıkları költürden ve farklı ölkelerden seyahat eden ve beklentileri yüksek olan yeni bir hasta grubuna daha hizmet vermeleri beklenmektedir. Çalışma koşullarında her değişim gibi, bu da onlar için bir tehdit algısı oluşturmakta ve güvenlik kaygılarını artırma potansiyeline sahip olma niteliği taşımaktadır. Acaba bu yeni değişime uyum sağlayabilecekler mi, iyi bir performans gösterebilecekler mi, duygusal ve fiziksel olarak bu yeni yükü kaldıracak gücü gösterebilecekler mi, költür farklılığından kaynaklı ne gibi sorunlar yaşayacaklar gibi birçok soru onları endişeye sevk etme niteliğindedir. Bunun yanında, farklı költürden ve milletten hiç alışık olmadıkları ve daha önce kendileri gibi sağlık eğitim formasyonuna sahip olmayan veya benzer eğitimlerden geçmemiş yeni çalışma arkadaşlarıyla birlikte bu hastaların tedavilerini gerçekleştiriyor olmak da sağlık çalışanları için ayrı bir stres faktörü olmaya aday bir durumdur. Bu durum sadece çalışma ortamındaki karmaşıklığı artırmakla kalmayıp diğer bütün etkenlerle birlikte aynı zamanda sağlık hizmetlerinde çalışanların psikolojilerini de etkileme potansiyeline sahip olabilir. Bu bakımdan, bu zorlukların üstesinden gelinmesinde duygusal zekâ ve költürel zekânın sağlayacağı her bir olumlu katkı yalnız çalışanlar için değil, aynı zamanda sağlık kurumları, sağlık sistemleri ve ölkeler için de çok önemli bir anlam ifade edebilir.

Örneğin, sağlık çalışanları duygularını kullanma, başkalarının duygularını değerlendirebilme ve duygu yönetimi ile sözlü ve sözel olmayan iletişim becerilerini kullanarak ekip olarak karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelebilirler. Ayrıca, bu sayede artan performanslarının yurtdışından gelen hastaların tedavilerinde farklı

meslekten çalışanların yer aldığı ekip çalışmasına ve işbirliğine yansıyan olumlu etkileri olabilecektir. Ekip çalışması ve işbirliğinde sağlanacak potansiyel performans ve verimlilik artışının sağlık hizmetlerinin kaotik yapısı ve sürekli olarak çalışma ortamına etki eden değişimlerle baş etme ve dolayısıyla yurtdışından gelen hastalara kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda olumlu etkileri olabilecektir.

Ayrıca bu tespitler doğrultusunda farklı kültürden hastalarla daha etkili iletişim kurma mümkün olabilecek ve işbirliğine yansıyan söz konusu olumlu etkiler sayesinde yurtdışından gelen hastaların teşhis ve tedavilerinin organizasyon ve koordinasyonu daha etkili ve iyi bir şekilde yapılabilecektir. Böylece bu hastaların sağlık hizmetlerinden ihtiyaç ve beklentilerinin daha etkin bir şekilde karşılanması mümkün olabilecektir. Bununla beraber, sağlık hizmetlerinin sınırlı sayıdaki nitelikli insan kaynaklarının daha verimli ve etkin bir şekilde kullanılması da sağlanmış olabilecektir.

Öte yandan, bu araştırmada insan kaynakları arasında özellikle hemşirelerin duyguları yönetme yeteneklerinin uluslararası hasta hizmetleri, idari hizmetler ve destek hizmetleri çalışanlarına göre oldukça zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları arasında en çok hemşirelerin tükenmişlik duygusu ile baş etme zorunda oldukları düşünüldüğünde bu sonuç dikkate değerdir. Araştırmada insan kaynakları açısından dikkat çeken bir diğer meslek grubu da uluslararası hasta hizmetleri çalışanları olmuştur. Farklı kültür ve milletten çalışanların oluşturduğu bu meslek grubu çalışanlarının davranışsal kültürel zekâ haricindeki kültürel zekâ yetenekleri bakımından hekimler dışındaki diğer meslek grubu çalışanları arasında oldukça önemli farklar olduğu görülmüştür.

Uluslararası hasta sağlık hizmetlerinde hemşirelerin hem hekimlere göre hem de uluslararası hasta hizmetleri çalışanlarına göre genel kültürel zekâ yeteneklerinin önemli derecede zayıf olmasının üzerinde durulması gerekir. Ortaya çıkan bu durumun olası sonuçlarının hasta ve çalışan memnuniyeti, personel devir hızı ve sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir kalite açılarından sağlık yöneticileri ve sağlık kuruluşlarını yakından ilgilendirebileceği düşünülmektedir.

Tüm bu yönleri dikkate alındığında, bu araştırma duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından uluslararası hasta sağlık hizmetlerindeki meslek grupları arasındaki farklılıkları ortaya çıkarmasıyla alanyazında bir ilk olma özelliği taşımaktadır. Bunun yanında çalışma yurtdışından gelen hastalara yönelik sağlık hizmetlerini kapsamaları ve medikal turizm endüstrisi açısından kurumsal, ekonomik ve ülke bazında rekabet avantajı sağlama potansiyeline sahip olması yönleriyle de önemli sonuçlar içermektedir.

Diğer taraftan araştırma sonuçları itibarıyla, özel hastane yatırımcıları açısından medikal turizm alanında artan büyük ölçekli kamu sağlık yatırımları karşısında sürdürebilir rekabet üstünlüğü sağlama potansiyeli taşımaktadır. Son yıllarda sayıları giderek artan şehir hastanelerinin faaliyete geçmesiyle özel hastane işletmecilerinin medikal turizm alanında arkasına devletin gücü ve imkanlarını alan bu kamu hastaneleriyle rekabet etmesi oldukça zorlaşmıştır. Yeni oluşan rekabet koşullarında, özel hastane işletmecileri çalışanlarının duygusal zekâ ve kültürel zekâ yeteneklerinin gelişimine olanak sağlayarak medikal turizme yönelik hasta odaklı kaliteli hizmet sunumuyla rekabet üstünlüğü elde edebilir.

Çalışmanın sonuçları duygusal zekâ ve kültürel zekânın geliştirilebilir zekâ türleri olmasından dolayı özellikle uluslararası hasta hizmetlerinde çalışanların performanslarının artırılması ve geliştirmeye açık yönleriyle ilgili sektördeki insan kaynakları yöneticileri için önemli bilgiler içermektedir. Ayrıca, personel gelişiminin yanı sıra, işe alım, personel devir hızının azaltılması, örgütsel barış ve örgütsel sadakat konularında da önemli ip uçları sağlamaktadır.

Özellikle yeni bir endüstri kolu olarak medikal turizmin ülke, bölge ve sağlık yatırımcısı boyutlarındaki önemi düşünüldüğünde bu araştırmanın farklı açılardan önemli etkilerinin olacağı söylenebilir. Birçok ülke modern sağlık tesisleri, nitelikli hekim kadrosu ve kaliteli sağlık hizmetlerinin yanında sahip olduğu doğal ve tarihi zenginlikleriyle birlikte sağlık turizminde ilk önce tercih edilen “destinasyon” ülkeler arasında yer alabilmeyi önemsemektedir. Elverişli coğrafi konumu ve birçok ülkeye olan doğrudan uçuşlarıyla Türkiye’de bu ülkelerden bir tanesi olma potansiyeline

sahiptir. Tüm bu potansiyellerin stratejik ve ekonomik faydaya dönüştürülmesinde insan kaynakları önemli ve kritik bir role sahiptir. Bu açıdan, sağlık turizmiyle ilgili bir alanda çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâ yeteneklerinin geliştirilmesiyle taklit edilmesi zor farklı bir rekabetçi üstünlük elde edilmesi mümkün olabilir.



ÖNERİLER

Bu araştırma uluslararası hasta hizmetlerine yönelik farklı mesleklerden çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından farklılıklarına yönelik ve bu zekâ türlerinin mesleklerarası işbirliğine etkisi hakkında sağladığı önemli bilgilerin yanı sıra bazı konularla ilgili yeni araştırma ihtiyacı doğurmuştur.

Bunlardan birincisi, medikal turizmin çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâları üzerindeki etkilerinin araştırılmasıdır. Çalışma İstanbul ve Kocaeli illerindeki yurtdışı hastaların çoğunlukla tercih ettiği özel hastane çalışanları arasında yapılmıştır. Benzer bir çalışma yurtdışı hasta kabul etmeyen özel hastane çalışanları ile yine yurtdışından hastası çok olan özel hastane çalışanları arasında yapılarak, farklı kültürden hastalarla etkileşimin duygusal zekâ ve kültürel zekâ üzerindeki etkileri incelenebilir.

İkincisi, benzer bir çalışma yapılarak elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâ yetenekleri açısından iyileştirme ve geliştirmeye açık yönleri tespit edilebilir. Bu tespitler doğrultusunda gerekli hizmet içi eğitim ve etkinlikler düzenlenebilir ve bir süre sonra aynı örneklem üzerinde çalışma tekrar edilerek duygusal zekâ ve kültürel zekânın ne ölçüde eğitimle geliştirilebileceği yönünde bilgi sahibi olunabilir.

Üçüncüsü, uluslararası hasta kabul eden kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasında benzer bir araştırma yapıp sonuçlar karşılaştırılarak yorumlanabilir. Böylece kamu ve özel sektördeki karar verici ve yöneticiler konuyla ilgili aydınlatılabilir.

Dördüncüsü, yurtdışından tedavi amacıyla gelen hasta ve refakatçilerinin dahil edileceği bir çalışmada, uluslararası hasta hizmetlerinde duygusal zekâ ve kültürel zekânın hastalara yansıyan sonuçları üzerindeki rolü ve etkileri incelenebilir.

Son olarak bir başka araştırma da tıbbi ihtisas alanlarına göre duygusal zekâ ve kültürel zekâ bakımından herhangi bir fark olup olmadığı ile ilgili olabilir. Bu sayede çalışanların duygusal zekâ ve kültürel zekâ yeteneklerine göre tıbbi ihtisas alanlarında

istihdam edilmesi söz konusu olabilir. Bu sayede daha etkili ve verimli sağlık hizmetleri sunumu mümkün olabilir.



10.KAYNAKLAR

1. Abdel-Wahab S. Offering Culturally Competent Support to Arab and Arab American Families in Medical Settings: A Differentiation Based Approach. Alliant International University. Faculty of the California School of Professional Psychology, Doktora Tezi, 2014, Los Angeles (Danışman: Prof. Dr. R Doonan).
2. Acar FT. Duygusal Zekâ Yeteneklerinin Göreve Yönelik Ve İnsana Yönelik Liderlik Davranışları İle İlişkisi: Banka Şube Müdürleri Üzerine Bir Alan Araştırması. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2001, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. İ Erdoğan).
3. Aksoy Z. Kültürel Zekâ ve Çok Kültürlü Ortamlardaki Rolü. E. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. M Saran).
4. Albrecht K. Social intelligence: The new science of success. John Wiley & Sons; 2006.
5. Alon I, Higgins JM. Global leadership success through emotional and cultural intelligences. Business horizons. 2005 Nov 1;48(6):501-12.
6. Alshaibani E. Investigating the relationship between cultural intelligence and service quality in hospitality: A cross cultural study. Buckinghamshire New University. Faculty of Design, Media and Management, Doktora Tezi, 2015, Wycombe, İngiltere (Danışman: Prof. Dr. A Bakır).
7. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Spss Uygulamalı. Sakarya Yayıncılık, 5. Baskı, 2007.

8. Ancona DG, Caldwell DF. Bridging the boundary: External activity and performance in organizational teams. *Administrative science quarterly*. 1992 Dec 1;634-65.
9. Ang S, Rockstuhl T, Tan ML. Cultural intelligence and competencies. *International encyclopedia of social and behavioral sciences*. 2015 Jan 1; 2:433-9.
10. Ang S, Van Dyne L, Koh C. Personality correlates of the four-factor model of cultural intelligence. *Group & Organization Management*. 2006 Feb;31(1):100-23.
11. Ang S, Van Dyne L. Conceptualization of cultural intelligence: Definition, distinctiveness, and nomological network. In *Handbook of cultural intelligence* 2015 Jan 28 (pp. 21-33). Routledge.
12. Ang S, Van Dyne L, Koh C, Ng KY, Templer KJ, Tay C, Chandrasekar NA. Cultural intelligence: Its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance. *Management and organization review*. 2007 Nov;3(3):335-71.
13. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical education*. 2010 Aug 1;44(8):749-64.
14. Arora S, Sevdalis N, Nestel D, Tierney T, Woloshynowych M, Kneebone R. Managing intraoperative stress: what do surgeons want from a crisis training program? *The American Journal of Surgery*. 2009 Apr 1;197(4):537-43.
15. Aslan S, Erkus A, Measurement of Emotional Intelligence: Validity and Reliability Studies of Two Scales. *World Applied Sciences Journal*. 2008 4(3):430-438.

16. Aslan Ş, Özata M. Duygusal zekâ ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008(30):77-97.
17. Atilla G, Çarıkçı İH, Erdem R. Hastanelerde duygusal zekâ-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013;15(1):101-19.
18. Avunduk, Y. Duygusal Zekânın İş Performansı Üzerindeki Etkisi:Tıp Doktorları ile Toplu Ulaşım Şoförleri Üzerinde Karşılaştırmalı Alan Uygulaması. İstanbul Ticaret Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Genç).
19. Ayonrinde O. Importance of cultural sensitivity in therapeutic transactions. Disease Management & Health Outcomes. 2003 Apr 1;11(4):233-48.
20. Bar-On R. The development of a concept of psychological well-being. Doctoral dissertation, Rhodes University, South Africa. 1988.
21. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In Bar-On D and Parker JDA (Eds). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2000.
22. Bar-On R. Emotional quotient inventory: Short: Technical manual. Multi-Health Systems. 2002.
23. Bar-On R, Tranel D, Denburg NL, Bechara A. Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. Brain. 2003 Aug 1;126(8):1790-800.
24. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema. 2006; 18:13-25.

25. Barrett LF, Salovey P, editors. The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence. Guilford Press; 2002 Aug 19.
26. Bass BM, Bass R. The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications. Simon and Schuster; 2009 Dec 1.
27. Bellon J. Interprofessional Healthcare Practices - Processes and Context. University of Pittsburgh, Doktora Tezi, 2016, ABD, (Danışman: J Castles).
28. Berry JW. Imposed etics—emics—derived etics: The operationalization of a compelling idea. International journal of psychology. 1989 Dec;24(6):721-35.
29. Binet A, Simon T. Upon the necessity of establishing a scientific diagnosis of inferior states of intelligence. (L'Année Psych., 1905, pp. 163-191). In A. Binet, T. Simon & E. S. Kite (Trans.), The development of intelligence in children (The Binet-Simon Scale) (pp. 9-36). Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co; 1916.
30. Birks Y, McKendree J, Watt I. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. BMC medical education. 2009 Dec 1;9(1):61.
31. Bitmiş, MG. Öncülleri ve Sonuçları İle Psikolojik Sermaye: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. A Ergeneli).
32. Björkqvist K. Empathy, social intelligence and aggression in adolescent boys and girls. In: Farrow T ve Woodruff P eds, Empathy in mental illness. New York: Cambridge University Press; 2007; 76–88.

33. Booth J, Hewison A. Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: an exploratory study. *Journal of interprofessional care*. 2002 Jan 1;16(1):31-40.
34. Boyatzis RE. Competencies as a behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of Management Development*. 2009 Sep 18, 749-770.
35. Boyatzis RE, Gaskin J, Wei H. Emotional and social intelligence and behavior. In *Handbook of intelligence 2015* (pp. 243-262). Springer, New York, NY.
36. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). *Handbook of emotional intelligence*. 2000;99(6):343-62.
37. Boyatzis R, Hopkins MM, Bilimoria D. Social and emotional competencies predicting success for male and female executives. *Journal of management development*. 2008 Jan 4, 13-35.
38. Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*. 2011 Jan;5(1):88-103.
39. Brislin R, Worthley R, Macnab B. Cultural intelligence: Understanding behaviors that serve people's goals. *Group & Organization Management*. 2006 Feb;31(1):40-55.
40. Brotheridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of vocational behavior*. 2002 Feb 1;60(1):17-39.

41. Bückner J, Furrer O, Lin Y. Measuring cultural intelligence (CQ) A new test of the CQ scale. *International Journal of Cross-Cultural Management*. 2015 Dec;15(3):259-84.
42. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pege yayıncılık, 24. Baskı; Ankara; 2018:001-214.
43. Cabin RJ, Mitchell RJ. To Bonferroni or not to Bonferroni: when and how are the questions. *Bulletin of the Ecological Society of America*. 2000 Jul 1;81(3):246-8.
44. Cantor N, Kihlstrom JF. Social intelligence: The cognitive basis of personality. *Review of Personality and Social Psychology*. 1985; 6: 15-33.
45. Caputo A, Ayoko OB, Amoo N. The moderating role of cultural intelligence in the relationship between cultural orientations and conflict management styles. *Journal of Business Research*. 2018 Aug 1; 89:10-20.
46. Carrera PM, Bridges JF. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2006 Aug 1;6(4):447-54.
47. Carson KD, Carson PP. Career commitment, competencies, and citizenship. *Journal of Career Assessment*. 1998 Mar;6(2):195-208.
48. Casey V, Crooks VA, Snyder J, Turner L. “You’re dealing with an emotionally charged individual...”: an industry perspective on the challenges posed by medical tourists’ informal caregiver-companions. *Globalization and health*. 2013 Dec;9(1):31.

49. Castro JC, Quisimalin M, de Pablos C, Gancino V, Jerez J. Tourism Marketing: Measuring Tourist Satisfaction. *Journal of Service Science and Management*. 2017 May 4;10(03):280.
50. Cave A, Maharaj U, Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. Cross-cultural communication. *Canadian Family Physician*. 1995 Oct; 41:1685.
51. Ceci SJ. *On intelligence: A bioecological treatise on intellectual development*. Cambridge, Mass.; Harvard University Press; 1996.
52. Chang TZ, Vowles N. Strategies for improving data reliability for online surveys: A case study. " *International Journal of Electronic Commerce Studies*". 2013 Jun 25;4(1):121-30.
53. Cherniss C. *Emotional intelligence and organizational effectiveness. The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001:27-44.
54. Cherniss C, Goleman D. Training for Emotional Entelligence, A Model. In: Cherniss C ve Goleman D eds, *The Emotionally Intelligent Workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001; 209-233.
55. Chin WW. The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*. 1998 Jan;295(2):295-336.
56. CHSRF (Canadian Health Services Research Foundation). *Teamwork in Healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy synthesis and recommendations*. Ottawa, Canada; 2006 June.

57. Ciarrochi JV, Chan AY, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual differences*. 2000 Mar 1;28(3):539-61.
58. Clark PG. Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean?. *The Gerontologist*. 1995 Jun 1;35(3):402-11.
59. Clark PG, Cott C, Drinka TJ. Theory and practice in interprofessional ethics: A framework for understanding ethical issues in health care teams. *Journal of interprofessional care*. 2007 Jan 1;21(6):591-603.
60. Clark PG, Leinhaas MM, Filinson R. Developing and evaluating an interdisciplinary clinical team training program: Lessons taught and lessons learned. *Educational Gerontology*. 2002 Jun 1;28(6):491-510.
61. Cobb CD, Mayer JD. Emotional Intelligence: What the Research Says. *Educational leadership*. 2000;58(3):14-8.
62. Cohen J. Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*. 1992 Jun;1(3):98-101.
63. Coidakis-Barss C. Interprofessional Teams in Healthcare: A Mixed-methods Study. Case Western Reserve University, Doctoral dissertation, 2015, Cleveland, OH, (Advisor: Prof. Dr. T Lingham).
64. Connell J. 14 Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care. *Analysis, Behaviour and Strategy*. 2007 Dec 18;232.
65. Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, d'Avray L. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008 Nov 1;45(11):1667-81.

66. Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. Health affairs. 2001 May;20(3):244-52.
67. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Sage publications, Inc; 4th edition; 2014.
68. Crowne KA. The relationships among social intelligence, emotional intelligence and cultural intelligence. Organization Management Journal. 2009 Sep 1;6(3):148-63.
69. Çakır, R. Örgütsel Zekânın Geliştirilmesine İlişkin Yapılan Bir Çalıştayın Örgütsel Zekâ Düzeyinin Geliştirilmesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş Ada).
70. Çiçek E. Dil ve konuşma terapistlerinin uzmanlar arası işbirlikçi çalışma hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. Anadolu Üniversitesi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Eskişehir (Danışman: AM Tunçer).
71. Çolak, D, Uğur, E, Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017, (2), 104-09.
72. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of interprofessional care. 2005 May 1;19(sup1):116-31.
73. Davidson B. Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter. Anthropological quarterly. 2001 Oct 1:170-8.
74. Davidson B. A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse. Journal of pragmatics. 2002 Sep 1;34(9):1273-300.

75. Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of personality and social psychology*. 1998 Oct;75(4):989.
76. Deutschlander S, Mallinson S. Measuring Behaviour as Outcome of Interprofessional Interventions: Are You Willing to Collaborate or Are You Collaborating?. *Journal of Research in Interprofessional Practice & Education*. 2014 Sep 1;4(2).
77. Devonish D, Greenidge D. The effect of organizational justice on contextual performance, counterproductive work behaviors, and task performance: Investigating the moderating role of ability-based emotional intelligence. *International Journal of Selection and Assessment*. 2010 Mar;18(1):75-86.
78. Dhani P, Sharma T. Emotional Intelligence; History, Models and Measures. *International Journal of Science Technology & Management*. 2016; 5, 189-201.
79. Diallo AF, McGrath JM. A glance at the future of cultural competency in healthcare. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2013 Sep 1;13(3):121-3.
80. DiMatteo MR, Friedman HS, Taranta A. Sensitivity to bodily nonverbal communication as a factor in practitioner-patient rapport. *Journal of Nonverbal Behavior*. 1979 Sep 1;4(1):18-26.
81. Dirican A. Duygusal Zekânın Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Üretkenlik Karşıtı Davranışlar Üzerine Etkisi. G. Y. T. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. O Erdil).
82. Ditkoff M, Allen C, Moore T ve Pollard D. Ideal Collaborative Team, Innovation Solution Center and Dave Pollard of Meeting of Minds. November 2005.

83. Doğan S, Demiral Ö. Kurumların başarısında duygusal zekânın rolü ve önemi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2007;14(1):209-30.
84. Doran D. Teamwork—Nursing and the multidisciplinary team. In Quality work environments for nurse and patient safety, edited by L. McGillis Hall. Mississauga, ON: Jones and Bartlett; 2005: 39-62.
85. Drinka TJ, Miller TF, Goodman BM. Characterizing motivational styles of professionals who work on interdisciplinary healthcare teams. Journal of Interprofessional Care. 1996 Jan 1;10(1):51-61.
86. Driver R, Justice I. Healthcare EQ: A Clinician's Guide. iUniverse; 2018 Jan 29.
87. D'Souza Db. Emotional Intelligence for Success & High Performance: Key Competencies for Achieving Consistent Results. Partridge Publishing; Singapore; 2019 Aug 20.
88. Dursun Y, Kocagöz E. Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2010; 35: 1-17.
89. Earley PC. Redefining interactions across cultures and organizations: Moving forward with cultural intelligence. Research in organizational behavior. 2002 Jan 1; 24:271-99.
90. Earley PC, Ang S. Cultural Intelligence: Individual Interactions across Cultures. Stanford University Press; Palo Alto, CA; 2003.
91. Earley PC, Ang S, Tan JS. CQ: Developing cultural intelligence at work. Stanford University Press; 2010.

92. Earley PC, Mosakowski E. Cultural intelligence. Harvard business review. 2004 Oct 1;82(10):139-46.
93. Edwards N, Marshall M, McLellan A, Abbasi K. Doctors and managers: a problem without a solution? BMJ. 2003;326(7390):609–610.
94. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL. Parental socialization of emotion. Psychological inquiry. 1998 Oct 1;9(4):241-73.
95. Elenkov DS, Pimentel JR. Social intelligence, emotional intelligence, and cultural intelligence: An integrative perspective. Handbook of Cultural Intelligence: Theory, Measurements, and Applications, London: ME Sharpe. 2008:289-305.
96. Elfenbein HA, Marsh AA, Ambady WI. Emotional Intelligence and the Recognition of Emotion from Facial Expressions. The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence. 2002:37-59.
97. Engel C, Gursky E. Management and interprofessional collaboration. In Interprofessional Collaboration 2004 Mar 1 (pp. 58-69). Routledge.
98. Eroz SS. Duygusal Zekâ ve İletişim Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. UÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Z Sabuncuoğlu).
99. Eryılmaz B, Zengin B. Sosyal medyada konaklama işletmelerine yönelik tüketici yaklaşımları üzerine bir araştırma. İşletme Bilimi Dergisi. 2014;2(1):147-67.
100. Fagerland MW, Sandvik L. The wilcoxon–mann–whitney test under scrutiny. Statistics in medicine. 2009 May 10;28(10):1487-97.

101. Fariselli L, Freedman J, Ghini M, Valentini F. Stress, emotional intelligence, and performance in healthcare. *Six Seconds*. 2008 Feb 25.
102. Feir-Walsh BJ, Toothaker LE. An empirical comparison of the ANOVA F-test, normal scores test and Kruskal-Wallis test under violation of assumptions. *Educational and Psychological Measurement*. 1974 Dec;34(4):789-99.
103. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage publications, ltd; 4th edition 2013 Feb 20.
104. Flavell JH. Metacognitive Aspects of Problem Solving. In Resnick LB (Ed.), *The Nature of Intelligence*. Hillsdale, NJ: Earlbaum; 1976: 231-235.
105. Ford ME, Tisak MS. A further search for social intelligence. *Journal of Educational Psychology*. 1983 Apr;75(2):196.
106. Fornell C, Larcker DF. Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*. 1981;18(3), 382-388.
107. Fors UG, Muntean V, Botezatu M, Zary N. Cross-cultural use and development of virtual patients. *Medical teacher*. 2009 Jan 1;31(8):732-8.
108. Friedman R, Freidman R. American science, academic organization, and interdisciplinary research. *International Research Management Studies in Interdisciplinary Methods from Business, Government, and Academia*. 1990.
109. Gardner HE. *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. Hachette UK; 2000 Sep 18.

110. Geisser S. The predictive sample reuse method with applications. *Journal of the American statistical Association*. 1975 Jun 1;70(350):320-8.
111. Gelfand MJ, Imai L, Fehr R. Thinking intelligently about cultural intelligence. *Handbook on cultural intelligence: Theory, measurement and applications*. 2008:375-88.
112. Genc, A. Emotional and cultural intelligence in international patient services: a comparative study of private hospitals. *International Journal of Health Management and Tourism*. 2020;5(1):44-63.
113. George BP, Henthorne TL, Williams AJ. Determinants of satisfaction and dissatisfaction among preventive and curative medical tourists: a comparative analysis. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*. 2010 Jan 1;2(1):5-19.
114. Glass GV, Peckham PD, Sanders JR. Consequences of failure to meet assumptions underlying the fixed effects analyses of variance and covariance. *Review of educational research*. 1972 Sep;42(3):237-88.
115. Glinos IA, Baeten R, Helble M, Maarse H. A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*. 2010 Nov 1;16(6):1145-55.
116. Glomb TM, Kammeyer-Mueller JD, Rotundo M. Emotional labor demands and compensating wage differentials. *Journal of applied psychology*. 2004 Aug;89(4):700.
117. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books; 1995.
118. Goleman D. *Emotional Intelligence, why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury; 1996.

- 119.Goleman D. An EI-based theory of performance. The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations. 2001; 1:27-44.
- 120.Goleman D. Working with emotional intelligence. Bantam Books; 1998.
- 121.Goleman D. The brain and emotional intelligence: New insights. Northampton, MA: More Than Sound LLC. 2011.
- 122.Goldstein S, Princiotta D, Naglieri JA. Handbook of intelligence. Evolutionary theory, historical perspective, and current concepts. New York, NY: Springer. 2015.
- 123.Gougeon L, Johnson J, Morse H. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. Journal of Interprofessional Education & Practice. 2017 Jun 1; 7:29-37.
- 124.Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. Journal of Chiropractic Education. 2015 Mar;29(1):1-0.
- 125.Groves KS, Feyerherm AE. Leader cultural intelligence in context: Testing the moderating effects of team cultural diversity on leader and team performance. Group & Organization Management. 2011 Oct;36(5):535-66.
- 126.Guy ME, Newman MA. Women's jobs, men's jobs: Sex segregation and emotional labor. Public Administration Review. 2004 May;64(3):289-98.

- 127.Güteryüz G, Güney S, Aydın EM, Aşan Ö. The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008 Nov 1;45(11):1625-35.
- 128.Güvenç B. İnsan ve Kültür. 9. baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2002:96.
- 129.Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 7. Baskı; 2010.
- 130.Hair JF, Ringle CM, Sarstedt M. PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *Journal of Marketing Theory and Practice*. 2011; 19:2, 139-152.
- 131.Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*. 2005 May 1;19(sup1):188-96.
- 132.Harris KA. Investigating the Relationship between Emotional Intelligence and Cultural Intelligence to Attitudes towards Team-Based Learning in Undergraduate Pre-health Profession Students. Virginia Commonwealth University. Department of Psychology, Doktora Tezi, 2017, Richmond, VA (Danışman: Prof. Dr. KW Allison).
- 133.Hendricks D. The Relationship between Culture and Gender on the Emotional Intelligence of Mental Health Professionals. Wilmington University, Doktora Tezi, 2018, Delaware (Danışman: Prof. Dr. LL Atkinson).
- 134.Hochschild AR. *The managed heart: the commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press; 2012.
- 135.Hodges JL, Lehmann EL. The efficiency of some nonparametric competitors of the t-test. *The Annals of Mathematical Statistics*. 1956;27(2):324-35.

- 136.Hornby S, Atkins J, editors. Collaborative care: interprofessional, interagency and interpersonal. John Wiley & Sons; 2008 Apr 30.
- 137.Horwitz IB, Sonilal M, Horwitz SK. Improving health care quality through culturally competent physicians: Leadership and organizational diversity training. *Journal of Healthcare Leadership*. 2011; 3:29.
- 138.Howe MJ. Does intelligence exist. *The psychologist*. 1990 Nov;3(11):490-3.
- 139.Hughes C. Diversity intelligence. New York: Palgrave Macmillen; 2016.
- 140.Jackson SE, May KE, Whitney K, Guzzo RA, Salas E. Understanding the dynamics of diversity in decision-making teams. *Team effectiveness and decision making in organizations*. 1995 Mar 16; 204:261.
- 141.James R. Emotional Intelligence: The Definitive Guide, Empath: How to Thrive in Life as a Highly Sensitive, Persuasion: The Definitive Guide to Understanding Influence, Manipulation: Understanding Manipulation. Independently Published; 2018 Nov 22.
- 142.Johnson JP, Lenartowicz T, Apud S. Cross-cultural competence in international business: Toward a definition and a model. *Journal of international business studies*. 2006 Jul 1;37(4):525-43.
- 143.Jones ED, Letvak S, McCoy TP. Reliability and validity of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaboration for nurse practitioners. *Journal of nursing measurement*. 2013 Jan 1;21(3):463-76.
- 144.Jones J. Learn to Use the Mann–Whitney Test in SPSS with Data from the British Crime Survey (2007–8). Sage Publications, Ltd: 2019.

- 145.Kaufman SR. The Role of Mindfulness in Cultural Intelligence: Impact on Culturally Congruent Patient Care. Pace University. School of Business, Doktora Tezi, 2013 (Danışman: Prof. Dr. A Hwang).
- 146.Kaukiainen A, Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman K, Salmivalli C, Rothberg S, Ahlbom A. The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*. 1999;25(2):81-9.
- 147.Kennedy I. The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995. London: The Stationery Office; 2001 July.
- 148.Kets de Vries MF, Vriegaud P, Florent-Treacy E. The global leadership life inventory: Development and psychometric properties of a 360-degree feedback instrument. *The International Journal of Human Resource Management*. 2004 May 1;15(3):475-92.
- 149.Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*. 2016;6(1):47-8.
- 150.Kılıç S, Doğan S, Demiral Ö. Kurumların başarısında duygusal zekânın rolü ve önemi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2007;14(1):209-30.
- 151.Klaffehn J, Banerjee PM, Chiu CY. Navigating cultures. *Handbook of cultural intelligence: Theory, measurement, and applications*. 2008:318-31.
- 152.Klein JT. The interdisciplinary process. *International research management*. 1990 Oct 4:20-30.

- 153.Knight D, Pearce CL, Smith KG, Olian JD, Sims HP, Smith KA, Flood P. Top management team diversity, group process, and strategic consensus. *Strategic Management Journal*. 1999 May;20(5):445-65.
- 154.Koleilat A, Mneimneh S. Emotional Quotient, Emotional Intelligence. *EC Psychology and Psychiatry*. 2018; 7:557-60.
- 155.Koman ES, Wolff SB. Emotional intelligence competencies in the team and team leader: A multi-level examination of the impact of emotional intelligence on team performance. *Journal of Management Development*. 2008 Jan 4;27(1):55-75.
- 156.Koyama M. Interprofessional Collaboration in A Rehabilitation Hospital in Japan. McMaster University, Doktora Tezi, 2011, Kanada, (Danışman: Prof. Dr. A Baumann).
- 157.Kunnanatt JT. Emotional intelligence: The new science of interpersonal effectiveness. *Human Resource Development Quarterly*. 2004 Dec 1;15(4):489.
- 158.Kuo D, Fagan MJ. Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal of general internal medicine*. 1999 Sep 1;14(9):547-50.
- 159.Kuşaklı BY. Yönetici Hemşirelerin Duygusal Zekâ Yetenekleri ve Liderlik Davranışları. MÜ. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Gör. N Bahçecik).
- 160.Kuşaklı BY, Bahçecik N. Yönetici hemşirelerin duygusal zekâ yetenekleri ve liderlik davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(2):112-9.
- 161.Küçüköğlu S. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(3):8-13.

162. Law KS, Wong CS, Song LJ. The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of applied Psychology*. 2004 Jun;89(3):483.
163. Leathard A. Introduction. *Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care*. Routledge; 2004a:2-10.
164. Leathard A. Models for interprofessional collaboration. In *Interprofessional Collaboration* 2004b Mar 1 (pp. 107-132). Routledge.
165. Lee CH, Templer KJ. Cultural intelligence assessment and measurement. *Cultural intelligence: Individual interactions across cultures*. 2003:185-208.
166. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical care research and review*. 2006 Jun;63(3):263-300.
167. Leung K, Li F. Social axioms and cultural intelligence: Working across cultural boundaries. In *Handbook of cultural intelligence* 2015 Jan 28 (pp. 350-359). Routledge.
168. Levy KJ. Pairwise comparisons associated with the K independent sample median test. *The American Statistician*. 1979 Aug 1;33(3):138-9.
169. Lin KM, Inui TS, Kleinman AM, Womack WM. Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental illness. *Journal of nervous and mental disease*. 1982 Feb.

- 170.Livermore D. The Cultural Intelligence Difference-Special eBook Edition: Master the One Skill You Can't Do Without in Today's Global Economy. Amacom; 2011 May 30.
- 171.Livermore D. Leading with cultural intelligence: The real secret to success. Amacom; 2015 Apr 8.
- 172.Llewellyn-Thomas HA, Légaré F. Interprofessional education for interprofessional practice about patients' decision support/patients' decision aids. 2011:399-400.
- 173.Lunt N, Smith R, Exworthy M, Green ST, Horsfall D, Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2011.
- 174.Lynn, A. The EQ interview: Finding employees with high emotional intelligence. Special Edition; Amacom; 2008 June 9.
- 175.Mabaçoğlu F. Liderlikte Duygusal Zekâ ve Duygusal Zekânın Gelişimine Katkıda Bulunan Etmenler. Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Gör. Ö Özdoğan).
- 176.Mariano C. The case for interdisciplinary collaboration. Nursing Outlook. 1989;37(6):285-8.
- 177.Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. Swiss medical weekly. 2010 Sep 1;140(3536).
- 178.Martin WE, Bridgmon KD. Quantitative and statistical research methods: From hypothesis to results. John Wiley & Sons; 2012 Jul 9.

179. Matsumoto N. Patients' experiences of communication support in Japanese-English medical encounters. The Australian National University. Doktora Tezi, 2017, Australia (Danışman: Assoc. Prof. C Phillips).
180. Matthews G, Zeidner M, Roberts RD. Emotional intelligence: Science and myth. MIT press; 2002.
181. Mattoo A, Rathindran R. How health insurance inhibits trade in health care. Health Affairs. 2006 Mar;25(2):358-68.
182. Mayer JD, DiPaolo M, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. Journal of personality assessment. 1990 Jun 1;54(3-4):772-81.
183. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence. In: Mayer JD, Salovey P, Sluyter DJ, eds. Emotional development and emotional intelligence. Basic Books; New York; 1997.
184. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sternberg RJ. Models of emotional intelligence. In: Sternberg RJ (ed.) Handbook of Intelligence. New York: Cambridge; 2000; 396-420.
185. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? American psychologist. 2008 Sep;63(6):503.
186. Mayer RE. Cognitive, metacognitive, and motivational aspects of problem solving. Instructional science. 1998 Mar 1;26(1-2):49-63.

187. McCallin AN, Bamford A. Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of nursing management*. 2007 May; 15(4):386-91.
188. McDonald C. The Relationship between Senior Healthcare Executives' Emotional Intelligence and Employee Satisfaction. Walden University. College of Health Sciences, Doctoral Dissertation, 2015, Minnesota, (Advisor: Dr. E Oestmann).
189. McDonald JH. *Handbook of Biological Statistics*, 3rd ed. Baltimore, MD: Sparky House Publishing; 2014.
190. Meads G, Ashcroft J, Barr H, Scott R, Wild A. The case for interprofessional collaboration: In health and social care. John Wiley & Sons; 2008 Apr 15.
191. Mercan N. Çok Kültürlü Ortamlarda Kültürel Zekânın Kültürler Arası Duyarlılık ile İlişkisine Yönelik Bir Araştırma. Dumlupınar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Kütahya (Danışman: Dr. Öğr. Gör. MK Demirci).
192. Mercan N. Çok kültürlü ortamlarda kültürlerarası farklılıkları yönetme sanatı: kültürel zekâ. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*. 2016;2(2):32-49.
193. Miller CZ. Towards Transdisciplinarity: Liminality and the Transitions Inherent in Pluridisciplinary Collaborative Work. *Journal of Business Anthropology*. 2016 Jan 8:35-57.
194. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C, Conn LG. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 Nov;64(4):332-43.

195. Milstein A, Smith M. America's new refugees—seeking affordable surgery offshore. *New England Journal of Medicine*. 2006 Oct 19;355(16):1637-40.
196. Moss MT. *The emotionally intelligent nurse leader*. John Wiley & Sons; 2004 Oct 5.
197. Naeem, H, Saif MI, Khalil W. Emotional intelligence and its impact on service quality—empirical evidence from the Pakistani banking sector. *International Business & Economics Research Journal*. 2008 Dec;7(12).
198. Nash A. *Participation and conversational involvement in brokered medical interviews: a case of Iraqi patients in Southern California*. UCLA, Doktora Tezi, 2014, Los Angeles, CA (Danışman: Prof. Dr. MF Orellana).
199. Nordstokke DW, Zumbo BD. A new nonparametric Levene test for equal variances. *Psicológica*. 2010;31(2):401-30.
200. Nowicki Jr S, DiGirolamo A. The association of external locus of control, nonverbal processing difficulties, and emotional disturbance. *Behavioral Disorders*. 1989 Nov;15(1):28-34.
201. Oğuz ES. Toplum bilimlerinde kültür kavramı. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 2011;28(2).
202. Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of continuing education in the health professions*. 2012 Dec 1;32(1):58-67.
203. Osland JS. An overview of the global leadership literature. In *Global Leadership*. Routledge, NY; 2018: 52-91.

- 204.Owens P, Carrier J, Horder J, editors. Interprofessional issues in community and primary health care. Macmillan International Higher Education; 1995 Nov 11.
- 205.Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. Eğitim ve Bilim. 2011 Apr 26;36(160).
- 206.
- 207.Panel IE. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel; 2011.
- 208.Parker G. Team players and teamwork completely updated and revised: New strategies for developing successful collaboration. Jossey-Bass; 2008.
- 209.Paul S, Peterson CQ. Interprofessional collaboration: Issues for practice and research. Occupational Therapy in Health Care. 2001 Jan 1;15(3-4):1-2.
- 210.Payne W. A study of emotion: Developing emotional intelligence; self-integration; relating to fear, pain and desire. 1985.
- 211.Perkins J, Tryssenaar J. Making interdisciplinary education effective for rehabilitation students. Journal of allied health. 1994;23(3):133-41.
- 212.Petrie HG. Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry. Educational Researcher. 1976 Feb;5(2):9-15.
- 213.Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research. Sage; 2003 Mar 21.
- 214.Pietroni PC. Towards reflective practice—the languages of health and social care. Journal of Interprofessional Care. 1992 Jan 1;6(1):7-16.

- 215.Plum E. Cultural Intelligence: the art of leading cultural complexity. In Proceedings of the 2009 international workshop on Intercultural collaboration 2009 Feb 20 (pp. 293-296).
- 216.Plummer C, Richards J. Investing in Meaningful, Sustainable Change. In eds. Of Gordon S, Feldman D, Leonard M, Collaborative caring: Stories and reflections on teamwork in health care. Cornell University Press; 2015 May 7.
- 217.Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. Bmj. 1995 Jul 1;311(6996):42-5.
- 218.Prusak L. Building a collaborative enterprise. Harvard Business Review. 2011;89(7-8):94-101.
- 219.Pugliesi K, Shook SL. Gender, Jobs, and Emotional. Social perspectives on emotion. 1997; 4:283-316.
- 220.Rad NF, Som AP, Zainuddin Y. Service quality and patients' satisfaction in medical tourism. World Applied Sciences Journal. 2010;10(1):24-30.
- 221.Rawson D. Models of interprofessional work: likely theories and possibilities. In: A. Leathard (Ed.) Going Interprofessional: Working Together for Health and Welfare, pp. 38–63. Routledge, London. 1994:39-63.
- 222.Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. John Wiley & Sons; 2011 Jun 9.
- 223.Resnick LB, Glaser R. Problem Solving and Intelligence. The nature of intelligence. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1976.

- 224.Revelle W, Wilt J, Condon DM. Individual differences and differential psychology. The Wiley handbook of individual differences. 2011:1-38.
- 225.Ringle CM, Wende S, Becker JM. SmartPLS 3. Boenningstedt: SmartPLS GmbH, <http://www.smartpls.com>; 2015.
- 226.Robertson-Malt S, Herrin-Griffith DM, Davies J. Designing a patient care model with relevance to the cultural setting. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2010 Jun 1;40(6):277-82.
- 227.Rosenberg BA. Describing the nature of interpreter-mediated doctor-patient communication: A quantitative discourse analysis of community interpreting. The University of Texas in Austin, Doktora Tezi, 2001, Austin, TX, USA, (Danışman: Prof. DrF Hensey).
- 228.Sackett WT. Interdisciplinary research in a high-technology company. International Research Management: Studies in Interdisciplinary Methods from Business, Government, and Academia. 1990 Oct 4:60.
- 229.Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality. 1990 Mar;9(3):185-211.
- 230.Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), Emotion, disclosure, and health. Washington, DC: American Psychological Association.1995.
- 231.Satin DG. A conceptual framework for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: Clarifying muddy waters. Gerontology & Geriatrics Education. 1994 Mar 18;14(3):3-24.

- 232.Schmidt FL, Hunter JE. Select on intelligence. Handbook of principles of organizational behavior. 2000:3-14.
- 233.Seelmann-Holzmann H. Cultural Intelligence. In Cultural Intelligence. Gabler, Wiesbaden; 2010, 77-159.
- 234.Shannon LM, Begley TM. Antecedents of the four-factor model of cultural intelligence. Handbook of cultural intelligence: Theory, measurement, and applications. 2008:41-55.
- 235.Silberstang J, London M. How groups learn: The role of communication patterns, cue recognition, context facility, and cultural intelligence. Human Resource Development Review. 2009 Sep;8(3):327-49.
- 236.Simpson G, Rabin D, Schmitt M, Taylor P, Urban S, Ball J. Interprofessional health care practice: Recommendations of the National Academies of practice expert panel on health care in the 21st century. Issues in Interdisciplinary Care. 2001;3(1):5-19.
- 237.Smith PT. Organizational Readiness to Change for Professional Collaboration. Rivier University, Doktora Tezi, 2018, ABD, (Danışman: Prof. Dr. JJ Gleason).
- 238.Sproull L, Kiesler S. Reducing social context cues: Electronic mail in organizational communication. Management science. 1986 Nov;32(11):1492-512.
- 239.Steffen AM, Zeiss AM, Karel MJ. Interprofessional geriatric health care: Competencies and resources for teamwork. In: Panchana N, Laidlaw K, eds. Oxford Handbook of Clinical Geropsychology: International Perspectives. Oxford University Press. 2014 January, p:733-752.

- 240.Stein SJ, Deonarine JM. Current concepts in the assessment of emotional intelligence. In Handbook of Intelligence. Springer, New York, NY; 2015, 381-402.
- 241.Stern W. The psychological methods of testing intelligence. Baltimore: MD: Warwick & York; 1914.
- 242.Sternberg RJ, Grigorenko EL. Cultural intelligence and successful intelligence. Group & Organization Management. 2006 Feb;31(1):27-39.
- 243.Sternberg RJ. A framework for understanding conceptions of intelligence. In Sternberg RJ and Detterman DK, eds. What is intelligence? Contemporary viewpoints on its nature and definition. Norwood, NJ: Ablex. 1986:3-18.
- 244.Sternberg RJ. Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. Cambridge University Press; 1985.
- 245.Sternberg RJ. Metaphors of mind: Conceptions of the nature of intelligence. New York, NY: Cambridge University Press; 1990 Jul 27.
- 246.Sternberg RJ. Handbook of intelligence. Cambridge University Press; 2000 Mar 13.
- 247.Stone M. Cross-validatory choice and assessment of statistical predictions. Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological). 1974 Jan;36(2):111-33.
- 248.Streeck J. Culture, meaning, and interpersonal communication. In Knapp ML and Daly JA, eds. Handbook of interpersonal communication. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2002; 3:300-35.

- 249.Şen, G. Kültürel Zekâ ve Kültürel Adaptasyonun Akademik Performans Üzerine Etkisi: Üniversitelerdeki Yabancı Uyruklu Öğrencilerle Yapılan Bir Araştırma. İSZÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Gör. Ö Kökalan).
- 250.Takeuchi H, Taki Y, Sassa Y, Hashizume H, Sekiguchi A, Fukushima A, Kawashima R. Regional gray matter density associated with emotional intelligence: Evidence from voxel-based morphometry. Human brain mapping. 2011 Sep;32(9):1497-510.
- 251.Tenenhaus M. Component-Based Structural Equation Modelling, Total Quality Management & Business Excellence. 2008; 19 (7–8), 871–886.
- 252.Thomas DA, Ely R. Making Differences Matter: A New Paradigm for Managing Diversity. Harvard Business Review. 1996 September–October; 74(5), 79–90.
- 253.Thomas DC. Domain and development of cultural intelligence: The importance of mindfulness. Group & Organization Management. 2006 Feb;31(1):78-99.
- 254.Thomas J, Herrin D. Care model transformation: a necessity, not an option. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2009 Nov 1;39(11):453-6.
- 255.Thorndike EL. Intelligence and its uses. Harper's magazine. 1920; 140:227–235.
- 256.Thorndike EL. Intelligence and its measurement: A symposium--I. Journal of Educational Psychology. 1921 Mar;12(3):124.
- 257.Thøgersen J, Juhl HJ, Poulsen CS. Complaining: A function of attitude, personality, and situation. Psychology & Marketing. 2009 Aug;26(8):760-77.

258. Tickle-Degnen L. Working well with others: The prediction of students' clinical performance. *American Journal of Occupational Therapy*. 1998 Feb 1;52(2):133-42.
259. Tontuş HÖ. Sağlık Turizmi Tanıtımı ve Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması İlkeleri Üzerine Değerlendirme. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi*. 2018;3(1):67-88.
260. Triandis HC, Bhawuk DPS. Culture theory and the meaning of relatedness. In Early PC, Erez M, eds. *New perspectives on international industrial /organizational psychology*. New York, NY: The New Lexington Free Press. 1997: 13-52.
261. Triandis HC. *Culture and social behavior*. McGraw-Hill Company Custom Publishing; US; 2004.
262. Triandis HC. Subjective culture. *Online readings in psychology and culture*. 2002;2(2):6.
263. Trivellas P, Gerogiannis V, Svarna S. Exploring workplace implications of Emotional Intelligence (WLEIS) in hospitals: Job satisfaction and turnover Intentions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013 Feb 27; 73:701-9.
264. Turner LL. *Lived Experiences of Service Members' Medical Care Rendered by Culturally Different Caregivers*. University of the Rockies. School of Organizational Leadership, Doktora Tezi, 2015, Denver, CO (Danışman: Prof. Dr. R Disbennett-Lee).
265. Tyler LS. Emotional intelligence: Not just for leaders. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2015; 72:1849-1849.

266. Van Dyne L, Ang S ve Koh C. Development and Validation of the CQS: The Cultural Intelligence Scale. In: Ang S, Van Dyne L, eds. Handbook of Cultural Intelligence: Theory, Measurement, and Applications. M.E. Sharpe Inc.; New York; 2008.
267. Van Dyne L, Ang S, Livermore D. Cultural intelligence: A pathway for leading in a rapidly globalizing world. *Leading across differences*. 2010:131-8.
268. Van Dyne L, Ang S, Ng KY, Rockstuhl T, Tan ML, Koh C. Sub-dimensions of the four factor model of cultural intelligence: Expanding the conceptualization and measurement of cultural intelligence. *Social and personality psychology compass*. 2012 Apr 1;6(4):295-313.
269. Vargha A, Delaney HD. The Kruskal-Wallis test and stochastic homogeneity. *Journal of Educational and behavioral Statistics*. 1998 Jun;23(2):170-92.
270. Vernon PE. Some characteristics of the good judge of personality. *The Journal of Social Psychology*. 1933 Feb 1;4(1):42-57.
271. Veronesi U, Von Kleist S, Redmond K, Costa A, Delvaux N, Freilich G, Glaus A, Hudson T, McVie JG, Macnamara C, Meunier F. Caring About Women and Cancer (CAWAC): a European survey of the perspectives and experiences of women with female cancers. *European Journal of Cancer*. 1999 Nov 1;35(12):1667-75.
272. Wannenmacher D. Obstacles and levers of interdisciplinary collaborative work. The case of ALLIBEAS. *Knowledge Management Research & Practice*. 2020 Jan 2;18(1):110-9.

273. Ward C, Fischer R, Zaid Lam FS, Hall L. The convergent, discriminant, and incremental validity of scores on a self-report measure of cultural intelligence. *Educational and Psychological Measurement*. 2009 Feb;69(1):85-105.
274. Wechsler D. Non-intellective factors in general intelligence. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1943 Jan;38(1):101.
275. Weinert FE, Schneider W. Cognitive, social and emotional development. Longitudinal research on individual development: Present status and future perspectives. 1993; 8:75-94.
276. Weis S, Süß HM. Social intelligence—A review and critical discussion of measurement concepts. In: Schulze R, Roberts RD, eds. *Emotional intelligence: An international handbook*. Hogrefe & Huber Publisher; Cambridge, MA; 2005:203-30.
277. Weng HC. Does the physician's emotional intelligence matter?: Impacts of the physician's emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health care management review*. 2008 Oct 1;33(4):280-8.
278. Weng HC, Chen HC, Chen HJ, Lu K, Hung SY. Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical education*. 2008 Jul;42(7):703-11.
279. Westermeyer J. Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990 Dec.
280. Williams HW. Characteristics that distinguish outstanding urban principals: Emotional intelligence, social intelligence and environmental adaptation. *Journal of Management Development*. 2008 Jan 4;27(1):36-54.

281. Williams MS. The influence of selected demographic and biographical characteristics on the level of cultural intelligence among mid-level managers of home health care systems in the United States. Louisiana State University. Doctoral Dissertation, 2011, USA (Advisor: MF Burnett).
282. Wong CS, Law KS. The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The leadership quarterly*. 2002 Jun 1;13(3):243-74.
283. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. 2010.
284. Wright JM. Using real stories to capture informal carers' perceptions of effective interprofessional working. Manchester Metropolitan University. Doctoral dissertation, 2016, Manchester, England (Advisor: K Heathcote).
285. Yener S. Psikolojik rahatlık algısının işgören sesliliği ve takım işbirliği arasındaki ilişkide aracı değişken rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;19(2):187.
286. Zahr LK, Hattar-Pollara M. Nursing care of Arab children: Consideration of cultural factors. *Journal of Pediatric Nursing*. 1998 Dec 1;13(6):349-55.
287. Zeidner M, Matthews G, Roberts RD. Emotional intelligence in the workplace: A critical review. *Applied Psychology*. 2004 Jul;53(3):371-99.
288. Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006 Dec;26(1):46-54.

289. Zwarenstein M, Reeves S, Russell A, Kenaszchuk C, Conn LG, Miller KL, Lingard L, Thorpe KE. Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2007 Dec 1;8(1):23.



11.EKLER

EK. ETİK KURUL ONAY FORMU



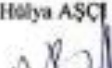
**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ**
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Çalışanların Duygusal Ve Kültürel Zekalarının Uluslararası Hasta Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliğine Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Mehveç TARIM
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Ahmet GENÇ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 10.09.2018-181

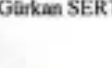
Sayınç Prof. Dr. Mehveç TARIM

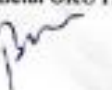
181 protokol nolu "Çalışanların Duygusal Ve Kültürel Zekalarının Uluslararası Hasta Sağlık Hizmetlerinde Mesleklerarası İşbirliğine Etkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.


Doç.Dr. İrfan DEMİRBÜKEN


Prof.Dr. Hülya AŞÇI


Prof.Dr. Neşe BAHAÇECİK


Doç.Dr. Gürkan SERT


Doç.Dr. Betül OKUYAN


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı


Prof. Dr. Dilşad ŞAYE


Prof.Dr.Tugba TUNALI AKBAY


Prof.Dr. Hakkı ARIKAN


Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU


Av. Funda IŞIK

Marmara Üniversitesi Cıvazıpcı
Kampüs Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 16085 S.3.309/2
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/23 (Tık.)
0 (216) 414 44 23

Ayrıntılı bilgi için
Telefon: 0216 414 44 23
TÜRKMENÖZÜ

saglik.etik@mmu.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ahmet	Soyadı	GENÇ
Doğum Yeri	İzmir	Doğum Tarihi	30.04.1972
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	05323547121
E-mail	genc.ahmet@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi / Sağlık Yönetimi	2020
Sertifika	Johns Hopkins Üniversitesi / Sağlık Finans ve Yöneticiliği	2006
Yüksek Lisans	Johns Hopkins Üniversitesi / İşletme	2004
Yüksek Lisans	Case Western Reserve Üniversitesi / Biyomedikal Mühendisliği	1999
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi / Elektrik-Elektronik Mühendisliği	1993
Lise	İzmir Atatürk Lisesi	1986

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	Celal Bayar Üniversitesi	1993 - 1996
Görüntü İşleme Mühendisi	Johns Hopkins Üniversitesi / Radyoloji Departmanı	1999 - 2001
Biyomedikal Analist	Johns Hopkins Üniversitesi / Kardiyoloji Bölümü	2001 - 2006
İdari Direktör	Sivas Anadolu Hastanesi	2006 - 2007
Danışman	Siemens / Global Çözümler	2007 - 2008
Genel Müdür	Kozyatağı Central Hospital	2008 - 2009
Genel Müdür	Edta Sağlık Hizmetleri	2010 -

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

EK: Diğer Bilimsel Faaliyetler

1. Wilson DL, Carrillo A, Zheng L, Genc A, Duerk JL, Lewin JS. Evaluation of 3D image registration as applied to MR-guided thermal treatment of liver cancer. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*. 1998 Jan;8(1):77-84. <https://doi.org/10.1002/jmri.1880080117>
2. Davatzikos C, Genc A, Resnick S. Effect of aging on the MR signal characteristics of brain tissue: cross-sectional and longitudinal analysis. *NeuroImage*. 2000;5(11):S650. [https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(00\)91580-5](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(00)91580-5)
3. Davatzikos C, Genc A, Xu D, Resnick SM. Voxel-based morphometry using the RAVENS maps: Methods and validation using simulated longitudinal atrophy. *NeuroImage*. 2001 Jan 1;14(6):1361-1369. <https://doi.org/10.1006/nimg.2001.0937>
4. Fritz J, Solaiyappan M, Tandri H, Bomma C, Genc A, Claussen CD, Lima JA, Bluemke DA. Right ventricle shape and contraction patterns and relation to magnetic resonance imaging findings. *Journal of computer assisted tomography*. 2005 Nov 1;29(6):725-33. <http://dx.doi.org/10.1097/01.rct.0000179596.86221.38>
5. Genc A. Emotional and cultural intelligence in international patient services: a comparative study of private hospitals. *International Journal of Health Management and Tourism*.;5(1):44-63. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.705348>