T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DUYGUSAL ZEKÂ KARAR VERME STİLLERİ VE PROFESYONELLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Büşra AYAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DUYGUSAL ZEKÂ KARAR VERME STİLLERİ VE PROFESYONELLİK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Büşra AYAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Bireylerin sosyal yaşantısını duyguları büyük ölçüde etkilemektedir. Duygular, duygusal zekâ, karar verme stilleri ile ilişki içerisindedir. Birey edindiği tecrübeler sayesinde yaşadığı duygusal etkilerin farkında olmalı ve duygularını tanımalı ayrıca edinmiş olduğu bu duyguları en etkili şekilde kullanabilmelidir. Bu da duygusal zekâ ile mümkündür. Bireylerin ve kurumların başarıya ulaşması için duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. Duygular karar verme biçimlerini de etkisi altına almaktadır. Bireyler bir karar verirken duygusal zekâsı ile değerlendirip uygulamaktadırlar. Günümüzde oldukça fazla önem verilen konulardan bir başkası ise çalışma hayatındaki profesyonelliktir. Giderek artan toplumsal ve teknolojik gelişmeler mesleki profesyonelliği zorunlu kılmıştır. Yeteri kadar nitelikli olma olan profesyonellik; uzmanlık, bilgi, beceri ve davranış biçimi olarak ifade edilmektedir. Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri ile meslekte profesyonellik düzeyinin yüksek olması beklenmektedir. Bu araştırma sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri, karar verme stilleri ve mesleki profesyonellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla ve kurumlara ve gelecek çalışmalara yol gösterici olabileceği düşüncesiyle gerçekleştirilmiştir.

Yüksek lisans ve tez sürecinde zamanını ve emeğini esirgemeyerek destek olan danışmanım Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ'a, her daim bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan hocalarım; Doç. Dr. Handan ERTAŞ'a, Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK'e, Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ'e, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ'a teşekkür ederim.

Tüm hayatımda olduğu gibi eğitim sürecinde de beni destekleyen, sevgi ve ilgisini esirgemeyen annem Aygül YILMAZSOY'a, babam Yıldırım YILMAZSOYa, kardeşim Edip YILMAZSOY'a ve eşim Samet AYAS'a sonsuz teşekkür ederim.

Büşra AYAS

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **iv**

TABLOLAR ..... **vi**

KISALTMALAR ..... **viii**

ÖZET ..... **ix**

SUMMARY ..... **x**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Duygu Kavramı 3
1.2. Zekâ Kavramı 6
1.3. Duygusal Zekâ Kavramı 8
1.4. Duygusal Zekâ Kavramının Tarihsel Gelişimi 13
1.5. Duygusal Zekâ Modelleri 15
1.5.1. Mayer ve Salovey Modeli 17
1.5.2. Bar-On Modeli 19
1.5.3. Goleman Modeli 21
1.5.4. Cooper ve Sawaf Modeli 21
1.6. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ 21
1.7. Karar ve Karar Verme Kavramları 23
1.8. Karar Verme Süreci 25
1.9. Karar Verme Stilleri 29
1.10. Karar Verme Modelleri 32
1.10.1. Rasyonel Ekonomik Model 32
1.10.2. Sınırlı Rasyonellik Modeli 33
1.10.3. Zihinsel Kestirmeler Modeli (Heuristics) 33
1.11. Sağlık Çalışanlarında Karar Verme 33
1.12. Meslek ve Profesyonellik Kavramları 34
1.12.1. Meslek Kavramı 35
1.12.2. Profesyonellik 38
1.12.3. Mesleki Profesyonellik 41

2.GEREÇ VE YÖNTEM **43**

2.1. Araştırmanın Amacı 43
2.2. Araştırmanın Önemi 43
2.3. Araştırmanın Tipi 44
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 44
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları 45
2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 45
2.6.1 Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği 45
2.6.2 Karar Verme Stilleri Ölçeği 46
2.6.3. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Ölçeği 46
2.6.4 Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerliliği 47

2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması 47
2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 48
2.9. Araştırma Etiği 48
2.10. Araştırmanın Değişkenleri 49
2.10.1 Bağımlı Değişkenler 49
2.10.2. Bağımsız Değişkenler 49
2.11. Araştırma Hipotezleri 49

3. BULGULAR 52

3.1. Katılımcıların Demografik Verilerine Ait Bulgular 52
3.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımları 53
3.3. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Ait Bulgular 58
3.4. Araştırmanın Demografik Verileri ile Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri ve Alt Boyutları Arasındaki Analizlere Ait Bulgular (Mann Whitney U Testi) 59
3.5. Araştırmanın Demografik Verileri ile Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizlerine Ait Bulgular (Kruskal Wallis H) 64
3.6. Araştırmanın Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular (Korelasyon) 79

4. TARTIŞMA 84

4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 84
4.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları ile Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi 94
4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 94

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 94

6. KAYNAKLAR 95

7. EKLER 104

8. ÖZGEÇMİŞ 115

TABLOLAR

Tablo 1. 1. Duygusal Zekâ Modelleri 15
Tablo 1. 2. Mayer ve Salovey Modelinin Dört Boyutu ve Tanımları 17
Tablo 1. 3. Bar- On Modelinin Boyutları 20
Tablo 1. 4. Karar Verme Süreci Aşamalarının Farklı Araştırmacılara Göre Karşılaştırılması 26
Tablo 1. 5. Karar Verme Stilleri Farklı Boyutlarının Karşılaştırılması 30
Tablo 1. 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları 47
Tablo 1. 7. Ölçeklere Ait Normallik Testleri 48
Tablo 3. 1. Araştırmaya Dahil Olanlara Ait Demografik Bulgular 52
Tablo 3. 2. Katılımcıların schutte duygusal zekâ ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı 53
Tablo 3. 3. Katılımcıların karar verme stilleri ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı 55
Tablo 3. 3. Devam: Katılımcıların karar verme stilleri ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı 56
Tablo 3. 4. Katılımcıların meslekte profesyonel tutum envanterine verdikleri yanıtların dağılımı 56
Tablo 3. 4. Devam: Katılımcıların meslekte profesyonel tutum envanterine verdikleri yanıtların dağılımı 57
Tablo 3. 5. Katılımcıların ölçek genel toplam puan ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar 58
Tablo 3. 6. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile cinsiyet arasında mann whitney u testi analizi 59
Tablo 3. 7. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile medeni durum arasında mann whitney u testi analizi 61
Tablo 3. 8. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile çocuk sahibi olup olmama durumu arasında mann whitney u testi analizi 62
Tablo 3. 9. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile çalışma şekli arasında mann whitney u testi analizi 63
Tablo 3. 10. Araştırmaya dâhil olanların yaş ile duygusal zekâ genel ölçek puanı ve alt boyut ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 65
Tablo 3. 11. Araştırmaya dâhil olanların eğitim düzeyi ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 66
Tablo 3. 12. Araştırmaya dâhil olanların meslek ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 67
Tablo 3. 13. Araştırmaya dâhil olanların meslekteki süre ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 68
Tablo 3. 14. Araştırmaya dâhil olanların çalışılan birim/dal ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 69
Tablo 3. 15. Araştırmaya dâhil olanların vardiya ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 70
Tablo 3. 16. Araştırmaya dâhil olanların yaş ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 71
Tablo 3. 17. Araştırmaya dâhil olanların eğitim ile karar verme stilleri ve alt boyut ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 72
Tablo 3. 18. Araştırmaya dâhil olanların meslek ile ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 73
Tablo 3. 19. Devam: Araştırmaya dâhil olanların meslek ile ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi 74

Tablo 3. 20. Araştırmaya dâhil olanların meslekteki süre ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi..... 74
Tablo 3. 21. Araştırmaya dâhil olanların çalışılan birim/ dal ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi..... 75

KISALTMALAR

BKVS : Bağımlı Karar Verme Stilleri

CA : Cronbach Alfa Katsayısı

DD : Duyguların Değerlendirilmesi

DK : Duyguların Kullanımı

DKE : Duygusal Katsayı Envanteri

DZ : Duygusal Zekâ

DZÖ : Duygusal Zekâ Ölçeği

EQ : Emotional Quotient

IQ : Intelligence Quotient

İRHD : İyimserlik Ruh Halinin Düzenlenmesi

KAKVS : Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stilleri

KKVS : Kaçınmacı Karar Verme Stilleri

KVSÖ : Karar Verme Stilleri Ölçeği

RKVS : Rasyonel Karar Verme Stilleri

SKVS : Sezgisel Karar Verme Stilleri

MEIS : Çok Faktörlü Duygusal Zekâ Skalası

MSCEIT : Mayer-Salovey-Caruso Duygusal Zekâ Testi

MPTE : Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri

ORT : Ortalama

SS : Standart Sapma

TDK : Türk Dil Kurumu

YY : Yüzyıl

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Profesyonellik Düzeylerinin İncelenmesi

Büşra AYAS

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA-2021

Araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında duygusal zekâ düzeyi, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutum arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırma Ankara ilinde bulunan Bilkent Şehir Hastanesinde çalışmakta olan 513 sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Veri toplamada Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, Karar Verme Stilleri Ölçeği ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri 5'li Likert Ölçekleri kullanılmıştır. Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0,85, Karar Verme Stilleri Ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0,84 ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Cronbach Alfa katsayısı 0,92'dir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma), Man Whitney-U Testi, Kruskal Wallis H Testi ve Korelasyon testi kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyi ile eğitim, meslek ve çalışılan birim/ dal değişkenleri, sağlık çalışanlarının karar verme stilleri ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma şekli ve sağlık çalışanlarının meslekte profesyonel tutumu ile yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup-olmama durumu ve meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). İyimserlik ruh halinin düzenlemesi ile karar verme stilleri alt boyutları arasında çok düşük ilişki mevcut fakat duyguların kullanımı ve değerlendirilmesi alt boyutları karar verme stilleri ile alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının meslekte profesyonel tutum ile karar verme stilleri genel toplam puanları ($r=0,114$) arasında pozitif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir ($p<0,010$). Buna göre sağlık çalışanlarında karar verme stilleri ve mesleki profesyonellik arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin orta düzeyde (3,521) ve sağlık çalışanlarının iyimser ruh halinde olduğu (3,745), sağlık çalışanları karar verirken rasyonel karar verebildikleri (4,035), kaçınarak (2,579), kendiliğinden-anlık (2,950) karar vermede çekimser oldukları ve meslekte profesyonel tutum (4,065) içerisinde oldukları dikkat çekmektedir.

Literatürde sağlık meslek gruplarına uygulanmış olan bu üç ölçeğin daha önce incelenmemiş olması ve alandaki boşluğu doldurması açısından araştırma önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Zekâ; Karar Verme Stilleri; Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri; Sağlık Çalışanları

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Investigation of Emotional Intelligence, Decision-Making Styles and Professionalism Levels in Healthcare Professionals

Büşra AYAS

Department of Health Management

MASTER'S THESIS/ KONYA-2021

The aim of the study is to examine the relationship between emotional intelligence level, decision-making styles and professional attitudes in the profession in healthcare professionals.

The research was conducted on 513 healthcare professionals working at Bilkent City Hospital in Ankara. The quantitative research design was used in the study and descriptive findings were presented. The data were collected by survey method in accordance with empirical research technique. In data collection, Schutte Emotional Intelligence Scale, the Decision Making Styles Scale and Professional Attitude Inventory, 5-Likert Scales were used. Reliability analysis (Cronbach Alpha) was applied to the scales in the study. The Cronbach Alpha coefficient of the Schutte Emotional Intelligence Scale is 0.85, the Cronbach Alpha coefficient of the Decision Making Styles Scale is 0.84, and the Cronbach Alpha coefficient of the Professional Attitude Inventory is 0.92 In data analysis, descriptive statistical methods (Frequency, Percentage, Average, Standard deviation), Man Whitney-U Test, Kruskal Wallis H Test and Correlation test were used.

The emotional intelligence level of healthcare professionals, education, profession and unit / branch variables, healthcare professionals' decision-making styles, gender, education level, working style and professional attitude of healthcare professionals in the profession, age, marital status, having or not having children and working time according to the variables, it has been determined that there are significant differences ($p<0,05$). In this context, there is a very low relationship between the regulation of optimism mood and the sub-dimensions of decision-making styles, but no relation was found between the sub-dimensions of using and evaluating emotions and the sub-dimensions of decision-making styles. A very low positive correlation ($p <0.010$) was found between the professional attitude in the profession and decision-making styles total grand scores ($r = 0.114$) in healthcare professionals. Accordingly, it was concluded that there is a relationship between decision-making styles and professional professionalism in healthcare professionals.

In the study, it was found that the emotional intelligence levels of healthcare professionals were moderate (3,521) and optimistic (3,745), healthcare professionals could make rational decisions (4,035), avoidant decision making (2,579), spontaneous decision making (2,950) abstain and it is noteworthy that they have a professional attitude (4,065) in the profession.

The research is important in that these three scales, which have been applied to health professions in the literature, have not been examined before and fill the gap in the field.

Key Words: Emotional Intelligence; Decision Making Styles; Healthcare Professionals; Professional Attitude Inventory in Profession.

1. GİRİŞ

Bireylerin günlük ve çalışma hayatlarındaki tutum ve davranışlarını, bireylerin duyguları belirlemektedir. Duygular; duygusal zekâ düzeyine, hayattan alınan doyuma ve kurumsal hayattaki başarıya önemli katkılar sağlamaktadır.

Bireylerin başarı sağlaması için sadece bilişsel zekâ seviyelerinin yüksek olması yeterli olmayıp bununla birlikte duygusal zekâ seviyelerinin de yüksek olması beklenmektedir. Bireyler tecrübe edindiği olayların duygusal etkilerinin farkında olmalı, bu duyguları tanıyabilmeli ve edindiği duyguları en etkili şekilde kullanabiliyor olmalılardır (Töremen ve Çankaya 2008). Bu durum bireylerin bilişsel zekâdan ziyade duygusal zekâsının yüksek olmasıyla mümkün gözükmektedir. Bireylerin günlük ve çalışma hayatlarında karar alma ve uygulama sürecinde yalnızca bilişsel zekâ boyutuyla değil, aynı zamanda duygusal zekâ boyutuyla da değerlendirme yapabilmesi gerekmektedir. Söz konusu durum sadece kişilerin sosyal yaşantısındaki başarısı için değil çalıştığı kurum için de oldukça önemlidir.

Duygusal zekâ seviyesi yüksek olan bireyler, çalıştıkları kurumların amaç ve hedeflerini iyi analiz edebildikleri için kurum başarısına diğer çalışanlara oranla daha fazla katkıda bulunabilmektedirler (Kılıç ve ark 2007). Bireyler, mesleki donanım ve yeteneklere sahip olmanın yanında çalışma arkadaşlarıyla da iş birliği içinde olmalı, iyi iletişim kurabilmeli ve iyi ilişkiler içerisinde olmalıdır. Bu da ekip anlayışına sahip bir ortamda çalışmakla mümkündür. Ekip anlayışıyla çalışılabilmesi ve ekibin başarılı olması için de ekipteki üyelerin duygusal zekâya sahip olması gerekmektedir (Çetinkaya ve Alparslan 2011). Bu noktadan hareketle, sağlık çalışanlarının çalışma süreçlerinde insanlara yardım etme odaklı çalışmaları, sürekli olarak iyi insani ilişkiler içinde olmaları ve ekip anlayışıyla iş yapma zorunlulukları sebebiyle sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir.

Duygusal zekâ; bireyler karar alırken, iyi-kötü, ahlaki değerlere uygun veya değil, mantıklı-mantıksız ve doğru-yanlış olarak değerlendirebilmesi için fayda sağlar. Bireyler karar vermeden önce kararlarını duygusal zekâlarıyla değerlendirip kararlarını uygulamaktadırlar. Duygulardan soyutlanarak yaşamı sürdürebilmek mümkün olmadığı için her verilen kararın, bireylerin duygularından etkilendiği söylenebilir (Trinidad ve ark 2004). Bireyler, yenilikçi düşünce tarzı, değişen duygu durumları ve gelişen yeni durumları öngörebilme bakımından karar vermede önemli

rol oynamaktadır. Karar verme kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Scott ve Bruce 1995). Bununla birlikte çalışma hayatı ve sosyal hayatta yaşanılan olayların çeşitlilik göstermesi, sorunlarla başa çıkma esnasında verilen kararlarda farklılıklar görülmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda karar verme ve sorunlarla başa çıkma/problem çözme süreçlerinde ortak pay kişisel farklılıklar olduğu söylenebilir.

Bir problemin var olması, bireylerin çözüm aramasına başka bir deyişle, bireyleri karar vermeye itmektedir. Bireyler hangi konumda olursa olsun, hangi işi yaparsa yapsın, yapmaktan vazgeçmeyeceği birinci işi karar vermektir yani basit bir tanımla birçok alternatif arasından tercih/seçim yapmaktır (Koçel 2014). Karar verme süreci ve problem çözme süreci benzerlik göstermekte olup, Mayer ve arkadaşları da duygusal zekânın boyutundan olan duyguların değerlendirilmesi yani sorunlarla başa çıkma (problem çözme) ile ilişki içerisinde olduğunu ifade etmişlerdir (Mayer ve ark 1999).

Karar verme, kişilerin hayatlarının her anında söz konusu olan bir süreçtir ve bu süreç, problemin tanımlanması, amacın belirlenmesi, alternatiflerin seçilmesi, alternatiflerin değerlendirilmesi ve bilginin işlenmesi aşamalarından oluşmaktadır (Morse ve Babcock 2010). Karar verme süreci, bireylerin karar alırken sorunlara nasıl yaklaşım sergilediklerini belirlemeye yardımcı olmakta ve bireylerin kişisel tercihleri neticesinde şekillenmektedir. Karar verme bireylerin farklı tercihleri doğrultusunda gruplanmış ve karar verme stillerini oluşturmuştur. Karar verme stilini, bireylerin deneyimleri ile içerisinde bulunduğu sosyal ve fiziksel koşullar belirlemektedir. Bireylerin problemlere yaklaşımı ve karar verme stili, verilen kararın niteliğini etki altına almaktadır (Avşaroğlu ve Üre 2007). Kısaca karar verme stili için kişinin bilişsel ve zihinsel tercihi olduğu söylenebilir.

Çağdaş toplumların günümüzde oldukça fazla önem verdiği konulardan bir başkası ise çalışma hayatındaki profesyonelliktir. Kelime anlamı yeteri kadar nitelikli olma olan profesyonellik; uzman olma, bilgi odaklı olma, beceri ve davranış biçimi olarak da tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmezi olan sağlık çalışanları hizmet sunumu sırasında birey, aile ve toplum sağlığı koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik rol üstlenirken profesyonel tutum içerisinde olmaları beklenmektedir (Björkström ve ark 2008).

Sağlık çalışanlarının profesyonellik düzeyleri, işini icra etmekte olduğu alana yönelik bazı yetkinliklere sahip olmasına bağlıdır. Bu yetkinlikler ise herhangi bir zorlama olmadan, işin en üst düzey standardını belirleyerek performansını buna göre yönlendirmek ve bir çalışma tarzı belirleyip yöntemlerini sürekli gözden geçirmek, icra etmekte olduğu işi tamamlamak için istikrarlı çalışmak, işi izlemek, fırsatları ve oluşabilecek tehditleri ve olabilecekleri öngörebilmekle mümkündür (İşçi 2015). Profesyonel bir birey, bilgi ve beceri düzeyi yüksek, kendini geliştirebilen, tecrübeli, kendisine kariyer belirleyerek o yolda ilerlemeye çalışan, kişisel niteliğe, yaptığı işin niteliğine ve çevresiyle ilişkilerinin niteliğine özen gösteren kişidir. Aynı zamanda kendisinden beklenilenlerinin farkında olan, iş etiği ve kurallarına uyan, çalışma disiplinine sahip olan ve eleştirel düşünebilen kişidir (Gökçora 2005).

Giderek artan toplumsal ve teknolojik gelişmeler, mesleki profesyonelliği zorunlu hale getirmiştir (İlhan 2004). Mesleki profesyonellik; Bir mesleğin toplumda seçkin, saygın bir meslek olması ve sürekliliği olan bir meslek olmasında önemli bir yere sahiptir (Sözen 2004). Mesleki profesyonelliğin gelişmesi ancak bireylerin kendini sürekli geliştirerek profesyonel tutum içerisinde olmaları ile mümkün gözükmektedir.

Araştırmada, sağlık çalışanlarının demografik özellikleriyle duygusal zekâ, karar verme stilleri ve profesyonellik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş olup, geçerlilik ve güvenirliği daha önce yapılmış olan üç ölçek arasındaki ilişki de incelenmiştir. Literatürde bu üç boyutun sağlık meslek grupları üzerinde incelenmemiş olması sebebiyle araştırmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Duygu Kavramı

Duygu kavramı eski zamanlardan bu yana farklı şekillerde tanımlanmıştır Mayer ve Salovey (1990) duygu kavramını bütünsel bakış açısı ile tanımlamıştır. Duyguyu; psikolojinin bir sistemi olarak görmüştür ve alt sistemlerinin fizyolojik, mantıksal, deneyimlerden oluştuğunu birbirleriyle de bağlantılı olarak gelişen tepki olarak tanımlamıştır. Ashforth ve Humphrey duygu kavramının kişisel bir durumdan ibaret olduğunu, Feldman ise duygunun davranışı etkilediğini, hüzün ve mutluluk gibi kendini gösteren fizyolojik ve bilişsel tabanları olduğunu ifade etmiştir (Ashforth ve Humphrey 1995, Feldman 1996, Mayer ve Salovey 1990). Genel bir ifadeyle duygu; akıl yoluyla açığa çıkması bakımından bilişsel, vücut sistemi bakımından biyolojik,

duyguların icra edilmesi bakımından ise davranışsal olarak tanımlanabilir. Duygusal zekanın bir diğer bileşeni duygu kavramıdır. Duygu, belli uyaranlara karşı içten gelerek davranışsal tepkilere sebep olan yapılandırılmış hisler yani davranışlara şekil ve yön veren hisler olarak açıklanmaktadır. İnsanlara karşı duyulan olumlu ya da olumsuz hisler, duygularla ortaya çıkmakta, davranış ve tutumlar bunlara göre şekillenmektedir. Kısacası insanlara ya da nesnelere karşı davranış ve tutumlar, olaylara tepkiler, duyguların etkisiyle oluşmaktadır (Akçay ve Çoruk 2012, Langelier, 2006). Duygular, bireylerin hayata bakışları hakkında bilgiler taşımaktadır. Duygu kullanımının düşünmeyle karar alma sürecine yardım ettiklerini, duyguların karmaşık yapıda olmadıklarını, tahmin edilebilir ve anlaşılabilir olduklarını, duyguların belli kurallarının oldukları ve duyguların özde bilgi taşıdıklarını, bu sebeple de kişilerin düşünmesinde, karara varmasında ve diğer tüm faaliyetlerde önemli oldukları belirtilmektedir. Duygusal zekâ kavramının gelişim sürecinde en önemli olay, bireylerin herhangi bir olayla alakalı başarı seviyelerini değerlendirmek amacıyla uygulanan belirli testlerden (IQ testleri, yükseköğrenim öğrenci değerlendirme sınavı vb.) başarı gösteren öğrencilerden birçoğunun hayatlarında başarılı olamadıklarının gözlenmesi ve tespitinin yapılmasıyla ortaya çıkmaktadır

İngilizce sözlük anlamı "emotion: dışa doğru hareket" olan duygu kelimesinin İngilizce kökeni ise, bedenden dışa doğru yönelimi ifade etmektedir. Eylemler ve düşüncelere yön veren duygular tutum ve davranışları da yönlendirmektedir. Goleman duyguyu, "bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik haller ve bir dizi hareket eğilimi" olarak tanımlamıştır. Yani sonuç olarak duygular, yaşamın her anında düşünceleri, eylemleri ve tutumları etkilemektedir. Alınan kararlar, atılan adımlar yalnızca mantığın değil aynı zamanda geçmişten gelen deneyim ve birikimlerin oluşturduğu duygusal tepkilerin ürünüdür. Duygular hayatın içinde alınan kararlarda ve yapılan seçimlerde de önemli rol oynar. Söz gelimi bireyin ne yiyeceği, nasıl bir kıyafet satın alacağı nasıl bir işte çalışacağı gibi seçimler yalnızca mantık çerçevesinde olmamaktadır. Bu gibi seçimleri yaparken, kararlar verirken geçmiş hayatımızdaki tecrübe ve duygusal deneyimlere ihtiyaç duyarız. Duygularının farkında olmayan kişiler bu seçimlerde hata yapabilirler. Kişi, duygularının bilincinde olduğu takdirde ortaya çıkmadan önce farkına varır ve olumsuz düşüncelerini kontrol altına alabilir, aynı zamanda yaşamında karşılaştığı zorluklarla mücadele edip üstesinden gelebilir ve

duygularını, dolayısıyla kendini tanıdığı ölçüde başarılı olabilir. Ayrıca duygular, kişinin olaylara farklı perspektiften bakmasına olanak sağlar.

Duygu ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmış olmasının yanında felsefe ve psikolojinin de yoğunlukla incelediği bir kavramdır. Hem felsefe hem psikolojinin yoğunlukla incelediği alan olmasının sebepleri; duygunun kişiler arasında farklılık göstermesi ve derinliklerinin farklı olmasıdır. Duygu kavramının, karmaşık nitelikte olduğu görülmektedir. Bu durumun sebebi ise tanımlamalarının farklı bilim dalları tarafından bakış açılarıyla yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Felsefeci bakış açısından bakıldığında Aristoteles'e göre duygu; mutlu veya mutsuz geçirilen zamanlarda anlam yüklenen veya tahmin edilen olarak ortaya çıkmaktadır. Descartes ise duyguyu; kişilerin davranış tarzlarındaki fayda ve değer olarak ortaya çıktığını ifade etmiştir. Örneğin mutlu olmaya değecek veya fayda sağlayacak bir durum yaşandığında sevinmek veya kızgın olmak buna değer bir durum ise öfke şeklinde kendini göstermesi olarak açıklanabilir (Konrad ve Hendl 2001). Psikologların tanımlamalarına bakıldığında ise duygunun, his ve ruh hali doğrultusunda oluşan davranış biçimi olduğunu, değişken hali ve çeşitliliklerinden dolayı oldukça fazla duygu olduğunu ve bu duyguların, duygu kümeleri oluşturduğunu belirtmiştir (Goleman 2005). Duygu kümeleri; kin, öfke, düşmanlık, sinirlilik hali, küfretme gibi negatif duyguların nefreti ve şiddeti ifade ettiğini ve dehşete düşme, korkma, huzursuzluk, takıntı, kaygı gibi duyguların fobi ile panik durumunu ifade ettiğini, mutlu olma, haz duyma, tatmin olma, heyecan, eğlenme duygularının maniyi ifade ettiğini ve ayrıca yakın ilgi, aşk, sadakat, tutku, dostluk, güven, huzur gibi duygularınsa sevgiyi ifade ettiğini belirtmiştir (Goleman 2010, Ökten 2019).

Duyguyu, kişilerin karşılaştığı olaylar karşısında düşüncelerini, olaylara bakışlarını ve davranışlarını değiştirdiği ve bireyleri insan yapan önemli bir kavram olarak değerlendirmek gerekmektedir. Bireyler yaşadıkları süre zarfında bir karar alırken duygularını kullanır. Duygular bireylere değerler hakkında bilgilendirme sağlar (Goleman 2011). Bu bağlamda duygular, bireylere özellik katan ve diğer bireylerden farklılaşmasına katkı sağlayan önemli bir kavramdır. Duygusal zekânın kökeni ilk defa 1920 yılında Thorndike aracılığıyla tanımlanan sosyal zekâ kavramına dayanmaktadır. Thorndike sosyal zekâyı "insan ilişkilerinde akılcı davranabilmek için kadın, erkek ve çocukları anlayabilme, onları idare edebilme becerisi" olarak tanımlamaktadır. Mayer, bireyin kendi duyguları ile başa çıkabilme becerisini

tanımlamak için duygusal zekâ kavramını öneren ilk araştırmacılardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Teorisyenler duygusal zekâyı sosyal zekanın alt grubu şeklinde tanımlamaktadırlar. Duygusal zekâ kişinin kendisiyle çevresindeki diğer insanların sezgi ve duyularını gözlemleme, bunların aralarında fark gözetebilme, edindiği bilgiyi kendi fikirleriyle hareketlerine yol göstermesi için kullanma becerisi olarak tanımlanmaktadır.

1.2. Zekâ Kavramı

Zekâ kavramı da duygu kavramı gibi çeşitli tanımlarıyla karşılaşılan bir kavramdır. Duygusal zekâ kavramının diğer bir parçasıdır. Günümüzde zekâ bireylerin davranış biçimlerindeki niteliği göstermekte ve davranış biçimlerini anlamlandırmada yardımcı olmakla birlikte zihinsel yetenek olarak da tanımlanabilmektedir. Zihinsel yetenek; sorun veya problem çözmeyi, soyut düşünebilmeyi kapsamaktadır (Sungur 1992). Bilim adamları ve filozofların uzun yıllar üzerinde durduğu zekanın ilk test modeli Alfred Binet tarafından geliştirilmiştir. Binet, zekayı; "dış dünyadaki nesnelerin algılanması, algıların belleğe yerleştirilmesi ve bu veriler üzerinden fikir üretilmesi süreci" olarak tanımlamıştır. Durağan olmayıp, ömür boyu geliştirilebilen zekâ, genetik ve toplumsal temellere dayanmaktadır. Fakat insan zekasının ne kadarının kalıtımla geçip ne kadarının toplumsal yaşamla birlikte öğrenildiğinin belli olmaması bu konudaki araştırmaların artmasını da beraberinde getirmiştir.

Zekâ, bir takım soyut beceriler olarak tanımlanabilir. Bu beceriler problem çözmeyi, olayları ve nesneleri kavrayabilmeyi, parçaları birleştirebilmeyi ifade etmektedir. Zekanın birçok tanımı bulunmaktadır ve bu tanımlar zekanın doğuştan kalıtımsal olarak insana geçtiği ve daha sonra çevresel, sosyal, fiziki faktörlerle şekillendiği konusunda birleşmektedir. Zekâ kavramı farklı disiplinlerin alanına girdiği için psikologlar, sosyologlar, eğitim bilimciler, bilim adamları zekayı kendi açılarından tanımlamaya çalışmışlardır. Bu nedenle zekanın tek bir tanımından bahsetmek söz konusu değildir. Zekâ, olaylar ve nesneler arasında, akıl yürütme, plan yapma, problemlere çözüm bulma, soyut düşünme, anlaşılması zor durumlarla ilgili fikir üretme, empati yapabilme, kendini motive edebilme, sabırlı olma, hızlı ve tecrübelerden yararlanarak öğrenme yeteneklerini kapsayan, genel bir zihinsel kapasitedir. Bu yetenek yalnızca kitaptan öğrenme, dar anlamda akademik başarı ya da sınavdan yüksek puan alma anlamında değildir. Daha ziyade, çevredeki insanları

anlamada veya ne yapacağını zihninde şekillendirebilme, zihinsel becerileri ilişkilerde ve problem çözmede kullanabilme ile ilgili yetenekleri yansıtır.

Zekâ kavramı yirminci yüzyıldan beri, tek, çift ve çok etmen kuramı olmak üzere üç temel kuram olarak değerlendirilmiştir. Tek Etmen Kuramı; genel yeteneklerin toplamını tek yetenek olarak değerlendirmektedir. Genel yeteneğin temelini; problem çözme, soyut düşünebilme, kıyaslayabilme yeteneği oluşturmaktadır. Bu kuram genel olarak öğrenebilme yeteneği şeklinde değerlendirmeye alınmış ve bu sayede bireylerin çevresi ile uyum içinde olabildiği belirtilmiştir (Konakay 2010). Çift Etmen Kuramı da genel yeteneklerle birlikte özel yeteneklerinde değerlendirmesi gerektiğini savunmaktadır. Fen, matematik, dil, mantık vb. alanlarda başarılı olmayı bireylerin özel yeteneği olarak görmekte ve zekâ boyutunda değerlendirmektedir. Bu kuram kapsamında çeşitli zekâ türlerinin (duygusal zekâ, müzik zekâ, sosyal zekâ, kinestetik zekâ) zemin oluşturduğunu ve buna göre değerlendirmeye alındığı görülmektedir. Çoklu Etmen Kuramı ise, zekâ kavramını, farklı yeteneklerin toplamı şeklinde değerlendirir ve bu bağlamda öğrenme, öğrenilenden yararlanabilme, olay veya duruma uyum sağlayabilme ve problemlere yeni çözümler bulabilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Adsız 2016). Gardner' e göre çoklu zekâ 8 bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; sözel, matematiksel, görsel, bedensel, müzik, sosyal, öze dönük, duygusal zekâsı şeklindedir ve birden fazla zekâ bileşeniyle birlikte çalışması sonucunda zekânın etkinliğinden söz edilebileceğini belirtmiştir.

Zekâ türleri (Gardner 1995, Adsız 2016);

- **Sözel Zekâ**; Sözcüklerin, dilin kullanılıp anlaşılmasına sağlar. Herhangi bir konuyu anlama ve anlatma yetisidir.
- **Matematiksel Zekâ**: Matematik alanında çözümlemeleri yapabilme ve mantıken çıkarımda bulunabilme, sınıflayabilme yetisidir.
- **Görsel Zekâ**: Yönünü ve nerede olduğunu kolaylıkla bulabilme, herhangi bir cismin boyutunu tahmin edebilme yetisidir.
- **Bedensel Zekâ**: Sporun dallarında, sahnede oyunculuk yapabilme, taklit gibi yetilerdir.
- **Müziksel Zekâ**: Bir melodiyi kolayca duyup çalabilme, şarkı söyleyebilmek gibi yetilerdir.

- **Sosyal Zekâ**: Sosyo-kültürel ilişkiler kurabilme, vücut dilini kullanıp anlayabilme kısaca tanıyabilme, bir grubu idare edebilme yeteneklerini kapsar.
- **Öze Dönük Zekâ**: olguları ve bireyleri çok yönlü değerlendirebilme, duyguların ve düşünce yapılarının farkında olma gibi yetenekleri kapsamaktadır.
- **Duygusal Zekâ**: kişilerin neler hissettiğinin farkında olması, doğru kararlar alabilmesini destekleyen zekâ türü şeklinde ifade edebiliriz. Sosyal zekanın da alt kümesidir.

1.3. Duygusal Zekâ Kavramı

Duygusal zekânın, yaşamda başarılı olmayı ve psikolojik olarak rahat hissetmeyi belirleyen önemli etkenlerden biri olduğu ifade edilmektedir (Ogiriska-Bulik 2005). İnsan zekâsının sadece zihinsel zekâdan ibaret olmadığı, yaşamlarındaki başarıların da asıl rol oynayanın duygusal zekâ olduğunu birçok çalışma ortaya koymuştur (İşcan ve Güllüce 2010). EQ diğer zekâ ve sosyal zekâ kuramlarına yeni bir bakış açısı getirdiği görülmektedir. Bunun sebebiyse EQ'u bilişsel/zihinsel zekâ (IQ) ve EQ sistemlerinin birleşimini savunuyor olmasıdır (Mayer ve Salovey 1990). Mayer ve Salovey duygusal zekâ tanımını EQ öğelerine ayırarak ifade etmektedir. Duygusal zekânın öğeleri; duyguların anlaşılması, duyguların tanımlanması ve duyguların yönetimidir. Duyguların anlaşılması; hissedilen ile duygular arasında bağlantı olduğunun fark edilmesi, hissedilen birçok hissin anlaşılması ve duyguların değiştiğinin farkında olunmasıdır. Duyguların tanımlanması; kendinde ve başkalarında duyguların doğru bir şekilde tanımlanmasıdır. Duyguların yönetimi; duyguları ayrıştırabilme becerisi bireylerin kendilerinin ve diğer bireylerin duygularını gözlemesi ve denetlemesi, negatif duyguların ortadan kaldırılması ve pozitif duyguların kullanılabilmesi şeklinde ifade etmiştir (Mayer ve Salovey 1990, Gürsoy 2014). Günümüz iş dünyasında bilişsel zekâsı yüksek, teknik becerileri iyi olan çalışanların yanı sıra, ekip içinde uyumlu çalışabilen, insanlarla iyi iletişim kurabilen, onları anlayabilen ve empati kurabilen, yüksek motivasyonlu, duygularını kontrol edebilen, özgüveni yüksek, yani duygusal zekâsı yüksek olan çalışanların gerekliliği işletmelerce anlaşılmıştır. 1900'lü yıllardan itibaren oldukça popüler bir kavram haline gelen ve literatürde yer alan duygusal zekâ, hem günlük hayatta hem de iş yaşamında vazgeçilmez bir nitelik haline gelmiştir. Üretim işletmelerinde olduğu gibi sağlık

hizmeti veren işletmelerde de hızla gelişen teknolojiyle birlikte artan rekabet, hizmet kalitesinin önemi ve artan beklentiler, işletmelerin çalışan performansı üzerinde titizlikle durmaları gerektiğini ortaya koymuştur. Bu anlamda işletmelere rekabet avantajı sağlayacak en önemli unsur olan insan gücünün, niteliklerinin artırılması, verimli ve etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamaya yönelik çalışmalar artmıştır (Ogiriska-Bulik 2005).

Kişinin hem kendi hem de başkalarının duygularını anlamasında yardımcı olan duygusal zekâ hayatın her alanında son derece önemli bir yere sahip olmuştur. Çalışma ortamlarında duygularını yönetebilen, duygularının farkında olan çalışanlar örgütün başarısının artmasını sağlamaktadır. Duygusal zekâsı yüksek kişiler duygularını ve düşüncelerini kontrol etmeyi öğrenmiş, zorluklar ve belirsizlikler karşısında düşük duygusal zekaya sahip kişilere göre daha az stres altında kalmışlardır.

Duygusal zekâ kavramı, insanların başarı ölçütü olarak görülen, eğitim öğretim alanındaki seçme ve yerleştirme sınavları ya da IQ testleri gibi testlerde başarılı olan kişilerin birçoğunun günlük yaşamında veya meslek hayatında başarısız ve mutsuz olduklarının anlaşılmasıyla, daha önemli hale gelmiş ve araştırmacıların ilgisini çekmeye başlamıştır. Goleman'a göre başarı düzeyinin yalnızca %20 si IQ ile alakalı ancak yine yazarın açıkça belirttiği gibi geri kalan %80 lik kısmın tamamı duygusal zekaya bağlı değildir. Yazar kitabında belirttiği bu oranın yanlış yorumlanarak başarının geri kalan kısmının sadece duygusal zekâ seviyesiyle alakalı olduğu düşüncesine karşı çıkmıştır. Zira burada kişinin ailesinin maddi durumu, yetiştirilme şekli, talihi gibi birçok etmen de bulunmaktadır. Zekâ düzeyi aynı olan iki bireyden biri hayatında başarılı ve mutluyken diğerinin nasıl tam tersi bir durumda olduğunu anlamak için kişilerin bu alanlarda ne kadar yetenekli olduklarını anlamak oldukça önemlidir. Duygusal zekâ kavramı bilimsel anlamda ilk olarak Peter Salovey ve John Mayer tarafından kullanılmış ve daha sonra diğer araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Salovey ve Mayer duygusal zekayı tanımlarken dört temel beceriden bahsetmiş ve bunları duygusal zekanın köşe taşları olarak nitelendirmişlerdir. Bu beceriler, duyguların doğru bir şekilde algılanması, anlaşılması, kullanılması ve yönetilebilmesidir. Duygusal zekâ kavramının tanımını yapmadan önce duygu ve zekâ kavramlarına değinilmelidir. Duygu kavramı, bağlantı kurmamıza ve gerçekliğin bir parçası olmamıza izin veren, görünmeyen yoğun maddedir. Duygusal zekâ hususunda yapılan tanımlardan yola çıkılarak duygusal zekâ tanımı üç temel olguya

dayanmaktadır. Birincisi; kişinin kendisinin ve iletişimde, etkileşimde bulunduğu diğer bireylerin duygularını tam ve doğru olarak algılama, ikincisi; doğru bir şekilde değerlendirme ve etme, üçüncüsü ise; duygu ve düşüncelerin kaynaştırılarak analiz etme ve duyguları kontrol etme yeteneklerinin toplamından oluşmaktadır. Bu yetenekler kişinin kişisel, duygusal ve sosyal becerilerinden oluşur. Kişi sahip olduğu bu becerileri duygusal zekâ ile doğru olarak yöneterek, kendisinin ve diğer insanların duygularını anlamakta, sosyal ilişkilerinde daha etkin olabilmektedir (Ogiriska-Bulik 2005).

Vural (2010) tarafından yapılan tanıma göre ise; bireyin öncelikle kendi duygularını tanıyarak diğer insanlarla etkileşim içinde olması ve diğer insanların duygularını tanıması, ilişkilerinde kullanacağı duygusal zekâ ile hem kendine hem de çevresindeki diğer kişilere faydalı olabilecektir. Duygusal zekâ; sosyal ortamda olduğu kadar çalışma ortamlarında da çalışanların iş ortamına uyumunda, arkadaşlarıyla olumlu ilişkiler kurmasında yardımcı olmaktadır. Duygusal zekâ ile birey empati yaparak çevresindekilerle kaliteli ilişkiler kurabilmekte, onların içinde bulunduğu duygusal ve ruhsal durumunu daha iyi algılamaktadır. Salovey ve Mayer'e göre duygusal zekâ düzeyi yüksek olan kişiler bu becerilere daha fazla sahiptir. Dolayısıyla çalışanların geleneksel anlayışın aksine, yalnızca bilişsel zekâyı kapsayan zekâ katsayısının yeterli olmayıp, bunun yanı sıra sürekli olarak geliştirilebilecek olan, doğru karar almada, problem çözmede ve çalışan performansında daha etkili olan duygusal zekânın gerekliliği ve önemi ön plana çıkmıştır. Bu bağlamda çalışmanın konusu, sağlık çalışanlarının iş hayatında daha iyi performans sergileyebilmelerine yol göstermesi, problemlere daha hızlı ve akılcı çözümler üretebilmeleri, insanlarla sağlıklı bir iletişim kurabilmeleri, bunun yanında literatürdeki bu üçlü ilişkinin boşluğunu doldurması açısından büyük önem arz etmektedir.

Literatürde duygusal zekâ (EQ) yeni bir kavram olarak tanıtılmakta fakat EQ daha eski dönemlere dayanmaktadır. 1920'de Spearman ve Thorndike zekânın toplumsal yetenekte önemli bir bileşen olduğunu ifade etmiş olup, toplumsal yetenek ile anlatılmak istenen, zekâ kapsamında, bireyleri anlama ve bireylerle olan ilişkilerde zeki davranabilmek, zeki hareket edebilmektir (Aksaraylı ve Özgen 2007).

Duygusal zekâ, Salovey ve Mayer, Daniel Goleman ile birlikte gün yüzüne çıkmış ve günümüzde de incelenmeye devam eden bir konu haline gelmiştir. Modern

çağda bu kadar ilgi odağı olmasının nedeniyse EQ'nun bireyler arası farklılık göstermesi ve geliştirilebilir olduğu düşünülmektedir.

Goleman (1995) çıkarmış olduğu kitabıyla insanların dikkatini çekmiş ve konuyla alakalı olarak oldukça fazla çalışmalar yapmıştır. Duygusal zekâyı; 'harekete geçme, engellere rağmen devam edebilme, ruh halini iyileştirebilme, empati kurabilme, umut edebilme' yeteneklerine vurgu yaparak tanımlamıştır. Bu bağlamda EQ yeteneklerini etkisi altına alan, motive eden veya engelleyen güçtür (Dulewicz ve Higgs 2000, Goleman 2000).

Duygusal zekâ kavramının farklı anlatımlarla birçok tanımlaması yapılmış ve açıklanmaya çalışılmış olduğu görülmektedir. Goleman; yaşam içerisinde karşılaşılan sorunların neden olduğu negatif düşüncelerin yaşamı etkilemesini engellemeyi, empatik davranabilmeyi ve ruh halini düzenlemeyi duygusal zekâ ile başarılabileceğini ifade ederek tanımlamıştır. Bar-On' da Goleman ile aynı paralellikte bir tanımla yapmıştır. EQ, bireyin çevresinden almış olduğu uyaranlarla baş etmesi için kullandığı becerileridir (Bar-On 1997). Cooper ve Sawaf (1997) ise EQ, duyguları bir kaynak olarak görmüş ve bireylerin ilişkilerinde, duygu güçlerini duyguyu algılayışlarının ve etkilerini hissedip algılama ve etkili şekilde kullanabilme yeteneği olarak ifade etmiştir. Aynı zamanda duygusal zekanın dört alt boyutu olduğunu da ifade etmiştir. Birincisi duygusal okuryazarlık; duyguların fonksiyonu, ikincisi duygusal uygunluk; duygusal esneklik, üçüncüsü duygusal derinlik: duyguların gelişmesi ve yoğunluğu, dördüncüsü duyguların simyası; yaratıcı duygular şeklindedir (Schutte ve ark 1998).

Duygusal zekâyı kapsayan birden fazla yetenek/beceri bulunmaktadır. EQ yeteneklerinden empatiyi incelendiğinde, bireyler kurdukları ilişkilerde başarılı olmak istiyorsa bunun ön şartlarından birisi de empatidir. Empati, diğer bireylerin duygu, düşüncelerini, beklentilerini ve değerlerini anlamayı sağlayan yetenektir. Başka bireylerin istekleri ihtiyaçları, beklentileri, iletişim kurulurken alınan uyaranlar empati sayesinde anlamlanabilmektedir. Empati kurabilen kişiler, başkalarının olaylara nasıl baktığını anlayabilen, iyi bir dinleyici olabilen, ifade edilememiş duyguları fark edebilen, kendisini bir başkasının yerine koyarak karşısındaki kişiyi anlamaya çalışanlardır (Doğan ve Demiral, 2007). Empati yeteneği olan insanlar ilişkilerinde hoşgörülü ve yardım etmeyi seven tarzda bir davranış sergiledikleri için diğer bireyler

tarafından daha çok sevilmekte ve bu sayede daha başarılı bir yaşam sürebildikleri düşünülmektedir.

Duygusal zekâ yetenekleri EQ unsurları adı altında kişisel ve sosyal yeterlilik olarak ikiye ayrılabilir. Kişisel yeterlilik benlik bilinci, kendine yön vermek ve kendini motive etmek olmak üzere üçe ayrılır. Benlik bilinci; kişinin içinde barındırdığı duygularının bilincinde olması, değerinin farkında olma, kuvvetli ve zayıf özelliklerini kavraması, kendisine güven bilincinde olmasıdır. Kendine yön verme; kendi içerisinde barındığı tüm duyguların kontrolünü sağlamasıdır. Kendini motive etmek, daha iyiye ulaşmak veyahut hedeflenen amaca ulaşmadaki en iyiyi kovalamak ve kendi başarı standardını yükseltme isteği şeklinde ifade edilebilir. Kişilerin hedefledikleri amaca ulaşmaları için kendilerinin belirlediği davranış stilinde bulunmaları ve amaçlarına erişmek için gösterdikleri gayret motivasyondur (Koçel 2014). Motivasyonu yüksek olan kişiler hem sosyal hayatlarında hem çalışma hayatlarında daha başarılı olabilirler bu doğrultuda başarıyı da doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Sosyal yeterlilik ise; sosyal bilinç ve yetenekler olarak ikiye ayrılabilmektedir. Sosyal bilinç, empatiyi hizmete yöneltmek, diğerlerinin gelişmesine katkıda bulunmak, farklılıkları yönetmek, politik bilinçten oluşmaktadır. Politik bilinç denilen çevreye saygıyı, farklılıkları yönetmek; bireylerin farklılıklarına saygıyı, gelişime katkı; başka bireylerin başarmasına katkıda bulunmayı, diğer bireylerin beklentilerini kavrayıp yardım etmek olarak ifade edilebilir. Sosyal yetenekler ise, etki, iletişim, değişim katalizörlüğü, çatışma yönetimi, iş birlik ve dayanışmadan oluşmaktadır. Etki; diğer insanları ikna kabiliyetini, iletişim; etkili iletişim kurabilmeyi, değişim katalizörlüğü; yeniliklere açık olma, başlatabilme ve yönetebilmeyi, çatışma yönetimi; problemleri ve çatışmaları ortadan kaldırma yeteneğini, iş birliği ve dayanışma; diğer bireylerle birlikte harekete geçmeyi, hareket etmeyi ve ekip yetenekleri özellikle iş yerlerinde başkalarının yeteneklerinden faydalanma becerisini ifade etmektedir (Nazlı 2013, Ulusu 2019).

Duygu ve zekâ kavramlarının tanımlarına göre EQ; kavranabilir ve geliştirilebilir sosyal ve psikolojik yetenek/becerilerden oluştuğu görülmektedir. Araştırmacıların geneli EQ'nun IQ gibi kader olmadığını belirtmektedirler. Günümüzde IQ ölçümünde yararlanılan zihinsel zekânın yüksek düzeyde olması iş hayatında çalışanların başarı göstermesi sadece ihtimal olarak görülmektedir. Bu bağlamda hayatın her anında geliştirilebilen ve değişmesinin olanaklı olması duygusal

zekânın gerek bireyin sosyal yaşantısı gerekse iş hayatında büyük önem kazandığı aşikardır.

1.4. Duygusal Zekâ Kavramının Tarihsel Gelişimi

Duygusal zekâ kavramına ilk adımı sosyal zekâ kavramını tanımlayan Thorndike 1920 yılında atmıştır. Bireyleri anlama, yöneltme ve birbirleri arasında ilişkilerde dengeyi iyi sağlayabilme şeklinde sosyal zekanın alt kümesi olan duygusal zekâyı tanımlamıştır. Duygusal zekâ kavramı, son zamanlarda üzerinde en çok çalışılan ve araştırma yapılan kavramlardan biridir. Daniel Goleman'ın 1995 yılında "Duygusal Zekâ" adlı kitabının en çok satanlar listesinde yer alması ile birlikte bu kavram ilgi görmeye başlamıştır. Bu kavram ilk kez 1985 yılında Wayne Leon Payne isimli Amerikalı bir öğrencinin doktora tezinde yer almıştır. Ardından beş yıl boyunca hiçbir bilimsel makalede yer almamıştır. 1990 yılında ilk kez John D.Mayer ve Peter Salovey tarafından tanımlanmıştır. Diğer tanımlama ise 1995 yılında The New York Times için bilimsel makaleler yazan Goleman ile birlikte daha yaygın bir hale gelmiştir (Thorndike 1920). Peter Salovey ve New (1990) duygusal zekâyı; kişinin hem kendisinin hem de başkalarının duygularını gözlemlemek, duygulardaki ayrımı yapabilmek bu sayede düşünce ve davranışlara yön verebilecek yeteneğe sahip olmak olarak tanımlamışlardır. Bu yetiye sahip bireylerin duygusal yaşamlarına yönelik sorunları çözmede diğer bireylerden daha üstün oldukları, empati kurabilme yeteneklerinin güçlü oldukları sonucuna varmışlardır. Bu yetiye sahip kişilerin duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Duygusal zekâ kavramı 1966 yılında yayınlanan 'Duygusal Zekâ ve Kurtuluş' başlıklı resmi kaynak ile ilk defa bahsedilmiştir. İlk bilim eseri olarak da Payne 1986 yılında yazmış olduğu doktora (yayınlanmamış) tezinde kullanmıştır (Matthews ve ark 2004). Kişinin kendi duygularını tanıması, anlama ve yönetmesi ve hatta başka insanların da duygularını tanıma, anlama ve etkileme becerisi olan duygusal zekâ kişilere birçok alanda başarı getirmektedir. Ne istediğini bilen, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olan kişiler özellikle iş yaşamlarında doğru ve sağlam kararlar almaktadır. Bundan dolayı duygusal zekâsı yüksek kişiler iş ortamlarında daha başarılı olmakta ve daha mutlu bir hayat sürmektedir. Duygusal zekâ, ne kadar yüksekse mutluluk ve başarı da o kadar yakındır. Kendini tanıyan, duygularının farkında olan ve eksik yönlerini bilen kişiler motivasyon, özgüven, karar verme, empati gibi iş hayatında başarı getiren özelliklere sahip olurlar. İş ortamlarında teknik bilgiden çok

duygusal zekâ becerilerine sahip olmak, kişinin mesleki performansını ve başarısını olumlu yönde etkilemektedir. Geçmiş dönemlerde yapılan çalışmalar iş yaşamında duygusal hareket etmenin doğru olmadığını ve iş yaşamı ve duygusal davranışların birbirinden uzak olması gerektiğini ifade etmiştir. Fakat günümüzde duygusal zekânın özel yaşamda olduğu kadar iş yaşamında da etkili olduğu önem kazanmıştır. Duygusal zekâ, duygularla hareket etmek yerine duyguları yönetmeyi içerdiği için kişilerin hem sosyal hem de iş yaşantılarında başarılı olmasında önemli bir anahtar olmuştur. Günümüz şartlarında klasik yönetim anlayışlarının terk edilerek daha modern yönetim anlayışlarının benimsenmesi, işe alım süreçlerinde bireylerin duygusal zekâ düzeylerinin önemli bir ölçüt olarak alınmasını gerektirmiştir. Duygusal zekâsını kullanan çalışanlar işletme amaç ve hedeflerini gerçekleştirmede daha başarılı olmakta ve liderlik vasfına daha yatkın olmaktadır. Duygusal zekâsı yüksek kişiler, işletmede yeni iletişim stratejileri uygulanmasını ve uzun vadede işletmenin rekabet avantajı elde ederek rakiplerine fark atmasını sağlamaktadır.

Duygularla baş edebilme yeteneğine, duygusal zekâ adını veren ilk bilim insanları Salovey ve Mayer (1990)'dir. Duygusal zekâyı, sosyal zekânın bir alt kümesi olduğunu, bireylerin kendi ve başka bireylerin duygularını izleme, ayrım yapabilme, edindiği bilgileri de kendi eylemlerine yön vermek için kullanma becerisi olarak ifade etmişlerdir (Salovey ve Mayer 1990).

1995'te Goleman, Mayer ve Salovey'in yapmış olduğu tanıma paralel olarak duygusal zekâyı ifade etmiştir. EQ; duyguları anlayıp ve bunları yönetebilmeyi, motivasyon ve empatiyi vurgulayarak kurulan ilişkileri idare edilmesi şeklindeki yeteneklerden oluştuğunu belirterek tanımlamıştır (Mayer ve Salovey 1997).

Mayer ve arkadaşları duygusal zekâ kavramını dört boyutta ele almışlardır. Bu boyutların, bireyin duygusal değerlendirmesi, diğer bireylerin duygusal değerlendirmesi, duygu yönetimi, duygu kullanımı olduğunu belirtmişlerdir. Boyutların tanımlamaları şu şekildedir (Mayer ve ark 2001);

- **Bireyin duygusal değerlendirmesi**; bireylerin içinde barındırdığı duyguları anlama ve ifade edebilme yeteneğiyle ilişki içindedir. Duygularının benlikleri içerisindeki değerlendirme olarak da ifade edilebilir.

- **Diğer bireylerin duygusal değerlendirmesi;** bireyin kendi çevresindeki insanların duygusunu anlama ve algılama yeteneğiyle ilişkilidir. Başkalarının duygularının teşhisi olarak da ifade edebilir.
- **Duygu yönetimi;** öz denetimde denmektedir. Bireylerin kendi duygularını yönetme yeteneğidir.
- **Duygu kullanımı;** bireylerin kendi performanslarına katkı sağlayacak şekilde duygularını kullanabilme yeteneğidir.

1.5. Duygusal Zekâ Modelleri

Duygusal zekâ birçok araştırmacı tarafından kavramsallaştırılmış olup çeşitli boyutlarla ve farklı yaklaşımlarda bulunulmuştur. Literatürde karşılan farklı yaklaşımlar, EQ' u farklı açılardan kavramsallaşmasına ve ölçülmesine neden olmaktadır. Literatüre göre duygusal zekâ modelleri iki temel model şeklindedir. Mayer ve Cobb 2000 yılında belirttiği yaklaşıma göre; EQ doğuştan var olan yetenektir (Yetenek Modeli). Diğer model ise EQ' ya ilişkin becerilerin/ yeteneklerin sonradan öğrenilip geliştirildiği Karma Modeldir (Bağcı 2014). Tablo 1.1' de EQ modelleri önde gelen üç model tanımlamalarıyla sunulmuştur.

Tablo 1.1. Duygusal Zekâ Modelleri

Yetenek Tabanlı Model	**Karma Model**
Mayer ve Salovey (1990)	**Bar- On (1997)**
EQ; bireylerin kendi ve diğer insanların duygularını/ düşüncelerini anlayabilme, değerlendirme, düşüncelerini/davranışlarını bu bilgileri kullanarak oluşturma yeteneğini içeren bir set olarak tanımlamaktadır.	Bireyin baskılarla başarılı şekilde baş etmesinde ona yardımcı olan, özellikler, duygusal ve sosyal boyutları gibi bileşenleri de kapsamaktadır
	Goleman (2003)
	Bireyin kendi ve diğer insanlara ait hisleri tanıma, motive olma, içindeki ve ilişkilerindeki duyguları iyi yönetme yeteneğidir.

Kaynak: Doğan S, Şahin F, 2007. Duygusal zekâ: tarihsel gelişimi ve örgütler için önemine kavramsal bir bakış. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), s. 231-252.

Duygusal zekânın temel kabul edilmiş üç modelinin EQ yetkinlikleri şu şekildedir (Özdemir ve Özdemir 2007); Yeteneğin duygusal zekanın kullanılmasında önemli bir ölçek olduğunu savunan Mayer ve Salovey, Gardner'ın başkalarını anlama ve başkalarıyla iş birliği yaparak çalışılmasını temel alan yaklaşımını dikkate alarak,

kişinin kendisinin ve başkalarının duygularını doğru olarak algılama, değerlendirme ve ifade etme yeteneği olduğunu temel almıştır.

Mayer ve Salovey;

- Bireyler duygularını anlamalı, değerlendirmeli ve kullanabilmeli,
- Diğer bireylerin duygularını anlama ve değerlendirme,
- Duygularını kullanabilme,
- Duyguları kontrol edebilme olarak birbiriyle ilişkili dört yetenekten oluşmaktadır.

Bar-On'un duygusal zekâ modeli duygusal ve sosyal işlevselliğe ya da davranışa odaklanan bir yaklaşımı esas almıştır. Bu model bilişsel yeteneklerle bu yetenekler dışındaki bazı özellikleri birleştiren karma bir modeldir. Kişinin çevresel baskılar ile başa çıkmada başarılı olmasını sağlayan, duygusal ve sosyal açıdan zeki davranışlar sergilemesidir. Bar-On modeline göre; duygusal zekanın kaynağını kişisel, duygusal ve sosyal davranışlar oluşturmaktadır. Kişilik özellikleri tek başına yeterli değildir. Bu yaklaşımda duygusal ve sosyal zekâ davranış alanına odaklanılmıştır.

Reuven Bar-On;

- Kişisel yetenekler,
- Kişilerarası yetenekler,
- Uyumluluk,
- Stres yönetimi,
- Genel ruh hali olmak üzere beş yetenekten oluşmaktadır.

Daniel Goleman 1995 yılında yayınlanan "Duygusal Zekâ" adlı kitabıyla geniş kitlelere ulaşmıştır. Goleman duygusal zekânın bilişsel zekâdan daha önemli olduğunu ve kişinin mesleki ve toplumsal ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Goleman'ın (2000) modeli duyguları tanıma, anlama, empati kurma ve sosyal beceri yetilerinden oluşmaktadır. Goleman; duygusal zekâ yetilerini doğru kullanabilen kişilerin kendi duygularını tanıdığını ve doğru ifade edebildiklerini ve başkalarının duygularını anlayıp onlarla etkili bir iletişim kurabildiklerini vurgulamıştır. Ayrıca bu kişiler yaşamdan daha fazla doyum alarak motivasyonları daha yüksek bir şekilde yaşarlar. Goleman modelinde, kişinin kendi ruh halinin bilincinde olarak kötü hislerle daha iyi baş ettiğini ve başarısının temelinin sosyal ve duygusal yetenekler olduğunu vurgulamıştır. Bu modelde duygusal zekâ, yönetsel performansa yol açan yeterlikler ve beceriler dizisi şeklinde ele alınmıştır. Ayrıca Goleman, liderlik vasfına sahip

olması gereken kişilerin öncelikle kendi duygularının farkında olan ve kendini kontrol altında tutabilen kişiler olması gerektiğini vurgulamıştır.

Goleman;

- Kendi duygularını anlama,
- Kendi duygularını idare etme,
- Kendini motive etme,
- Başkalarının duygularını anlama,
- İlişkileri yönetme olarak beş temel yeteneği içermektedir.

Mayer ve Salovey, Bar- On; Mayer ve Salovey bilişe, yetenek ve davranışa, Bar-On ise duygusal ve sosyal zekâya ve Goleman da kişisel performansa odaklanmıştır (Arslan ve ark 2013). Burada temel kabul görmüş üç modelin özelliklerine yer verilmiş olup modeller ayrıntılı bir şekilde alt başlıklarla açıklanmıştır.

1.5.1. Mayer ve Salovey Modeli

John Mayer ve Peter Salovey EQ'yu modelleştirirken dört boyut belirlemişlerdir (Mayer ve ark 2001). Tablo 1.2'de Mayer ve Salovey Modelinin dört boyutu ve tanımları sunulmuştur.

Tablo 1. 2. Mayer ve Salovey Modelinin Dört Boyutu ve Tanımları

Boyutlar	**Duyguyu Algılamak**	**Duyguyu Anlamak**	**Duyguyu Kullanmak**	**Duyguyu Kontrol Etmek**
Tanım	Duyguları; yüzden, kişinin profilinden tanıma yeteneği	İlişkiler, bir duygudan diğerine geçişler ve duygular hakkındaki dilbilimsel bilgilere ilişkin duygusal bilgiyi anlama yeteneği	Duygusal bilgiyi kontrol edebilme ve düşünceyi zenginleştirmek için duygusal bilgiye yön verebilme yeteneği	Kişiler ve kişilerarası gelişmeyi sağlayabilmek için duyguları ve duygusal ilişkileri yönetme yeteneği

Kaynak: Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G, 2001. Emotional ıntelligence as a standard ıntelligence. Emotion. Washington, D.C.

Modelde bulunan boyutların ölçülmesi için ilk olarak MEIS (Çok Faktörlü Duygusal Zekâ Skalası) geliştirilmiş fakat ölçeğin kişilik özelliklerinden uzak olduğu ve güvenirliğin düşük bulunması sebebiyle MSCEITT ile MSCEIT (Mayer-Salovey-

Caruso Duygusal Zekâ Testi) revize edilmiştir (Çakar ve Arbak 2004, Mayer ve Caruso 2000).

Mayer ve Salovey Modelinin bilim camiasında bu kadar dikkat çekmesinin nedenleri; model net ve anlaşılır, diğer modellere kıyasla ölçümün yenilikçi ve orjinal olması, uygulanan alanda verileri sistematik olarak değerlendirip desteklemesidir (Berrocal ve Extremera 2006). Ayrıca modelin hem iş hem de sosyal hayatta kullanılmasıyla başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu model ile bireyin hem kendi hem de diğer bireylerin duygularının anlaşılması söz konusudur (Ulusu 2019).

Mayer ve Salovey Modelinin temel olarak benimseyen orjinali Schutte ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Austin ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir. Mayer ve Salovey'in dört boyutta değerlendirilen modeli, iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanılması ve duyguların değerlendirilmesi olmak üzere üç boyutta tekrardan uyarlanmış ve EQ' yu geliştirilen Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği ile ölçmüşlerdir. Araştırmada duygusal zekâ, bu boyutlar ışığında ele alınmıştır.

İyimserlik/ Ruh Halinin Düzenlenmesi

İyimserlik, bireyin kendisini ve diğer bireyleri sevebilme, pozitif düşüncelerde olma, negatif duygulara yer vermeme ve hissettiği duyguları ifade edebilme becerilerini içermektedir (Bar- On ve ark 2000).

Bireyler yaşamlarını sürdürürken, yaşadıkları sorunları diğer bireylere ne zaman ve nasıl anlatacağını bilmesi, karşılaştığı sorunlar karşısında geçmiş deneyimlerinden faydalanarak çözüm bulması, çevresindeki insanların kendisine güvenmesi, duygularının farkında olması, diğer bireylerin kendilerini iyi hissedebileceği eylemlerde bulunması, mutsuz ve problemleri olan bireylere yardım etmesi vs. becerilere sahip olması ve ilişkilerinde bu yeteneklerinden faydalanması, iyimserlik ruh halini ifade etmektedir (Tatar ve ark 2011).

Duyguların Değerlendirilmesi

Bireylerin kendi ve başkalarının duygu ifadelerini ayırt edebilme becerilerini içermektedir (Doğan ve Şahin 2007). Bireylerin yeteneklerinin farkında olması ve kendisinin doğruyu yapması olarak değerlendirmesidir (Goleman 2000). Başka bir ifadeyle bireylerin çevresindeki kişilerin duygularını algılayıp sonrasında başkalarının neler hissettiğini değerlendirip anlaması ve duyarlı davranış biçimiyle yaklaşma yeteneğidir (Bağcı 2014).

Duyguların Kullanımı

Bireylerin sosyal ve çalışma hayatları içerisinde kurdukları ilişkilerde başarı elde edebilmesi için duygularını etkili kullanma yetisine sahip olması gereklidir. Bireyler duygularının farkında olup kendisine ve çevresine yararlı eylemlerde ve bireysel performansını arttırmak maksadıyla duygularını belirli bir alanda kullanabilmelidir (Bağcı 2014). Ayrıca insanlar duyguyu işlerini kolaylaştırıcı özellikte kullanmalı, problemlerle baş ederken kendisini kurtarmak adına ve amaçlarına ulaşmak için çaba sarf etmelidir. Başka bir deyişle bireyler sahip oldukları duygularını, sosyal hayatlarında farkındalık, etkili iletişim, iş birliği, liderlik, uyumluluk ve ekip çalışması için kullanmaktadır (Goleman 2000).

Bu bağlamda sosyallik ve duygusallık duygusal zekâ için önemli bir bileşendir. Austin ve Vahle duygusallığı negatif ve sosyalliği pozitif bir birleşim olarak ifade etmiştir (Austin ve Vahle 2016). Duygusal zekâ sosyal olmayla ilişkili olup, iyi-kötü hissetme, kendini-duygularını kontrol edebilme, duygularını kabullenip kullanabilmeyi duygusal zekânın birer bileşenleri olduğu söylenebilir.

1.5.2. Bar-On Modeli

EQ'u; bireyin sahip olduğu, çevresinden gelen talep ve baskıyla baş edebilme yeteneği etkisi altına alan, zihinsel olmayan kapasite, yetkinlik ve yetenek seti olarak tanımlanmıştır (Bar-On 1997). Zihinsel fonksiyonlarla birlikte net olmayan zihinsel becerilere de odaklanmaktadır (Anderson ve Spellman 1996).

Bar-On genel itibariyle ve çoğunlukla duygusal ve sosyal zekâ davranış biçimlerine odaklanmıştır. Goleman'ın modeline uzak değildir. Goleman EQ kavramsallaşma sürecinde başarı göstermiş fakat EQ' un değerlendirilmesiyle ilgili ticari alanda ilk olarak kavramları kullanım amaçlarına göre açıklayan ve endeks oluşturan Reuven Bar-On'un 1997 ve 2000 yıllarındaki çalışmaları sayesinde olmuştur.

Bar-On Modeli; Duygusal Katsayı Envanteri (DKE, EQ-I) ilk olarak duygusal ve sosyal zekânın yönlerini değerlendirmek ve kavramsallaşması sürecinde gözlem amaçlı geliştirilmiştir ve bu sayede duygusal zekâ literatürüne, teorik bir zemin oluşturmuştur (Bar-On 2006). Bar-On duygusal zekâyı beş boyutta ele almıştır. Boyutlar; kişisel yetenekler, kişiler arası yetenekler, uyumluluk, stresle baş etme ve

genel ruh hali şeklindedir. Tablo 1.3'de Bar- On Modelinin Boyutları ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 1. 3. Bar- On Modelinin Boyutları

Bar-On (1997) Model Boyutları		
Boyutlar	**Alt Boyutlar**	**Ölçülen Konular**
1.Kişisel Yetenekler	Kendisinin farkında olma ve kendini ifade etme	
	Özsaygı	Kendisini doğru şekilde anlama ve kabullenme
	Duygusal Farkındalık	Kendi duygularının farkında olma anlama
	Kendinden Emin Olma	Kendi duygularını etkin ifade etme
	Bağımsızlık	Kendisini diğer bireylere karşı bağımsız hissetme
	Kendini Gerçekleştirme	Kişisel hedeflerine ulaşma
2.Kişiler Arası Yetenekler	Sosyal farkındalık ve kişilerarası iletişim	
	Empati	Başkalarının hissettiklerini anla ve kavrama
	Sosyal Sorumluluk	Sosyal çevresindeki bireyleri anlama ve ekip olarak çalışabilme
	Kişilerarası İlişkiler	Başkalarıyla yeterli etkileşimde karşılıklı olarak bulunmak
3.Uyumluluk Boyutu	Kendi denetimini değiştirme	
	Gerçeklik Testi	Dışsal faktörleri gerçekçi boyutta hesaba katma
	Esneklik	Bireylerin duygularını kabullenme ve yeni durumları düşünebilme
	Sorun Çözme	Bireysel ve başkalarıyla olan problemleri etkin şekilde çözme
4.Stresle Baş Etme Boyutu	Duygusal yönetim ve ayarlama	
	Stres Toleransı	Duyguları etkin ve yapıcı şekilde kontrol edilmesi ve denetimi
	Dürtü Kontrolü	Duyguların kontrol edilmesi
5.Genel Ruh Hali Boyutu	Kendini motive edebilme	
	İyimserlik	Hayata olumlu yönden bakabilme
	Mutluluk	Hayatta genel anlamda kendimi mutlu hissetme

Kaynak: Bar-On R, 2006. The bar-on model of emotional-social intelligence (esı). Psicothema, 18, 13-25.).

Bu model EQ yanında sosyal zekâyı da ele alması açısından karma bir modeldir. İnsanların duygu bakımından farklılaşma ve duygu durumlarının diğerlerine

göre neden daha iyi olduğunu ve neden daha başarılı olduğunu açıklamaya çalışan bir modeldir (Bar-On 2003).

1.5.3. Goleman Modeli

Goleman modelinde, Mayer ve Salovey' in yetenek tabanlı modelini benimsemiştir. Modele göre duygusal zekâ; kişisel bilinç, motivasyon, kendi denetimi, empati ve ilişkilerde profesyonellik sağlayan yeterlilikler olarak tanımlanmıştır. Duygusal yeterlilikler EQ' a bağlı olan ve öğrenilebilen yeteneklerdir. Duygusal yeterlilikleri sınıflamak mümkündür ve içeriğinde ortak bir EQ kapsamaktadır (Goleman 2000).

Duygusal zekayı Goleman daha öncede bahsedildiği üzere kişisel ve sosyal yeterlilik olarak ikiye ayırarak ifade etmiştir (Goleman 1998). Karma modeldir. Bu modelin karma model olmasındaki sebep kişilerin kendi duygularının farkında olma ve anlama gibi zihinsel/ bilişsel yeteneklerin yanında kendini motive etme ve empati kurma gibi kişisel yetenekleri içermesidir. Yetenek tabanlı modelden ayrılmasının bir başka nedeniyse duygusal zekânın kurumsal performans ve liderlik üstündeki etkileri incelemesidir.

1.5.4. Cooper ve Sawaf Modeli

Model Cooper ve Sawaf tarafından geliştirilmiş ve dört boyuttan oluşmaktadır. Boyutları (Cooper ve Sawaf 2003);

- Duyguları öğrenme; kendi duygularının farkında olma,
- Duygusal zindelik; kendi duygularının farkında olma, anlama ve değerlendirme yaşantısın da uygulayabilmek, duygusal olarak bireyin farklı olgulara karşı hazır hissetmesi,
- Duygusal derinlik; birey kendi yaşantısını amacıyla uyumlu hale getirmesi ve kendini adama, sorumluluklarıyla desteklediği beceri,
- Duygusal simya; birey geleceği için rekabet potansiyelini arttırma ve yenilikçi güdülerini geliştiren beceriler olarak ifade etmiştir.

1.6. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ

Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da gelişen teknolojiyle birlikte değişen örgüt yapısı, artık yalnızca yüksek bilişsel zekaya sahip çalışanların yeterli olmadığını, bunun yanında kendisinin ve başkalarının duygularını anlayabilen,

gerektiğinde kontrol edip yönetebilen, motivasyonu yüksek, empati kurabilen çalışanlara ihtiyaç olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Sağlık kurumları gibi, sürekli akut problemlerin yaşandığı bir örgütte, zihni açık, problemler karşısında soğukkanlı davranabilen, yaratıcı fikirlere sahip, kişilerarası iletişimi iyi olan profesyonellerin varlığı, örgüt içi çalışma düzenine, örgütsel bağlılığa ve iş doyumuna önemli katkılar sağlayacaktır. Bahsedilen bu özellikler anlaşılacağı üzere genel anlamda duygusal zekâ seviyesi yüksek olan bireylerin sahip olduğu niteliklerdir. Bu anlamda duygusal zekâ, sağlık kurumları içinde, sağlık meslek grupları için büyük önem taşımaktadır (Barut 2015). Duygusal zekanın son yıllarda işletmeler için önemi bu kadar anlaşılmışken, araştırmanın duygusal zekâ, karar verme stilleri ve profesyonellik arasındaki ilişkiyi ortaya koyması hem sağlık kurumları hem de bilim dünyasına önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Jordi ve Michel (2009), 23 hemşire ekibi üzerinde yaptıkları araştırma da duygusal zekânın, sunulan sağlık hizmetinin kalitesiyle pozitif ilişkisinin olduğu sonucunu elde etmiştir. Bu bağlamda müşteri memnuniyetinin çok fazla önem kazandığı sağlık kuruluşlarında yüksek duygusal zekâya sahip profesyonellerin varlığının, örgüte rekabet avantajı sağlayacağı, müşteri memnuniyetinin arttıracağı düşünülmektedir (Quoidbach ve Hansenne, 2009). Bu bağlamda müşteri memnuniyetinin çok fazla önem kazandığı sağlık kuruluşlarında yüksek duygusal zekâya sahip profesyonellerin varlığının, örgüte rekabet avantajı sağlayacağı, müşteri memnuniyetinin arttıracağı düşünülmektedir.

Yine Atilla, 279 hastane çalışanı ve 425 yatan hasta üzerinde yaptıkları araştırmada duygusal zekâ düzeyi ile hastaların sunulan hizmetten memnuniyet seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Atilla 2012).

Hastaların durumu itibariyle bazen gergin, öfkeli ya da üzgün anların yaşandığı hastanelerde sağlık çalışanların empati kurabilmeleri, hastaların duygularını anlayıp duruma onların gözüyle bakabilmeleri, duygularını kontrol edebilmeleri çok önemlidir. Dolayısıyla sağlık kurumlarında duygusal zekâsı yüksek çalışanların varlığı elzemdir. Duygusal zekâsı gelişmiş olan sağlık profesyonelleri, iş doyumu yüksek, hedeflerinin farkında olan ve ulaşabilen, farklı çalışma koşullarına uyum sağlayabilen, duygusal ve ruhsal olarak güçlü kişilerdir. Gerek yurt dışında gerekse yurtiçinde yapılan çalışmalar sağlık çalışanları için duygusal zekânın önemli olduğunu göstermektedir. Zira sağlık sektöründeki mesleklerin çoğunda hastalarla birebir

iletişimin zorunlu olması ve hizmetin ancak iyi bir takım çalışması ile sağlanabilir olması duygusal zekânın kullanımını ön plana çıkarmaktadır (Barut 2015).

1.7. Karar ve Karar Verme Kavramları

İnsanlar hayatlarını sürdürürken yaşamlarının her anında karar vermeleri söz konusu olabilmekte ve bireyler hem sosyal hem de iş hayatlarında her an karar vermeleri gereken durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşanılan problemleri almış oldukları bu kararlarla çözüme ulaştırmak için adım atmaktadırlar. Karşılaşılan problemlerin farklı olması ve her birey içinde farklı kararlar verilmesi açısından farklı farklı karar verme stilleri meydana gelmektedir.

Karar kavramı, problemlerin çözüme ulaşması amacıyla herhangi bir konu üzerinde yaşanılan problemlerin sonlanmasını sağlayan akıl yoluyla ortaya çıkan ürün olarak tanımlanabilir.

Türk Dil Kurumuna göre karar; 'Bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı ve herhangi bir durum için tartışılarak verilen kesin yargı' şeklinde ifade etmektedir (https://sozluk.gov.tr/). Tanımlardan da anlaşıldığı üzere bir problemle karşılaşıldığında yapılan eylemdir. Karar verme ise karar eylemini nitelemektedir.

Bireylerin herhangi bir konuda yaptığı seçim karardır. Karar verme daima seçim yapmayla eşdeğerdir. O halde karar verme alternatiflere arasından seçim yapmaktır (Koçel 2014). Hedeflenen amaca ulaşmak için birçok alternatifler arasından seçim yapmak fazlaca karşılaşılan bir durumdur. Karar vermede önemli üç nokta bulunmaktadır. Birincisi en iyi olanı seçme, ikincisi; bir süreç olması, üçüncüsü ise bir amacın var olmasıdır (Lunenburg 2010). Yılmaz ve Talas'a göre karar verme; alternatifler arasından amaca ulaşmayı sağlayan başka bir değişle sorunları çözüme ulaştıran en uygun alternatifin seçilmesidir (Yılmaz ve Talas 2010).

Küreselleşme ve bilgi çağıyla birlikte karar kavramı, kurumların başarısı ve sürekliliği için daha da önem kazanmıştır. Kurumsal bakış açısıyla karar verme; kurumların faaliyetlerini sağlayan yönetsel bir süreçtir. Günümüzde artık yöneticiler bir karar verecek, çalışanlarda bu kararı uygulayacak anlayış yerine, kararları işi fiilen yapanların vermesi, en azından bir karar alınacaksa kararı çalışanlarla birlikte verilmesi gerekliliğine eğilim artmaktadır. Bu eğilimle karar vermeyi işin fiilen yapıldığı noktalara yaklaştırmayı ve karar verme sürecini paylaşmayı amaçlamaktadır

(Koçel 2014). Burada asıl belirtilmek istenen karar verici her kim olursa olsun hangi kademede veya konumda olursa olsun karar verme işinin bir seçim yapma işi olduğunu vurgulamaktır.

Karar verme kurumların iki düzeyde gerçekleşmektedir. Karar vermenin gerçekleştiği ilk düzey, bireysel karar vermedir. Bireysel karar verme; bireylerin kendisini ilgilendirdiği kişisel kararlarını ifade etmektedir. Tek kişi tarafından karar alınmakta ve alınmış olan karar, bireyin sahip olduğu bilgi yeteneğe bağlıdır. İkici düzey ise grup ve kurumsal karar vermedir. Kurumsal kararlar, kurumun amacına yönelik yöneticiler tarafından verilen kararlardır (Çuhadaroğlu 2008, Altay 2011). Yönetimsel kararlar kişisel sonuçları ve örgütsel sonuçları etkileyebileceği söylenebilir (Nygren 2005, Schoemaker 2010, Thunholm 2008).

Karar verme davranışının oluşabilmesi için lazım olan şartlardan ilki karar verme durumunu ortaya çıkaracak bir güçlüğün varlığıdır. Burada problem ifadesi yerine güçlük ifadesi kullanılmalıdır. Çünkü karar verme davranışı bir hedefe varabilmek için en azami sürede eldeki imkânlar Baz alınarak yapılabilecek en iyi seçeneği gerçekleştirmek olarak ifade edilir. Bunlardan yola çıkarak karar verme davranışının oluşabilmesi için; karar verme durumunu ortaya çıkaran bir güçlüğün var oluşu ve bu güçlüğün kişi tarafından da hissedilebiliyor olması gibi nedenlerin oluşması gerekmektedir. Karar verme yöntem ve tekniğini ana hatlarıyla. Sorunun kesin sonuçlara ulaşılması, çözüm yollarının netleştirilmesi, çözüm yollarının ayrı ayrı değerlendirilip istenen veya istenmeyen sonuçların belirlenmesi, yapılan bu değerlendirme neticesinde sonuçlara ilişkin öncelikler dikkate alınarak bir sıralama yapılması ve bu doğrultuda bir liste hazırlanması, her sonucun gerçekleşme ihtimali ile istenilen sonuç listesinin belirlenmesi olarak ifade edilmektedir (Kurt 2003).

Sözlükteki anlamıyla karar; kuşkuların, tartışmaların bittiği, tercih edilen yolun uygulamaya koyulduğu mantıksal sürecin ortaya koyduğu üründür. Karar verme, ne yapacağımızı kestiremediğimiz anlarda gerçekleştirdiğimiz eylemlerdir. Karar vermek, tercihler içerisinde en sağlıklı değeri sağlayacak olanı seçmektir. Karşı karşıya gelinen farklı problemleri çözümlemek için, karar verme amacı ile yapılan farklı iş ve işlemler karar verme sürecini meydana getirir. Evrensel bağlamda bir karar verme sürecinden söz edemeyiz. Karar türüne, karar veren kişinin bireysel düşüncelerine, yönetim tarzına, işin yapısına ve çevre şartlarına göre farklı süreç tanımlamaları yapılabilmektedir. Karar verme davranışını şu aşamalardan

oluşmaktadır; karar vermek ve gerekli bilgileri toplamak için hedefleri belirlemek, daha sonra toplanan bilgi Baz alınarak ve değerlendirmeye tabi tutularak seçeneklerin oluşturulması ve son olarak elinde var olanlardan hedefe en doğru olanının tercih edilmesidir (Güçray 2001).

Karar verme davranışında kişinin tercihi, onun sahip olduğu çevresel ve kişisel durumların etkisinde kalabilir. Bazı kişiler, karar verme aşamasında karar verme davranışına ilişkinin denetimin kendilerinde bulunduğuna inanırlarken, bir kısımları ise bu denetimin çevresel faktörlerin etkisiyle belirlendiğini düşünürler. Bundan dolayı, kişinin sahip olduğu denetim merkezinin biçimi karar verme davranışında önemli bir etkendir. Denetim merkezi, kişilerin geçmişten gelen pekiştirici yaşantılarına dayalı olarak, eylemlerinin sonuçlarını bireysel denetimlerine ya da kendileri haricindeki güçlerin denetimlerine bağlı kalmaları sebebiyle meydana gelen bir özelliktir. Kararların genel olarak tek ve yalınlaştırılmış olarak düşünülmesi yanlış bir kanıdır. Verilmiş olan bir karar yaşanmış olan bir davranışı ve gelecekteki sonuçları yansıtır. Bundan dolayı karar vermeyi farklı aşamalardan meydana gelen süreç olarak değerlendirmek gerekir. Sadece kararın verilmiş olduğu zamana dikkatleri çekmek, bu seçimin yapılmasında en zor süreçler olan analiz etmeyi ve araştırma yapmayı gözden kaçırmak anlamına gelir.

1.8. Karar Verme Süreci

Karar verme bir süreçtir. Karar verilirken seçim yapma noktasına gelene kadar nelerin olup bittiğini karar verme süreciyle açıklamak mümkündür. Bireyler, kendi başına "en iyi" kararı nasıl vereceğini ve diğer insanları içerebilecek kararlar alma sürecini en etkili şekilde nasıl yöneteceğini anlaması gerekmektedir (Griffin ve ark 2012). Karar vermenin bir başlangıç noktası olduğunu düşündüğümüzde başlangıç noktasından sonra çeşitli iş faaliyet ve fikirlerin birbirini takip ettiği ve sonunda bir tercih yapılmasıyla sonuçlandığı ve yapılan tüm faaliyetleri içeren süreç olarak ifade edilebilir. Karar verme sürecinin aşamaları bulunmaktadır. Karar verme sürecinin aşamaları farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ifade edilmiştir (Nas 2006).

Karar verme süreci aşamaları (Koçel 2014, Schoenfeld 2011); amaç belirleme ve problem tanımlama, amaç ve problemleri belirleyerek öncelik belirleme, alternatifleri belirleme, alternatifleri değerlendirme, seçim kriterini belirleme ve seçim yapmadır.

Bir problem tanımlandıktan sonra, problemlere alternatif çözümler üretilmektedir. Bu çözümler dikkatle değerlendirilip ve uygulama için en iyi alternatif seçilmektedir. Uygulanan alternatif daha sonra anında ve sürekli etkinliğini sağlamak için zamanla değerlendirilmektedir. Sürecin herhangi bir aşamasında zorluklar ortaya çıkarsa, geri dönüşüm gerçekleştirilebilir. Dolayısıyla, karar almanın mantıklı bir faaliyet dizisi olduğu görülmektedir.

Zeleny 1982'de karar verme sürecini, karar öncesi dönem, karar dönemi ve karar sonrası dönem olarak üç aşamada ele almıştır (Nas 2006). Harrison ve Pelletier, karar verme sürecini altı aşamada incelemiştir. Bu aşamalar; yönetimsel hedeflerin oluşturulması, alternatifleri karşılaştırılması ve değerlendirilmesi, alternatifler arasından tercih yapılması, seçilen kararın uygulamaya konması, uygulanan kararın takibi ve kontrolünden oluşmaktadır (Harrison ve Pelletier 2000).

Literatür incelendiğinde karar verme süreci aşamalarına dair birçok araştırmacılar farklı şekillerde aşamalar belirterek süreci açıklamaya çalışmışlardır. Bu aşamaların özet olarak karşılaştırması Tablo 1.4' de gösterilmiştir.

Tablo 1. 4. Karar Verme Süreci Aşamalarının Farklı Araştırmacılara Göre Karşılaştırılması

Karar Verme Süreci Aşamalarının Farklı Araştırmacılara Göre Karşılaştırılması				
Zeleny 1982	**Harrison ve Pelletier 2000**	**Nas 2006**	**Schoenfeld 2011**	**Koçel 2014**
1.Karar öncesi dönem, 2.Karar dönemi, 3.Karar sonrası dönem	1.Yönetsel amaçların oluşturulması 2.Alternatiflerin araştırılması 3.Alternatiflerin karşılaştırılması, değerlendirilmesi 4.Seçim yapma 5.Kararların uygulanması	1.Problemin tanımlanması 2.Amacın değerlendirme 3.Alternatiflerin araştırılması 4.Strateji seçimi 5.Bilgi ve alternatiflerin değerlendirilme	1.Sorunun belirlenmesi 2.Alternatiflerin oluşturulması 3.Alternatiflerin değerlendirilmesi 5.Alternatif bir geri dönüşüm sürecinin gerektiği şekilde seçilmesi	1.Amaç belirleme, problem tanılama 2.Amaç ve problemde öncelik belirleme 3.Alternatif belirleme

	6.Uygulamanın takip ve kontrol edilmesi	6.Stratejinin uygulanması ve seçimi 7.Kararın uygulanması 8.Kararın sonuçları	6.Kararın uygulanması 7.Kararın etkinliğinin değerlendirilmesi	4.Alternatif değerlendirme, 5.Seçim kriterini belirleme, seçim yapma

Kaynak: (Harrison ve Pelletier 2000, Koçel 2014, Schoenfeld 2011, Nas 2006).

Karar verme süreci, bir probleme çözüm bulma ve sonuca bağlama süreci olarak ifade edilmekte olup bu bağlamda birden fazla kriterlerin birbirleriyle uyuşmadığı durumlarda özellikle problemlere çözüm bulmada, karar verme sürecini etkileyen birçok etmen olabilmektedir (Uygurtürk ve Korkmaz 2012).

Karar verme sürecini etkileyen etmenler şu şekildedir (Bakan ve Büyükbeşe 2008, Ulusu 2019);

- Doğru karar verebilme kaygısı; bireylerin doğru ve tutarlı karar verme süreci içerisinde yaşadıkları kaygı durumunu ifade etmektedir.
- Kararın çevresi; en etkili karar vermek için uygun çevrenin olması gerekmektedir. Fiziksel ve kurumsal çevrenin bu sürecin üzerinde etkisi oldukça büyüktür. Karar vericinin buradaki görevi ise çevresindeki değişiklikleri kendi amaç ve hedefleriyle dengede tutabilmesidir.
- Kararda zaman etmeni; süre sınırının olup olmadığı durumlar karar verme sürecinde en etkili, en doğru kararı almada değişen durumları değerlendirebilme açısından önem taşımaktadır.
- Kararın iletilmesi; bir karar verildiğinden kararı etkileyen bireylere bu kararın iletilme şekli ve zamanı önemli rol oynamaktadır.
- Karar vermede psikolojik sorunlar; karar verecek bireylerin inanç düzeyi, değerleri, sosyo-kültürel yapısı ve bireysel özellikleri verilecek kararda etkili bir yere sahiptir.
- Karar verme ve zihinsel kestirmeler; karmaşık durumlarla karşılaşan karar vericiler zihinsel kestirmeler sayesinde daha basit yargılara dönüştürerek karar verebilmektedirler.

- Katılma; kurumsal karar verme söz konusu olduğunda kurum içindeki bireylerin karar verme sürecine katılmaları ve kararı başlatmalarında etkili olabilmektedir.

Kişiler kendilerini aile bireylerine, arkadaşlarına, topluma karşı sorumlu hissederler. Bundan dolayı bu sorumluluk duygusu bireylerin vereceği kararları etkilemektedir. Karar verme becerisi karışıktır ve belli aşamalar doğrultusunda gelişir. Bireyler karşılaştıkları değişik durum ve olaylar doğrultusunda karar verirler. Karar verme ihtiyacı hissedildiğinde karar verme süreci başlamış olur. Karar vermeyi etkileyen birçok etmen vardır. Toplumsal değerler, bireysel ilgiler, kültür ve psikolojik durum bunlardan bir kaçıdır. Bu etmenlerin yanı sıra sorunu kavrayan kişinin, karar vermeyi gerektiren bir güçlüğün ve seçeneklerin olması gereklidir. Karar vericilerin doğru kararlar verebilmesi için karar vermenin hangi süreçlerden ve aşamalardan meydana geldiğini bilmesi gerekir. Her örgütün önceliği kendi dinamizmini korumak ve hayatta kalmaktır. Örgütün yaşaması verilen kararların doğruluğuna bağlıdır. Yöneticinin doğru ve sağlıklı karar verebilmesi ise karara temel teşkil edecek olan karar modelleri ve bu modellerin uygulama aşamaları hakkında bilgi sahibi olmasına bağlıdır (Kuzgun 2014).

Karar verme süreci birey karar verme ihtiyacı duyduğu anda başlamaktadır. Sonrasında birey kendisine hedefler ve amaçlar koyarak bu doğrultuda hedef ve amaçlarına yönelik seçeneklerle alakalı veriler biriktirir. Daha sonra birey kendi değerleri ve seçeneklerin sonuçlarına ulaşma ihtimali üzerinde yoğunlaşır. Bu değerlerin kesinleştirilmesi yerinde kararlar için büyük önem arz etmektedir. Bireyin seçenekler arasından yalnız birini tercih etmesi karşımıza bilişsel bir süreç olarak çıkmaktadır. Bu süreç bazı işlemleri gerektirmektedir bunlar; seçenekler hakkında ayrıntılı bir şekilde verilerin toplanmasını, toplanan bu verilerin sınıflama, sıraya koyma, her birinin isteklerini karşılama ihtimali doğrultusunda irdelenmesidir. Başarı ve başarısızlıklar, verilecek olan kararın vasfıyla yakından ilişkilidir. Kararların vaktinde verilebilmesi oldukça önemlidir. Zamanından önce bireyin vermiş olduğu kararlar, birçok fırsatın gözden kaçmasına neden olurken, zamanında verilmiş olan kararların ise hiçbir önemi olmaz.

1.9. Karar Verme Stilleri

Bireylerin veya yöneticilerin karar verme süreci içerisinde kendi yaklaşımları, tepkileri sergiledikleri davranış tarzları karar verme stilini belirlemektedir. Kısaca karar verme stili, bireyin probleme nasıl yaklaştığını gösteren bireysel bir tarzdır.

Karar verme stilinin öğrenilen bir alışkanlık olduğunu belirtmiştir. Driver ve arkadaşları ise bireylerin karar verme sürecinde hem iç hem de dış etmenlerden etkilendiğini, alışkanlıklar geliştirdiğini ve deneyimlerinden yola çıkarak edinmiş olduğu bu alışkanlıkların bireyin karar verme stilini oluşturduğunu ifade etmiştir (Scott ve Bruce 1995).

Karar verme stilleri bireylerin ve yöneticilerin karar verme sürecindeyken kullanmış oldukları farklı süreçleri anlaşılmasında yol gösterici nitelik taşımaktadır (Nutt 1990). Karar verme stilini zihinsel stilin bir parçası olduğu belirtmektedir (Connor ve Becker 2003). Bu bağlamda karar verme stili bireyin veya kurumların seçim eylemi olmasından ziyade bu seçim eylemini etkileyen öğrenilebilir yaklaşımlar olarak ifade edilebilir. Başka bir tanıma göre karar verme stili bireylerin karar verme sürecinde gösterdiği kendisine has davranış şeklidir (Ehtiyar ve Tekin 2010).

Karar alma davranışının en önemli kısmı, bilgi toplama süreci olduğu çok öncelerden belirtilmiştir. Bireyin karar verme stillerinin bilgi toplama süreci sebebiyle kişisel farklılıklar gösterdiği savunulmaktadır (Driver ve ark 1990, Scott ve Bruce 1995, Nas 2006). Mesela yüksek düzey risk eğilimli bireyler daha hızlı karar vermekte ve karar verme sürecinde bilgi toplama ve değerlendirmeye az zaman harcamaktadırlar. Literatürde karar verme stillerine dair birçok farklı tanımla karşılaşılmaktadır. Bazı araştırmacılar karar verme stillerine davranışsal yaklaşarak, bazı araştırmacılar ise analitik yaklaşarak bilgi yönlü yaklaşım üzerinde odaklanmışlardır. Davranışsal açıdan inceleyen yaklaşımlar; karar vericinin değerleri, tutumu ve tercihlerinin değerlendirirken, bilgi yönlü yaklaşımlar ise bilgiyi değerlendirmekte ve süreci sadece bilgi toplama süreciyle farklılaştığını savunmaktadır.

Bireyler karar verirken farklı yaklaşımlar sergilemektedirler. Örneğin, bazı bireyler karar vermeye analitik yaklaşım göstererek daha çok bilgi edinmek ister ve analizler yaparak karar verir, bazı bireyler sezgileriyle karar verir, bazıları başka bireylerden yönlendirme bekler, bazıları özgür karar vermeyi ister, bazı bireyler hemen

karar verme sürecine başlayıp tercih etmek isterken bazıları ise karar verme sürecinden kaçınmayı tercih etmektedirler. Bu bireysel farklılıkların motivasyon ve kişisel farklarla ilişki içinde olduğu düşünülmektedir. Bireylere karar vermede daha önceden edindiği bilişsel stiller zemin oluşturmaktadır. Bilgi toplama, değerlendirme ve işleme sürecinde karar verici; sorunları sistematik olarak ele alıp çözümlemeye çalışır ya da sezgisel olarak çözüme ulaştırmaya çalışmaktadır (Scott ve Bruce 1995).

Tablo 1. 5. Karar Verme Stilleri Farklı Boyutlarının Karşılaştırılması

Karar Verme Stilleri Farklı Boyutlarının Karşılaştırılması	
Driver ve arkadaşları 1990	**Scott ve Bruce 1995**
1.Kararlı Stil: kararın en hızlı şekilde verilmesinin beklendiği durumdur **2.Esnek Stil:** alternatifler arasında seçim yapılırken yaşanılan aksiliklerde hemen diğer alternatifleri değerlendirip yön değiştirildiği durumdur. **3.Hiyerarşik Stil:** Problemleri anlamak için ayrıntılı ve özel planlamalar yapılması söz konusudur. **4.Bütünleştirici Stil:** problemlere karşı tek çözüm yolu üretilmesinden ziyade birçok çözüm yolu aranarak problemlerin çözülmeye çalışıldığı durumdur.	**1.Rasyonel Karar Verme Stili**: kapsamlı bilgi araştırması, alternatiflerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi sonrasında mantıksal değerlendirilmeye tabi tutulan stildir. **2.Sezgisel Karar Verme Stili:** karar verirken bilişsel yollarla değil de daha çok duyguya ve önsezinin ön planda tutulduğu stildir. **3.Bağımlı Karar Verme Stili:** karar verilmeden önce başkalarının yönlendirilmesi ve tavsiyelerinin ön planda tutulduğu stildir. **4.Kaçınmacı Karar Verme Stili:** olabildiğince karar vermekten kaçınma ve son ana kadar ertelenen durumu ifade eden stildir. **5.Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stili:** acele etme mümkün olduğunca en hızlı sürede karar verme stilini ifade etmektedir.

Kaynak: Driver MJ, Brousseu KR, Hunsaker PL, 1990. The dynamic decisionmaker five decision styles for executive and business success. Harper ve Row, New York, Scott SG, Bruce RA, 1995. Decision-making style: the development and assessment of a new measure. Educational and Psychological Measurement, 55(5), 818-831.

Tablo 1.5’ te karar verme stillerine dair karşılaştırma yapılmıştır. Driver ve arkadaşlarI, karar verme stillerini kararlı, esnek hiyerarşik ve bütünleştirici olarak dört şekilde tanımlamaktadır (Driver ve ark 1990). Scott ve Bruce ise 1995’ te beş karar verme stili tanımlamıştır.

Karar verme stillerinin alt boyutları (Driver ve ark 1990, Nas 2006);

- Kararlı Stil: Tutarlılık, hız ve verim olarak ifade edilebilir. Karar verici olabildiğince kısa sürede karar vermesinin beklendiği durumdur.
- Esnek Stil: Uyum yeteneği bu stilde önemlidir. Alternatif belirlendikten sonra süreç devamlı takip edilir ve karşılaşılan bir aksilikte diğer alternatiflere doğru yön değiştirilir. Diğer alternatifler için her zaman açık kapı bırakıldığı durumdur.
- Hiyerarşik Stil: problem ile bilginin değerlendirildiği stildir. Problemi derinlemesine kavrayabilmek için çok ayrıntılı ve özel planlamalar yapılmaktadır. Karar verici için analizler ve kalite önemlidir. En iyi seçim yapılmak için uğraşılır. Bireysel ilişkiler bazında karşılıklı saygı önemlidir.
- Bütünleştirici Stil: birden fazla çözüm yollarının arandığı stildir. Birçok durumda çözüm yolu olarak birçok hareket tarzı aynı anda yürütülür ve kontrol edilir. Uyum yeteneği, kalite ve değer verimliliği önemli özelliklerindendir. Birden fazla durumun kontrol edilip yürütülmesi iyi planlamayı gerektirmektedir. Ekip çalışması için uygun bir stildir.

Scott ve Bruce göre karar verme stilleri alt boyutları (Altay 2011, Balkıs 2010, Scott ve Bruce 1995);

- **Rasyonel karar verme stili**: Karar vericilerin sistematik olarak değerlendirme yaptığı stildir. Bilgi girişinin yoğun olduğu bu stil rasyonel karar vericiler alternatiflerin oluşturulmasında ve değerlendirilmesinde mantıksal yollar benimsemektedir. Karar vermenin her aşamasında karar vericiler mantıksal yaklaşım göstermektedirler.
- **Sezgisel karar verme stili**: Bilginin sistematik değerlendirilmesinden çok bilgiyi edinmedeki ayrıntılara dikkat edilir, karar verirken de duygular ve sezgilerin ön planda tutulduğu stildir.
- **Bağımlı karar verme stili**: Bir karar verilmeden önce başkalarının bakış açılarının ve tavsiyelerinin ön plana çıktığı stildir.
- **Kaçınmacı karar verme stili**: Karar verici mümkün mertebede karar vermeyi ertelemekte ve bir karar almaktan kaçma eğilimi gösterdiği durumu ifade etmektedir.

- **Kendiliğinden anlık karar verme stili**: En kısa sürede karar verilen ani kararların alındığı durumu ifade eder ve alternatiflerin değerlendirilmediği hızlı işleyen stildir.

1.10. Karar Verme Modelleri

Karar vermede çeşitli modeller bulunmaktadır. Kişisel tercih, problemin niteliği ve belirsizlikler gibi etkenler, karar verme modelinin belirlenmesinde etkili olmaktadır. Farklı sorunlara basit modeller oluşturarak çözüm aranması modellerin temel özellikleridir (Batçıoğlu 1994, Sarıkaya 2018).

Karar verme modelleri;

- Rasyonel ekonomik modeli,
- Sınırlı rasyonellik modeli,
- Zihinsel kestirmeler modelidir.

1.12.1. Rasyonel Ekonomik Model

Model, karar vermeden önce tüm bilgilerin toplanıp değerlendirilmesi ve bu süreç içerisinde karşılaştırmalar yapılmasını vurgulayarak en doğru karara ulaşabilmenin olanaklı olabileceğini savunmaktadır. Karar verme sürecinde bireyler, alternatifler arasından en uygun olanı seçer. Bu seçimde bireylerin değer, inançları ve diğer psikolojik özellikleri etkili olur. Bütün alternatiflerin gözden geçirilerek en doğru kararı verilebilmek ve alternatiflerinin karar alma sürecinde pozitif etki edeceği de belirtilmektedir (Ergeneli ve Mert 2003). Bu model özellikle kriz anlarında daha kullanışlıdır (Kurt 2003).

Modelde sürecin aşamalarına bakıldığında normları mevcuttur. Modelin kapsamındaki normlar; problemin tespiti, hedeflere ulaşmak için amaçların belirlenmesi, probleme çözüm bulabilmek için bütün alternatiflerin incelenmesi, belirlenen çözüm yollarının karar alma süreç etkinliğinin değerlendirilmesi, maksimum fayda için alternatifler arasından tercih yapılması ve uygulanmasını içermektedir (Adsız 2016, Wagner- III 1994,). Bu bağlamda karar alıcıların, ne kadar bilgi sahibi olursa o kadar karar almada etkin olması beklenir.

Model, zekânın sınırlarının olması ve alternatiflerin her şartta değerlendirme olanağının olmaması, problemin her daim doğru tanımlanmamasından ve tercih edilen kararın her zaman en doğru ve nasıl sonuçlar doğuracağının tam anlamıyla kestirilememesinden dolayı eleştirilmektedir (Yıldız ve İşcan, 2013).

1.12.2. Sınırlı Rasyonellik Modeli

Sınırlı rasyonel model, maksimum faydaya ulaşabilmek için en uygun ve en tatmin edici kararlar almayı hedeflemektedir (Tomak 2009). Bireyler davranışlarını kendi istekleri doğrultusunda rasyonel olmakla birlikte, bireyler en iyi kararlar değil, genellikle olabilecek makul kararlar peşindedir (Ergun 2004). Bundan dolayı sınırlı rasyonel karar verme modeli ortaya çıkmıştır ve daha gerçekçi çözümlere ulaşılmak istenmektedir.

Sınırlı rasyonellik modeli, rasyonel modelin eleştirdiği noktaları dikkate almamıştır. Bunlar; insanların sınırlı zihinsel yapısı, karşılaşılan sorunların/problemlerin her daim doğru tanımlanamaması, çözüm bulunan tüm alternatiflerin ve tercih edilenden sonraki sonuçların her zaman kestirilemeyeceği ve bireylerin tercihlerini etkileyen güdü, istek, değer ve inanış biçimleri hesaba katılmamaktadır (Lunenburg 2010, Onaran 1975).

Karar alma sürecine insan davranışları normu olarak eklenen bu model açık bir modeldir. Modeldeki yeni normlar; rasyonellik yerine sınırlı rasyonellik, mükemmel kararlar yerine tatmin edici kararlar, problemi çok yönlü ele almak yerine, basitleştirici yöntemlere yönelmek, farklı çözüm yolları yerine, çözüm yollarının ve beklenen sonuçların ahlaki ve sosyal değerlerle sınırlandırma, optimal rasyonel karar yerine, soruna en uygun optimal karar sürecini ve yöntemlerini oluşturma şeklindedir (Yaşlıoğlu 2008).

1.12.3. Zihinsel Kestirmeler Modeli (Heuristics)

Karar verme aşamaları çok fazla zaman alması ve değerlendirilme aşamasında özen ve dikkat gerektirdiği için, bireyler genellikle zihinsel kestirme yollarına başvururlar. Böylece karışık gözüken problemleri basit yöntemlerle çözmeye çalışırlar. Problemlere çözüm ararken; bireylerin deneyimleri ile mevcut durum değerlendirilip en kolay yol bulunabilir, kişisel kurallar ile bilgiyi toplayıp yorumlamayı sürdürebilir ve teknolojiyi kullanımı ile beyin fırtınalarını azaltarak bilgiyi işleme sürecinde çaba harcanabilir (Rollinson 2002). Bireylerin karar verme sürecini kolaylaştıran bu kestirme yollara höristik adı verilmektedir (Bakan ve Büyükbeşe 2008).

1.11. Sağlık Çalışanlarında Karar Verme

Badour tarafından 2013 yılında yapılan yüksek lisans tezi çalışmasında Ankara ilinde bulunan 36 kamu ve özel hastane yöneticileri üzerinde, hastanelerde

yöneticilerin karar verme sürecinde örgütsel ve çevresel faktörlerin etkisini belirlenmeye çalışılmış, bu faktörler ve hastanelerde yönetsel karar verme süreci ilişkisi bağlamında incelenmiştir Araştırma sonucunda karar verme süreci ile çevresel ve örgütsel faktörler arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonuca ulaşılmıştır (Badour 2013).

Şiraz (Shariati)'daki kamusal ve özel hastanelerin yöneticilerinin karar alma tarzlarının araştırıldığı bir çalışmada, kamu ve özel hastaneden idari, mali, hane halkı ve hemşire yöneticileri örnekleme tekniği ile seçilerek karar alma stilleri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, yöneticilerin, karar verme tarzından kaçınmak yerine akılcı karar verme biçimini daha sık kullandığı belirtilmektedir. Yaşlı ve resmi yöneticiler ve özel hastane yöneticileri sezgisel karar verme stilini daha sık kullanırken, yönetim eğitim kurslarına katılmayan yöneticiler, sezgisel ve bağımlı karar verme stillerini daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Diğer taraftan hemşirelik ve ebelik alanlarında çalışan yöneticilerin daha rasyonel karar verme modellerini daha sık kullandıkları belirtilmiştir (Ravangard, 2013).

Diğer bir çalışmada hemşirelerin hastane ortamında yöneticilerin karar verme tarzı ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma İran Yezd'de bulunan üç öğrenim hastanesindeki yönetici ve hemşireler üzerinden 2014-2015 yılında gerçekleştirilmiştir. Scot ve Bruce (1995) 'in karar verme tarzının ölçüldüğü anket kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları, hastane müdürleri tarafından rasyonel ve sezgisel karar verme stillerinin kullanılmasının örgütsel vatandaşlık davranışının tüm yönleriyle olumlu bir korelasyona sahip olduğu ve bağımlı, kaçınılmayan ve kendiliğinden olan stilleri de içeren diğer karar verme stillerinin uygulanmasının çoğu yönüyle negatif korelasyon olduğunu göstermiştir (Bahrami ve ark 2016, Şen ve ark 2019).

1.12. Meslek ve Profesyonellik Kavramları

Meslek ve profesyonellik birbirleriyle iç içe geçmiş kavramlardır. Meslek herhangi bir iş alanının profesyonelleşmesini ifade ederken, profesyonellik, meslek var olduğu süre içerisinde ilerlemesini, uzmanlaşmasını ifade etmektedir (Fakılı ve Nartgün 2019).

Meslek dalları amatör ve profesyonel olarak icra edilmektedir. Mesleğin amatör olarak icra edilmesini, mesleğin başlangıç düzeyinde ve daha ilkel biçimde iş yapma olarak ifade edebilir. Mesleği profesyonel olarak icra edilmesini ise, söz konusu

mesleğin ileri düzeyde ve işi en ince ayrıntısına kadar bilinerek yapılması olarak söylenebilir.

1.12.1. Meslek Kavramı

Meslek kavramının araştırılması, tanımlanması ve ayırıcı özelliklerinin belirlenmesi 19. yy dayanmaktadır. Mesleklerin standartları ve uzmanlaşma kriterleri sanayi devrimi ile belirlenmiştir (Çelik ve Yılmaz 2015). 19.yy'dan 21.yy'a kadar bilgi-iletişim teknolojisi hızlı ilerleme göstermiş ve meslekler farklılaşmaya başlamıştır. Sanayi devriminin getirisi olan makineleşme bazı mesleklerin değişmesine ve bazı mesleklerin ise ortadan kalkmasına sebep olmuştur (Erdem 2016, Ulutaş 2015).

Meslek, genellikle yüksek öğrenim almış, sosyal statüye sahip kişilerce icra edilen, kendi alanına has yasal ve ahlaki sorumlulukları olan ve bireylerin gelir elde etmesini sağlayan uğraş olarak ifade edilebilir (Şahin 2009). Meslekler ayrıca bilgi, beceri gerektiren, devamlılığı olan, problemlere çözümler bulmak için kişisel tercihler kullanılan ve karar alırken karar verme sürecini izleyen, hizmet edebilmeyi kardan önde tutarak çalışmayı ilke edinen sürekli ve örgütlü, bilinçli bir uğraşı ya da işi de ifade etmektedir (Emre 2009, İşçi 2015).

Meslek ile iş kavramı aynı anlamda kullanılsa da her iki kavramda birbirinden farklı anlamlar taşımaktadır. Bu iki kavramın farklarını çok eski zamanlardan beridir sosyal bilimciler açıklık getirmeye çalışmışlardır. İşin ya da uğraşın meslek olup olamayacağına dair değerlendirmeleri ilk açıklayan kişi Abraham Flexner (sosyolog), meslek olabilmenin ölçütlerini belirtmiş olup sonrasında birçok bilim insanı, düşünürler oluşturulmuş olan bu ölçütleri geliştirmiştir. Flexner ölçütüne göre meslek; temelde zihinsellik ve ileri boyutta kişisel sorumluluk oluşturmakta ayrıca öğrenilebilir, güncellenebilir ve bilgi odaklı olup sürekli yenilenmektedir (Karadağ 2002).

19.yy'dan 21.yy'a kadar mesleğin tanımında da değişimler olmuş ve temel özellikleri belirlenmiştir. 1930'da sosyologların değerlendirdiği ve araştırdığı konu olmuştur. Birçok araştırmacı tarafından da meslek olabilmenin aşamalarının olduğunu ve meslek sayılabilmesi içinde belli başlı özellikler taşıması gerektiği belirtilmiştir. Wilensky,Johnson) ve Runte tarafından yapılan araştırmalar incelendiğinde, meslek olabilmesi için gerekli özellikler ve bazı farklılıklar açığa çıkmaktadır. Bunlar (Wilensky 1964, Johnson 1972 ve Runte 1995, Bayhan 2011);

Wilensky'e göre bir işin meslek sayılabilmesi için;

- Yapılan iş-uğraşın tam zamanlı olması,
- Kurumsal bir eğitim alınması,
- Yüksekokullarda araştırılan konu olması,
- Mesleki birliğinin olması,
- Mesleki etik kurallarının olması şeklindedir.

Johnson'a göre bir işin meslek sayılabilmesi için;

- Teorik bilgi ve yetenek,
- Eğitimin sağlanması,
- Meslektaşlar arasındaki rekabet,
- Meslek birliklerinin olması,
- Meslek etiği,
- Maddiyat için yapılmayan, fedakâr hizmet sunumu şeklindedir.

Runte'a göre bir işin meslek sayılabilmesi için;

- Bilgi temelli yetenek,
- Çoğunlukla yüksekokul eğitimi almış olmak,
- Sınavla kanıtlanabilir yeterliliğin olması,
- Resmi bir örgütleşmenin olması,
- Meslek standardının olması,
- Hizmet anlayışında olmasıdır.

Povalko 1971 de bir işin meslek olabilmesi için sekiz öğe belirtmiştir. Sağlık alanındaki mesleklere de yarar sağlayan sekiz öğe; teorik olarak bilgi birikimi, icra edilen işin toplumun değerleriyle olan bağlantısı, eğitimin düzeyi (lise, lisans, yüksek lisans ve doktora), hizmet sunumu, bağlı olmama, örgütlenme, mesleğe bağlılık, mesleki etik ve ahlaktır (Kaya 2011).

Sağlık sektörünün meslekleşme süreci (gelişimi); modernleşme sürecine kadar geleneksel yöntemlerle ve usta-çırak ilişkisi ile kazanılan bilgilerle sunulmaya çalışılmıştır. Modern dönem ile birlikte bilimsel bilgiye verilen önem artmış ve mesleği icra eden kişilerin yüksekokul düzeyinde eğitilmiş olmaları önemlilik kazanmıştır (Cerit 2010).

Bir uğraşın meslekleştiğini, uğraşın mesleki standartları belirlemektedir. Uğraş kavramı, çoğunlukla meslekleşmemiş çalışma alanlarını ifade etmektedir. İş ve uğraş

kavramlarının meslek olabilmesi için kriterler belirlenmiştir. Bu kriterler (Altıok 2014, Çapar 2019, Engel 1970, Kılıç 1998);

- Birey ve toplumu etki altına alan önemli hizmetler sunmalıdır,
- Sürekliliği olan, gelişen ve yenilenen bilgi birikimine sahip olmalıdır,
- Üretilen ve sunulacak hizmetler, çeşitli aktivitelerle desteklenebilir ve bireysel sorumluluklarla güçlendirilebilmelidir,
- Mesleği icra edecekler, mesleki eğitim almalıdır ve kurumlarınca kabul görülen diplomaya sahip olmalıdır,
- Mesleği icra edecek bireyler, kendi prensipleri ve stratejileri olmalıdır,
- Sunulan hizmetler sadece hizmet alıcılarını mutlu etmemelidir, mesleği icra eden bireyleri de mutlu etmelidir,
- Mesleğin gerekliliklerini yerini getiren bireylerin meslek etik ve değerleri var olmalıdır ve mesleklerini icra ederken de bu etik ve değerler bireylere yol gösterici olabilmelidir,
- Mesleklerin tarihi geçmişi ve gelecekten beklentiler birbirleriyle bağlantılı olmalıdır ve bunu geliştirecek mesleki örgüt olmalıdır.

Mesleklere ait standartların ve değerlerin olması sebebiyle iş ve uğraş kavramından ayrılmaktadır. İş kavramı fiziki eylemi ifade ederken, uğraş ve meslek, eğitim alınarak uzman olmanın ve profesyonelliğin bir aşaması olarak ifade edilebilir. Ayrıca birbiriyle çok benzeyen ve karıştırılan 'iş ve uğraş' kavramları, meslekleşme sürecinin aşamaları olarak değerlendirilmekte ve bu kavramlara meslek denilebilmesi için meslek özelliklerini taşıması gerektiği de belirtilmektedir (Karasu 2001).

Meslek önemli bir kavram olarak karşılaşılmasının sebebi sosyolojik sonuçlar ortaya koymasıdır. Tanınmış ve iyi bir meslek sahibi olmak bireye toplumsal saygınlık kazandırmasının yanında, sosyal, ekonomik, yasal üstünlükler de sağlamaktadır. Bu yüzdendir ki meslek olmaya çalışan iş ve uğraşlar meslekleşme sürecinde oldukça fazla çaba göstermektedirler (Arslan 2005).

Sonuç olarak meslek; toplumsal değerler ve problemleri çözmek amacı ile tekelleşmiş bilgi birikimi olan, meslek sahiplerinin inisiyatif ve karar verme süreçlerini kontrol edebildiği, kâr elde etmeden önce hizmet etmeyle güdüsü taşıyan, sürekliliği ve örgütü olan uğraşlar olarak ifade edebilir.

1.12.2. Profesyonellik

Günümüzde profesyonel dendiğinde birçok anlamda kullanılmaktadır. Çoğunlukla insanların iş, uğraş ve mesleklerine karşı tutumunu ifade etmektedir (Parkan 2008). Bir işin, uğraşın veyahut mesleğin kaliteli olarak icra edildiğini göstermek için profesyonel olarak yapıldığından bahsedilir. Örneğin; profesyonel cerrah, profesyonel hemşire, profesyonel futbolcu, profesyonel makyaj vs. bakılarak mesleklerini icra eden bireylerin bu işten para kazandığını; hobi veya amatör olarak işiyle ilgilenmediğini belirtilmiş olunur (Emre 2009). Bu bağlamda profesyoneli, sahip olduğu beceri ve yetkinliği kullanarak mesleğini en iyi yapan kişiler olarak tanımlanabilir.

Wilensky'e göre, profesyonel olmanın iki boyutunu;

- Bir işi, uğraşı ve mesleği uzun ve sürekli eğitim sonucunda sistemsel bilgi ve öğrenmeye dayalı,
- Mesleki kurallara ve disiplinlere bağlılık şeklinde ifade etmiştir.

Profesyonel kavramı genel olarak, bir işi ve mesleği düzenli, özenli ve sürekli olarak yapan kişi veya herhangi bir uğraşı kişinin deneyimlerine dayanarak özel becerileriyle icra eden kişiler olarak da ifade edilebilir. Bir kimseye profesyonel denebilmesi için gerekli olan özellikler; icra etmekte olduğu mesleğe sadakat, sürekli olarak gelişim, gelişen prestij, kişisel deneyimlerin kullanımı, özerklik, işini monotonlaştırmamak, toplumun çoğunluğunda kabul edilen konum veya statüdür (Karasu 2001).

Freidson 1986, para kazanmak maksadıyla işini bilgisi ve becerisiyle yürütenlere profesyonel demiştir. Brennan 1996, topluma hizmet amacı güden, bilgi ve becerisini belgeleyen hem etkili hem de yetkili çalışana profesyonel demiştir. Schein 1972 ise profesyoneli genel bakış açısıyla kriterlerle açıklamaya çalışmıştır. Schein'e göre bu kriterler; gelir elde etmek amacıyla bir işte çalışmak, profesyonel olmayı profesyonelin kariyerindeki tercihi olmalı, motivasyonun yüksek olmalı ve iş hayatı boyunca kariyerine odaklı olmalı, uzman bilgisine erişmiş olmalı ve uzmanlık bilgisini kullanabilmeli, bir disiplin çerçevesinde karar verici olmalı, karar vermede objektif olmalı ve bağımsız bir şekilde kararlarını uygulamalı, ilişkileri güvene dayalı olmalı, etik olmalı, mesleki standartlarıyla sorunlarla baş edebilmeli, bağlı olduğu mesleğin, mesleki standartları ve kurallarına bağlı olmalı, ve profesyonel hizmet sunumu için ulaşılabilir olmalıdır (Bayhan 2011).

Profesyonel; bir işi, uğraşı ve icra ettiği mesleği derinlemesine inceleyen ve kendi bağımsız katkıları ve deneyimleriyle sürdüren, kazanç sağlayan kişidir. Profesyonellik ise kişinin kendi çıkarlarından çok toplumsal kâr için ve ileri düzeyde sistematik bilgi ile sürdürülmektedir (Gönel 2017, Vicdan 2010).

Profesyonellikle ilgili genel olarak görülen ve en çok dikkat çeken konu, profesyonellik kavramının tam bir tanımlaması yapılmamış ve uzlaşılmış bir görüşe sahip olunmamasıdır. Çoğunlukta araştırmacılar profesyonelliğin tanımlanmasında zorluklar yaşandığına ve profesyonelle profesyonelliğin benzer anlamlarda kullanıldığına dikkat çekmişlerdir. Zorlukların sebebiyse profesyonellik kavramının hangi açı ile değerlendirilmesiyle ilişkili olduğu göze çarpmaktadır (Bayhan 2011). Profesyonellik kavramının tanımının yapılabilmesindeki zorluklar; sınırlarının çok geniş olması, bireylerin farklı bakış açıları ve tek tanımlamanın mümkün olmadığı gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır (Evans 2008). Literatürde öne çıkan bakış açısının ilki profesyonel olarak gerçekleştirilen işten kazanç elde edilmesi, diğeri ise mesleğini icra eden bireylerin mesleklerine karşı tutum ve davranışlarıdır.

Profesyonellik çağdaş toplumların önemsediği bir konu olmuştur. Profesyonelliğe şekil veren, profesyonel ve profesyonelin performansı olduğu aşikardır. Bir mesleği en az hatayla özen ve düzenle icra edilmesine profesyonellik denilmektedir. Bir mesleği profesyonelce icra edebilmek veya profesyonel bir mesleğe sahip bireylerin mesleklerinin gereğini yerine getirebilmek için, uzun süreli eğitim ile erişilen uzman bilgi ve deneyimlerini birleştirip hem kendilerine hem de mesleklerine katkıda bulunulması ve hep ileriye taşınması gerektiği şeklinde ifade edilebilir.

Profesyonellik, uzun zamandır meslekler için kullanılan bir kavram olsa da hala tartışmalı bir tanımdır. Görüldüğü gibi Türkçede profesyonel kavramı doğrudan uzmanlıkla ilişkilendirilirken; İngilizce anlamında meslek sahibi olarak karşılık bulmaktadır. (Longman 2009). Profesyonellik, kişinin bilgi ve becerisini gelir elde etmek amacıyla yaptığı işin en yüksek standardına çıkarması ve hizmetin niteliğini iyileştirmek amacıyla ortaya koyduğu davranışlarının ve tutumlarının çok boyutlu yapısı ve bireylerin hem mesleki gelişim hem de kariyer ilerleme sürecinde gönüllülükle yer alması olarak ifade edilmektedir. Tanımda da görüldüğü gibi profesyonellik çaba harcamayı gerektiren ve dinamik bir yapıya sahip süreçtir (Altıok ve Üstün 2014). Toplumda kabul gören ve hizmet beklenilen iş, uğraşı ne denli karmaşıksa profesyonelliğin önemi o derecede artmaktadır. Diğer bir deyişle bir işi yetkin bir biçimde uygulayabilmek, en ince ayrıntılarına kadar ona hâkim olmak,

mükemmel derecede yapabilmek, profesyonelliktir. Profesyonel kişi ise uğraşısını gelir elde ettiği meslek haline getirmiş, duygu kontrolünü yapabilen ve işinin en ayrıntılı halini mükemmel şekilde ortaya koyan kişidir (Küçük 2011).

Profesyonelliğe dair teorik bilgilerin en doğru şekilde uygulanması ile profesyonellik gerçek amacına ulaşacağından, kavramın teorik yapısının oluşturulması önem arz etmektedir;

- Profesyonel örgütleri esas yetki merci olarak kabul etmek: Uzmanlığına dair gruplara katılan ve bilgisini artırmaya devam eden kişi, meslektaş bilincini kazanarak profesyonel gelişimini sağlayandır.
- Kamu hizmetine yüksek inanç: Çalışan, mesleğinin toplum için hem zaruri hem de yararlı olduğuna inanandır.
- Öz-denetime inanç: Uzmanlığına dair denetimin ancak aynı uzmanlığa sahip meslektaşları tarafından yapılabileceğine olan inançtır.
- Uzmanlık alanına meslek aşkı duymak: Profesyonel birey, işine kendini adayan ve bu adanmaya değer olduğunu düşünendir.
- Özerklik: Çalışanın işiyle ilgili karar vermekte özgür olmasına dayanan profesyonel bir tutumdur.

Mesleğini icra ederken kişi, yaptığı işin etkisinin geniş yankıları olacağını, hesap verebilir durumda olması gerektiğini, gerekli ölçülerde özerklik sergileyebildiğini ve bu bağlamda danışma ihtiyacını kendi meslektaşları ile gidermesi gerektiğini bildiği oranda profesyonel tutum sahibi olacak denilebilir. Sanayileşme ile ortaya çıkan profesyonellik kavramına teorik açıdan bakmak, aynı zamanda uygulama ile adaptasyonunu sağlamak için de önemlidir. Özetle; devlet tarafından tanınmış, uzmanlık bilgisine yönelik uzun süreli eğitime sahip, bilgi üzerinde tekel kurmuş, meslek etiğine saygılı, kamuya hizmeti ön plana koyan, kurumsal bir örgütte özerk ve kontrollü bir şekilde tarafsız kalmayı ve sorgulamayı başarabilen ve toplumun üst kademelerini oluşturan meslek üyelerine profesyonel denilmektedir. Tüm bu niteliklere sahip olmak tek bir birey için zor olsada, profesyonelliğin teorik olarak anlaşılması için her birini özümsemek gereklidir. Zira bu niteliklerin kabul edilerek uygulamaya konulması profesyonelliği getirecektir. Profesyonellik kişiye farklı beceriler de kazandırmaktadır. Nitekim profesyonel kişi, karşılaştığı herhangi bir kriz anını üst düzey bilgisi, özerk tutumu ve sorumluluk duygusu ile daha kolay çözebilendir (Küçük 2011).

1.12.3. Mesleki Profesyonellik

Günümüzde teknolojinin hızla gelişmesi ve toplumun değişim göstermesi mesleki profesyonelliği gerekli hale getirmiştir. Bir mesleğin yüksek prestijli, toplumda ilgi görmesi, içinde barındırdığı üyelerin saygın kişiler olarak görülmesi ve mesleği sürdürülebilirliği mesleki profesyonellikte önemli bir role sahiptir. Profesyonelce mesleğini icra edenler, işyerinde etkin, verimli ve mükemmellikle yapacakları işi gerçekleştirirler. Birey profesyonellikle mesleğini yerine getirdiğini söyleyebilmesi için mesleğini en ince ayrıntılarıyla algılamış ve uygulayabiliyor olması gerekmektedir.

Mesleki profesyonellik meslek standartlarının oluşturulması ve kaliteli bakım hizmeti sunulmasında oldukça önemli yere sahiptir. Profesyonel bir bireyin olumsuz şartlar altında olması ve olumsuzluklardan etkilenmesi sonucunda hem kendi açısından hem de kurumunda verdiği hizmet kalitesi açısından olumsuz etkilenmesi sebebiyle kurumsal sorunlar doğabilmektedir (Beydağ ve Arslan 2007).

Mesleki Profesyonellik; seçilen mesleğe ilgi duymak ve yapılan işi sevmek, uzun süreli eğitim ile uzman bilgisine sahip olmak, yapılan işte yetenekli olmak, uzman tutum ve davranış içerisinde olmak, yaptığı işe saygı duymak ve minimum hata ile maksimum performans göstererek işlerini sürdürmek olarak ifade edilebilir (Erbil ve Bakır 2009, Gökçora 2005).

Bireyler mesleklerinde yapmış oldukları işi istikrarla gerçekleştirmedikçe ve disiplinli bir şekilde çalışmadıkça o bireylerin profesyonel olmasından söz edilemez. Mesleğinde profesyonel olan bireyler, özerk (bağımsız şekilde işlerini kontrol edebilen), mesleğine, meslektaşlarına ve topluma karşı sorumluluk duygusu içerisindedirler.

Günümüz rekabetçi iş dünyasında tüm meslekler için belirli standart ve karşılaştırma ölçütleri oluşturup geliştirmek bir ihtiyaç haline gelmiştir. Profesyonellik bir mesleğin başarıyla icra edilmesi için sahip olunması gereken yeterlilikler ve nitelik türlerine odaklanmaktadır. Yeterlikler ve nitelikler, mesleğin amacına ne denli ulaştığına dair bilgi vererek profesyonelliğin teorik boyutlarının uygulamadaki karşılığını ortaya koymaktadır. Profesyonel meslek tanımının yapılması bireysel, örgütsel ve nihayetinde toplumda yaratacağı etkiler açısından önem taşımaktadır. Aynı zamanda profesyonel meslek toplumun talebine uygun olan herkesin kolaylıkla ulaşamayacağı bilgi birikimine sahip, aldığı üst düzey eğitimi hedef kitlesinin ihtiyacına uygun bir şekilde sunabilen, bunun karşılığında maddi bir tatmin ve üst

düzey sosyal statü kazanan ve farklılaşan yaşam tarzını örgütsel boyutta da sürdürebilmektir (Demirkasımoğlu 2010).

Mesleki profesyonellik sayesinde meslek, sürdürülebilirlik kazanırken bunun için meslek sahibinin bilimsel ve teknik bir çerçevede araştırmacı ve gelişime açık olmasını, sürekli gelişimler kapsamında uyumlu ve yaratıcı olmasını, mesleğin kurallarına uyarken özerkliğini koruyabilmesini ve meslek örgütleriyle çalışma kültürüne sahip olmasını gerektirmektedir. Karmaşa ve değişim mesleki profesyonelliği zorunlu kılmaktadır. Toplumun talepleri karmaşa ve değişime göre şekil aldığından mesleklerin de uyum sağlaması gerekmektedir. Uyum sürecini başlatacak olan bireysel çabalardır. Zira mesleki profesyonellik, kişisel profesyonelliğin örgütsel profesyonelliğe dönüşmesidir. Yeni örgütsel yaklaşımlarda da mesleki profesyonellik yerini örgütsel profesyonelliğe bırakmaktadır (Altınkurt 2014).

Çalışanların içsel motivasyonu için de mesleki profesyonellik ön şarttır. Çünkü bireyi öğrenmeye, gelişmeye yönlendiren dış baskılar değil, kendisinin hissettiği arzuları, ihtiyaçları ve merak duygusudur. Benzer şekilde içsel denetim de mesleki profesyonellik ile ilgilidir. Bu yolla çalışan, pekiştirmenin kendi davranış ve tutumlarına bağlı olduğunu bilerek sorumluluk alıp uygun davranış geliştirmektedir. İnsan, doğası gereği ihtiyaçları ve arzuları doğrultusunda hareket ederken profesyonel tutum sahibi olanlar bu arzu ve ihtiyaçları yaşam kalitelerini artırmak için motivasyon aracı olarak kullanabilirler. İçsel motivasyonu kazanmış bireyler, gönüllülük ile profesyonelleşme sürecine katılım sağlarlar. Mesleki gelişim, değişime hazır olmak, işbirlikçi çalışma şartları gibi profesyonellik ile ilgili ölçütler, bireyin isteği olmaksızın anlamlı olmamaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın; amacı, önemi, model tipi, evreni ve örneklemi, sınırlılıkları, veri toplama araçları, verilerin değerlendirilmesi, araştırma etiği, araştırmanın değişkenleri, hipotezlerine ait bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, sağlık hizmeti sunum süreci içinde karar verici olarak farklı roller üstlenen sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri, karar verme stilleri ve meslekte profesyonellik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Duygular, yaşam süresince hem kişisel hem de kurumsal başarılara yok sayılamayacak boyutta katkılar sağlamaktadır. Bireyler karşılaştıkları olaylar karşısında deneyimlediği duyguları ve duyguların sebep olduğu etkileri fark etmeli, anlayabilmeli ve bu kazandığı duyguları en etkili şekilde kendisine fayda sağlayacak yönde kullanmalıdır.

Duygusal zekâ, duyguları anlama, farkında olma, değerlendirme ve etkin bir şekilde kullanabilmeye olanak sağladığı için hem bireyler hem de kurumlar açısından önemlidir. Duygusal zekâ bir problemin keşfedilmesinde probleme çözümler üretilmesinde ve çözümler arasında alternatiflerin değerlendirilmesi bakımından da önemlidir (Yılmaz ve Talas 2010). Duygusal zekanın problemlerin çözümündeki etkileriyle karar verme sürecine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Karar verme, hayatın her anında söz konusu olan bir süreçtir. Bu süreç; problemleri tanıma, amaçlara göre hareket etme, alternatifleri değerlendirme zihinsel bilgileri içeren aşamalardan oluşmaktadır (Morse ve Babcock, 2010). Karar verme, kişiden kişiye farklılıklar göstermesi sebebiyle de duygusal zekayla örtüşen önemli bir kavramdır. Bireylerin karar vermede ki stilleri tamamen kişisel ve zihinsel tercihlerdendir. Duygular kararları, duygusal zekâ da karar verme stillini etki altına aldığı düşünülmektedir.

Günümüzde önem verilen konulardan bir başkası ise mesleki profesyonelliktir. Mesleki profesyonellik, mesleğin seçilmesinde, imaj sahibi olunmasında, saygınlık kazanılmasında ve mesleğin devamlılığının sağlanabilmesi açısından önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmezi olan sağlık çalışanları hizmet sunumu sırasında birey, aile ve toplum sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda;

iyileştirmeye yönelik rol üstlenirken profesyonel tutum içerisinde olmaları beklenmektedir. Sağlık hizmetinin temel özelliklerinden olan sağlıkta sıfır hata yani hata toleransının olmaması, her zaman en iyi ve en doğru kararların verilmesini gerektirmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının, sürekli olarak insan ilişkileri içerisinde olması, insani ve toplumsal faydayı gözeterek iş yapması, birçok meslek gruplarıyla ekip halinde çalışması sebebiyle de duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Doğru karar almada etkin olan rollerin başında çalışanların duygusal zekâ seviyelerinin yüksek olması ve mesleki profesyonelliği olması önem kazanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri, karar verme stilleri ve mesleki profesyonelliklerini arasında ki ilişkinin ortaya konması yönünden ve alandaki boşluğu doldurması açısından çalışma önem arz etmektedir.

2.3. Araştırmanın Tipi

Araştırmada yöntem olarak nicel araştırma kullanılmış olup tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Tanımlayıcı araştırmaların en belirgin özelliği araştırma odağındaki nesne ya da olgunun mevcut durumunun ifade edilmesidir (Coşkun ve ark 2017).

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Şehir Hastanesinde çalışmakta olan sağlık çalışanları (Hemşire, Ebe, Doktor, Sağlık Memuru, Acil Tıp Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Laboratuvar Teknisyeni, Radyoloji Teknisyeni) oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın evreni 6429 çalışandan oluşmaktadır. Coşkun ve ve arkadaşlarının *'Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri'* adlı oluşturdukları tabloya göre 7000 kişilik evrene karşılık 364 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olacağını belirtmişlerdir (Coşkun ve ark 2017). Araştırmanın güvenirliğini arttırmak için 700 kişi hedeflenmiş olup 582 kişiye ulaşılmıştır fakat 69 kişi anketi yanlış ve eksik doldurmasından kaynaklı anketleri geçersiz sayılmıştır. Toplamda 513 anket analize tabi tutulmuştur.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada, kullanılan veri toplama aracı, kullanılan hipotezler ve örneklemin evrenin tamamını içine almaması, verilerin kişisel beyana dayalı olması, çalışma kapsamında olan sağlık çalışanlarının anket sorularına verdiği cevapların doğru kabul edilmesi, ulaşılabilecek örneklem grubu sayısının kısıtlılığı (bazı çalışanların izinli olması, bazı çalışanların anketi cevaplamak istememeleri…vs.) araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

2.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri anket yöntemiyle (EK-A) toplanmıştır.

Araştırmada cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, çalışma şekilleri gibi demografik soruların yanında;

- 41 soruluk Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği
- 24 soruluk Karar Verme Stilleri Ölçeği
- 32 soruluk Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Ölçeği olmak üzere toplamda 97 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.

2.6.1 Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Schutte ve diğerleri tarafından geliştirilen ölçek temelde 33 maddelik olup 3 boyutlu duygusal zekâ modelidir (Salovey ve Mayer 1990). Araştırmada kullanılan bu ölçek tekrardan güncellenmiş olup toplamda 41 madden oluşmaktadır (Austin ve ark 2004).

Ölçek, 5'li likert tipi bir derecelendirmeye sahip olup 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin alt boyutları: İyimserlik/Ruh Halini Düzenleme, Duyguları Kullanma ve Duyguların Değerlendirmesi şeklinde üç boyuttan oluşmaktadır. Türkçe uyarlamasını gerçekleştiren Tatar ve arkadaşları ölçeğin Cronbach Alpha; 0,78 olarak belirlemiştir (Tatar ve ark 2011).

Ölçekte olumlu ve olumsuz maddeler bulunmaktadır. Olumsuz maddeler ters yönde derecelendirilmiştir. Olumlu maddeler; 1, 2, 5, 7, 9, 11, 15,16, 18, 19, 21, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38 olup en az 1 en çok 5 olarak puanlandırılmıştır. Olumsuz maddeler; 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 34, 35, 39, 40, 41 olup olumlu maddelerin tam tersi şeklinde puanlandırılmıştır.

Ölçekte bulunan alt boyutlara ait maddeler şu şekildedir;

- İyimserlik/Ruh Halini Düzenlenmesi; 12 madde: 2, 7, 12,15, 18, 21, 29, 30, 33, 35, 37, 38
- Duyguların Kullanımı; 6 madde: 4, 9,10, 23, 26, 34
- Duyguların Değerlendirilmesi; 10 madde: 6, 8, 17, 22, 28, 31, 36, 39, 40, 41.

Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği genel toplam puanına 41 maddenin tümü dahildir fakat alt boyutlara 13 madde dahil değildir yalnızca genel toplam puan hesaplanırken dahil edilmektedir. Bu maddeler; 1, 3, 5, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 24, 25, 27, 32' dir.

2.6.2 Karar Verme Stilleri Ölçeği

Scott ve Bruce (1995) de Karar Verme Stilleri Ölçeğini; bireyler arasında görülen farklılıkları ölçebilmek maksadıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 1 ile 5 arasında puanlandırılmış olup likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Türkçeye uyarlaması Taşdelen tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapmış olduğu araştırmada cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,74 olarak bulmuştur. (Taşdelen 2002). Ölçek 5 boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır.

Bu alt boyutlar ve ilgili maddeler (Taşdelen 2002):

- Rasyonel KVS: 1, 2, 3, 4, 5.
- Sezgisel KVS: 6, 7, 8, 9, 10.
- Bağımlı KVS: 11, 12, 13, 14, 15.
- Kaçınmacı KVRS: 16, 17, 18, 19, 20.
- Kendiliğinden/Anlık KVS: 21, 22, 23, 24 şeklindedir.

2.6.3. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Ölçeği

Erbil ve Bakır tarafından geliştirilmiş olup, 5' li Likert tipi derecelenmeye sahiptir. Envanter; 1 ile 5 arasında puanlandırılmıştır ve 32 maddeden oluşmaktadır. Envanter, her bir maddeye verilen puanın toplanmasıyla elde edilen toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Envanterden alınabilecek minimum puan 32, maksimum puan ise 160'dır. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı: 0,89 olarak belirlemiştir (Erbil ve Bakır 2006). Katılımcıların envanterden aldıkları puan arttıkça profesyonellik düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir.

2.6.4 Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerliliği

Güvenilirliğin tespiti için en çok kullanılan yöntem içsel tutarlılık yöntemidir. Bu yöntem Cronbach Alfa olarak bilinen alfa katsayısının hesaplanması ile bulunmaktadır. Alfa katsayısı 0-1 arasında bir değer alır. Alfa değerinin en düşük 0,7 olması istenir (Coşkun ve ark 2015).

Tablo 1. 6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

	İfade sayısı	**Cronbach's Alpha**	**Cronbach's Alpha standardize**	**ort**	**ss**
Duygusal Zekâ Genel Toplam Puanı (DZ)	41	0,86	0,85	3,52	0,42
İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi (İRHD)	12	0,85	0,85	3,74	0,45
Duyguların Kullanımı (DK)	6	0,86	0,84	3,33	0,62
Duyguların Değerlendirilmesi (DD)	10	0,85	0,85	3,34	0,71
Karar Verme Stilleri Genel Toplam Puan (KVS)	5	0,85	0,84	3,35	0,46
Rasyonel Karar Verme Stili Alt Boyutu (RKVS)	5	0,72	0,74	4,03	0,52
Sezgisel Karar Verme Stili Alt Boyutu (SKVS)	5	0,84	0,85	3,69	0,70
Bağımlı Karar Verme Stili Alt Boyutu (BKVS)	5	0,72	0,75	3,44	0,69
Kaçınmacı Karar Verme Stili Alt Boyutu (KKVS)	5	0,90	0,90	2,57	0,95
Kendiliğinden/Anlık Karar Verme Stili (KAKVS)	4	0,83	0,83	2,95	0,93
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)	32	0,93	0,94	4,06	0,53

Araştırmada ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacı ile güvenilirlik analizi (Cronbach Alpha) yapılmıştır. DZ Cronbach Alfa katsayısı 0,86, KVS Cronbach Alfa katsayısı 0,84 ve MPTE Cronbach Alfa katsayısı 0,93’ dir.

2.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri anlık olarak toplanmış olup anket tekniği kullanılmıştır. Ankette ilk olarak bilgilendirilmiş onam (EK-E) bulunmaktadır, daha sonra

demografik veriler ve üç ölçek yer almaktadır (Ek-A). Anket, gerekli izinler alındıktan sonra 2019 Eylül ve Ekim aylarında toplanmıştır.

2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 25.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır. Analizlerde kullanılacak olan test tekniklerini belirlemek için yapılan normallik testi analiz sonuçları Tablo 1.7'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 7. Ölçeklere Ait Normallik Testleri

Normallik Testi	Shapiro-Wilk			Skewness		Kurtosis	
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
DZÖ	,97	513	,00	**,57**	,11	**,18**	,21
KVSÖ	,97	513	,00	**,54**	,11	**,63**	,21
MPTE	,97	513	,00	**-,59**	,11	**,10**	,21

DZÖ: Duygusal zekâ ölçeği, KVSÖ: Karar verme stilleri ölçeği, MPTE: Meslekte profesyonel tutum envanteri

Normallik testi sonucunda Histogram, Varyasyon Katsayısı (std. Eror/ Mean), Skewness- Kurtosis (Statistic/Std. Eror), Detrended ve Normallik test (sig) değerlerine bakıldığında 5'te 3 sağlanamadığı görülmüştür. Bu bağlamda test sonucu normal olmayan dağılım gösterdiği kabul edilmiştir ve araştırmada nonparametrik test tekniklerine göre analizler yapılmıştır.

Tanımlayıcı istatistiksel metotları (Yüzde, rank, Standart sapma), Man Whitney-U Testi, Kruskal Wallis H Testi ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Korelasyon katsayısının yorumlanışı 0,00 ile 0,25 arası çok zayıf, 0,26 ile0,49 arası zayıf 0,50 ile 0,69 arası orta, 0,70 ile 0,89 arası yüksek, 0,90 ile 1,00 arası ise çok yüksek ilişki pozitif korelasyon, -0,25 ile 0,00 arası çok zayıf, -0,49 ile 0,26 arası zayıf, -0,69 ile 0,50 arası orta, -0,89 ile 0,70 arası yüksek, -1 ile 0,90 arası çok yüksek negatif korelasyon olarak yapılmaktadır (Karagöz 2016).

2.9. Araştırma Etiği

Araştırmada kullanılacak ölçekler (Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, Karar Verme Stilleri Ölçeği, Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri) için, gerekli izin alınmıştır (Ek- D). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden etik kurul onay

(Ek- B) alınmış olup daha sonra araştırma için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden (Ek- C) araştırma izni alınmıştır.

2.10. Araştırmanın Değişkenleri

2.10.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; duygusal zekâ, karar verme stilleri, mesleki profesyonellik ölçekleri demografik değişkenlerle ilişkilendirildiğinden bağımlı değişken durumundadırlar.

2.10.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslek, çalışılan birim/dal, vardiya şekli, meslekte geçen süre ve çalışma şeklidir.

2.11. Araştırma Hipotezleri

Hipotez 1: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ medeni durum göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 4: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ çocuk sahibi olup- olmama durumuna göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 5: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 6: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ çalışma şekline değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 7: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ vardiya şekline değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 8: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ meslek değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 9: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 10: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 11: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 12: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 13: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri medeni durum değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 14: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çocuk sahibi olup- olmama durumuna değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 15: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 16: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çalışma şekli değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 17: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri vardiya şekli değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 18: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri meslek değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 19: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 20: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 21: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 22: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 23: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik medeni durum değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 24: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik çocuk sahibi olup- olmama durumuna değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 25: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 26: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik çalışma şekli değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 27: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik vardiya şekli değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 28: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik meslek değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 29: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 30: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 31: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve karar verme stilleri arasında bir ilişki vardır.

Hipotez 32: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve mesleki profesyonellik arasında bir ilişki vardır.

Hipotez 33: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri ve mesleki profesyonellik arasında bir ilişki vardır.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Demografik Verilerine Ait Bulgular

Tablo 3.1. Araştırmaya dâhil olanlara ait demografik bulgular

Özellik	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-25	128	25,0
	26-30	173	33,7
	31-35	103	20,1
	36 ve Üzeri	109	21,2
Cinsiyet	Erkek	196	38,2
	Kadın	317	61,8
Medeni Durum	Evli	246	48,0
	Bekar	267	52,0
Çocuk	Var	207	40,4
	Yok	306	59,6
Eğitim	Lise	58	11,3
	Ön lisans	83	16,2
	Lisans	249	48,5
	Yüksek Lisans	77	15,0
	Doktora	46	9,0
Meslekte Çalışma Süresi	5 Yıldan az	181	35,3
	5-10 Yıl	146	28,5
	11-15 Yıl	109	21,2
	16 Yıl ve üzeri	77	15,0
Çalışma Şekli	Kadrolu	392	76,4
	Sözleşmeli	121	23,6
Vardiya Şekli	Gündüz	77	15,0
	Gece	61	11,9
	Karma	375	73,1
Meslek	Hemşire*	212	41,3
	Doktor	114	22,2
	Sağlık Memuru	39	7,6
	Sağlık Teknikeri ve Teknisyeni**	112	21,8
	Acil Tıp Teknisyeni	36	7,0
Çalışılan Birim/Dal	Acil Servis	81	15,8
	Yoğun Bakım	77	15,0
	Klinik	92	17,9
	Laboratuvar	48	9,4
	Ameliyathane	64	12,5
	Radyoloji	39	7,6
	Temel Tıp	34	6,6
	Dahili Tıp	41	8,0
	Cerrahi Tıp	37	7,2
	TOPLAM	**513**	**100**

* Hemşire ve ebe toplam sayısı ** Radyoloji, Anestezi, Laboratuvar teknisyenlerinin toplamı

Tablo 3.1'de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olanlara ait demografik bilgiler verilmiştir. Araştırmayan dahil olanların %38,2'i erkek %61,8'si kadın olup %48'i evli

ve %59,6'sının çocuğu yoktur. Katılımcıların %25'i 18-25 yaş aralığında, %33,7'si 26-35 yaş aralığında, %20,1'i 31- 35 yaş aralığında, %21,2'si 36 yaş ve üstüdür. Eğitim durumuna bakacak olursak %11,3'ü lise, %16,2'si ön lisans, %48,5'i lisans, %15 lisansüstü ve %9'u doktora mezunudur. Katılımcıların büyük çoğunluğunu %41,3 ile hemşire grubu oluşturmakta ve %22,2'si doktor, %7,6'sı sağlık memuru, %21,8'i sağlık teknikeri ve teknisyeni olup ve %7'sini acil tıp teknisyenleridir. Çalıştıkları birim ve dallara göre katılımcıların %15,8'i acil serviste, %15'i yoğun bakımlarda, %17,9'u klinik servislerde, %9,4'ü laboratuvarda, %12,5'i ameliyathanelerde, %7,6'ı radyoloji biriminde ve doktor katılımcıların dallarına göre %6,6'ı temel tıp, %8'i dahili tıp, %7,2'si cerrahi tıp dallarında hizmet vermektedirler. Katılımcıların mesleki çalışma süreleri ise %35,3'ü 5 yıldan az, %28,5'i 5- 10 yıl, %21,2'si 11-15 yıl ve %15'i 16 yıldan fazladır. %76,4'ü kadrolu çalıştığını %73,1'i ise gece gündüz ve nöbet usulü (karma) vardiya şeklinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya toplamda 513 kişi katılım göstermiştir.

3.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımları

Tablo 3. 2. Katılımcıların schutte duygusal zekâ ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		**Katılmıyorum**		**Kararsızım**		**Katılıyorum**		**Kesinlikle Katılıyorum**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
s.1.	12	2,3	28	5,5	32	6,2	218	42,5	223	43,5
s.2.	4	0,8	11	2,1	13	2,5	305	59,5	180	35,1
s.3.	52	10,1	228	44,4	49	9,6	139	27,1	45	8,8
s.4.	74	14,4	159	31,0	128	25,0	129	25,1	23	4,5
s.5.	15	2,9	30	5,8	89	17,3	244	47,6	135	26,3
s.6.	110	21,4	136	26,5	102	19,9	120	23,4	45	8,8
s.7.	6	1,2	34	6,6	83	16,2	200	39,0	190	37,0
s.8.	93	18,1	170	33,1	87	17,0	133	25,9	30	5,8
s.9.	10	1,9	57	11,1	60	11,7	297	57,9	89	17,3
s.10.	110	21,4	169	32,9	70	13,6	114	22,2	50	9,7
s.11.	9	1,8	27	5,3	41	8,0	274	53,4	162	31,6
s.12.	106	20,7	161	31,4	65	12,7	108	21,1	73	14,2
s.13.	57	11,1	205	40,0	73	14,2	128	25,0	50	9,7
s.14.	63	12,3	150	29,2	101	19,7	142	27,7	57	11,1
s.15.	26	5,1	95	18,5	108	21,1	217	42,3	67	13,1
s.16.	14	2,7	86	16,8	99	19,3	227	44,2	87	17,0

Tablo 3.2 devamı: Katılımcıların schutte duygusal zekâ ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		**Katılmıyorum**		**Kararsızım**		**Katılıyorum**		**Kesinlikle**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
s.17.	95	18,5	146	28,5	65	12,7	147	28,7	60	11,7
s.18.	7	1,4	65	12,7	52	10,1	252	49,1	137	26,7
s.19.	10	1,9	38	7,4	72	14,0	270	52,6	123	24,0
s.20.	54	10,5	198	38,6	64	12,5	142	27,7	55	10,7
s.21.	9	1,8	52	10,1	34	6,6	213	41,5	205	40,0
s.22.	61	11,9	175	34,1	133	25,9	116	22,6	28	5,5
s.23.	44	8,6	185	36,1	122	23,8	128	25,0	34	6,6
s.24.	66	12,9	216	42,1	69	13,5	111	21,6	51	9,9
s.25.	73	14,2	239	46,6	42	8,2	96	18,7	63	12,3
s.26.	72	14,0	211	41,1	52	10,1	130	25,3	48	9,4
s.27.	2	0,4	69	13,5	28	5,5	280	54,6	134	26,1
s.28.	121	23,6	137	26,7	54	10,5	120	23,4	81	15,8
s.29.	3	,6	43	8,4	89	17,3	249	48,5	129	25,1
s.30.	28	5,5	25	4,9	51	9,9	273	53,2	136	26,5
s.31.	5	1,0	29	5,7	69	13,5	307	59,8	103	20,1
s.32.	17	3,3	100	19,5	126	24,6	198	38,6	72	14,0
s.33.	15	2,9	81	15,8	203	39,6	154	30,0	60	11,7
s.34.	48	9,4	205	40,0	112	21,8	110	21,4	38	7,4
s.35.	84	16,4	170	33,1	80	15,6	128	25,0	51	9,9
s.36.	13	2,5	85	16,6	135	26,3	220	42,9	60	11,7
s.37.	6	1,2	24	4,7	74	14,4	284	55,4	125	24,4
s.38.	10	1,9	49	9,6	90	17,5	265	51,7	99	19,3
s.39.	51	9,9	225	43,9	74	14,4	111	21,6	52	10,1
s.40.	65	12,7	208	40,5	91	17,7	118	23,0	31	6,0
s.41.	126	24,6	159	31,0	51	9,9	118	23,0	59	11,5

Toplam N=513, %100

Tablo 3.2'de katılımcıların Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinde yer alan önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Katılımcıların en fazla katıldıkları önermeler sırasıyla, '*Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim(s.2.)', 'Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm(s.9.)', 'Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım(s.31).', 'İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım(s.37).'* ve *'Hissettiğim duyguların farkında*

olurum(s.11).', 'İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı oluyor(s.38).'

Önermelere genel olarak *'katılmıyorum'* şeklindeki yanıtlar; *'Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm(s.3).', 'Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz(s.25).*' olarak saptandı.

Katılımcıların en az katıldıkları önermeler sırasıyla, *'Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem(s.4).', 'Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını anlamakta zorlanırım(s.6).', 'Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur(s.10).', 'Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem(s.12).', 'Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim(s.14).', 'İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam(s.22).'* ve *'Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız olacağına inanırım(s.35).'*

Tablo 3. 3. Katılımcıların karar verme stilleri ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		**Katılmıyorum**		**Kararsızım**		**Katılıyorum**		**Kesinlikle Katılıyorum**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
s.1.	6	1,2	58	11,3	54	10,5	272	53,0	123	24,0
s.2.	1	0,2	23	4,5	59	11,5	315	61,4	115	22,4
s.3.	-	-	9	1,8	59	11,5	308	60,0	137	26,7
s.4.	1	0,2	16	3,1	51	9,9	317	61,8	128	25,0
s.5.	5	1,0	11	2,1	50	9,7	313	61,0	134	26,1
s.6.	4	0,8	23	4,5	109	21,2	292	56,9	85	16,6
s.7.	4	0,8	50	9,7	109	21,2	291	56,7	59	11,5
s.8.	4	0,8	40	7,8	95	18,5	271	52,8	103	20,1
s.9.	32	6,2	79	15,4	105	20,5	236	46,0	61	11,9
s.10.	6	1,2	66	12,9	119	23,2	220	42,9	102	19,9
s.11.	29	5,7	108	21,1	144	28,1	192	37,4	40	7,8
s.12.	19	3,7	80	15,6	93	18,1	226	44,1	95	18,5
s.13.	2	0,4	46	9,0	76	14,8	284	55,4	105	20,5
s.14.	1	0,2	62	12,1	98	19,1	276	53,8	76	14,8
s.15.	67	13,1	152	29,6	131	25,5	119	23,2	44	8,6
s.16.	82	16,0	242	47,2	89	17,3	83	16,2	17	3,3
s.17.	70	13,6	227	44,2	80	15,6	113	22,0	23	4,5
s.18.	79	15,4	255	49,7	67	13,1	72	14,0	40	7,8
s.19.	78	15,2	216	42,1	93	18,1	80	15,6	46	9,0
s.20.	68	13,3	182	35,5	120	23,4	89	17,3	54	10,5

Tablo 3. 3. Devam: Katılımcıların karar verme stilleri ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

s.21.	41	8,0	207	40,4	124	24,2	84	16,4	57	11,1
s.22.	34	6,6	151	29,4	116	22,6	142	27,7	70	13,6
s.23.	67	13,1	247	48,1	105	20,5	50	9,7	44	8,6
s.24.	31	6,0	122	23,8	92	17,9	183	35,7	85	16,6

Toplam N=513, %100

Tablo 3.3'te katılımcıların Karar Verme Stilleri Ölçeğinde yer alan önermelere verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Katılımcılar; *'Kararlarımı verirken içgüdülerime güvenirim(s.6).', 'Bir karar verirken sezgilerime güvenme eğilimindeyimdir(s.7).' 'Önemli kararlarımı alırken başkalarının tavsiyelerinden yararlanırım(s.13).'* genel olarak *'katılıyorum'* şeklinde yanıtladıkları saptandı.

Katılımcıların en fazla katıldıkları dört önerme sırasıyla, '*Karar vermeden önce doğru gerçeklerim vardır(s.2).', 'Mantıklı ve sistematik bir yolla karar veririm(s.3).', 'Karar vermem dikkatli düşünmemi gerektirir(s.4).', 'Karar verirken belirli bir amaca yönelik değişik seçenekleri göz önünde bulundururum(s.5).' önermeleridir.*

Katılımcıların en az katıldıkları önermeler, *'Mümkün olduğunca kararlarımı ertelerim(s.16).', 'Önemli kararlarımı, genellikle son dakikada veririm(s.18).', 'Üzerinde düşünmek beni rahatsız ettiği için pek çok kararı ertelerim(s.19).' ve 'Kararlarımı, sıklıkla düşünmeden veririm(s.23).'* olarak saptandı.

Tablo 3. 4. Katılımcıların meslekte profesyonel tutum envanterine verdikleri yanıtların dağılımı

	Bana Hiç Uymuyor		**Bana Uymuyor**		**Kararsızım**		**Bana Biraz Uyuyor**		**Bana Tamamen Uyuyor**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
s.1.	36	7,1	34	6,6	73	14,2	141	27,5	229	44,6
s.2.	40	7,8	87	17,0	93	18,1	186	36,3	107	20,9
s.3.	-	-	4	0,8	41	8,0	193	37,6	275	53,6
s.4.	10	1,9	42	8,2	95	18,5	184	35,9	182	35,5
s.5.	8	1,6	12	2,3	47	9,2	217	42,3	229	44,6
s.6.	2	0,4	28	5,5	63	12,3	193	37,6	227	44,2
s.7.	2	0,4	37	7,2	29	5,7	233	45,4	212	41,3
s.8.	2	0,4	18	3,5	96	18,7	166	32,4	231	45,0
s.9.	33	0,6	25	4,9	45	8,8	191	37,2	249	48,5

Tablo 3.4. Devam: Katılımcıların meslekte profesyonel tutum envanterine verdikleri yanıtların dağılımı

s.10.	3	0,6	15	2,9	34	6,6	192	37,4	269	52,4
s.11.	14	2,7	22	4,3	59	11,5	204	39,8	214	41,7
s.12.	5	1,0	26	5,1	62	12,1	148	28,8	272	53,0
s.13.	63	12,3	111	21,6	138	26,9	115	22,4	86	16,8
s.14.	11	2,1	22	4,3	97	18,9	200	39,0	183	35,7
s.15.	11	2,1	21	4,1	48	9,4	169	32,9	264	51,5
s.16.	2	0,4	4	0,8	40	7,8	188	36,6	279	54,4
s.17.	2	0,4	15	2,9	48	9,4	176	34,3	272	53,0
s.18.	3	0,6	3	,6	87	17,0	194	37,8	226	44,1
s.19.	10	1,9	13	2,5	32	6,2	202	39,4	256	49,9
s.20.	11	2,1	27	5,3	95	18,5	200	39,0	180	35,1
s.21.	1	0,2	7	1,4	80	15,6	161	31,4	264	51,5
s.22.	5	1,0	8	1,6	92	17,9	188	36,6	220	42,9
s.23.	7	1,4	22	4,3	55	10,7	250	48,7	179	34,9
s.24.	44	8,6	74	14,4	111	21,6	153	29,8	131	25,5
s.25.	115	22,4	72	14,0	65	12,7	117	22,8	144	28,1
s.26.	84	16,4	90	17,5	89	17,3	145	28,3	105	20,5
s.27.	14	2,7	55	10,7	70	13,6	148	28,8	226	44,1
s.28.	10	1,9	33	6,4	34	6,6	228	44,4	208	40,5
s.29.	7	1,4	27	5,3	48	9,4	220	42,9	211	41,1
s.30.	-	-	6	1,2	48	9,4	243	47,4	216	42,1
s.31.	3	0,6	46	9,0	101	19,7	187	36,5	176	34,3
s.32.	1	0,2	2	0,4	41	8,0	161	31,4	308	60

Toplam N=513, %100

Tablo 3.4**'**te, katılımcıların Meslekte Profesyonel Tutum Envanterine verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Tabloya göre; katılımcıların ölçekte yer alan önermelere genellikle bana tamamen uyuyor yanıtlarını vermişlerdir. Katılımcılara en çok uyan önermeler sırasıyla '*Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım(s.3).', 'Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim(s.10).', 'Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez(s.12).', 'Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım(s.15).', 'Mesleki prensiplerimi önemserim(s.16).', 'Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açığım(s.17).', 'Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm.(s.19).', 'Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım(s.21).'* ve *'İşimde disiplinliyim(s.32).'* önermeleridir.

Katılımcılara en az uyan önermeler sırasıyla *'İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez(s.13).', 'Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm(s.2).', 'İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu*

sakinleştirip ikna etmeye çalışırım(s.4).' ve *'Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum(s.14).' önermeleridir.*

3.3. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara Ait Bulgular

Duygusal zekâ, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutum ölçeklerine ait ifadeler araştırmaya katılan sağlık çalışanları tarafından 'kesinlikle katılıyorum (5) ve kesinlikle katılmıyorum (1) arasında değerlendirilmiştir.

Tablo 3.5. Katılımcıların ölçek genel toplam puan ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar

	n	**Min**	**Max**	**ort**	**ss**
Duygusal Zekâ Genel Toplam Puanı (DZ)	513	1	5	3,52	0,42
İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi (İRHD)	513	1	5	3,74	0,45
Duyguların Kullanımı (DK)	513	1	5	3,33	0,62
Duyguların Değerlendirilmesi (DD)	513	1	5	3,34	0,71
Karar Verme Stilleri Genel Toplam Puan (KVS)	513	2	5	3,35	0,46
Rasyonel Karar Verme Stili Alt Boyutu (RKVS)	513	2	5	4,03	0,52
Sezgisel Karar Verme Stili Alt Boyutu (SKVS)	513	1	5	3,69	0,70
Bağımlı Karar Verme Stili Alt Boyutu (BKVS)	513	1	5	3,44	0,69
Kaçınmacı Karar Verme Stili Alt Boyutu (KKVS)	513	1	5	2,57	0,95
Kendiliğinden/Anlık Karar Verme Stili (KAKVS)	513	1	5	2,95	0,93
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)	513	80	160	4,06	0,53

Tablo 3.5'te görüldüğü üzere duygusal zekâ, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutum envanterinin betimsel istatistikleri bulunmuştur. Duygusal zekâ ölçeğine ait ortalama 3,5 bulunmuştur. Genel itibariyle katılımcıların duygusal zekâ düzeylerinin orta seviyelerde olduğunu göstermektedir. Duygusal zekanın alt boyutlarının ortalamaları değerlendirildiğinde; iyimserlik/ ruh hali ortalaması 3,74, duyguların kullanımı ortalaması 3,33, duyguların değerlendirilmesi ortalaması 3,34 olduğu bulunmuş olup katılımcıların alt boyutlar arasında iyimserlik/ ruh halinin

düzenlemesi ortalaması duyguların kullanımı ve değerlendirilmesi alt boyuta göre daha yüksek çıkmıştır.

Karar verme stilleri ölçeğinde ortalama 3,35 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının ortalamaları ise rasyonel karar verme 4,03, sezgisel karar verme 3,69, bağımlı karar verme 3,44, kaçınmacı karar verme 2,57, kendiliğinden anlık karar verme 2,95 olarak bulunmuştur. Katılımcıların rasyonel karar vermede ortalamaları diğer alt boyutlara göre daha yüksek çıkmıştır. Katılımcılar kaçınmacı karar verme ve kendiliğin anlık karar vermeden aldıkları puan ortalamaları ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Meslekte profesyonel tutum envanterinin ortalaması 4,065 bulunmuştur. Ortalamanın üzerinde bir sonuç olması katılımcıların profesyonel tutum yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

3.4. Araştırmanın Demografik Verileri ile Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri ve Alt Boyutları Arasındaki Analizlere Ait Bulgular (Mann Whitney U Testi)

Araştırmaya dahil olanların, duygusal zeka genel puan ortalaması, iyimserlik ruh hali alt boyutu, duyguların kullanımı alt boyutu ve duyguların değerlendirilmesi ile bağımsız gruplar (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu ve çalışma şekli), karar verme stilleri genel ortalaması ve rasyonel karar verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili, kaçınmacı karar verme stili ve kendiliğinden anlık karar verme stili alt boyutları ile bağımsız gruplar (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu ve çalışma şekli) ve meslekte profesyonel tutum envanteri ortalaması ile bağımsız gruplar (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu ve çalışma şekli) arasında Mann Whitney U Test analizi yapılmış olup bulgular tablolar şeklinde sunulmuştur.

Tablo 3.6. Araştırmaya dâhil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile cinsiyet arasında mann whitney u testi analizi

	Cinsiyet	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**U**	***p***
DZ	Erkek	196	266,77	3,56	0,45	29151,50	0,24
	Kadın	317	250,96	3,49	0,40		
İRHD	Erkek	196	259,24	3,76	0,47	30626,00	0,78
	Kadın	317	255,61	3,73	0,44		
DK	Erkek	196	266,41	3,38	0,63	29222,00	0,25
	Kadın	317	251,18	3,30	0,61		
DD	Erkek	196	267,68	3,40	0,69	28973,00	0,19
	Kadın	317	250,40	3,30	0,71		

Tablo 3.6. devamı: Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile cinsiyet arasında mann whitney u testi analizi

KVS	Erkek	196	281,95	3,45	0,48	26176,00	**0,00***
	Kadın	317	241,57	3,29	0,44		
RKVS	Erkek	196	268,01	4,08	0,52	28908,00	0,14
	Kadın	317	250,19	4,00	0,52		
SKVS	Erkek	196	287,52	3,85	0,61	25083,50	**0,00***
	Kadın	317	238,13	3,58	0,74		
BKVS	Erkek	196	265,92	3,49	0,71	29317,50	0,28
	Kadın	317	251,48	3,40	0,68		
KKVS	Erkek	196	280,09	2,71	0,95	26540,00	**0,00***
	Kadın	317	242,72	2,49	0,94		
KAKVS	Erkek	196	270,82	3,02	0,85	28357,50	0,09
	Kadın	317	248,46	2,90	0,97		
MPTE	Erkek	196	263,64	4,07	0,56	29764,00	
	Kadın	317	252,89	4,05	0,52		0,42

n= 513, *p<0,05

Tablo 3.6'da araştırmaya dahil olanların cinsiyeti ile ölçek puan ortalamaları ve ölçek alt boyutları arasında bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır.

Cinsiyet ile karar verme stilleri genel puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Sezgisel karar verme stili ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Erkek katılımcıların kadınlara göre sezgisel karar verme stili ortalamaları daha fazla çıkmıştır. Kaçınmacı karar verme stili ile cinsiyet arasında da anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre kaçınmacı karar verme stil ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Cinsiyet ile duygusal zekâ genel puan ortalamaları ve duygusal zekâ ölçeğinin alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Cinsiyet ile Rasyonel karar verme, bağımlı karar verme, kendiliğinden anlık karar verme stilleri alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Cinsiyet ile meslekte profesyonel tutum arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Bu sonuçlara göre Hipotez 2, Hipotez 22, reddedilmiş olup Hipotez 12 kabul edilmiştir.

Tablo 3.7. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile medeni durum arasında mann whitney u testi analizi

	Medeni Durum	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**U**	***p***
DZ	Evli	246	257,80	3,51	0,42	32644	0,90
	Bekar	267	256,26	3,52	0,43		
İRHD	Evli	246	257,92	3,80	0,42	28186,50	**0,00***
	Bekar	267	239,57	3,69	0,47		
DK	Evli	246	241,52	3,26	0,64	36648	**0,02***
	Bekar	267	271,26	3,39	0,60		
DD	Evli	246	243,12	3,26	0,77	36256,50	**0,04***
	Bekar	267	269,79	3,41	0,64		
KVS	Evli	246	244,99	3,31	0,46	35796	0,07
	Bekar	267	268,07	3,39	0,47		
RKVS	Evli	246	261,16	4,06	0,52	31817	0,53
	Bekar	267	253,16	4,01	0,52		
SKVS	Evli	246	261,80	3,71	0,72	31660	0,47
	Bekar	267	252,58	3,67	0,68		
BKVS	Evli	246	256,00	3,44	0,65	33087,50	0,88
	Bekar	267	257,92	3,43	0,72		
KKVS	Evli	246	239,26	2,45	0,89	37205	**0,00***
	Bekar	267	273,34	2,69	0,98		
KAKVS	Evli	246	237,41	2,81	0,90	37659	**0,00***
	Bekar	267	275,04	3,07	0,94		
MPTE	Evli	246	284,94	4,16	0,51	25967,50	**0,00***
	Bekar	267	231,26	3,97	0,54		

n= 513, *p<0,05

Tablo 3.7'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların medeni durum ile ölçek ortalamaları ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır.

Medeni durum ile iyimserlik ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanımı, duyguların değerlendirilmesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Evli olan katılımcıların iyimserlik ruh halinin bekar katılımcılara göre daha fazla çıkmıştır. Bekar olan katılımcıların evli olan katılımcılara oranla duygularının kullanımı ortalaması daha fazla çıkmıştır. Yine bekarların evlilere göre duygularını değerlendirme ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

Medeni durum ile kaçınmacı karar verme stili ve kendiliğinden-anlık karar verme stili arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Bekar olan katılımcıların evlilere göre kaçınmacı karar vermede ortalamaları daha fazla çıkmıştır. Bekar olan katılımcıların yine evli olan katılımcılara göre kendiliğinden anlık karar verme stil ortalaması daha fazla çıkmıştır.

Medeni durum ile meslekte profesyonel tutum arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Evli olan katılımcıların bekar olan katılımcılara oranla meslekte profesyonel tutumları daha yüksek çıkmıştır.

Medeni durum ile rasyonel karar verme, sezgisel karar verme, bağımlı karar verme stilleri ortalamaları arasında anlamı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Medeni durum ile duygusal zekâ ve karar verme stilleri ölçek genel puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0,05). Bu bulgulara göre Hipotez 3, Hipotez 13 reddedilmiş olup Hipotez 23 kabul edilmiştir.

Tablo 3.8. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile çocuk sahibi olup olmama durumu arasında mann whitney u testi analizi

	Çocuk	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**U**	***p***
DZ	Var	207	254,22	3,52	0,45	32247	0,72
	Yok	306	258,88	3,52	0,41		
İRHD	Var	207	280,18	3,81	0,43	26872,50	**0,00***
	Yok	306	241,32	3,69	0,45		
DK	Var	207	238,30	3,25	0,66	25542	**0,01***
	Yok	306	269,65	3,38	0,59		
DD	Var	207	236,65	3,22	0,80	35883,50	**0,01***
	Yok	306	270,77	3,41	0,62		
KVS	Var	207	260,31	3,35	0,48	30986,50	0,67
	Yok	306	254,76	3,35	0,45		
RKVS	Var	207	268,08	4,08	0,53	29377,50	0,15
	Yok	306	249,50	4,00	0,51		
SKVS	Var	207	275,69	3,76	0,73	37802	**0,01***
	Yok	306	244,36	3,64	0,68		
BKVS	Var	207	265,89	3,48	0,71	29830	0,26
	Yok	306	250,98	3,41	0,68		
KKVS	Var	207	245,43	2,49	0,93	34066,50	0,14
	Yok	306	264,83	2,63	0,96		
KAKVS	Var	207	242,83	2,84	0,92	34605	0,07
	Yok	306	266,59	3,01	0,93		
MPTE	Var	207	303,91	4,23	0,47	21961,50	
	Yok	306	225,27	3,95	0,55		**0,00***

n= 513, *p<0,05

Tablo 3.8'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların çocuk sahibi olma durumu ile ölçek ortalamaları ve ölçek alt boyutları arasında bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır.

Çocuk sahibi olma durumu ile iyimserlik ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanımı, duyguların değerlendirilmesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Çocuğu olan katılımcıların çocuğu olmayan katılımcılara

oranla iyimserlik ruh halinin düzenlenmesi ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Duyguların kullanımı ortalaması çocuk sahibi olamayan katılımcıların daha fazla çıkmıştır. Ayrıca çocuk sahibi olmayan katılımcıların duyguları değerlendirme ortalamaları çocuğu olanlara oranla daha fazla çıkmıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile sezgisel karar verme stili arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olan katılımcıların çocuğu olmayan katılımcılara oranla sezgisel karar verme ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile meslekte profesyonel tutum arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olan katılımcılara göre meslekte profesyonel tutum düzeyi daha yüksek çıkmıştır. Çocuk sahibi olma durumu ile rasyonel karar verme, bağımlı karar verme, kaçınmacı karar verme ve kendiliğinden anlık karar verme stilleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Çocuk sahibi olma durumu ile duygusal zekâ ve karar verme stilleri genel puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre Hipotez 4, Hipotez 14 reddedilmiş olup Hipotez 24 kabul edilmiştir.

Tablo 3.9. Araştırmaya dahil olanların ölçek ve alt boyutları ortalamaları ile çalışma şekli arasında mann whitney u testi analizi

	Çalışma Şekli	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**U**	***p***
DZ	Kadrolu	392	254,09	3,51	0,42	24855,5	0,42
	Sözleşmeli	121	266,42	3,54	0,42		
İRHD	Kadrolu	392	265,42	3,77	0,44	20414,5	**0,02***
	Sözleşmeli	121	229,71	3,66	0,46		
DK	Kadrolu	392	249,80	3,29	0,63	26536,5	0,04
	Sözleşmeli	121	280,31	3,44	0,59		
DD	Kadrolu	392	247,56	3,29	0,73	27417,5	**0,00***
	Sözleşmeli	121	287,59	3,50	0,61		
KVS	Kadrolu	392	247,11	3,32	0,44	27594,5	**0,00***
	Sözleşmeli	121	289,05	3,47	0,52		
RKVS	Kadrolu	392	255,44	4,02	0,51	24327,5	0,66
	Sözleşmeli	121	262,05	4,05	0,56		
SKVS	Kadrolu	392	256,07	3,68	0,69	24080,0	0,79
	Sözleşmeli	121	260,01	3,69	0,74		
BKVS	Kadrolu	392	256,70	3,43	0,67	23834,0	0,93
	Sözleşmeli	121	257,98	3,46	0,74		
KKVS	Kadrolu	392	248,97	2,51	0,88	26863,5	**0,02***
	Sözleşmeli	121	283,01	2,79	1,12		
KAKVS	Kadrolu	392	241,60	2,83	0,85	29751,0	**0,00***
	Sözleşmeli	121	306,88	3,31	1,08		
MPTE	Kadrolu	392	257,88	4,06	0,55	23370,5	
	Sözleşmeli	121	254,14	4,07	0,47		0,80

n= 513 *p<0,05

Tablo 3.9'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların çalışma şekli ile ölçek ortalamaları ve ölçek alt boyutları arasında bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi analizi yapılmıştır.

Çalışma şekli ile iyimserlik ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanımı, duyguların değerlendirilmesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma şekli ile iyimserlik ruh halinin düzenlenmesi alt boyut ortalaması, kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara oranla daha fazla çıkmıştır. Duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut ortalamaları sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre daha fazla çıkmıştır.

Çalışma şekli ile karar verme stili genel puan ortalaması arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcılardan sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre karar verme stilleri genel puan ortalamaları (kadrolu çalışanların sayılarının daha yüksek olmasına rağmen) daha yüksek çıkmıştır. Çalışma şekli ile karar verme stilleri alt boyutlarından olan kendiliğinden anlık karar verme stilleri ve kaçınmacı karar verme stilleri alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre kaçınmacı karar verme stilleri ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Sözleşmeli çalışanların kendiliğinden anlık karar verme stilleri ortalamaları kadrolu olan katılımcılara göre daha fazla çıkmıştır.

Çalışma şekli ile rasyonel karar verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili, alt boyutları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Çalışma şekli ile duygusal zekâ ve meslekte profesyonel tutum genel puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bu bulgulara göre Hipotez 6, Hipotez 26 reddedilmiş olup Hipotez 16 kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Demografik Verileri ile Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri Arasındaki Tek Yönlü Varyans Analizlerine Ait Bulgular (Kruskal Wallis H)

Bu kısımda araştırmaya dahil olanların, duygusal zeka genel puan ortalaması, iyimserlik ruh hali alt boyutu, duyguların kullanımı alt boyutu ve duyguların değerlendirilmesi ile bağımsız gruplar (yaş, eğitim düzeyi, meslek, meslekte geçen süre, çalışılan birim/dal ve vardiya) arasında, karar verme stilleri genel ortalaması ve rasyonel karar verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili, kaçınmacı karar verme stili ve kendiliğinden anlık karar verme stili alt boyutları ile

bağımsız gruplar (yaş, eğitim düzeyi, meslek, meslekte geçen süre, çalışılan birim/dal ve vardiya) arasında ve meslekte profesyonel tutum envanteri ortalaması ile bağımsız gruplar (yaş, eğitim düzeyi, meslek, meslekte geçen süre, çalışılan birim/dal ve vardiya) arasında Kruskal Wallis H Testi ile gruplar arasındaki farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmış olup bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3.10. Araştırmaya dâhil olanların yaş ile duygusal zekâ genel ölçek puanı ve alt boyut ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Yaş	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
DZ	1.18-25	128	281,48	3,58	0,43	5,72	0,12	
	2.26-30	173	241,34	3,46	0,39			
	3.31-35	103	249,71	3,48	0,33			
	4.36 ve üzeri	109	260,00	3,56	0,52			
İRHD	1.18-25	128	275,37	3,79	0,46	18,64	**0,00***	4>2**
	2.26-30	173	223,85	3,64	0,47			
	3.31-35	103	248,45	3,73	0,36			
	4.36 ve üzeri	109	296,13	3,86	0,46			
DK	1.18-25	128	277,03	3,42	0,61	3,30	0,34	
	2.26-30	173	252,49	3,30	0,60			
	3.31-35	103	245,29	3,28	0,55			
	4.36 ve üzeri	109	251,70	3,31	0,73			
DD	1.18-25	128	293,25	3,51	0,6	12,63	**0,00***	1>3**
	2.26-30	173	252,13	3,31	0,68			
	3.31-35	103	225,69	3,19	0,67			
	4.36 ve üzeri	109	251,74	3,30	0,86			

n= 513,

*p<0,05 **p<0,008

Tablo 3.10'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların yaşı ile ölçek genel puan ortalamaları ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır

İyimserlik ruh hali alt boyutu ve duyguların değerlendirilmesi alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05).

Tamhane test sonuçlarına göre, iyimserlik ruh hali ortalamaları 36 yaş ve üzeri olan çalışanların, 26-30 yaş aralığında ki çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Duyguların değerlendirilmesi ortalamaları ise 18-25 yaş aralığında olanların 31-35 yaş aralığındakilere göre daha yüksek çıkmıştır. Duygusal zekâ genel ölçek puanı ve

duyguların kullanımı alt boyut ile yaş arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Bu sonuçlara göre Hipotez 1 reddedilmiştir.

Tablo 3.11. Araştırmaya dâhil olanların eğitim düzeyi ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Eğitim Düzeyi	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
DZ	1.Lise	58	319,17	3,71	0,47	12,91	**0,01***	1>4**
	2.Önlisans	83	246,15	3,50	0,47			
	3.Lisans	249	253,99	3,50	0,4			
	4.YLisans	77	232,26	3,44	0,41			
	5.Doktora	46	255,87	3,50	0,35			
İRHD	1.Lise	58	328,84	3,94	0,51	25,19	**0,00***	1>2**
	2.Önlisans	83	287,07	3,84	0,46			
	3.Lisans	249	246,97	3,7	0,44			
	4.YLisans	77	215,97	3,62	0,44			
	5.Doktora	46	235,14	3,68	0,3			
DK	1.Lise	58	321,11	3,60	0,69	15,98	**0,00***	1>2**
	2.Önlisans	83	225,72	3,21	0,74			
	3.Lisans	249	258,95	3,33	0,57			
	4.YLisans	77	238,04	3,26	0,55			
	5.Doktora	46	253,78	3,30	0,61			
DD	1.Lise	58	314,45	3,58	0,73	15,96	**0,00***	1>2**
	2.Önlisans	83	219,35	3,16	0,77			
	3.Lisans	249	263,38	3,37	0,67			
	4.YLisans	77	238,12	3,26	0,7			
	5.Doktora	46	249,55	3,29	0,69			

n= 513,

*p<0,05, **p<0,005

Tablo 3.11'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların eğitim düzeyi ile ölçek genel puan ortalamaları ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.Duygusal zekâ genel puan ortalaması, iyimserlik ruh hali alt boyutu, duyguların kullanımı alt boyutu ve duyguların değerlendirilmesi alt boyutu arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Tamhane test sonuçlarına göre, eğitim düzeyi lise olanların iyimserlik ruh hali, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilme alt boyut ortalamaları önlisans mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır (p<0,005).

Bu sonuçlara göre Hipotez 5 kabul edilmiştir.

Tablo 3.12. Araştırmaya dâhil olanların meslek ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Meslek	n	Rank	Ort.	ss	H	*p*	Post-Hoc (Tamhane)
DZ	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	260,56	3,54	0,45	3,874	**0,04***	
	2.Doktor	114	227,68	3,42	0,36			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	273,54	3,56	0,41			
İRHD	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	267,63	3,78	0,47	9,712	**0,00***	1>2**
	2.Doktor	114	215,89	3,62	0,35			
	3.Diğer sağlık çalışanı****	148	270,63	3,77	0,47			
DK	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	262,95	3,34	0,66	3,975	0,06	
	2.Doktor	114	228,54	3,22	0,55			
	3.Diğer sağlık çalışanı****	148	268,83	3,39	0,60			
DD	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	257,82	3,35	0,74	1,702	0,09	
	2.Doktor	114	233,70	3,23	0,65			
	3.Diğer sağlık çalışanı****	148	273,55	3,39	0,67			

n= 513, *p<0,05, **p<0,016****Sağlık Teknikerleri ve Teknisyenleri (radyoloji, anestezi, laborant)
*** Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru

Tablo 3.12'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların meslek ile ölçek genel puan ortalamaları ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.İyimserlik ruh hali alt boyutu ile meslek arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Tamhane test sonucuna göre, yardımcı sağlık çalışanlarının iyimserlik ruh hali doktor olanlara göre ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.Duyguların kullanımı alt boyutu ile meslek arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Duyguların değerlendirilmesi alt boyutları ile meslek arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Bu sonuçlara göre Hipotez 8 kabul edilmiştir.

Tablo 3.13. Araştırmaya dâhil olanların meslekteki süre ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Meslekteki Süre	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***
DZ	1.5 yıldan az	181	253,87	3,50	0,42	0,27	0,96
	2.5-10 yıl	146	261,91	3,52	0,40		
	3.11-15 yıl	109	257,74	3,51	0,37		
	4.16 yıl ve üzeri	77	254,00	3,55	0,54		
İRHD	1.5 yıldan az	181	244,36	3,69	0,46	10,23	0,**01***
	2.5-10 yıl	146	239,19	3,70	0,46		
	3.11-15 yıl	109	274,56	3,79	0,37		
	4.16 yıl ve üzeri	77	295,64	3,87	0,50		
DK	1.5 yıldan az	181	262,67	3,36	0,57	3,03	0,38
	2.5-10 yıl	146	266,83	3,37	0,62		
	3.11-15 yıl	109	236,55	3,23	0,57		
	4.16 yıl ve üzeri	77	253,99	3,33	0,78		
DD	1.5 yıldan az	181	274,94	3,44	0,61	4,97	0,17
	2.5-10 yıl	146	255,72	3,32	0,69		
	3.11-15 yıl	109	240,16	3,25	0,74		
	4.16 yıl ve üzeri	77	241,10	3,26	0,85		

n= 513,

*p<0,05, **p<0,008

Tablo 3.13'te görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların meslekteki süreleri ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

İyimserlik ruh hali alt boyutu ile meslekteki süre arasında anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05). Tamhane test sonucuna göre gruplar arasında fark bulunamamıştır (p>0,008). Duygusal zekâ genel puanı, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi alt boyutları ile meslek arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Bu sonuçlara göre Hipotez 9 reddedilmiştir.

Tablo 3.14. Araştırmaya dâhil olanların çalışılan birim/dal ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Çalışılan Birim/Dal	n	Rank	Ort.	ss	H	*p*	Post-Hoc (Tamhane)
DZ	1.Acil Servis	81	321,85	3,69	0,41	23,24	**0,00***	1>9**
	2.Yoğun Bakım	77	233,72	3,45	0,39			
	3.Klinik	92	263,10	3,55	0,46			
	4.Laboratuvar	48	273,72	3,59	0,46			
	5.Ameliyathane	64	253,93	3,51	0,43			
	6.Radyoloji	39	206,08	3,38	0,38			
	7.Temel Tıp	34	281,71	3,57	0,39			
	8.Dahili Tıp	41	253,87	3,48	0,34			
	9.Cerrahi Tıp	37	166,36	3,26	0,32			
İRHD	1.Acil Servis	81	323,55	3,92	0,45	**27,97**	**0,00***	1>9**
	2.Yoğun Bakım	77	239,44	3,69	0,45			
	3.Klinik	92	276,24	3,81	0,45			
	4.Laboratuvar	48	276,61	3,80	0,52			
	5.Ameliyathane	64	214,62	3,62	0,42			
	6.Radyoloji	39	247,88	3,69	0,49			
	7.Temel Tıp	34	267,00	3,75	0,39			
	8.Dahili Tıp	41	215,88	3,63	0,36			
	9.Cerrahi Tıp	37	193,86	3,56	0,36			
DK	1.Acil Servis	81	296,13	3,47	0,61	**12,41**	**0,00***	1>9**
	2.Yoğun Bakım	77	258,10	3,33	0,52			
	3.Klinik	92	247,28	3,28	0,71			
	4.Laboratuvar	48	276,75	3,45	0,65			
	5.Ameliyathane	64	280,83	3,42	0,66			
	6.Radyoloji	39	212,87	3,19	0,51			
	7.Temel Tıp	34	244,68	3,30	0,55			
	8.Dahili Tıp	41	274,62	3,36	0,67			
	9.Cerrahi Tıp	37	164,70	2,97	0,48			
DD	1.Acil Servis	81	314,28	3,56	0,75	21,77	**0,00***	1>9**
	2.Yoğun Bakım	77	240,59	3,28	0,68			
	3.Klinik	92	264,38	3,38	0,72			
	4.Laboratuvar	48	269,43	3,39	0,71			
	5.Ameliyathane	64	252,77	3,31	0,76			
	6.Radyoloji	39	200,44	3,10	0,56			
	7.Temel Tıp	34	294,44	3,50	0,60			
	8.Dahili Tıp	41	246,06	3,31	0,65			
	9.Cerrahi Tıp	37	175,95	2,95	0,59			
	Total	513		3,34	0,71			

n= 513, *p<0,05, **P<0,001

Tablo 3.14'te görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların çalışılan birim/ dal ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı

çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

Duygusal zekâ genel puan, iyimserlik ruh hali, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi ortalaması ile çalışılan birim/ dal arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tamhane test sonucuna göre acil serviste çalışanların duygusal zekâ genel puanı, iyimserlik ruh hali, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi cerrahi tıp alanında çalışanlara göre ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre Hipotez 10 kabul edilmiştir.

Tablo 3.15. Araştırmaya dâhil olanların vardiya ile duygusal zekâ ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Vardiya	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
DZ	1.Gündüz	77	283,82	3,61	0,46	**2,976**	0,22	
	2.Gece	61	250,66	3,50	0,38			
	3.Karma***	375	252,53	3,50	0,42			
	Total	513		3,52	0,42			
İRHD	1.Gündüz	77	302,78	3,89	0,41	8,692	**0,01***	1>3**
	2.Gece	61	246,98	3,73	0,44			
	3.Karma***	375	249,23	3,71	0,45			
	Total	513		3,74	0,45			
DK	1.Gündüz	77	272,12	3,39	0,76	1,003	0,61	
	2.Gece	61	250,25	3,32	0,57			
	3.Karma***	375	254,99	3,32	0,60			
	Total	513		3,33	0,62			
DD	1.Gündüz	77	268,98	3,40	0,79	2,012	0,39	
	2.Gece	61	275,80	3,44	0,65			
	3.Karma***	375	251,48	3,31	0,69			
	Total	513		3,34	0,71			

n= 513, *p<0,05, **p<0,016, ***Karma: hem gündüz hem gece çalışan

Tablo 3.15'te görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların vardiya ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır. İyimserlik ruh hali ile vardiya arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tamhane test sonucuna göre, iyimserlik ruh hali gündüz çalışanların karma (gündüz-nöbet) çalışanlara kıyasla ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Duygusal zekâ genel puanı, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi ile vardiya şekli

arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Bu sonuçlara göre Hipotez 7 reddedilmiştir.

Tablo 3.16. Araştırmaya dâhil olanların yaş ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Yaş	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
KVS	1.18-25	128	273,30	3,41	0,47	11,52	**0,00***	
	2.26-30	173	230,33	3,27	0,43			
	3.31-35	103	287,01	3,41	0,37			
	4.36 ve üzeri	109	251,83	3,35	0,57			
RKVS	1.18-25	128	265,27	4,06	0,51	4,18	0,24	
	2.26-30	173	239,05	3,95	0,54			
	3.31-35	103	271,51	4,09	0,54			
	4.36 ve üzeri	109	262,06	4,06	0,45			
SKVS	1.18-25	128	260,34	3,71	0,67	19,55	**0,00***	3>2**
	2.26-30	173	225,01	3,55	0,72			
	3.31-35	103	305,47	3,93	0,52			
	4.36 ve üzeri	109	258,04	3,66	0,80			
BKVS	1.18-25	128	273,60	3,53	0,66	6,10	0,10	
	2.26-30	173	235,02	3,34	0,70			
	3.31-35	103	266,62	3,46	0,68			
	4.36 ve üzeri	109	263,31	3,47	0,71			
KKVS	1.18-25	128	270,40	2,68	1,02	2,05	0,56	
	2.26-30	173	248,70	2,52	0,91			
	3.31-35	103	262,55	2,56	0,85			
	4.36 ve üzeri	109	249,19	2,55	1,01			
KAKVS	1.18-25	128	259,23	3,00	1,01	0,29	0,96	
	2.26-30	173	254,10	2,93	0,93			
	3.31-35	103	262,54	2,92	0,83			
	4.36 ve üzeri	109	253,74	2,93	0,94			

n= 513, *p<0,05, **p<0,008

Tablo 3.16'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların yaş ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

Karar verme stilleri genel puan (p=0,009) ve sezgisel karar verme stili (p=0,000) ortalaması ile yaş arasında Rank (sıra-sayı) ortalamaları arasındaki farklar, istatistiki olarak önemlidir. Tamhane test sonucuna göre, 31-35 yaş aralığında olan çalışanların 26-30 yaş olan çalışanlara göre sezgisel karar verme stili ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Karar verme stilleri genel ortalamasının yaş grupları arasında fark tespit edilememiştir (p<0,008). Rasyonel, bağımlı, kaçınmacı ve kendiliğinden anlık karar verme stilleri alt boyutları ile yaş arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Bu sonuçlara göre Hipotez 11 reddedilmiştir.

Tablo 3.17. Araştırmaya dâhil olanların eğitim ile karar verme stilleri ve alt boyut ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Eğitim	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
KVS	1.Lise	58	309,87	3,53	0,52	12,63	**0,01***	
	2.Önlisans	83	278,49	3,46	0,58			
	3.Lisans	249	246,75	3,31	0,43			
	4.YLisans	77	232,29	3,24	0,37			
	5.Doktora	46	248,42	3,31	0,41			
RKVS	1.Lise	58	303,91	4,17	0,54	28,68	**0,00***	2>3**
	2.Önlisans	83	313,73	4,23	0,52			
	3.Lisans	249	229,06	3,94	0,51			
	4.YLisans	77	262,89	4,05	0,54			
	5.Doktora	46	236,87	3,97	0,34			
SKVS	1.Lise	58	309,90	3,97	0,67	16,31	**0,00***	1>3**
	2.Önlisans	83	289,79	3,83	0,72			
	3.Lisans	249	243,19	3,62	0,67			
	4.YLisans	77	232,04	3,57	0,81			
	5.Doktora	46	247,68	3,64	0,57			
BKVS	1.Lise	58	306,50	3,64	0,74	11,45	**0,02***	
	2.Önlisans	83	278,10	3,56	0,76			
	3.Lisans	249	246,09	3,39	0,68			
	4.YLisans	77	234,23	3,32	0,62			
	5.Doktora	46	253,70	3,42	0,56			
KKVS	1.Lise	58	292,09	2,80	1,05	9,58	**0,04***	
	2.Önlisans	83	249,19	2,55	1,09			
	3.Lisans	249	263,11	2,61	0,94			
	4.YLisans	77	217,15	2,31	0,71			
	5.Doktora	46	260,46	2,56	0,85			
KAKVS	1.Lise	58	260,90	2,98	1,03	1,23	0,87	
	2.Önlisans	83	272,30	3,07	1,07			
	3.Lisans	249	252,39	2,94	0,93			
	4.YLisans	77	253,18	2,85	0,77			
	5.Doktora	46	255,80	2,90	0,76			

n= 513, *p<0,05, **p<0,005

Tablo 3.17'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların eğitim düzeyi ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

Karar verme stilleri genel puan, rasyonel kara verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili ve kaçınmacı karar verme stili ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tamhane test sonucuna göre, önlisans mezunu olan çalışanların lisans mezunu olan çalışanlara göre rasyonel karar verme stili ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Sezgisel karar verme stili ortalaması ise lise mezunu olanların lisans mezunu olanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,005$).

Kendiliğinden anlık karar verme stilleri alt boyutları ile yaş arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre Hipotez 15 kabul edilmiştir.

Tablo 3.18. Araştırmaya dâhil olanların meslek ile ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

	Meslek	**n**	**Rank**	**Ort**	**ss**	**H**	***p***	**Post-Hoc (Tamhane)**
KVS	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	251,06	3,35	0,49	0,34	0,08	
	2.Doktor	114	241,20	3,27	0,38			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	279,24	3,41	0,47			
RKVS	1.Yrd sağlık çalışanı***	251	263,94	4,07	0,50	1,41	0,49	
	2.Doktor	114	244,72	3,97	0,49			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	254,69	4,02	0,56			
SKVS	1. Yrd sağlık çalışanı***	251	265,31	3,73	0,72	4,49	0,07	
	2.Doktor	114	229,66	3,56	0,71			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	263,96	3,70	0,65			
BKVS	1. Yrd sağlık çalışanı***	251	254,08	3,44	0,72	0,05	0,51	
	2.Doktor	114	248,72	3,39	0,57			
KKVS	1. Yrd sağlık çalışanı***	251	249,45	2,54	0,98	0,00	0,13	
	2.Doktor	114	247,06	2,48	0,75			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	277,47	2,71	1,02			

Tablo 3.18. Devam: Araştırmaya dâhil olanların meslek ile ölçek ortalamaları arasında kruskal wallis h testi analizi

KAKVS	1. Yrd sağlık çalışanı***	251	241,68	2,88	1,02	0,94	**0,02***	
	2.Doktor	114	256,39	2,88	0,70			
	3.Diğer sağlık çalışanı*****	148	283,46	3,10	0,91			

n= 513,*p<0,05, **p<0,016, ****Sağlık Teknikerleri ve Teknisyenleri (radyoloji, anestezi, laborant) *** Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru

Tablo 3.18'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların meslek ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır. Kendiliğinden anlık karar verme stili ile meslek arasında istatistiki olarak anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05) fakat Tamhane test sonucuna göre meslek grupları arasında farklılık bulunamamıştır (p<0,016). Bu sonuçlara göre Hipotez 18 reddedilmiştir.

Tablo 3.19. Araştırmaya dâhil olanların meslekteki süre ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi

	Meslekteki süre	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***
KVS	1.5 yıldan az	181	249,25	3,34	0,47	1.12	0,77
	2.5-10 yıl	146	266,54	3,36	0,41		
	3.11-15 yıl	109	255,67	3,34	0,43		
	4.16 yıl ve üzeri	77	259,01	3,38	0,59		
RKVS	1.5 yıldan az	181	240,02	3,96	0,54	6,05	0,10
	2.5-10 yıl	146	269,31	4,08	0,56		
	3.11-15 yıl	109	250,69	4,01	0,47		
	4.16 yıl ve üzeri	77	282,51	4,13	0,42		
SKVS	1.5 yıldan az	181	248,43	3,64	0,69	6,36	0,09
	2.5-10 yıl	146	242,04	3,63	0,72		
	3.11-15 yıl	109	284,87	3,83	0,62		
	4.16 yıl ve üzeri	77	266,08	3,69	0,80		
BKVS	1.5 yıldan az	181	256,93	3,44	0,67	1,53	0,67
	2.5-10 yıl	146	249,21	3,42	0,64		
	3.11-15 yıl	109	271,29	3,47	0,71		
	4.16 yıl ve üzeri	77	251,71	3,40	0,81		
KKVS	1.5 yıldan az	181	263,11	2,60	0,96	0,76	0,85
	2.5-10 yıl	146	248,78	2,56	0,99		
	3.11-15 yıl	109	257,53	2,51	0,82		
	4.16 yıl ve üzeri	77	257,47	2,63	1,02		
KAKVS	1.5 yıldan az	181	258,67	2,97	0,97	7,55	0,05
	2.5-10 yıl	146	276,11	3,04	0,87		
	3.11-15 yıl	109	225,39	2,75	0,93		
	4.16 yıl ve üzeri	77	261,58	2,97	0,93		

n= 513, *p<0,05 **p< 0,008

Tablo 3.19'da görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların meslekteki süre ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır. Karar verme stilleri genel puan, rasyonel kara verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili, kaçınmacı karar verme stili ve kendiliğinden anlık karar verme stili ortalamaları ile meslekteki süre arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Bu sonuçlara göre Hipotez 19 reddedilmiştir.

Tablo 3.20. Araştırmaya dâhil olanların çalışılan birim/ dal ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi

	Çalışılan Birim/ Dal	n	Rank	Ort.	ss	H	*p*	Post-Hoc (Tamhane)
KVS	1.Acil Servis	81	246,41	3,31	0,39	25,44	**0,00***	
	2.YoğunBakım	77	226,77	3,28	0,42			
	3.Klinik	92	276,31	3,41	0,54			
	4.Laboratuvar	48	291,97	3,50	0,58			
	5.Ameliyathane	64	227,97	3,28	0,47			
	6.Radyoloji	39	322,77	3,53	0,44			
	7.Temel Tıp	34	191,56	3,15	0,39			
	8.Dahili Tıp	41	274,71	3,35	0,35			
	9.Cerrahi Tıp	37	271,14	3,37	0,41			
RKVS	1.Acil Servis	81	280,20	4,10	0,48	27,40	**0,00***	3>5**
	2.YoğunBakım	77	226,10	3,94	0,58			
	3.Klinik	92	285,84	4,14	0,42			
	4.Laboratuvar	48	278,45	4,13	0,56			
	5.Ameliyathane	64	199,03	3,82	0,43			
	6.Radyoloji	39	299,01	4,18	0,62			
	7.Temel Tıp	34	217,32	3,87	0,64			
	8.Dahili Tıp	41	229,37	3,91	0,40			
	9.Cerrahi Tıp	37	294,05	4,16	0,45			
SKVS	1.Acil Servis	81	272,26	3,76	0,52	22,01	**0,00***	1>3**
	2.Yoğun Bakım	77	287,42	3,83	0,65			
	3.Klinik	92	254,54	3,67	0,84			
	4.Laboratuvar	48	278,29	3,82	0,69			
	5.Ameliyathane	64	201,61	3,41	0,75			
	6.Radyoloji	39	303,19	3,88	0,53			
	7.Temel Tıp	34	226,79	3,60	0,71			
	8.Dahili Tıp	41	225,1	3,54	0,62			
	9.Cerrahi Tıp	37	249,01	3,61	0,84			

Tablo 3. 20. Devam: Araştırmaya dâhil olanların çalışılan birim/ dal ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi

BKVS	1.Acil Servis	81	291,54	3,58	0,70	18,63	**0,01***	
	2.YoğunBakım	77	263,81	3,49	0,57			
	3.Klinik	92	227,11	3,27	0,83			
	4.Laboratuvar	48	277,25	3,54	0,79			
	5.Ameliyathane	64	223,51	3,34	0,62			
	6.Radyoloji	39	281,54	3,51	0,76			
KKVS	7.Temel Tıp	34	220,07	3,28	0,62	12,90	0,07	
	8.Dahili Tıp	41	298,06	3,60	0,45			
	9.Cerrahi Tıp	37	235,74	3,36	0,60			
	1.Acil Servis	81	235,93	2,39	0,88			
	2.YoğunBakım	77	219,50	2,34	0,95			
	3.Klinik	92	286,75	2,80	1,08			
	4.Laboratuvar	48	284,01	2,83	1,02			
	5.Ameliyathane	64	266,95	2,67	0,87			
	6.Radyoloji	39	270,99	2,65	1,19			
KAKVS	7.Temel Tıp	34	238,76	2,38	0,66	48,76	**0,00***	6>1**
	8.Dahili Tıp	41	262,37	2,62	0,83			
	9.Cerrahi Tıp	37	251,01	2,47	0,65			
	1.Acil Servis	81	192,82	2,55	0,78			
	2.YoğunBakım	77	216,34	2,71	0,95			
	3.Klinik	92	269,19	3,11	1,21			
	4.Laboratuvar	48	281,33	3,14	0,98			
	5.Ameliyathane	64	288,49	3,12	0,79			
	6.Radyoloji	39	343,19	3,39	0,72			
	7.Temel Tıp	34	179,13	2,48	0,66			
	8.Dahili Tıp	41	279,74	3,01	0,65			
	9.Cerrahi Tıp	37	321,26	3,24	0,64			

n= 513,

*p<0,05, **p<0,001

Tablo 3.20'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların çalışılan birim/dal ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

Karar verme stilleri genel puan, rasyonel kara verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili ve kendiliğinden anlık karar verme stili ortalamaları ile çalışılan birim/dal arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05). Tamhane test sonucuna göre kliniklerde çalışanların ameliyathanede çalışanlara göre rasyonel karar verme stili ortalaması, acil servis çalışanlarının ise kliniklerde çalışanlara göre sezgisel karar verme stilleri ortalaması ve kendiliğinden anlık karar verme stil ortalaması ise radyolojide çalışanların acil serviste çalışanlara göre daha yüksek çıkmıştır (p<0,001).

Bağımlı karar verme stilinin çalışılan birim/ dal gruplar arasında önemli fark görülmemiştir (p>0,05). Kaçınmacı karar verme stili ile çalışılan birim/dal arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Bu sonuçlara göre Hipotez 20 kabul edilmiştir.

Tablo 3. 21. Araştırmaya dâhil olanların vardiya ile karar verme stilleri ve alt boyutlarının ölçek ortalamaları kruskal wallis h testi analizi

	Vardiya	**n**	**Rank**	**Ort.**	**ss**	**H**	***p***
KVS	1.Gündüz	77	282,52	3,44	0,56	4,59	0,10
	2.Gece	61	276,79	3,41	0,38		
	3.Karma*	375	248,54	3,32	0,45		
RKVS	1.Gündüz	77	282,40	4,11	0,62	5,57	0,06
	2.Gece	61	223,39	3,94	0,43		
	3.Karma*	375	257,25	4,03	0,51		
SKVS	1.Gündüz	77	286,92	3,82	0,73	3,87	0,14
	2.Gece	61	257,32	3,72	0,56		
	3.Karma*	375	250,80	3,65	0,72		
BKVS	1.Gündüz	77	241,04	3,38	0,92	2,47	0,29
	2.Gece	61	238,98	3,34	0,71		
	3.Karma*	375	263,21	3,46	0,63		
KKVS	1.Gündüz	77	266,16	2,69	1,13	4,83	0,08
	2.Gece	61	292,48	2,79	1,02		
	3.Karma*	375	249,35	2,52	0,89		
KAKVS	1.Gündüz	77	285,69	3,12	0,98	6,22	0,04
	2.Gece	61	281,21	3,21	1,21		
	3.Karma*	375	247,17	2,87	0,85		

n= 513,

*p<0,05, **p<0,016

Tablo 3.21'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların vardiya ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır. Karar verme stilleri genel puan, rasyonel kara verme stili, sezgisel karar verme stili, bağımlı karar verme stili, kaçınmacı karar verme stili ve kendiliğinden anlık karar verme stili ortalamaları ile vardiya arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Bu sonuçlara göre Hipotez 17 reddedilmiştir.

Tablo 3.22. Araştırmaya dahil olanların meslekte profesyonel tutum envanteri ölçek ortalaması ile yaş, eğitim düzeyi, meslek, meslekte geçen süre, çalışılan birim/dal ve vardiya arasında kruskal wallis h testi analizi

	Gruplar	n	Rank	Ort.	ss	H	*p*	Post-Hoc (Tamhane)
Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	**Yaş**							
	1.18-25	128	231,43	4,00	0,47	26,49	**0,00***	3 ve 4>2**
	2.26-30	173	226,82	3,94	0,58			
	3.31-35	103	297,87	4,19	0,51			
	4.36 ve üzeri	109	296,30	4,19	0,52			
	Eğitim Düzeyi							
	1.Lise	58	240,22	4,02	0,46	9,64	**0,04***	
	2.Önlisans	83	296,69	4,19	0,51			
	3.Lisans	249	243,64	4,03	0,52			
	4.Yüksek Lisans	77	257,53	4,04	0,67			
	5.Doktora	46	277,97	4,12	0,57			
	Meslek							
	1.Yardımcı sağlık çalışanı	251	258,98	4,08	0,53	0,13	0,93	
	2.Doktor	114	257,33	4,05	0,59			
	3.Diğer sağlık çalışanı	148	253,39	4,05	0,52			
	Meslekteki Süre							
	1.5 yıldan az	181	225,39	3,97	0,51	21,47		
	2.5-10 yıl	146	247,13	4,01	0,58		**0,00***	3>1**
	3.11-15 yıl	109	296,58	4,20	0,46			
	4.16 yıl ve üzeri	77	293,99	4,18	0,55			
	Çalışılan Birim/Dal							
	1.Acil Servis	81	245,47	4,04	0,49	4,54		
	2.YoğunBakım	77	235,10	4,03	0,46			
	3.Klinik	92	272,77	4,11	0,57		0,80	
	4.Laboratuvar	48	268,63	4,07	0,61			
	5.Ameliyathane	64	261,92	4,08	0,52			
	6.Radyoloji	39	268,09	4,10	0,51			
	7.Temel Tıp	34	251,46	4,08	0,38			
	8.Dahili Tıp	41	244,39	3,96	0,71			
	9.Cerrahi Tıp	37	272,39	4,08	0,62			
	Vardiya							
	1.Gündüz	77	265,63	4,07	0,61	0,35	0,83	
	2.Gece	61	259,40	4,07	0,48			
	3.Karma	375	254,84	4,06	0,53			

n= 513, *p<0,05, **sırasıyla p<0,008, p<0,005, p<0,016, p<0,008, p<0,001, p<0.016

Tablo 3.22'de görüldüğü üzere araştırmaya dahil olanların meslek ile ölçek genel puan ortalaması ve ölçek alt boyut ortalamaları arasında bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi analizi yapılmıştır. Gruplara ilişkin farkın anlamlı çıkması

durumunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane testi uygulanmıştır.

Meslekte profesyonel tutum envanteri ile yaş, eğitim düzeyi ve meslekteki süre arasında istatiksel anlamlılık tespit edilmiştir (p<0,05). Tahmane test sonucuna göre, 31 yaş üzerinde olan çalışanların 26-30 yaş olan çalışanlara göre ortalaması, 11-15 yıl mesleki deneyimi olan çalışanların 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olan çalışanlara göre ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Meslekte profesyonel tutum envanteri ile eğitim düzeyi grupları arasında farklılık bulunamamıştır (p>0,005).

Meslekte profesyonel tutum ile meslek, çalışılan birim/dal ve vardiya arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,0016, p>0,001, p>0,016).

Bu sonuçlara göre Hipotez 21 ve Hipotez 29 kabul edilmiş olup Hipotez 25, Hipotez 27, Hipotez 28, Hipotez 30 reddedilmiştir.

3.6. Araştırmanın Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri, Meslekte Profesyonel Tutum Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular (Korelasyon)

Tablo 3.23. Meslekte profesyonel tutum envanteri ile schutte duygusal zekâ ölçeği ve alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi

		1	2	3	4
1.Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	r				
	p				
2.İyimserlik/Ruh Hali	r	**,171****			
	p	,000			
3.Duyguların Kullanımı	r	**-,123****	**,215****		
	p	,005	,000		
4.Duyguların Değerlendirilmesi	r	**-,123****	**,347****	**,675****	
	p	,005	,000	,000	
5.Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Genel Toplam Puanı	r	**-,015**	**,641****	**,747****	**,849****
	p	,739	,000	,000	,000

**p<0,01 *p<0,05 n=513

Tablo 3.23'te görüldüğü üzere meslekte profesyonel tutum envanteri ile schutte duygusal zekâ ölçeği genel toplam puanı ve alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre meslekte profesyonel tutum ile duygusal zekâ alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Meslekte profesyonel tutum ile iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi (r=0,171) arasında pozitif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0,000).

Meslekte profesyonel tutum ile duyguların kullanılması (r=-0,123), duyguların değerlendirilmesi (r=-0,123) arasında negatif yönlü çok düşük ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,005).

Meslekte profesyonel tutum ile duygusal zekâ arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Bu bulgulara göre duygusal zekâ alt boyutları (iyimserlik/ruh hali, duyguların kullanımı, duyguların değerlendirilmesi) ile meslekte profesyonel tutum arasında çok düşük ilişki bulunmuş fakat genel olarak bakıldığında ölçekler arasında ilişki olmadığı için hipotez 32 reddedilmiştir.

Tablo 3.24. Meslekte profesyonel tutum envanteri ile karar verme stilleri alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi

		1	2	3	4	5	6
1.Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri	r						
	p						
2.Rasyonel Karar Verme	r	**,289****					
	p	,000					
3.Sezgisel Karar Verme	r	**,207****	**,307****				
	p	,000	,000				
4.Bağımlı Karar Verme	r	,048	**,197****	**,452****			
	p	,282	,000	,000			
5.Kaçınma Karar Verme	r	**-,137****	**-,169****	**,131****	**,246****		
	p	,002	,000	,003	,000		
6.Kendiliğinden Karar Verme	r	,067	-,009	**,183****	**,091***	**,586****	
	p	,131	,831	,000	,039	,000	
7.Karar Verme Stilleri Genel Toplam Puan	r	**,114****	**,262****	**,581****	**,589****	**,702****	**,680****
	p	,010	,000	,000	,000	,000	,000

**p<0,01 *p<0,05 n=513

Tablo 3.24'te görüldüğü üzere meslekte profesyonel tutum envanteri ile karar verme stilleri ölçeği ve alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; meslekte profesyonel tutum ile rasyonel karar verme (r=0,289), sezgisel karar verme (r=0,207) arasında pozitif yönlü düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0,01).

Meslekte profesyonel tutum ile kaçınmacı karar verme (r=-0,137) arasında negatif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0,002).

Meslekte profesyonel tutum ile bağımlı karar verme(r=0,048), kendiliğinden anlık karar verme (r=0,067) arasında ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Genel olarak bakıldığından meslekte profesyonel tutum ile karar verme stilleri genel toplam puanları (r=0,114) arasında pozitif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0,010). Bu bağlamda Hipotez 33 kabul edilmiştir.

Tablo 3. 25. Schutte duygusal zekâ ölçeği alt boyutları ile karar verme stilleri alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi

		1	2	3	4	5	6	7
1.İyimserlik/Ruh Hali	r							
	p							
2.Duyguları Kullanıma	r	**,255****						
	p	,000						
3.Duyguları Değerlendirme	r	**,323****	**,674****					
	p	,000	,000					
4.Rasyonel Karar Verme	r	**,398****	-,046	-,077				
	P	,000	,294	,081				
5.Sezgisel Karar Verme	r	**,318****	-,014	-,046	**,259****			
	p	,000	,760	,294	,000			
6.Bağımlı Karar Verme	r	**,242****	,037	,076	**,207****	**,417****		
	p	,000	,407	,084	,000	,000		
7.Kaçınma Karar Verme	r	**-,109***	**,254****	**,209****	**-,165****	**,185****	**,215****	
	p	,014	,000	,000	,000	,000	,000	
8.Kendiliğinden Karar Verme	r	**-,125****	,048	,013	-,022	**,172****	**,097***	**,649****
	p	,005	,279	,767	,623	,000	,029	,000

**p<0,01 *p<0,05 n=513

Tablo 3.25'te görüldüğü üzere Schutte duygusal zekâ ölçeği alt boyutları ile karar verme stilleri alt boyutları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi ile rasyonel karar verme (r= 0,398) ve sezgisel karar verme (r=0,318) arasında pozitif yönde düşük bir ilişki tespit edilmiştir (p<0.01). İyimserlik ruh halinin düzenlemesi ile bağımlı karar verme (r=0,242) arasında pozitif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0.01). İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi ile kaçınmacı karar verme (r=-0,109) ve kendiliğinden anlık karar verme (r=-0,125) arasında çok düşük negatif yönde ilişki tespit edilmiştir (p<0,014, p<0,005).

Duyguları kullanma ile kaçınmacı karar verme (r=0,254) arasında çok düşük pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (p<0,01). Duyguların kullanımı ile rasyonel karar verme (r=-0,046), sezgisel karar verme (r=-0,014), bağımlı karar verme (r=0,037), kendiliğinden anlık karar verme (r=0,048) arasından anlamlı ilişki tespit edilememiştir (p>0,05).

Duyguların değerlendirilmesi ile rasyonel karar verme (r=-0,077), sezgisel karar verme (r=-0,046), bağımlı karar verme (r=0,076), kendiliğinden anlık karar verme (r=0,013) arasından anlamlı ilişki tespit edilememiştir (p>0,05). Duyguların değerlendirilmesi ile kaçınmacı karar verme (r=0,209), arasında çok düşük ilişki tespit edilmiştir (p<0,01).

Bulgulara göre iyimserlik ruh halinin düzenlemesi karar verme stilleri alt boyutlarıyla çok düşük ilişki mevcut fakat duyguların kullanımı ve değerlendirilmesi alt boyutları karar verme stilleri alt boyutlarıyla ilişki bulunamamıştır. Bu bağlamda Hipotez 31 reddedilmiştir.

3.7. Araştırmada Kabul Edilen Hipotezler

Hipotez 5: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 8: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ meslek değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 10: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 12: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 15: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 16: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çalışma şekli değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 20: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 21: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 23: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik medeni durum değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 24: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik çocuk sahibi olup-olmama durumuna değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 29: Sağlık çalışanlarında mesleki profesyonellik meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 31: Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve karar verme stilleri arasında bir ilişki vardır.

Hipotez 33: Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri ve mesleki profesyonellik arasında bir ilişki vardır.

4. TARTIŞMA

İnsanların değişen, gelişen varlıklar olması sebebiyle duygusal zekâ düzeyleri ve iş ortamlarında karşılaştıkları durumları değerlendirebilme, algılayabilme biçimleri de değişkenlik gösterebilmektedir. Yine aynı sebeple iş yerlerinde veya diğer sosyal yaşam alanlarında karar verme stili de farklı durumlar karşısında çeşitlilik gösterebilmektedir. Karar verme stili, meslekte profesyonel tutum sergileyebilmek açısından, birbirleri ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle; sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmış olup araştırmaya 513 sağlık çalışanı katılım göstermiştir.

Araştırmada katılımcıların duygusal zekâ puan ortalaması 3,52 olup; katılımcıların alt boyutlar arasındaki ortalamaları kıyaslandığında iyimserlik ruh hali (3,74) alt boyutu, duyguların kullanımı (3,33) ve duyguların değerlendirilmesi (3,34) alt boyutlarına göre daha yüksektir. Bu bağlamda sağlık çalışanların duygusal zekâ düzeyinin yüksek olduğu ve iyimserlik ruh hali içerisinde oldukları söylenebilir.

Karar verme stilleri genel ortalama (3,35), katılımcıların rasyonel karar verme ortalaması (4,03) ve diğer alt boyutlar ile kıyaslandığında (sezgisel karar verme 3,69, bağımlı karar verme 3,44, kaçınmacı karar verme 2,57, kendiliğinden anlık karar verme 2,95) daha yüksektir. Katılımcıların yüksek oranda rasyonel (mantıksal, akılcı) karar verebildikleri, düşük oranda ise kaçınarak karar verme ve kendiliğinden anlık karar verme stilleri tercih ettiklerini söylenebilir.

Meslekte profesyonel tutum envanterinin ortalaması ise 4,06’ tir. Ortalamanın yüksek olması; katılımcıların, kendilerini meslekte profesyonel tutum içerisinde olduğunu ve profesyonel hissettiklerini göstermektedir.

4.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların %25’i 18-25 yaş aralığında, %33,7’si 26-35 yaş aralığında, %20,1’i 31- 35 yaş aralığında, %21,2’si 36 yaş ve üstüdür. 36 yaş ve üzeri olan çalışanların, 26-30 yaş aralığında ki çalışanlara göre daha iyimserlik ruh hali içerisinde olduğu ve 18-25 yaş aralığında olanların 31-35 yaş aralığındakilere göre duyguları değerlendirmede daha başarılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında 31-

35 yaş aralığında olan çalışanların, 26-30 yaş aralığında olan çalışanlara göre sezgisel (duygu ve önsezi) karar verme stilini daha çok kullandıkları ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 31 yaş üzerinde olan çalışanların, 26-30 yaş olan çalışanlara göre meslekte profesyonel tutum genel puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

'Yenilik yönetiminde yöneticilerin duygusal zekâ yeteneklerinin rolü' adlı araştırmada; 51 yaş üzerinde olan yöneticilerin, 40 yaş altı yöneticilerden duygusal zekâ düzeyleri daha yüksek ve aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. 41 yaşına gelmiş olan bireylerin duygusal zekâ yeteneklerinin gelişmiş olabileceği de ifade edilmiştir (Gürsoy 2014). Yapılan başka bir araştırmada yaş ile duygusal zekâ ve gruplar arasında 36-40 yaş grubu hemşirelerin duygusal zekâ puanları, 26-30 yaş grubu hemşirelerden daha yüksek olduğu belirtmiştir (Şahin 2019). Duygusal zekâ ve karar verme stilleri arasında ilişkiyi inceleyen diğer bir araştırmada, yaş ile duygusal zekâ arasında farklılık olmadığı ve yaş ile karar verme stillerinden olan rasyonel ve kendiliğinden ani karar verme stilleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (Adsız 2016).

Yapılan araştırmalarda yaş değişkenine göre duygusal zekâ düzeyleri arasında farklılık olduğu veya farklılık olmadığı şeklinde çeşitli sonuçlar olduğu görülmüştür. Araştırmalarda çeşitlilik görülmesindeki sebepler; bireylerin değişim ve gelişim gösterebilmesi, duygusal zekâ düzeyinin geliştirilebilen bir kavram olması ve duyguların her insanda farklılaşması olduğu düşünülmektedir. Yaş yükseldikçe duygusal zekâ puan ortalamalarında ve meslekte profesyonel tutum puan ortalamasındaki yükselme dikkat çekmektedir. Duygusal zekânın ileri yaşlarda daha etkin kullanıldığı ve duygularla başa çıkma ya da duyguları yönetme konusunda olgunluğa erişildiği yine aynı şekilde mesleki profesyonellikte yaş yükseldikçe mesleki profesyonellik puan ortalamasının artığı görülmüştür. İş hayatında karşılaşılan problemlerle veya olaylarla, stresle başa çıkmada, mesleğe daha geniş çerçeveden bakmakla (çalışanların edinmiş oldukları deneyimler sayesinde) mesleklerini en ince ayrıntısına kadar öğrenmiş ve uygulayabilir olmakla ilgisi olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların %38,2'si erkek %61,8'si kadın olup %48'i evlidir ve %59,6'sının çocuğu yoktur. Cinsiyet ile duygusal zekâ, duygusal zekâ alt boyutları ve meslekte profesyonel tutum arasında anlamlı bir fark bulunamamış fakat cinsiyet ile

karar verme stilleri genel puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkek olan çalışanların kadın olan çalışanlara göre karar verme stilleri genel puan ortalaması daha yüksek ayrıca erkeklerin kaçınarak karar verme ortalamaları kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Erkekler karar vermede kaçınarak karar verme stilini kadınlara oranlara daha çok kullandıklarını söylenebilir.

Konusu 'duygusal zekâ, iş tatmini ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki' olan araştırmada cinsiyet ile duygusal zekâ alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Başaran 2019). Şahin'in yapmış olduğu araştırmada da cinsiyet ile duygusal zekâ arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Diğer bir araştırmada yine aynı şekilde cinsiyet ile duygusal zekâ arasında anlamlı fark tespit edilememiştir (Soylu 2015). Başka bir araştırmada da cinsiyet ile duygusal zekâ arasında anlamlı fark saptanamamıştır (Akbolat ve Işık 2012, Ak Sütlü 2013). Ayrıca bir başka araştırmada cinsiyetle duygusal zekâ ve karar verme stilleri arasında anlamlı bir sonuç bulunamamış fakat kadın ve erkek olanların ortalamalarına bakıldığında erkek olan katılımcıların kadın olan katılımcılara göre ani karar verme ortalaması daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir (Adsız 2016). Ulusu (2019) yapmış olduğu araştırmada ise duygusal zekâ alt boyutlarından olan iyimserlik ruh hali bakımından kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını ve karar verme stratejilerinin cinsiyete göre anlamlı fark olmadığını tespit etmiştir.

Literatürde çoğunlukla cinsiyet ile duygusal zekâ düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamış ve bu sonuçların araştırmadan elde edilen sonuç ile örtüştüğü görülmüştür. Ulusu'nun tespit ettiği sonuca göre kadınların daha iyimser ruh hali içerinde olmasını, yaşamları boyunca üstlenmiş olduğu rollerinin etkisi olabileceği şeklinde açıklanabilir. Örneğin; anne olması, bir çocuk yetiştirmesi gerekçesiyle erkeklerden daha iyimser ruh hali içerisinde olabileceği söylenebilir.

Sağlık çalışanlarından evli olanların daha iyimser ruh hali içerisinde olduğu, duyguları kullanma ve duyguları değerlendirme konusunda ise bekarların evlilere göre daha başarılı olduğu, bekar olan sağlık çalışanlarının evli olanlara göre daha çok kaçınarak ve kendiliğinden-anlık karar verme stillerini tercih ettikleri, evli olanların bekarlara göre meslekte profesyonel tutum puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ulusu'nun yapmış olduğu araştırmada duyguların değerlendirilmesi ve iyimserlik ruh halinin medeni durum ile ilişkisi olmadığı, bekarların duyguları kullanması bakımından evli katılımcılara göre ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiş ve araştırmayı sadece duyguları kullanma açısından desteklemektedir. Yapılan diğer bir araştırmada medeni durum ile duygusal zekâ düzeyleri arasında anlamlı farklılığın olmadığını tespit edilmiştir (Başaran 2019). Hemşireler üzerine yapılan araştırmada medeni durumla duygusal zekâ arasında anlamlı farklılık saptanamamış, başka bir araştırmada benzer sonuç elde edilmiş ve diğer bir araştırmada yine medeni durumla duygusal zekâ arasında anlamlı fark saptanamamıştır (Altıok ve ark 2015, Şahin 2019, Uzuner 2012).

Medeni durumu ile duygusal zekâ düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı literatürde çeşitlilik göstermektedir. Araştırma sonucuna göre bekar olan sağlık çalışanlarının evli olanlara göre daha çok kaçınarak ve kendiliğinden-anlık karar verme stillerini tercih etmelerine sebep olarak; sosyal hayatlarında bir ailenin sorumluluklarını yüklenmedikleri ve toplumdaki rollerinin azlığı veya sorumluluklardan kaçma davranışı sergileyebilecekleri düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarından çocuk sahibi olanların daha iyimser ruh hali içerisinde olduğu fakat duyguları kullanma ve değerlendirme açısından çocuğu olmayanların daha başarılı olduğu, çocuk sahibi olan çalışanların sezgisel karar vermede daha iyi oldukları ve çocuk sahibi olan çalışanların meslekte profesyonel tutum puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin incelendiği araştırmada, çocuk sahibi olan hemşirelerin daha iyimser ruh halinde olduğunu tespit edilmiştir (Ökten 2019) ve araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Çocuk sahibi olan bireylerin iyimserlik ruh hali ortalamasının yüksek olması bireylerin, anne-baba rollerini yüklenmiş ve hayata bakış açılarının daha duygusal olduğunu yani her bir insanın annesi babası olacağının, anne baba olabileceği veya evlatlarının olabileceği şeklinde düşünebilmeleri sonucunda iyimser bir hal içerisinde olabilecekleri düşünülmekte yine aynı bakış açısı ile duyguları kullanabilme ve duyguları değerlendirmede bekarların evlilerden daha yüksek ortalamaya sahip olmasını, evlilerin duygusal yoğunluklarının ve hayatı algılayış biçimlerin de farklılıklar olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyi, %11,3'ü lise, %16,2'si önlisans, %48,5'i lisans, %15 lisansüstü ve %9'u doktora mezunudur. Lise mezunu olan çalışanların yüksek lisans mezunu olan çalışanlara göre duygusal zekâ genel ortalama puanı daha yüksek ayrıca lise mezunu olanların önlisans mezunu olanlara göre iyimserlik ruh hali içinde olduğu, duygularını daha iyi kullandığı, duygularını değerlendirmede daha başarılı oldukları tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ düzeylerinin, eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiğini söylenebilir. Önlisans mezunu olan çalışanların, lisans mezunu olan çalışanlara göre rasyonel karar verebildikleri ve lise mezunu olanların lisans mezunu olanlara göre sezgisel karar verme stilini tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterdiğini söylenebilir. Eğitim düzeyinin meslekte profesyonel tutum üzerinde anlamlı ilişki olduğu fakat gruplar arasında bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ökten, yaptığı araştırmada eğitim düzeyi ile duygusal zekâ düzeyi arasında anlamlı fark saptamamıştır. Ökten'in bulmuş olduğu sonuç araştırmanın sonucuyla örtüşmemektedir. Gürsoy'un araştırması ise desteklemektedir. Araştırmasında ilköğretim mezunları ile üniversite mezunu olanların, lise mezunu olanların üniversite mezunu olanlara göre duygusal zekâ düzeylerinde anlamlı farklılık tespit etmiştir (Gürsoy 2014). Adsız (2016) eğitim düzeyi ile duygusal zekâ ve karar verme stilleri arasında doğru orantı olduğunu ifade etmiştir. Adsız'ın sonucu, araştırma sonucunu desteklemediği görülmektedir.

Eğitim düzeyinin mesleki profesyonelliği arttırdığını tespit etmiştir (İşçi 2015). İşçi'nin ulaşmış olduğu sonuç ile bu araştırmanın sonucu örtüşmektedir. Sağlık hizmeti sektöründeki çalışanların çok küçük yaşlardan itibaren iş hayatına atılmış olmaları (meslek liselerinden mezun olup unvan sahibi olmak) sebebiyle deneyimlerinin çok olması, lise mezunu olanların duygusal zekâ düzeyini daha da geliştirmiş olabileceği ve karşılaşılan durumlarda daha rasyonel yani akılcı kararlar alabileceğini veyahut davranılabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca son yıllarda sağlık hizmetlerinde mesleki eğitimin yüksekokul düzeyine taşınmaya çalışılması, hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni ve teknikerlerin bilgi gücünün artması, derneklere üyeliklerin artış gösteriyor olması ve mesleki farkındalığın gelişiyor ve ilerliyor olması sağlık çalışanlarının profesyonellik tutumlarını pozitif yönde etki altına aldığı da düşünülmektedir.

4.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları ile Mesleki Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların büyük çoğunluğunu %41,3 ile hemşire grubu oluşturmakta ve %22,2'si doktor, %7,6'sı sağlık memuru, %21,8'i sağlık teknikeri ve teknisyeni olup ve %7'si acil tıp teknisyenleridir. Yardımcı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru) doktorlara göre daha iyimser ruh hali içerisinde olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ meslek değişkenine göre farklılık göstermektedir. Hemşire, ebe, sağlık memuru çalıştıkları sağlık sistemi içerisinde aynı sahalarda bulunması ve görev tanımlarının çok benzer olması sebebiyle yardımcı sağlık çalışanı olarak grup adlandırılması yapılmıştır. Yardımcı sağlık çalışanı olanların hekimlere göre daha iyimser ruh hali içerisinde olmasının gerekçe olarak; hemşire, ebe ve sağlık memuru olan çalışanların hasta ile sürekli iletişim içerisinde olması, hastayı anlama, empati ile yaklaşabilme ve zarardan çok fayda sağlama bakış açısı ile sürekli olarak tedavisi-bakımını yapmasından kaynaklı mesleğin bireyler üzerinde geliştirdiği duygusal bağ olarak yorumlanabilir.

Çalıştıkları birim ve dallara göre katılımcıların %15,8'i acil serviste, %15'i yoğun bakımlarda, %17,9'u klinik servislerde, %9,4'ü laboratuvarda, %12,5'i ameliyathanelerde, %7,6'ı radyoloji biriminde ve doktor katılımcıların dallarına göre %6,6'ı temel tıp, %8'i dahili tıp, %7,2'si cerrahi tıp dallarında hizmet vermektedirler. Sağlık çalışanlarının çalıştığı birim ile duygusal zekâ arasında; acil serviste çalışanların duygusal zekâ genel puanı, iyimserlik ruh hali, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi konusunda cerrahi tıp (cerrahlar) alanında çalışanlara göre daha yüksek ve gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ düzeyleri çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir. Bu bağlamda çalışılan birime göre katılımcılar gruplandırılmış olup, örneklemler arasında ki farkın çok olduğundan kaynaklanabileceği de düşünülmektedir.

Hemşireler üzerinde yapılan araştırmada cerrahi birimde çalışan hemşirelerin, dahili birimde ve acil serviste çalışan hemşirelere göre duygusal zekâ düzeyinin düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (Şahin 2019). Bu sonuç araştırmadaki sonucu desteklememektedir.

Sağlık çalışanlarının çalıştığı birim ile karar verme stilleri arasında; kliniklerde çalışanların ameliyathanede çalışanlara göre rasyonel karar verme stilini, acil servis çalışanlarının ise kliniklerde çalışanlara göre sezgisel karar verme stilini ve radyolojide çalışanların acil serviste çalışanlara göre kendiliğinden-anlık karar verme stilini daha çok tercih ettikleri ve birimler arasında anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında karar verme stilleri çalışılan birim/ dal değişkenine göre farklılık göstermektedir. Çalışılan birim göre karar verme stillerinin farklılık göstermesi; sağlık hizmetlerinde çok fazla sayıda çalışma sahasının varlığı ve her çalışılan birimin çalışma şekilleri, iş akış süreçlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kliniklerde çalışanlar, bir hastayı günlerce takip edip tedavisini gerçekleştirmekte, değişen sağlık durumuna göre de kararlar almak zorundadırlar. Acil serviste çalışanların kliniklerden sezgisel karar verme stilinde farklılaşması ise hastaların acil servise en hızlı en acil bakımdan kabul edilmesi ve hasta gözleminin çok kısa sürelerde gerçekleşmesi ve hasta durumunun anlık değişim göstermesi bu birimlerde çalışanların sezgisel karar verme stilini daha çok kullanmalarına sebep olabileceği düşünülmektedir. Örneğin göğüs ağrısı ile gelen bir hastanın eliyle kalp bölgesini tutması, çok terliyor olması gibi belirti göstermesi kalp krizi geçiriyor olabileceğini yine göğüs ağrısıyla gelen başka bir hastanın nefes almada yaşadığı güçlük veya ağrılı soluma belirtisi göstermesi akciğer embolisi olabileceğini düşündürmekte karar verirken ise deneyim ve sezgilerle hızlı şekilde karar alınıp kanıta dayalı yöntemlere başvurulur ve ortak paydadan ayrışarak kesin tanıya vakit kaybetmeden gidilmesine katkı sağlar. Bu bağlamda acil servis çalışanlarında iş deneyimi ile birlikte sezgiler (önsezi) oldukça önem kazanmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken diğer önemli nokta ise sağlık hizmetlerinin karmaşık yapıda olması ve her alanın birbirleriyle bağlantılı çalıştığıdır. Ayrıca çalışılan birime göre gruplandırılmış olan katılımcılar, çalışılan birimler arasında anlamlı farklılıkların tespit edilmesi; gruplar arasında ki sayı farkından kaynaklanabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Katılımcıların mesleki çalışma süreleri ise %35,3'ü 5 yıldan az, %28,5'i 5- 10 yıl, %21,2'si 11-15 yıl ve %15'i 16 yıldan fazladır. 11-15 yıl mesleki deneyimi olan çalışanların 5 yıldan az mesleki deneyime sahip olan çalışanlara göre meslekte profesyonel tutum içerisinde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarında

mesleki profesyonellik meslekte çalışma süresi değişkenine göre farklılık gösterdiğini söylenebilir.

Katılımcıların, %76,4'ü kadrolu çalıştığını %73,1'i ise gece gündüz ve nöbet usulü (karma) vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Katılımcılardan sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre karar verme stilleri genel puan ortalamaları (kadrolu çalışanların sayılarının daha yüksek olmasına rağmen) daha yüksek çıkmıştır. Sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre kaçınmacı karar verme stilleri ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma şekli ile karar verme stilleri arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç doğrultusunda sözleşmeli çalışmakta olan sağlık çalışanlarının iş kaybetme kaygısı veya görev alanında ayrışmaları sebebiyle kaçınarak ve çekimser karar alma stillerini kullanıyor olmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

4.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Meslekte Profesyonel Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarında meslekte profesyonel tutum ile iyimserlik ruh hali arasında %17,1'lik pozitif yönde ilişki bulunmuş olup ayrıca duyguların kullanılması ve duyguların değerlendirilmesi arasında %12,3'lik negatif yönde düşük bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi ile rasyonel (mantıklı) karar verme arasında %39,8'lik ve sezgisel (önsezi) karar verme arasında %31,8'lik pozitif yönde düşük bir ilişki, iyimserlik ruh hali ile bağımlı karar verme arasında %24,2'lik pozitif yönlü düşük ilişki, iyimserlik/ruh hali ile kaçınmacı karar verme arasında %10,9'luk ve kendiliğinden anlık karar verme arasında %12,5'lik çok düşük negatif yönde ilişki, duyguların değerlendirilmesi ile kaçınmacı karar verme arasında %20,9'luk pozitif yönde çok düşük ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda iyimserlik ruh halinin düzenlemesi karar verme stilleri alt boyutlarıyla çok düşük ilişki mevcut fakat duyguların kullanımı ve değerlendirilmesi alt boyutları karar verme stilleri alt boyutlarıyla ilişki bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının meslekte profesyonel tutum ile karar verme stilleri genel toplam puanları arasında pozitif yönlü çok düşük ilişki tespit edilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarında karar verme stilleri ve mesleki profesyonellik arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyleri, karar verme stilleri ve meslekte profesyonellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde çalışmakta olan ve araştırmaya katılan 513 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun; genç yaş grubunda, kadın, bekar ve çocuk sahibi olmadığı, lisans mezunu olduğu, kadrolu (657) çalıştığı, yardımcı sağlık çalışanı (hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri ve teknisyenleri) olduğu,
- Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyi ile eğitim, meslek ve çalışılan birim/ dal değişkenleri, karar verme stilleri ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma şekli ve meslekte profesyonel tutumu ile yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup-olmama durumu, meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar olduğu,
- Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin orta düzeyde ve sağlık çalışanlarının iyimser ruh halinde olduğu, sağlık çalışanları karar verirken rasyonel (bilgi odaklı ve mantıksal) karar verebildikleri, kaçınarak, kendiliğinden-anlık karar vermede çekimser oldukları ve meslekte profesyonel tutum içerisinde olduğu,
- Duygusal zekâ, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutum arasındaki ilişkiye incelendiğinde, duygusal zekânın alt boyutu olan iyimserlik ruh halinin rasyonel (bilgi odaklı ve mantıksal) ve sezgisel (duygu ve önsezi) pozitif yönde ilişkisi olduğu, meslekte profesyonel tutum ile karar verme stilleri arasında da pozitif yönde ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

<u>Bu sonuçlar doğrultusunda;</u>

- İyimser ruh hali içerisinde olan sağlık çalışanlarının rasyonel ve sezgisel karar verme stilleri ile ilişki içerisinde olmalarından dolayı duygusal zekâ alt boyutu olan iyimser ruh hali ile karar verme stillerinden olan rasyonel (bilgi odaklı, akılcı) ve sezgisel (duygu, önsezi) karar vermenin; sağlık kuruluşlarının başarısında etkili rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda duygusal zekânın öğrenilebilir, geliştirilebilir nitelikte olması açısından, sağlık

kuruluşlarının çalışanlarına duygusal zekâ düzeylerini yükseltebileceği eğitimler düzenlemelidir ve eğitimleri belli periyotlarla gerçekleştirmelidir. Sağlık çalışanlarının yaşam ve çalışma hayatına olan katkısının önemi anlatılarak duygusal zekâ farkındalığı oluşturulabilir.

- Sağlık çalışanlarının mesleki profesyonellik düzeylerinin belli periyotlarda değerlendirip yüksek düzeyde tutulması için kurumların faaliyetler içerisinde olmalıdır. Faaliyetler; sağlık hizmetlerinde çok fazla uzmanlık alanın olması sebebiyle hizmet içi eğitim birimler arası gerçekleştirilebilir, birimler arası rotasyonların zorunlu haller dışında önüne geçilerek, çalışılmakta olan birimlerde çalışanların kendilerini geliştirmeleri yönünde motivasyonları arttırılarak bu alanda gerçekleştirilen seminer, sempozyum ve kongrelere katılım sağlanması yönünde teşviklerde bulunulması önerilebilir.

- Sağlık çalışanları üzerine yapılmış olan bu araştırmanın, kullanılmış olan ölçekler ve literatürde bulunan diğer ölçeklerle (Duygusal zekâ, karar verme stilleri, meslekte profesyonel tutum) analiz edilip, karşılaştırılabilir nitelikte veriler ortaya konulabilmesi açısından literatüre katkı sağlanabilir.

- Araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastanesindeki sağlık meslek grupları üzerine yapılmıştır. Literatürde çoğunlukla tek meslek gruplarına (sadece hemşirelere, sadece hekimlere veya sadece yöneticilere) yönelik araştırmalar yapıldığı dikkat çekmektedir. Bundan dolayı daha fazla meslek grupları ele alınarak ve araştırma ülke genelinde olacak şekilde daha kapsamlı yapılabilir ve farklı istatistiki yöntemlere başvurularak daha detaylı incelemeler yapılması önerilebilir.

- Yapılan araştırma konuyla ilgili olarak üç boyut arasındaki ilişkiyi inceleyen ve meslek grubunun çoklu ele alındığı ve benzerine rastlanmadığı gerekçesiyle literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Fakat araştırmaya sağlık yöneticileri dahil olmaması sebebiyle araştırmanın yöneticiler üzerine tekrarlanması önerilebilir.

- Meslekte profesyonel tutumlarını sağlık çalışanları kendilerini değerlendirdiğinden, gelecek çalışmalarda karşılaştırılabilir nitelikte veriler

elde edilebilmesi için mesleki profesyonelliklerini inceleyen farklı yöntemlere başvurulması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Adsız E, 2016. Yöneticilerin duygusal zekâ düzeylerinin karar verme stillerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Çorum.

Ak Sütlü S, 2013 Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve tükenmişlik ilişkisi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Akbolat M ve Işık O 2012 Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin motivasyonlarına etkisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32(1):109-23.

Akçay C, Çoruk A, 2012. Çalışma yaşamında duygular ve yönetimi: kavramsal bir inceleme emotions in professional life and ıts management: a conceptual study. Eğitimde Politika Analizi, 1(1), 3–25. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/en/pub/epa/issue/48307/611606

Aksaraylı M, Özgen I, 2007. Akademik yükselme ve duygusal zekâ arasındaki ilişki: fakülte üyeleri arasında bir çalışma. International Emotional Intelligence and Communication Symposium, İzmir.

Altınkurt Y, 2014. Öğretmenlerin Mesleki Profesyonelliği Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, International Journal of Human Sciences, 11(2), 332-345.

Altıok H.Ö ve Üstün B, 2014. Profesyonellik: Kavram Analiz, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(2), 151-155.

Altıok HÖ, Üstün B, 2014. Profesyonellik kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir. Elektronik Dergisi, 7, 151-155. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/en/pub/deuhfed/issue/46808/587003

Altıok M, Yılmaz M, Sevda Ö 2016. Klinisyen hemşirelerde duygusal zekâ: nitel ve nicel verilerle Mersin örneği, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2): 48-59.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E, 2004. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı. Sakarya, Sakarya Kitabevi.

Anderson MC, Spellman BA, 1995. On the status of inhibitory mechanisms in cognition: memory retrieval as a model case. Psychological Review, 102(1), 68–100. Erişim adresi, https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.1.68.

Arslan M, 2005. İş ve meslek ahlakı. Ankara, Siyasal Kitabevi. s.79

Arslan R, Efe D, Aydın E, 2013. Duygusal zeka ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, 5(3), 169-180.

Ashforth BE, Humphrey RH, 1995. Emotion in the workplace: a reappraisal. human relations, 48(2), 97-125. doi:10.1177/001872679504800201.

Atilla G. 2012. Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Austin EJ, Saklofske DH, Huang SH, Mckenney D, 2004. Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of schutte et al.'s (1998) measure. Personality and individual differences, 36(3), 555-562. Erişim adresi, https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00114-4

Austin EJ, Vahle N, 2016. Associations of the managing the emotions of others scale (meos) with hexaco personality and with trait emotional intelligence at the factor and facet level. Personality and Individual Differences, 94, 348-353. Erişim adresi, https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.047

Badour M. 2013. Hastane Yöneticilerinin Karar Verme Tarzlarına Göre Örgüt Çevresi Algılarına İlişkin Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Bağcı Z, 2014. Duygusal zekâ ve örgütsel vatandaşlık ilişkisi. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, 259-279.

Bahrami MA., Salehi M, Barati O, Ezzatabadi MR, Montazer-Alfaraj R and Tafti AD, 2016. Nurse's Voluntary Extra Work in the Hospital: The Role of Managers' Decision- Making Style. International Journal Healthcare Management 9(3). 155- 162.

Bakan İ, Büyükbeşe T, 2008. Katılımcı karar verme: kararlara katılım konusunda çalışanların düşüncelerine yönelik bir alan çalışması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 29-56.

Bar-On R, 1997. The bar-on emotional quotient ınventory (eq-ı): technical manual. Multi-Health Systems, Toronto. s. 32.

Bar-On R, 2003. How important is it to educate people to be emotionally an socially intelligent, and can it be done?. Perspectives in Education, 21(4), 3-13.

Bar-On R, 2006. The bar-on model of emotional-social intelligence (esı). Psicothema, 18, 13-25.

Bar-On R, Brown JM, Kirkcaldy BD, Thome EP, 2000. Emotional expression and implications for occupational stress an application of the emotional quotient ınventory (eq-i). Personality and individual differences, 28(6), 1107-1118.

Barut Y. 2015. Duygusal Zekâ ve İletişim Becerisi İlişkisi, Doktora Tezi, Yaşar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Başaran M, 2019. Duygusal zekâ, iş tatmini ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bilecik İlindeki Belediyelerde bir uygulama. Bilecik Şeyh Ebedali Üniversistesi, Sosyal Bilimler Entitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Bilecik.

Batçıoğlu, G, 1994. Karar verme sürecinin analizi. Bilim Uzmanlığı Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

Bayhan G, 2011. Öğretmenlerin profesyonelliğinin incelenmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Denetimi Bilim Dalı, İstanbul

Berrocal PF, Extremera N, 2006. Special issue on emotional intelligence: an overview. Psicothema, 18(1), s. 1-6.

Beydağ KD ve Arslan H, 2007. Denizli il merkezindeki hastanelerin kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin mesleki profesyonelliklerini etkileyen faktörler. 5.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara. S. 230-231.

Bilgin N, 2003. Sosyal psikoloji sözlüğü kavramlar, yaklaşımlar. İstanbul, Bağlam Yayıncılık.

Björkström ME, Athlin E, Johansson IS, 2008. Nurses' development of professional self–from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. Journal of Clinical Nursing, 17(10), 1380-1391. Erişim adresi, https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02014.x

Brennan M, 1996. Multiple professionalisms for australian teachers in an important age. American Educational Research Association, New York.

Cerit B, 2010. Hemşirelerin profesyonellik davranışları ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı, Ankara.

Cobb CD, Mayer JD, 2000. Emotional Intelligence. Educational Leadership, 58(3) 14-19.

Connor PE, Becker BW, 2003. Personal value systems and decision-making styles of public managers. Public Personnel Management, 32(1), 155-180. Erişim adresi, https://doi.org/10.1177/009102600303200109

Cooper R, Sawaf A, 1997. Executive EQ: emotional ıntelligence in leadership organizations. Grosset/Putnam, New York.

Coşkun R, Altunışık R, Yıldırım E, 2017. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. 9.Baskı (Düzenlenmiş), İstanbul, Avcı Ofset.

Çapar H, 2019. Sağlık alanında meslekleşme ve Türkiye'nin yaşadığı sorunlar: yeni mesleklere doğru. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 803-816. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/en/pub/ahbvuibfd/issue/50684/549072

Çelik, M., ve Yılmaz, K. (2015). Öğretmenlerin Mesleki Profesyonelliği ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişki. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (30), 102-131.

Çetinkaya Ö, Alparslan M, 2011. Duygusal zekanın iletişim becerileri üzerine etkisi: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(1), s.363-377.

Çuhadaroğlu OE, 2008. İlköğretim okulu yöneticilerinin liderlik stilleri ile karar verme stilleri arasındaki ilişki. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Politikası Anabilim Dalı, Ankara. s.56-57.

Demirkasımoğlu N, 2010. Defining "Teacher Professionalism" from Different Perspectives, Procedia Social and Behavioral Sciences, 9, 2047-2051.

Doğan S, Demiral Ö, 2007. Kurumların başarısında duygusal zekanın rolü ve önemi. Yönetim ve Ekonomi, 14(1), 209-230.

Doğan S, Şahin F, 2007. Duygusal zekâ: tarihsel gelişimi ve örgütler için önemine kavramsal bir bakış. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), s. 231-252.

Driver MJ, Brousseu KR, Hunsaker PL, 1990. The dynamic decisionmaker five decision styles for executive and business success. Harper ve Row, New York. Erişim adresi, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=tOTT4gTUGkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=DRIVER+M.+J.,+BROUSSEU+K.+R.,+HUNSAKER+P.+L.,+1990+:+%E2%80%9CThe+Dynamic+Decisionmaker+Five+Decision+Styles+for+Executive+and+Business+Success%E2%80%9D,+Harper+%26+Row,+New+York.&ots=HFBDf4EkYs&sig=qMjk4oMtPlU3jwzBNVfucmHgjV0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Dulewicz V, Higgs M, 2000. Emotional intelligence, a review and evaluation study. Journal of Managerial Psychology, 15(4), 341-372.

Ehtiyar RV, Tekin AÖ, 2010. Yönetimde karar verme: Batı Antalya bölgesindeki beş yıldızlı otellerde çalışan farklı departman yöneticilerinin karar verme stilleri üzerine bir araştırma. Yaşar Üniversitesi Dergisi, 20(5), s.3394-3414.

Emre H,2009. Türkiye'deki gazetecilerde profesyonellik düzeyinin belirlenmesine yönelik bir alan araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon ve Örgütsel Davranış Bilim Dalı, Ankara.

Engel HM, 1970. Professionalism in training and development. Training and Development Journal, 24(1),18-20.

Erbil N, Bakır A, 2006. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. 5. ulusal hemşirelik öğrencileri kongresi, 20-21.

Erdem E, 2016. Sanayi Devriminin ardından osmanlı sanayileşme hamleleri: sanayi politikalarının dinamikleri ve zâfiyetleri. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (48), 17-44.

Ergeneli A, Mert İS, 2003. Düşünme stilleri ve etik algı arasındaki ilişki: üniversite öğrencileri üzerine bir uygulama. Uluslararası İş ve Meslek Ahlâkı Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Ergun T, 2004. Kamu yönetimi kuram/siyasa/uygulama. 1. Baskı, Ankara, Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları.

Evans L, 2008. Professionalism, professionality and the development of education professionals. British journal of educational studies, 56(1), 20-38. Erişim adresi, https://doi.org/10.1111/j.1467-8527.2007.00392.x

Fakılı A, 2019. Mesleki profesyonellik ve işbirlikçi iklime yönelik öğretmen algıları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Feldman RS, 1996. Understanding Psychology. McGraw Hill Inc.: ABD

Freidson E, 1986. Professional powers. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Gardner, Howard. 1995, "Reflections on Multiple Intelligences: Myths and Messages", Phi Delta Kappan. 77,200 – 209.

Goleman D, 1998. İşbaşında duygusal zekâ. 17. Baskı, İstanbul, Beta Yayınları, 2017.

Goleman D, 2000. Duygusal zekâ, çev: Banu Seçkin Yüksel, İstanbul, Varlık Yayınları. s.7

Goleman D, 2010. Duygusal zekâ neden IQ'dan daha önemlidir?, çeviren: Banu Seckin Yuksel, İstanbul, Varlık Yayınları. s.20.

Gökçora İH, 2005. Profesyonelliğe saygı. Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5(3).

Gökçora İH, 2005. Toplumsal yaşamımızda ve Türk bilim dünyasında "profesyonel ve profesyonellik" kavramlarına değin. Bilgi Dünyası Yayınevi, 2005, 6(2), 237-250.

Gönel A, 2017. Hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumları ile kurumlarında yaşanan değişimlere karşı tutumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Griffin R, Van FD, 2012. Management skills assessment and development. United States of America, South Western Cengage Learning, 272-39.

Güçray SS, 2001. Ergenlerde karar verme davranışlarının öz-saygı ve problem çözme becerileri algısı ile ilişkisi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8(8), 106-121.

Gürsoy A, Naktiyok A, 2014. Yenilik yönetiminde yöneticilerin duygusal zekâ yeteneklerinin rolü. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Erzurum.

Harrison ve Pelletier, 2000. The Essence of Management Decision, Management Decision 38(7), s.466. Erişim adresi, https://doi.org/10.1108/00251740010373476

İlhan S, 2004. Bazı temel işlevleri ve artan önemi açısından meslek. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, *3*(1), 132-137. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/en/pub/fudad/issue/47032/591346 Erişim Tarihi: 26.11.2019

İşcan ÖF, Güllüce AÇ, 2010. Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Ekim. s. 10.

İşci N, 2015. Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Karadağ A, 2002. Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 1-8.

Karagöz Y, 2016. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatiksel analizler. 1. Basım, Ankara. s. 1196.

Karasu K, 2001. Profesyonelleşme olgusu ve kamu yönetimi. Ankara, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları. s.38.

Kaya P, 2011. İstanbul'un bir ilçesinde kamu ve özel sektörde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin belirlenmesi., Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kılıç M, 1998. Profesyonellerin yönetiminde örgüt-çalışan ilişkilerinin düzenlenmesinde mesleki özerklik sorunu: hastane-hekim ilişkileri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kılıç S, Doğan S, Demiral Ö, 2007. Kurumların başarısında duygusal zekanın rolü ve önemi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(1), 209-230. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/tr/pub/yonveek/issue/13686/165629 Erişim Tarihi: 25.10.2020

Koçel T, 2014. İşletme yöneticiliği: yönetim ve organizasyon, organizasyonlarda davranış, klasik-modern- çağdaş ve güncel yaklaşımlar. İstanbul, Beta Basımevi.

Konakay G, 2010. Duygusal zekanın akademisyenlerde tükenmişlik ile ilişkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.

Konrad S, Hendl C, 2001. Duygularla güçlenmek. (Meral Taştan, Çev.) İstanbul, Hayat Yayınları.

Kurt Ü, 2003. Karar verme sürecinde yöneticilerin kişilik yapılarının etkileri**.** Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kuzgun Y. 2014. Meslek gelişimi Ve Danışmanlığı, Ankara: Nobel Yayınları

Küçük M, 2011. Eğitim ve Profesyonelleşme. İnşaat Mühendisliği Eğitimi 2.Sempozyumu.

Langelier CA, 2006. Duygu yönetimi beceri çalışma kitabı. (Çev; M. Bilgin, R. Çeçen.,) Ankara, Pegem Yayıncılık.

Longman, D. 2009. Dictionary of Contemporary English For Advanced Learners, England: Pearson Education Limited.

Lunenburg FC, 2010. The decision making process. National Forum Of Educational Administration And Supervision Journal, 27(4), 1-12.

Mark D, 2004. Duygusal zekânızı ölçün. (Ceviren: Solina Silahlı), İstanbul, Alfa Yayınları. s.5.

Matthews G, Zeidner M, Roberts RD, 2004. Emotional intelligence: science and myth. Psychiatric Services, 55(4), 1–683. Erişim adresi, http://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.458

Mayer JD, DiPaolo M, Salovey P, 1990. Perceiving affective content in ambigious visual stimuli: a component of emotional ıntelligence. Journal of Personality Assessment, 54, 772-781.

Mayer JD, Salovey P, 1997. What ıs emotional ıntelligence?. Emotional Development And Emotional Intelligence. Erişim adresi, http://doi.org/10.1177/1066480710387486

Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G, 2001. Emotional ıntelligence as a standard ıntelligence. Emotion (Washington, D.C.). Erişim adresi, http://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.232

Mayer JD, Salovey P, Caruso RD, 1999. Emotinal intelligence meets traditional standarts for an intelligence. Intelligence, 27(4), 267-298.

Morse LC Babcock DL and Murthy M, 2014. Managing engineering and technology. Pearson.

Nas S, 2006. Gemi operasyonlarının yönetiminde kaptanın bireysel karar verme süreci analizi ve bütünleşik bir model uygulaması. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Nazlı S, 2013. Hemşirelerde duygusal zekâ ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Konya ili örneği. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Nutt PC, 1990. Strategic decisions made by top executives and middle managers with data and process dominant styles. Journal of Management Studies, 27(2), 173-194. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1990.tb00759.x

Nygren TE, White RJ. Relating decision making styles to predicting self-efficacy and a generalized expectation of success and failure. Human Factors and Ergonomics Society 49th Annual Meeting, Orlando. 2005.

Ogiriska-Bulik N, 2005. Emotional ıntelligence in the workplace:exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 18(2), 167-175.

Onaran O, 1975. Örgütlerde karar verme. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No 321, 2. Baskı, Sevinç Matbaası.

Ökten M, 2019. Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı/ Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Özdemir YA, Özdemir A, 2007. Duygusal zekâ ve çatışma yönetimi stratejileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: üniversitede çalışan akademik ve idari personel üzerine uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, 393-410.

Parkan B, 2008. Professionalism: a virtue or estrangement from self-activity. Journal of Business Ethics, 78(1), 77-85. doi: 10.1007/s10551-006-9315-y

Quoidbach J. Ve Hansenne M. 2009. The Impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesivenes, Journal of Professional Nursing, 25(1), 23-29.

Ravangard R. 2013. The Decision-Making Styles of Managers of Public and Private Hospitals in Shiraz, Published By Tehran University Of Medical Sciences, 12(3), 39-45.

Rollinson D, 2002. Organisational behaviour and analysis an ıntegrated approach (second edition). Pearson Education Ltd: Essex.

Runte R, 1995. Is teaching a profession? g. taylor, & r. robert (eds), thinking about teaching: an ıntroduction. 288-299. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt Brace.

Salovey P, Mayer JD, 1990. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality. 9(3), 185-211. Erişim adresi, https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

Schein, E, 1972. Professional education: some new directions. USA, McGraw-Hill Company.

Schoemaker AF, 2010. The Relationship between Decision-Making Style and Negative Affect in College Students. Unpublished MSc Thesis. Drexel University.

Schoenfeld AH, 2010. How we think: a theory of goal-oriented decision making and its educational applications. New York ve London, Routledge Yayın Evi, ISBN: 978-0-415-87865-4S.245

Schutte NS, 1998. Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and Individual Differences, 25(2), s. 167-177.

Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L, 1998. Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and individual differences, 25(2), 167-177. Erişim adresi, https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4

Scott SG, Bruce RA, 1995. Decision-making style: the development and assessment of a new measure. Educational and Psychological Measurement, 55(5), 818-831. Erişim adresi, https://doi.org/10.1177/0013164495055005017

Seçer Ş, 2009. Mesleki Yaşam Modelinin Oluşturulması ve Mesleki Analizlerde Kullanımı, Sosyal Bilimler, 7(1), 35-56.

Shapiro LE, 2002. Yüksek EQ'lu bir çocuk yetiştirmek (çev. Ü. Kartal). İstanbul, Varlık Yayınları.

Soylu P, 2015. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ve stresle baş etme tarzları arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensititüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Soyşekerci S, 2007. Örgütlerde profesyonellerin yönetimi sorunu ve Türkiye' de üniversitelerde akademisyenler üzerinde araştırılması. Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Sözen S, 2004. Polis ve profesyonellik. Polis Bilimleri Dergisi, 6(3-4), 115-130.

Sungur N, 1992. Yaratıcı düşünce. İstanbul, Özgür Yayın Dağıtım. s.143-144.

Şahin AE, 2009. Türkiye'de ilköğretim okulu müdürlüğünün bir meslek olarak mevcut durumu: bir delphi çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 26, 125-136.

Şahin S ve Bahçecik AN, 2019. Hemşirelerin duygusal emek davranışları ve duygusal zekâ düzeyleri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Şen N, Özgen Narcı H, Kalmuk G, 2019. İl düzeyinde görev yapan kamu sağlık yöneticilerinin karar verme stilleri ve ilişkili faktörlerin araştırılması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1). 73-96.

Tatar A, Tok S, Saltukoğlu G, 2011. Gözden geçirilmiş schutte duygusal zekâ ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21(4), 325-338. Erişim adresi, https://doi.org/10.5455/bcp.20110624015920

TDK, 2019. Güncel Türkçe Sözlük, 'Karar'. Erişim adresi, https://sozluk.gov.tr/ (22.12.2019).

Thunholm P. Decision-making styles and physiological correlates of negative stress: Is there a relation? Scandinavian Journal of Psychology. 2008; 49(3): 213-9.

Tomak S, 2009. Girişimci hevristikleri: bir kavramsal çözümleme. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(2), 145-166.

Töremen F, Çankaya İ, 2008. Yönetimde etkili bir yaklaşım: duygu yönetimi. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, 1(1), 33-47. Erişim adresi, https://dergipark.org.tr/tr/pub/akukeg/issue/29336/313942 Erişim Tarihi: 25.10.2019

Trinidad DR, Unger JB, Chou CP ve Johnson CA, 2004. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. Personality and individual differences, 36(4), 945-954. doi: https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00163-6

Türkmenoğlu Ulusu N, Eser G, 2019. Duygusal zekâ ile karar verme stratejileri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.

Ulutaş S, 2015. Sanayileşme sürecinde geleneksel osmanlı üretim sektör (1839-1856). Milli Folklor, 59-70.

Uygurtürk H, Korkmaz T, 2012. Finansal performansın TOPSIS çok kriterli karar verme yöntemi ile belirlenmesi: ana metal sanayi işletmeleri üzerine bir uygulama. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 7(2), 95-115.

Uzuner A, 2012. Yönetici hemşirelerde duygusal zekâ ve boyun eğici davranışların incelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Üre Ö, Avşaroğlu S, 2007. Üniversite öğrencilerinin karar vermede özsaygı, karar verme ve stresle başa çıkma stillerinin benlik saygısı ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Vicdan AK, 2010. Hemşirelikte Profesyonellik. Maltepe Üniversitesi. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Sempozyum Özel sayısı, 261-263.

Wagner III, John A, 1994. Participation's effects on performance and satisfaction: a reconsideration of the research evidence. Academy of Management Review, 19, 312-330.

Wilensky HL, 1964. The professionalization of everyone. The American Journal of Sociology , Vol. 70 (2), 137-158. doi:10.1086/223790

Yaşlıoğlu MM, 2007. Karar verme sürecinde eğilimler ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyon Anabilim Dalı, İstanbul.

Yıldız İ, İşcan ÖF, 2013. Bilgi teknolojilerinin kullanımı ve yönetsel karar verme tarzları ilişkisi: TOBB genç girişimciler kurulu (Doğu Anadolu Bölgesi) üyeleri üzerinde bir uygulama. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**,** 27(3), 21-39.

Yılmaz M, Talas M, 2010. Bilgi merkezinde karar verme süreci. Journal of World Turks, 2(1), 197-216.

7. EKLER

EK-A Anket Formu

GENEL BİLGİLER						
Yaşınız:	☐18-25	☐ 26-30	**Cinsiyetiniz:**	☐Erkek	☐Kadın	
	☐31-35	☐36 ve üzeri	**Medeni durumunuz:**	☐Evli	☐Bekar	
Eğitiminiz:	☐Lise	☐Y.Lisans	**Çocuğunuz var mı?**	☐Var	☐Yok	
	☐Lisans	☐Doktora	**Çalışma Şekli:**	☐Kadrolu	☐Sözleşmeli	
	☐Önlisans		**Vardiya Şekli:**	☐Gündüz	☐Gece	☐Karma
Çalıştığınız Birim:	☐ Acil Servis	☐ Ameliyathane	**Meslekteki Süreniz:**	☐ 5 yıldan az	☐ 5-10 yıl	☐ 10-15 yıl
	☐ Yoğun Bakım	☐ Radyoloji		☐ 15-20 yıl	☐ 20 yıl üzeri	
	☐Klinik	☐Temel Tıp	**Mesleğiniz:**	☐Hemşire	☐Sağlık memuru	☐Ebe
	☐Laboratuvar	☐ Dahili Tıp		☐Doktor	☐Sağlık teknikerleri	☐ATT
		☐Cerrahi Tıp				

1. **Kendinizi mesleğinizde ne kadar profesyonel hissediyorsunuz?**
   - Hiç profesyonel hissetmiyorum.
   - Biraz profesyonel hissediyorum.
   - Oldukça profesyonel hissediyorum.
   - Tamamen profesyonel hissediyorum.
2. **Kendinizi profesyonel hissetmiyorsanız sizce nedeni ne olabilir?**
   - Okulda öğrendiklerimi uygulamaya yansıtamıyorum
   - Çalışma arkadaşlarım beni yargılıyor
   - Mesleğim dışında işler yapmaktan mesleğimle ilgili işlere yeterince zaman ayıramıyorum
   - Ekonomik yetersizlikten dolayı bilimsel gelişmeleri takip edecek faaliyetlerde bulunamıyorum
   - Mesleğimi sevmediğim için profesyonel olma gereği duymuyorum
   - Mesleki uygulamalarımda mesleki olarak karar alamıyorum
   - Diğer ekip üyeleri ile olumsuz ilişkiler beni profesyonellik konusunda olumsu etkiliyor
   - Profesyonellik konusunda özgüvenimin yetersiz olduğunu düşünüyorum
   - Yöneticiler profesyonellik konusunda bizi yeterince motive etmiyor.

DUYGUSAL ZEKÂ ÖLÇEĞİ Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz**.**	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Fikrim Yok**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1. Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2. Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim.					
3. Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4. Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5. Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirler.					
6. Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını anlamakta zorlanırım.					
7. Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu yeniden değerlendirmeme yol açtı.					
8. Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını anlayamam.					
9. Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10. Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11. Hissettiğim duyguların farkında olurum.					
12. Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13. Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan kaçınırım.					
14. Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15. Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16. Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17. Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18. Beni mutlu edecek uğraşılar bulmaya çalışırım.					
19. Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların farkındayımdır.					
20. Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21. Ruh halim iyiyken sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22. İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam.					
23. Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırmaz.					
24. Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25. Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz.					
26. Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27. Hissettiğim duyguların farkındayımdır.					
28. İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29. Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi güdülerim.					
30. İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31. Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım.					
32. Bir kişi bana hayatındaki önemli bir olaydan bahsettiğinde ben de aynısını yaşamış gibi olurum.					
33. Duygularımda ne zaman bir değişiklik olsa aklıma yeni fikirler gelir.					
34. Sorunları çözüş biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35. Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız olacağıma inanırım.					
36. Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak anlayabilirim.					
37. İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38. İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı oluyor.					
39. Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40. İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için zordur.					
41. Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım.					

KARAR VERME STİLLERİ ÖLÇEĞİ Aşağıda bireylerin önemli kararları nasıl aldıklarını tanımlayan ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifade için, o ifadeye ne düzeyde katıldığınızı ilgili seçeneği işaretleyerek belirtiniz ve maddelerin tümünü yanıtlayınız. Yardımlarınız için teşekkür ederim.	**Kesinlikle Katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1- Karar vermeden önce emin olmak için bilgi kaynaklarımı iki kere kontrol ederim.					
2- Karar vermeden önce doğru gerçeklerim vardır.					
3-Mantıklı ve sistematik bir yolla karar veririm.					
4- Karar vermem dikkatli düşünmemi gerektirir.					
5-Karar verirken belirli bir amaca yönelik değişik seçenekleri göz önünde bulundururum.					
6-Kararlarımı verirken içgüdülerime güvenirim.					
7-Bir karar verirken sezgilerime güvenme eğilimindeyimdir.					
8-Genellikle doğruluğunu hissettiğim kararlar veririm.					
9-Kararlarımı verirken benim için akılcı bir nedenden daha çok, verdiğim kararın doğruluğunu hissetmem daha önemlidir.					
10-Karar verirken içimden gelen duygu ve tepkilere güvenirim.					
11-Önemli kararlar alırken başkalarının yardımına sık sık ihtiyaç duyarım.					
12- Eğer başkalarının desteğine sahipsem önemli kararları almak benim için daha kolaydır.					
13-Önemli kararlarımı alırken başkalarının tavsiyelerinden yararlanırım.					
14-Önemli kararlar ile yüzleştiğim zaman birinin bana doğru yolu göstermesi hoşuma gider.					
15-Üzerimde baskı hissetmediğim sürece önemli kararlarımı almaktan kaçınırım.					
16-Mümkün olduğunca kararlarımı ertelerim.					
17-Önemli kararları alma aşamasına gelinceye kadar karar vermeyi sık sık ertelerim.					
18-Önemli kararlarımı, genellikle son dakikada veririm.					
19-Üzerinde düşünmek beni rahatsız ettiği için pek çok kararı ertelerim.					
20-Genellikle ani kararlar veririm.					
21-Kararlarımı, çoğunlukla o anda veririm.					
22-Çabuk karar veririm.					
23-Kararlarımı, sıklıkla düşünmeden veririm.					
24-Kararlarımı verirken, o anda doğal olan ne ise onu yaparım.					

MESLEKTE PROFESYONEL TUTUM ENVANTERİ (MPTE) Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine ● şeklinde işaretleyiniz.	**Bana Tamamen Uyuyor**	**Bana Biraz Uyuyor**	**Kararsızım**	**Bana Uymuyor**	**Bana Hiç Uymuyor**
1.Mesleğimi seviyorum	O	O	O	O	O
2.Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm.	O	O	O	O	O
3.Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım.	O	O	O	O	O
4.İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım.	O	O	O	O	O
5.İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarını sürekli açık tutarım.	O	O	O	O	O
6.İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.	O	O	O	O	O
7.Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim.	O	O	O	O	O
8.Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim.	O	O	O	O	O
9.İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım.	O	O	O	O	O
10.Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim.	O	O	O	O	O
11.Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım	O	O	O	O	O
12.Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez.	O	O	O	O	O
13.İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez.	O	O	O	O	O
14.Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum.	O	O	O	O	O
15.Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım.	O	O	O	O	O
16.Mesleki prensiplerimi önemserim.	O	O	O	O	O
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açığım.	O	O	O	O	O
18.İşyerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım.	O	O	O	O	O
19.Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm.	O	O	O	O	O
20.Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim	O	O	O	O	O
21.Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım	O	O	O	O	O
22.Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım.	O	O	O	O	O
23.Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımın mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm.	O	O	O	O	O
24.Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım	O	O	O	O	O
25.Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim	O	O	O	O	O
26.Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım.	O	O	O	O	O
27.Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım.	O	O	O	O	O
28.Çalışma alanımda yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım.	O	O	O	O	O
29.İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım	O	O	O	O	O
30.İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım.	O	O	O	O	O
31.Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim.	O	O	O	O	O
32. İşimde disiplinliyim	O	O	O	O	O

EK-C: Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ASM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
18/09/2019 15:31 - 35640939 - 799 - E.1568
00101639104

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 35640939-799
Konu : Büşra YILMAZSOY
(Tez Çalışması)

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi a) Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 20/08/2019 tarihli ve 99645202 barkodlu yazısı.
b) 21/08/2019 tarih ve 99775248 barkodlu yazımız.
c) Ankara Şehir Hastanesi'nin 17/09/2019 tarih ve 101516331 barkodlu yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra YILMAZSOY'un "Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zeka, Karar Verme Stilleri ve Profesyonellik Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasının Ankara Şehir Hastanesi'nde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı ilgi(b)'de kayıtlı yazı ile gönderilmiştir.

Söz konusu çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, ilgili kurumda yapılması hususunda, Ankara Şehir Hastanesi Hastane Yöneticiliğinin cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Uzm.Dr.Mustafa ALİMOĞULLARI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EK: Yazı (1 sayfa)

Emrah Mahallesi Gülhane Kampüsü NO:87 Keçiören ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: elif.uyar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Bilgi için: Elif AL
DİYETİSYEN
Telefon No: (0 312) 306 36 22

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden f4ab1421-a8c6-48d3-a5c3-5c96ba954e56 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ -
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
17/09/2019 17:57 - 72300690 - 799 - E.16723
00101516331

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 72300690-799
Konu : Büşra YILMAZSOY
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 21.08.2019 tarih ve 35640939-799-E.1344 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra YILMAZSOY'un 'Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zeka, Karar Verme Stilleri ve Profesyonellik Düzeylerinin İncelenmesi' konulu tez çalışmasını yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 16.09.2019 tarih ve 8 sayılı TUEK toplantısında görüşülmüş olup, Eylül ayı itibariyle yapması uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA
Telefon: Faks No:
e-Posta: seher.atalay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
Bilgi için: Seher ATALAY
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 312) 552 60 00
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden f4ab1421-a8c6-48d3-a5c3-5c96ba954e56 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.