T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DUYGUSAL EMEĞİN HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNDE BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

GÖZDE ÇAKIR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ALİ ARSLANOĞLU

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEMMUZ/2024

İTHAF

“Öğrenim hikayemde beni hep destekleyen aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenim sürecim ve tezimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, başarabileceğime inanıp her daim cesaretlendiren, yolumu aydınlatan aynı zamanda yeni yollar açabilmem için olanak sağlayan, öğrenim sürecimin en kıymetli değeri tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU hocama sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımda varlığı en büyük şanslarımdan olan, yüksek lisans öğrenimim için destekleyip, varlığıyla güç veren Dr. Feyza ÇETİNKAYA KUTUN'a,

Tüm zorluklarda hep yanımda olan, öğrenim ve tez sürecim boyunca desteklerini yanımda hissettiren sevgili eşim Ahmet ÇAKIR'a, en kıymetlilerim, hep örnek olmak istediğim canım çocuklarım Sarp Asrın ve Nefes Arel ÇAKIR'a gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF……...iv
TEŞEKKÜR……...v
İÇİNDEKİLER……vi
TABLOLAR LİSTESİ……....viii
ŞEKİLLER LİSTESİ……x
SİMGELER VE KISALTMALAR……...xi
ÖZET……...xii
ABSTRACT……xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ……..1
2. GENEL BİLGİLER……2
2.1. DUYGUSAL EMEK……...2
2.1.1. Duygu ve Yönetimi 2
2.1.2. Duygusal Emek 4
2.1.3. Duygusal Emeğin Boyutları 9
2.1.3.1. Yüzeysel davranış. 9
2.1.3.2. Derinlemesine davranış.....11
2.1.3.3. Samimi davranış 11
2.1.4. Duygusal Emeği Etkileyen Faktörler 12
2.1.5. Hemşirelerde Duygusal Emek Davranışı 13
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi 20
2.2.2. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği.....22
2.2.2.1.Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak 30
2.2.2.2.Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek 31
2.2.2.3.Hasta konforu sağlamak.....32
2.2.2.4.Hastaların haklarını savunmak.....33
2.3. KİŞİLİK VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ.....35
2.3.1. Beş Faktör Kişilik Modeli 38
2.3.1.1. Dışadönüklük.....39
2.3.1.2. Sorumluluk.....40
2.3.1.3. Deneyime açıklık 41
2.3.1.4. Geçimlilik. 42
2.3.1.5. Nevrotiklik. 43
2.4. DUYGUSAL EMEK, HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....44

3. GEREÇ VE YÖNTEM……46
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER.....46
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....48
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ.....48
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....48
3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI.....49
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI.....49
3.6.1. Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği.....49
3.6.2. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği.....50
3.6.3. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği.....51
3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ.....52
3.8. ARAŞTIRMANIN İZNİ.....52
4. BULGULAR……53
4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ.....53
4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....53
4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK.....55
4.4. FARKLILIKLAR TESTİ.....56
4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ.....64
4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZLERİ.....69
5. TARTIŞMA……..99
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER……...122
KAYNAKLAR……...126
EKLER……...136

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği alt boyutları……...50
Tablo 3.2: Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği alt boyutları……..51
Tablo 3.3: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları……52
Tablo 4.1: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik sonuçları……...53
Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular……...54
Tablo 4.3: Tanımlayıcı istatistik……..55
Tablo4.4: Duygusal emeğin alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları……56
Tablo 4.5: Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları……59
Tablo 4.6: Hasta merkezli bakım yetkinliğinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları……63
Tablo 4.7: Duygusal emek alt boyutları, kişilik özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişki……65
Tablo 4.8: Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……...69
Tablo 4.9: Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……69
Tablo 4.10: Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……...70
Tablo 4.11: Kişilik özelliklerinden dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……...70
Tablo 4.12: Kişilik özelliklerinden sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……71
Tablo 4.13: Kişilik özelliklerinden deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……...71
Tablo 4.14: Kişilik özelliklerinden geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……72
Tablo 4.15: Kişilik özelliklerinden nevrotikliğin hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu……72
Tablo 4.16: Dışadönüklüğün yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları……73

Tablo 4.17: Sorumluluğun yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….75
Tablo 4.18: Deneyime açıklığın yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….76
Tablo 4.19: Geçimliliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….78
Tablo 4.20: Nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….79
Tablo 4.21: Dışadönüklüğün derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….81
Tablo 4.22: Sorumluluğun derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları……...83
Tablo 4.23: Deneyime açıklığın derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….85
Tablo 4.24: Geçimliliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….87
Tablo 4.25: Nevrotikliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….89
Tablo 4.26: Dışadönüklüğün samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….90
Tablo 4.27: Sorumluluğun samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….92
Tablo 4.28: Deneyime açıklığın samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….93
Tablo 4.29: Geçimliliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….95
Tablo 4.30: Nevrotikliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları…….97
Tablo 5.1: Hipotezlerin sonuçları……..119

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3. 1: Araştırmanın modeli……...46

SİMGELER VE KISALTMALAR

HCAHPS: Hospital Consumer Assessment Of Healthcare Providers and Systems

HMBY : Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği

ICN : International Council of Nurses

IOM : Amerikan Tıp Enstitüsü

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TDK : Türk Dil Kurumu

PCC : Patıent-Centered Care Competency

DUYGUSAL EMEĞİN HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNDE BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN DÜZENLEYİCİ ROLÜ

ÖZET

Amaç: Hasta bakımında aktif rol alan hemşirelerin sahip oldukları duygusal emek düzeylerinin hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerine etkisini ve bu etkide kişilik özelliklerinin düzenleyici rolünü belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte olup, kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye'de çalışan hemşireler oluşturmaktadır, verilere ulaşmak için anket yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir. Bununla birlikte Cronbach's Alpha, T-testi, ANOVA testi ve kategorik değişkenlerin analizi için ki kare testi uygulanmış, ilişki analizi için Korelasyon, etki analizi için de Regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Duygusal emek, kişilik özellikleri, HMBY puanlarında sosyodemografik değişkenler açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Yüzeysel davranış ile dışadönüklük, alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı çok düşük ilişki olduğu (r=0,196), sorumluluk ve deneyime açıklık ile düşük derece ilişki olduğu (r=0,204, r=0,265), derinlemesine davranış ile dışadönüklük ve deneyime açıklık arasında pozitif, düşük derece; sorumluluk ve geçimlilik arasında çok düşük derece ilişki (r=0,274, r=0,371, r=0,186, r=0,187), samimi davranış ile dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık ve geçimlilik arasında düşük derece ilişki olduğu görülmüştür (r=0,317, r=0,254, r=0,277, r=0,226). Duygusal emek ile HMBY arasında pozitif, doğrusal orta derece ilişki olduğu görülmüştür (r=0,431, r=0,487, r=0,505). Nevrotiklik dışındaki diğer kişilik özellikleriyle HMBY arasında pozitif, doğrusal, düşük derece ilişki olduğu görülmüştür (r=0,282, r=0,328, r=0,234, r=0,204). Kişilik özelliklerinin, yüzeysel davranış ile HMBY arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (p<,05).

Sonuç: Araştırmada hemşirelerin duygusal emek puanları yüksek düzey bulunmuştur. HMBY ortalaması yüksek düzey bulunmuştur. Duygusal emeğin HMBY'ni etkilediği, bu etkide beş faktör kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Duygusal Emek, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği

THE REGULATORY ROLE OF FIVE FACTOR PERSONALITY TRAITS IN THE EFFECT OF EMOTIONAL LABOR ON PATIENT-CENTERED CARE COMPETENCY

ABSTRACT

Aim: The aim is to determine the effect of the emotional labor levels of nurses who take an active role in patient care on their patient-centered care competencies and the moderating role of personality traits in this effect.

Materials and Methods: The research is descriptive, cross-sectional and convenience sampling method was used. The population of the research consists of nurses working in Turkey, and the survey method was used to obtain the data. Descriptive statistics were obtained using the SPSS program to analyze the data. In addition, Cronbach's Alpha, T-test, ANOVA test and chi-square test were used for analysis of categorical variables, Correlation was used for relationship analysis and Regression was used for effect analysis.

Results: A significant difference was found in emotional labor, personality traits, and HMBY scores in terms of sociodemographic variables. There is a statistically significant, very low relationship between surface behavior and the extraversion sub-dimension (r=0.196), a low relationship with responsibility and openness to experience (r=0.204, r=0.265), a positive relationship between deep behavior and extraversion and openness to experience, low degree; It was observed that there was a very low correlation between conscientiousness and agreeableness (r=0.274, r=0.371, r=0.186, r=0.187), and a low correlation between friendly behavior and extraversion, responsibility, openness to experience and agreeableness (r=0.317, r= 0.254, r=0.277, r=0.226). It was observed that there was a positive, linear, moderate relationship between emotional labor and HMBY (r = 0.431, r = 0.487, r = 0.505). It was observed that there was a positive, linear, low-degree relationship between HMBY and personality traits other than neuroticism (r=0.282, r=0.328, r=0.234, r=0.204). It has been observed that personality traits have a moderating effect on the relationship between surface behavior and HMBY ($p<.05$).

Conclusion: In the study, nurses' emotional labor scores were found to be high. The HMBY average was found to be high. It was found that emotional labor significantly affected patient-centered care competence, and five factor personality traits had a moderating role in this effect.

Keywords: Emotional Labor, Five-Factor Personality Traits, Patient-Centered Care Competence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri merkezinde insan olan hizmetlerdir. Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sürekliliği, kişilerin sağlık okuryazarlığının artması, hasta ve yakınlarının bilgiye kolaylıkla ulaşabilmesi, kalitenin odak noktası haline gelmesi gibi sebeplerle günümüzde sağlık hizmetlerinin niteliği artarak, hekim ve hastalığın merkeze alındığı yaklaşımdan uzaklaşılarak hasta merkezli yaklaşıma geçiş söz konusudur. Hasta merkezli bakım sağlanarak, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta/yakını ile sağlık çalışanları arasında bir çalışma ortaklığı hedeflenmektedir. Bireyleri beden sağlığı açısından değerlendirirken sadece fizyolojik açıdan değil, psikolojik ve sosyal açıdan da bir bütün olarak gören bütüncül yaklaşım gereğince uygulanan hasta merkezli bakımının sonucunda sağlık hizmetlerinde kalitenin arttığı yapılan çalışmalarda görülmektedir. Hasta merkezlilik sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli unsurlarından biri olarak kabul görmektedir. Hastaları bakım verirken merkeze almak giderek daha fazla önem arz etmektedir. Hemşireler hasta bakımı verilirken, hasta ve yakınları ile sürekli etkileşim içinde olan ve aktif rol üstlenen sağlık meslek mensuplarıdır. Bakım veren olmanın sonucu olarak hemşirelerin duygusal emek gösterdikleri yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Hemşireler hasta ve yakınlarının hissettikleri duygulara karşı farklı şekillerde duygusal emek sarf etmektedir. Kendilerinden beklenilen hizmeti vermek için çaba gösteren hemşirelerin duygusal emek düzeyleri de doğru orantılı olarak artmakta ve duygusal emeğin olumsuz sonuçları ortaya çıkmaktadır. Hasta merkezli bakımın öneminin kavranmaya devam edildiği günümüz sağlık hizmetlerinde duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisi incelenmesi gereken bir durumdur. Hemşirelerin kişilik özelliklerinin sarfedilen duygusal emek ve hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Duygusal emeğin etkilerini inceleyen çalışmalar mevcut olmasına rağmen hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini inceleyen çalışmalara literatürde rastlanılmamıştır. Bu kapsamda araştırmanın amacı, hemşirelerin sahip oldukları duygusal emek düzeylerinin hasta merkezli bakım yetkinlikleri üzerine etkisi ve bu etkide kişilik özelliklerinin düzenleyici rolünü belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DUYGUSAL EMEK

2.1.1. Duygu ve Yönetimi

Duygu kavramının kökenine baktığımızda Latince "movere" (hareket etme) kelimesinden gelmektedir. Duyguların bireyler, toplumlar, topluluklar arasında hareket halinde olmasından esinlenilmiştir (1). Duygu kelimesi, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "*Belirli nesne, olay veya bireylerin insanın iç dünyasında uyandırdığı izlenim, his, nesneleri veya olayları ahlaki ve estetik yönden değerlendirme yeteneği, kendine özgü bir ruhsal hareket ve hareketlilik*" şeklinde tanımlanmaktadır. Duygu, belirli nesnelerin, olayların ya da kişilerin bir kişinin iç dünyasında çağrışım yapmasıdır. Kişilerin kendilerine özgü ruhsal hareket veya hareketlilik olarak da tanımlanmaktadır (2).

İngiliz yazarlar tarafından 19. yüzyılda kullanılmaya başlanan duygu (Emotion) tarihi olarak çok daha eski zamanlarda üzerinde durulan bir kavram olarak bilinmektedir (3). İngilizce literatür incelendiğinde bireylerin sahip olduğu duyguları tanımlayabilmek için "emotion" (duygu) kavramının yanı sıra, "affect" (duygulanım), "feeling" (his) gibi tanımlanan farklı kavramlar olduğu karşımıza çıkmaktadır (4)

Duygular insanların hayatının eşlikçisi olan, yaşamları boyunca karşılaştıkları durumlardan etkilenen ve etkileyen önemli psikolojik bileşenlerden birisidir (5). Duygu, yaşantımızdaki belirli bir uyaran karşısında genellikle içgüdüsel olarak ortaya çıkmakta ve davranışsal tepkilere yol açan yapılandırılmış hisler olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak tanımı, bir kişiye veya bir duruma karşı yöneltilen yoğunluğu olan hisler şeklinde ifade edilmektedir (6,7).

Duyguların beden üzerinde meydana getirdiği değişiklikler üzerinde çalışan Darwin tarafından 1872'de yazılan The Expression Of Emotion In Man And Animals ismindeki eserde, duyguların yüzyılları kapsayan evrimsel bir sürecin sonucu olarak oluştuğu iddia edilmektedir. Darwin, insanlara ait olan sevinç, öfke, korku, tiksinme gibi duyguları bireylerin yüz ifadeleri üzerinden incelemiştir. Tüm bu incelemeler

süresince kendisi üzerinde de deneyler yapmış, gülümsediğinde ya da korktuğunda kullandığı kasları belirlemeye çalışmıştır. Deneylerinde küçük oğlu William'ı inceleyerek, "*Sekizinci gününden itibaren, çığlık atmasının belirtisi olarak kasılma nedeniyle kaşlarını çattığını gözlemledim.*" ifadelerini kullanarak oğlunun tepkilerini kaydetmiştir (8).

Duygular hayatımızı şekillendiren önemli kabul ettiğimiz olayların merkezinde rol almaktadırlar. Duyguların davranışsal ve fizyolojik birçok özellikleri olmasının yanında, temelde duygular her şeyden önce psikolojiktir (9).

Duygular kişilerin davranışlarını psikolojik, biyolojik ve düşünsel olarak harekete geçirmektedirler. Davranışların duyguların sonucunda şekillendiği bilinmektedir. Bireyler farklı olay ve durumlar karşısında birbirinden benzersiz duygular hissetmektedirler. Çevreyle olan uyumun sağlanması için hissedilen bu duyguların yönetilmesi gerekmektedir. Duyguların yönetilerek düzenlenmesi, insanların yoğun stres altında kaldığında birtakım stratejiler kullanarak duygularını kontrol edebilmeleri olarak ele alınmaktadır. Gross (1998), duygu düzenleme stratejilerini öncül ve tepki odaklı olacak şekilde iki başlıkta sınıflandırmıştır. Öncül odaklı stratejiler duygu ortaya çıkmadan müdahale etmeye yönelik stratejilerdir. Tepki odaklı stratejilerse duygu oluşup, yöneltildikten sonra yaşanılan duygunun şiddetini azaltmaya yönelik eylemler olarak tanımlanmaktadır (10,11).

Duygu düzenleme için ortaya çıkan stratejiler duyguyu oluşturan durumun seçilmesi, durumun ayarlanması, dikkati toplama, bilişsel olarak yaşanan değişim ve sonucunda tepkinin değişimi şeklinde ele alınabilmektedir. Bireylerin toplumlar tarafından belirlenmiş olan normlara uygun şekilde davranabilmesi için duygularını düzenleyebilmeleri gerekmektedir. Duygu yönetimi kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (12).

Duyguların insan yaşamında oldukça önemli bir rolü vardır. Müşteri memnuniyeti ve hizmet kalite beklentisinin artması neticesinde örgütlerdeki duygular ve yönetiminin de önemi giderek artmaktadır (13). İnsanlar sosyal bir varlık olmaları sebebiyle günlük yaşantılarında da kendilerine ait bazı duyguları göstermek veya bastırmak için çaba göstermektedir (14). Bireylerin günlük yaşamlarındaki duygularını

göstermek ya da bastırmak için gösterdikleri bu çaba kendi isteklerine bağlı olmakta iken, iş yaşamında ise işinin gerektirdiği bir durum olarak ortaya çıkmaktadır (13).

Kurumlarda bulunan kişiler arasında farklılıkların neden olduğu duygusal uyumsuzluk, kişinin ifade etmesini istediği duygular ve kişinin hissettiği duygular, hastalık, tükenmişlik ve stres psikolojik ve fiziksel durum üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (15).

2.1.2. Duygusal Emek

Duygusal emek, hizmet sektöründeki örgütlerde çalışanların kendi duygularını yöneterek müşterilerinin duygularını etkilemeye çalışması sonucunda ortaya çıkmıştır. Örgütler tarafından önceden belirlenen kurallarla çalışanların müşterilere karşı sergileyeceği tutum ve davranışlar yapılan işin zorunlu bir parçası olarak değerlendirilmektedir (16).

Duygusal emek, ilk olarak 1983 yılında Hochschild'un "The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling" ismini vermiş olduğu kitapta kullanılmıştır (17). Amerikalı sosyolog Arlie Russel Hochschild duygusal emeğe ait davranışları, bireylerin beden ve yüz ifadeleriyle duygularını yönetme eylemi olarak tanımlamıştır (18). Hochschild duygusal emeği, yüzeysel ve derin davranış olarak iki boyutta değerlendirmiş, genellikle de duygusal emek ile ortaya çıkan olumsuz sonuçlar üzerinde çalışmıştır (20).

Duygusal emek terimi ilk kez 1980'lerde toplum tarafından gözlemlenebilir bir yüz ve beden görüntüsü oluşturmak için duyguların yönetimi olarak tanımlanmıştır. Hizmet sağlayıcıların bağlı bulunduğu kuruluştaki hizmeti sırasında, insanlar arasındaki etkileşimdeki talepler nedeniyle duygusal ifadesini karşılamak için gerekli çabaları, planları ve kontrolü olarak tanımlanmıştır (21). Bu kavram Hochschild tarafından kaleme alınarak literatüre kazandırılan "Yönetilen Kalp: İnsan Duygusunun Ticarileştirilmesi" eseri ile ortaya çıkmıştır. Sanayi devrimi sonrası dönemde hizmet çalışanlarının duygularının kâr amacıyla metalaştırılması sebebiyle kavram olarak yaklaşılmıştır. Toplumlar duyguları üzerindeki sahiplik ve kontrolün, onları istihdam eden kuruluşlar tarafından ele geçirildiğini düşünmektedir. Bu nedenle, hizmet

çalışanları işyerlerinin sergilenmesini talep ettiği şekilde duygularını yönetmek durumunda kalmıştır (22).

Hochschild'e göre bir birey zihinsel ve fiziki olarak çaba sarf ettiği emeğin yanında aynı zamanda duygusal emeği de yerine getirir. Dış görünüşü kontrol ederek duyguları bastırmak başkalarında uygun bir zihin durumu yaratır. Duygusal emek Hochschild tarafından, *"Kamu yararı yaratmak için yüz ve beden gösterimi ile duyguların yönetilmesi"* olarak tanımlanmıştır. Yine Hochschild'e göre duygusal emek bir bedel karşılığında satılmakta olması sebebiyle değişim değerine sahiptir (18,19). Duygusal emek içeren işlerin üç tipik özelliği vardır. Bunlardan ilki kişilerle yüz yüze veya sesli görüşme gerektirmeleridir. İkinci olarak, çalışanın, hizmet alan kişilerde minnettarlık veya korku gibi duygusal bir durum yaratmasıdır. Üçüncüsü ise işverenlerin, eğitim ve gözetim yoluyla çalışanların üzerinde örgüt hedeflerine uyumlu olacak şekilde kontrol uygulamak amacıyla duygusal faaliyetler göstermesidir (18). Duygusal emek; bireylerin yüz yüze görüşme veya konuşma sırasında gerçekte hissettiği duygularını yansıtmak yerine; diğer bireyler tarafından beklenen ve kabul görmesi daha muhtemel olan duyguları gösterme çabası, empati kurma, karşılarındaki bireylerin duygularıyla ilgilendiklerini gösterme ve hissettiklerine önem vermek olarak tanımlanabilmektedir (14).

Hochschild tarafından havayolu çalışanlarından host ve hostesler ile yapılan çalışmada, profesyonel olma beklentisi ile saklanan ve çalışanlar için sahip olunması gereken bir değer olarak belirlenen gülümsemeye zorlanmayı araştırmıştır. Çalışanların hizmet alan yolcuların memnuniyetini arttırmak, uçuş esnasında rahatlatılarak endişelerinden kurtulmalarını sağlamak ve sorun yaşanmadığı hissi ile güvende olduklarını düşünmelerini sağlamak için kendi yorgunluklarını veya nasıl hissettiklerini tamamen dışarıda tutmak zorunda kalarak gülümsemeye devam ederek duygusal emek sarf ettiklerinden bahsetmiştir (3).

Duygusal emek, bireyin duygularını deneyimlenmesi, ifade edilmesi veya kontrolü sırasında harcanan çaba olarak tanımlanmıştır (23). Kavram olarak duygusal emek duyguların yönetimini içermektedir (24). Duygusal emeğin hizmet sunumunda kalitenin arttırılması amacıyla olumlu duyguların daha ön planda tutulması ve bu duyguların hizmet alanlara başarılı şekilde aktarılması olarak hizmet sektörüne yönelik

tanımı yapılmıştır (19). Duygusal emek, gerçekte hissediliyor olan ile yapılan işin gereği gösterilmesi beklenen duygular arasında tutarsızlık olduğunda, bağlı bulunulan örgütün üyeleri arasında duyguları düzenleme ve yönetebilme uygulamalarını ifade etmektedir (15). Çalışanların kendi duygularını yöneterek beden ve yüz ifadeleriyle hizmet alıcılara aktarması bir diğer deyişle duygusal performansı olarak da tanımlanmıştır (25).

Duygusal emek kavramı, çalışanların çoğunluğunun belirli bir ücret karşılığında müşterilerine önceden belirlenmiş kurallara uygun şekilde hizmet verdiği ve bunu mevcut işlerinin bir parçası olarak sunmak şeklinde açıklanmaktadır. Özet bir ifadeyle duygusal emek, iş görenlerin kendilerinden beklenen duyguları sergilemesidir. Duygusal emek davranışının iki alt boyutu vardır. Bunlar, yüzeysel etki ve derin etki olmak üzere belirlenmiştir (26). Ashforth ve Humphrey, duygunun öznel bir durum olduğu üzerinde durmuştur. Duygular temel duygular ve sosyal şeklinde kategorize edilebilir. Araştırmacılar Hochschild tarafından tanımlanan yüzeysel ve derin oyunculuk stratejilerine ek olarak, "*Spontane ve Gerçek Duygular*" kavramını şekillendirmiştir. Bu bağlamda, "*Gerçek Duygular*" duygusal emeğin üçüncü alt boyutudur (27).

Ashforth ve Humphrey (1993) tarafından duygusal emek "*Hizmet sürecinde örgütün istediği şekilde duyguların müşteriye yansıtılması"* olarak tanımlanmıştır. Hizmet sektöründe müşteriye karşı güler yüzlü olunması duygusal emek için verilebilecek en net örneklerdendir. Bazı durumlarda ise çalışanlar müşterilere karşı içlerinden geldiği gibi davranabilmektedir. Bu davranış şeklinin de olası olması sebebiyle Ashforth ve Humphrey tarafından duygusal emeğe doğal (samimi) davranış alt boyutu da eklenmiştir (20,27).

Morris ve Feldman (1996) ise duygusal emek kavramına, kişilerin iletişim ve etkileşim süreçlerinde ait oldukları örgütlerin beklentileri ile örtüşen şekilde davranmak için gösterilen yoğun çaba olarak yaklaşmışlardır. Duyguların anlık olarak değişebileceği bilinci ile sergilenen duygusal emek düzeyinin de değişebileceği görüşü üzerine çalışmışlardır. Çalışanların örgütün hedeflerine hizmet etmek amacıyla duygu ve davranışların yönetmeleri gerekmektedir (17). Morris ve Feldman (1996) duygusal emeği; duygusal davranış göstermedeki sıklık, davranış kurallarında gösterilen dikkatli tutum, sergilenmesi gerekli duyguların çeşitliliği ve duygusal çelişki olarak dört boyutta

ele almışlardır. Grandey, (2000) ise kendinden önce yapılan tüm duygusal emek çalışmaları ile yaklaşımlarını inceleyerek ortak bir sonuca varmak üzerine yoğunlaşmıştır. Kapsamlı çalışması ile duygusal emeği nelerin etkilediği ve nelerden etkilendiğini bir model üzerinde göstermiştir (20).

Duygusal emek bir kuruluşun üyeleri arasında gerçekte hissettikleri duygular ile göstermeleri beklenen duygular arasında uyumsuzluk olduğu durumlarda, duyguları düzenleme ve yönetme pratiğini ifade eder. Duygusal emek davranışı iş tatmininin azalması, işten ayrılma niyetinin artması ve tükenmişlik gibi bir dizi olumsuz sonuç doğurmaktadır (15). Öncelikle uçuş görevlileri gibi hizmet sektöründeki hizmet sağlayıcılar üzerinde çalışılmış olan Duygusal emek, kökleri geçmişe dayanan bir kavram olduğu için başkalarıyla etkileşimlerin öncülüdür ve müşteriler veya kuruluşlar tarafından talep edilen normlara uymak için duyguları kontrol etme ve ifade etme çabalarını ifade eder (28). Duygusal emek, bireylerin örgütsel beklentiler doğrultusunda içsel duygularını ve duygusal davranışlarını bastırarak ya da değiştirerek ifade ettikleri süreç olarak tanımlanmaktadır (29).

Duygusal emek çoğunlukla müşteriler ile profesyonel ilişki gerektiren hizmet sektöründe kullanılmaktadır. Sağlık sektörü en büyük hizmet sektörlerinden biridir. Dolayısıyla birçok şartta insan ilişkilerinin konu olduğu sağlık sektöründe profesyonellerin duygusal emek davranışı gösterdikleri görülmektedir. Sağlık çalışanları güvenli, yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım sunması beklenirken duygularını yöneterek kurumsal hedefleri ve hasta memnuniyetini desteklemektedir. Ashforth ve Humphrey (1993) duyguların kavramsallaştırılmasına önemli katkılarda bulunmuştur. Araştırmacılara göre duygusal emek, organizasyonlarda bir izlenim oluşturmak ve yönetmek amacıyla uygun duyguları sergileme eylemidir. Morris ve Feldman (1996) duygusal emeği "*Kurumsal olarak kendilerini ifade etmek için gereken çaba, planlama ve kontrol kişiler arası işlemler sırasında arzu edilen duygu"* şeklinde tanımlamışlardır. Bu tanım etkileşimci bir anlayışı yansıtır; bu anlayışta duyguların ifade edilme şekli kısmen sosyal çevre tarafından belirlenir. Grandey'e (2000) göre, "*Duygusal emek örgütsel hedefler için hem duyguları hem de ifadeleri düzenlemek"* dir. Bununla birlikte işletmeler açısından bakıldığında çalışanların yüzeysel davranış sergilemeleri istenilen bir davranış biçimidir (23).

Chu ve Murrmann (2006) ise duygusal emeği, "*İş yaşamını geliştiren duyguların yönetimi*" olarak tanımlamıştır. Misafirlerin/müşterilerin memnuniyetini, sadakatini ve itaatini sağlamak için misafirlere karşı hoş ve dostane bir tutum sağlamak olarak görülmektedir (23).

Duygusal emek davranışı bireylerde birçok olumsuz sonuca neden olabilmektedir. Bu olumsuz sonuçlardan bazıları; insana ait olmayan şekilde robotik, bağımsız ve empatik olmayan davranışlar, mesleki tükenmişlik, mutsuzluk, kişilerarası iletişimde bozulmadır. Aynı zamanda gerçekte kendilerine ait olmayan duyguları hissediyormuş gibi davranmak, duygusal çelişki yaratması sebebiyle kişinin kendisini sahte ve samimiyetten uzak olarak görmesine neden olmaktadır. Olumsuz sonuçların dışında yapılan bazı çalışmalarda duygusal emeğin olumlu olan sonuçları görülmektedir. Bireyler arası iletişimde ortaya çıkabilecek muhtemel problemleri engellediği, hizmet alanın memnuniyetinin artmasıyla kişisel başarıyı artırdığı, çalışanların görevlerindeki başarının artması ile kendilerini yeterli görmelerini sağladığı, bunun sonucu olarakta işi ve iş çevresiyle uyumunu artırarak stresti azalttığı, bedenen ve ruhsal olarak sağlıklı hissetmelerine yardımcı olduğu bulunan sonuçlar arasındadır. Tüm bu sonuçların ışığında duygusal emek davranışının olumlu ve olumsuz yönleri olduğu bilinmektedir (30,31).

Çalışanların hissettiği ve gösterdiği duyguların birbirleriyle olan ilgililik durumuna bağlı olarak duygusal emeğin olumlu ya da olumsuz sonuçları ortaya çıkmaktadır. Gerçekte hissedilen fakat örgütsel beklentiler dahilinde gösterilen duygular arasındaki farklılığın artması negatif sonuçlar olarak karşımıza çıkmakta, sunulmakta olan hizmet kalitesinin ve müşterilerin memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple duygusal emek, kalite ile devamlı ilişkisi olan bir kavram olarak görülmektedir (13).

Duygusal emek genellikle yönetim ve organizasyonu içerir (32). Duygu yönetimi ve iş çıktılarının iyileştirilmesine katkıda bulunan duygusal emek ve kişilerarası ilişkiler, başarının merkezinde yer alır (33). Bireylerin yanı sıra kurumlarda etkin bir şekilde duygularını kontrol edebilir ve yönetebilirler (34).

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme ve teknolojinin kullanımının arttığı son yıllarda eş zamanlı olarak hizmet sağlayıcılarla hasta arasındaki insani değerlere olan

talepte artmış bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki verilen hizmetin nitelik ve kalitesinin arttırılması yönündeki düzenlemeler ile de desteklenen duygusal emek, duyguyla saygı gösterme şeklinde metalaştırılmıştır (35).

2.1.3. Duygusal Emeğin Boyutları

Duygusal emek kavramı ortaya çıktığı tarihlerde yüzeysel ve derinlemesine davranış olarak iki boyutta incelenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda samimi davranış boyutunun da eklenmesiyle birlikte günümüzde genel olarak üç boyutta incelenmektedir.

2.1.3.1. Yüzeysel davranış: Yüzeysel davranış, iş sağlayıcılar tarafından içinde oldukları örgütün sergilenmesini istediği duyguları yüz ifadeleri aracılığıyla sözsüz ya da sözlü olarak gerçekte hissettikleri duygulardan farklı duygular sergilemeleri olarak karşımıza çıkmaktadır (34). Çalışanların o anda öyle hissetmemelerine rağmen davranışlarını düzenleyerek öyle hissediyor gibi davranmalarıdır (17). Yüzeysel davranış ile yüz ve beden ifadeleri değişirken gerçekte hissedilen duygular aynı kalır. Duyguların dışavurumu yönetilerek örgütün beklentileri ile tutarlı şekilde davranmaları, rol yapmaları söz konusudur (36). Yüzeysel oyunculuk olarak da literatürde tanımlanan yüzeysel davranış boyutu, hissedilen duyguları gizleyerek hissedilmeyen duyguları taklit etmektir (22). Çalışanlar tarafından müşterileri memnun etmek ve örgütün amaçlarına hizmet etmek amacıyla kendi duyguları değişmeksizin farklı şekilde davranmaları yüzeysel davranıştır. Müşteri memnuniyeti sebebiyle çalışanların güler yüzlü davranması en yaygın gözlenen örnek olarak verilebilir. Burada kendi duygularını kontrol ederek işin gereği beklenen üzere sahte bir gülümseme söz konusudur (37). Yüzeysel oyunculuk kişinin belirli bir iş durumunda gerekli olan şekilde duygularını bastırması ya da taklit etmesi ile karakterize edilir (36). Yüzeysel rol yapma, işyeri beklentileri ile tutarlı olarak çalışanların duygularının dışavurumunu düzenlemek için çaba göstermeleridir. Çalışanlar yüzeysel davranışlarda bulunduklarında yüz ve beden ifadelerini değiştirirken, gerçek, hissedilen duyguları değişmeden kalır (38). Yüzeysel oyunculuk için sahte gülümseme, mimikler aracılığıyla kontrollü duygu aktarımı ve omuz silkme gibi beden dili ile ilişkili davranışlar gereklidir. Yüzeysel oyunculukta birey mimik ifadeleri ile belirli bir şekilde hissediyormuş gibi yaparak sadece dış görünüşünü değiştirir (26).

Çok sayıda araştırmaya göre yüzeysel ve derin oyunculuğun her birinde olumlu olmayan koşullar altında bile, çalışanların olumlu duygular yansıtması önemlidir ve rolle ilgili bir beklenti olarak ortaya çıkmaktadır (39-42). Örneğin, Grandey vd. (2004), müşteri ilişkilerinde saldırganlık nedeniyle gerginlik yaşadığını bildiren çalışanlar yüzeysel oyunculuk göstermek durumunda kalmaktadır. Ayrıca, derin oyunculuğa dair müşteri saldırganlığına tepki, ancak yalnızca saldırganlığı deneyimlememiş çalışanlar arasında saldırganlığı özellikle stresli olarak görmektedir (42).

Yüzeysel davranış genellikle olumsuz duyguları bastırmak sebebiyle oluşmaktadır. Hissedilen olumsuz duyguları davranışa dökmeyerek olumlu duygular içerisinde imiş gibi oyunculuk gerektirerek davranmaya çalışmak ile ilgilidir. Bu davranışın sebebinin çalışanlardan müşterilere karşı olumlu tavırlar beklenmesinin olduğu bilinmektedir (43).

2.1.3.2. Derinlemesine davranış: Derinlemesine davranış, örgütün hedef ve istekleri doğrultusunda davranmak için kişinin aslında hissettiği duyguları bastırmak için çaba sarf ederek derinlemesine rol yapmaları söz konusudur (36). Derinlemesine davranış içsel duyguların sergilenmesi gereken duygulara uyarlanabilmesi olarak ifade edilir (37). Çalışanların duygularını düzenleyerek kendilerinden beklenilen şekilde hissetmesi gerekenleri gerçekten hissediyor gibi benimsemeleri ve o duyguyu yaşayarak davranmalarıdır (17). Derinlemesine oyunculuk olarak da tanımlanan derinlemesine davranış, hissedilen duyguları değiştirerek istenen duyguları ifade etme çabasıdır (22). Dijk ve arkadaşları derin davranışı, samimi ve doğal olarak hissedilen duyguların gösteriminden farklı olarak ele almaktadır.

Çalışanların müşterilerin beklentilerini karşılayacak biçimde hissettikleri duyguları yönetmeleri gerekir. Bunun için derin davranış kavramını kullanan çalışanlar, içsel duygularını kontrol altına alabilme veya kendilerine ait olmayan duyguları kendilerinde oluşturabilme yeteneğine sahiptir. Derin oyunculuk, değişen davranışlarla karakterize edilir (44).

Kişinin gerçek duygularının belirli bir iş için gereken duygularla uyumlu olması şeklinde tanımlanmaktadır. Derin rol yapma çalışanların sergiledikleri duyguları deneyimlemek için çaba sarf ettiklerinde ortaya çıkar. Çalışanlar derinlemesine rol yaptıklarında, kendilerinden kaynaklanan duygularını bastırırlar. Hissettikleri duygularını kendilerinden beklenen duygular ile uyumlu olacak şekilde değiştirir ve yansıtırlar (38). Derin oyunculuk, bireyin duygularını doğal bir şekilde ifade etmesidir. İyi ya da kötü görünme çabası olmadan derin oyunculukta bireyler olması gereken duyguyu gerçekten hissetmek için yansıtmalı ve buna göre hareket etmelidir. Çalışanların duygularını kurallara uygun şekilde düzenlerken, artık o duyguları gerçekten yaşıyor olmaları durumu söz konusudur (26).

Derinlemesine davranış biçiminde sadece davranışların değil duyguların da davranış kurallarına uyumlu olacak şekilde düzenlenmesi söz konusudur. Bu yönü derinlemesine davranışın yüzeysel davranıştan farkı olarak tanımlanmaktadır. Yüzeysel davranışta bireyler kendilerinden beklenilen duyguları davranışları ile hissediyormuş gibi gösterirken, derinlemesine davranışta davranış ile hissedilen duygunun uyumu vardır (45).

2.1.3.3. Samimi davranış: Samimi davranış, çalışanların hissettiği şekilde davranması ve bunun için çaba sarf etmeye gerek duymaları olarak tanımlanmaktadır (17). Bireyin kendi içinden geldiği şekilde doğal olarak var olan duygularıyla davranması anlamına gelmektedir (46).

Alışıldık olarak algılanan durumlar karşısında hizmet sağlayıcıların fazladan bir gayret göstermeden zaten hissetmekte olduğu duyguyu içten bir şekilde, samimiyetle olduğu gibi sergilemesi, samimi davranışın tanımı olarak karşımıza çıkmaktadır (47). Çalışanlar işlerinde tecrübe kazandıkça bazı davranışlar işin bir parçası halini almaktadır. Bu durum ile çalışan bireyler de otomatikleşmekte ve gerekli davranışı çaba göstermeden ortaya koyabilmektedir. Bazı durumlarda ise çalışanlar müşteri iletişimiyle oluşan etkileşim anında yaşanması ön görülen duyguları kendilerinde içsel olarak barındırıyor da olabilir (27).

Samimi davranışın duygusal emeğin, yüzeysel ve derin davranış boyutlarına üçüncü boyut olarak eklenmesinin sebebi güncel gelişmelerin beraberinde örgütler tarafından hizmet sürecinde talep edilmesidir (48).

Çalışanların işleri gereğince sergilemeleri beklenen duyguların içten ve samimi olarak hissedilmesi nihayetinde de bu şekilde yansıtmaları samimi davranış olarak tanımlamaktadır. Samimi davranış kavramı duygusal emeğin üçüncü şekli olarak görülmektedir (30). Samimi duygular stratejisinde hizmet sağlayıcıların hissettikleri duygularla sergilemek zorunda oldukları duyguları düzenlemede zorlanmuyor olmaları, sonuç olarak sergiledikleri duyguların gerçekteki duygularıyla aynı olması durumundan kaynaklanmaktadır (49). Çalışanların müşterilere karşı yansıtmak durumunda oldukları duyguları gerçekte hissediyor olması durumu ile samimi davranış ortaya çıkmaktadır. Bu tanımlamalardan yola çıkarak Ashforth ve Humphrey (1993), bu davranış çeşidinde bireyin çok az duygusal emek harcadığını belirtmişlerdir. Morris ve Feldman'a (1996) göre ise samimi davranışta yapılan işin gereğine göre davranılmanın söz konusu olması sebebiyle duygusal emek gösterimi azımsanmayacak şekilde bulunmaktadır. Birey yansıtma zorunda olduğu duyguları hissediyor olsa dahi, bu duyguları örgütün istediği davranışlar şeklinde yansıtabilmek amacıyla yine de bir miktar emek harcamak zorundadır (14,45). Samimi davranış türü duyguların ham haliyle, çabasız sayılabilecek biçimde örgüt beklentileri dahilinde bastırılmadan, değiştirilmeden, planlanmış bir işlemden geçirilmeden yani müşteriye rol yapılmadan yansıtıldığı davranış türüdür (50).

2.1.4. Duygusal Emeği Etkileyen Faktörler

Duygusal emek boyutlarını etkileyen faktörler ilgili literatür incelendiğinde çeşitli değişkenler tanımlanmaktadır. Bu değişkenlerden başlıcaları örgütsel özellikler, bireysel özellikler ve yapılan işe ait özellikler olarak ele alınmıştır (51). Yapılan çalışmalara göre bireylerin depresyon durumları ve ikincil travmatik stres düzeyleri duygusal emeklerini etkilemektedir (24). Duygusal emeğin çeşitli çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği için etkili bir faktör olduğu bulunmuştur (15). Yine yapılan çalışmalarda presenteeismin duygusal emeği doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebileceğini öne sürülmektedir (21). Duygusal emeğin ve duygusal emekle ilgili diğer faktörlerin (örn, tükenmişlik) hastaneye, maaş seviyelerine ve hemşirenin kişilik özelliklerine göre değiştiği bilinmektedir (28).

Duygusal emekle ilgili mevcut literatür incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, bireyin kültürel yapısı, yöneticilerin liderlik özellikleri ve ekipler arası iletişim ve iş birliği algısı duygusal emeği etkilemektedir (23). Duygudan bu yana yabancılaşmanın tükenmişlikle yakından ilişkili olduğu, duygusal emeğin tükenmişliği

öngören bir faktör olduğu görülmüştür. Örneğin, araştırmalar yüzeysel oyunculuk ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (22). Öz (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerde duygusal emek davranışının bireysel ve mesleki olarak farklı etmenlerden etkilendiği sonucuna ulaşıldığı görülmektedir (52).

2.1.5. Hemşirelerde Duygusal Emek Davranışı

Sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken yaşadıkları olumsuz duyguları işlerine yansıtmadan hastalar, aile üyeleri ve meslektaşları ile artmış duygusal ilişkiler kurmaktadırlar. Bu duyguları yönetmek, hastalara ve başkalarına yansıtmamak üst düzey çaba gerektirir (53). Hemşireler hastalara bakım verirken kendilerini terapötik bir araç olarak kullanırlar. Bu amaçla, iletişimde bulundukları hastalarının olumlu duygu ifadeleri tanıma becerisine sahip olmalı ve hastalarının iyi hissetmelerini sağlamak için kendi duygularını yönetebilmelidirler. Son zamanlarda hasta deneyimini merkeze alarak sağlık hizmet kalitesinin arttırılması önem kazanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin duygularını bastırıp kontrol ederek sarf ettikleri duygusal emek düzeylerinde de artış gözlenmektedir (15).

Duygusal emek kavramı Smith (1992) tarafından hemşirelik mesleği için şöyle tanımlamıştır: Kişinin gerçek duyguları ne olursa olsun başkalarının iyi hissetmesini sağlamak için duyguları tetikleme veya bastırması olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerin hastalarının duygularını önemseme ve güven verme konusunda yetkin, yakın ilişkili bakım sağlayıcılar olması bu tanımı desteklemektedir (35).

Hemşireler profesyoneller olarak tıbbi hizmetleri, hastalarla yüz yüze ilgilenmek ve şikayetlerini dinlemek gibi duygusal hizmetlerle eş zamanlı olarak sağlarlar. Hemşirelerin görevlerinin bu özelliği kaçınılmaz olarak duygusal emekle ilişkilidir. Hemşireler hastalarla neredeyse sürekli duygusal etkileşim içinde olmaları sebebiyle kaçınılmaz olarak görevlerini yerine getirirken duygusal emek sarf ederler (15).

Hemşireler, sağlık sektöründe sağlık profesyonelleri içinde en büyük sayıyı oluşturmaktadırlar. Dolayısıyla hastalarla en yakın ilişkiye sahip olan ekiptirler. Bu yakın ilişki sonucunda duygusal emek hemşirelerin günlük işlerinin kaçınılmaz bir parçasıdır. Hastaların hemen her anlarında bakım veriyor olmaları nedeniyle sıklıkla duyarlılık, empati ve şefkat duyguları tetiklenir. Hemşire-hasta ilişkisinin yanı sıra

hastaların yalnızlık, korku, acı, anksiyete ve depresyonlarına şahit olmakta, üzüntüye ve acıya tanıklık etmektedirler (54).

Hemşireliğin ana odağı olan hizmetler, özel eylemler olarak başkalarına bakım sağlanmasını içerir (23). Hemşireler, hasta ve yakınları ile sürekli iletişim halinde bulunmaları sebebiyle duygularını yönetmektedir. Hemşireler bu duygu yönetimi sonucunda duygusal emek davranışı göstermektedirler. Hasta bakımında üzüntü veren bir durumla karşılaştıklarında örneğin, terminal dönemde takip ettikleri hastalar veya hasta yakınlarına hastaları ile alakalı olumsuz bir haber verilirken ortaya çıkan duygusal uyumsuzluk sonucunda hemşireler duygularını yönetmek durumda kalmaktadırlar. Hastaların hissettikleri ağrı, korku, anksiyete veya panik duygularını hissederek, yönetmek ve en uygun bakımı planlayıp uygulamak için duygusal emeğin hemşirelik mesleğinde önemli bir yeri ve anlamı bulunmaktadır (55-57).

Hemşirelik mesleği kapsamında gösterilen duygusal emek davranışıyla ilgili yapılan farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Bu tanımlardan biri, hemşirelerin duygusal oyuncu olmak durumunda olduğu, hemşirelerin profesyonel, gülen ve esprili yüz olmak üzere üç farklı yüze sahip olduklarıdır. Profesyonel yüz, hemşirelerin mesleğin gerekliliği kadar hizmet verecek şekilde hastaları ile mesafeli bir ilişki kurarak kendi duygularını kontrol altına almaları olarak tanımlanmaktadır. Gülen yüz, hemşirelerin kendilerinden beklenen biçimde davranarak hasta memnuniyetini arttırmak için gülümsemek durumda kaldıkları duygusal emek sürecinin bir bölümü olarak tanımlanmaktadır. Esprili yüz ise, hemşirelerin herhangi bir şekilde rol yapmadan, içtenlikle hastalarına yaklaşımı olarak belirtilmektedir. Buradan yola çıkarak hemşirelerin duygusal emek davranışının üç alt boyutunu da mesleklerini yerine getirirken sergilemek durumunda kaldıkları söylenebilir. Duygusal emek davranışının tüm boyutlarının hemşirelik mesleği gereğince meydana gelmesi kaçınılmaz olmaktadır (58).

Hemşireler tıbbi olarak verdikleri hizmetlerin yanı sıra hastalarla yüz yüze ilgilenerek şikayetlerini dinlemek, olumlu ya da olumsuz her durumda hastalarını desteklemek gibi duygusal hizmet de vermektedirler. Hemşirelerin görevlerinin bu özelliği kaçınılmaz olarak duygusal emekle ilişkilidir (21).

Hemşirelerin duygusal emek göstermelerinin, hastalarla özenli bir ilişki kurmalarının sağlanması ve hasta bakım kalitesi değerini artırmasının yanı sıra mesleki iş tatmininin sürdürülmesi üzerinde de etkisi vardır. Bununla birlikte, klinik ortamda çalışan hemşireler duygularını bastırmak ve kötü çalışma koşullarına katlanmak zorunda kalırlarsa, şiddetli stres, iş tatminsizliği ve tükenmişlik, sonuçta hemşirelik hizmetlerinde kalitesinin azalmasına yol açabilir (15,17,59). Kore'de yapılan bir araştırmaya göre Mesleki Eğitim ve Öğretim Araştırma Enstitüsü, hemşirelerin duygusal emek açısından 5 puan üzerinden 4,33 puan alarak 203 meslek arasında 15. sırada yer aldığı görülmüştür. Başka bir çalışmada ise, sağlık sektöründeki diğer branşlara göre, hemşirelikte duygusal emek düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, hemşireler arasında duygusal emek, sadece hemşirelerin psikolojik sağlıkları bakımından değil, aynı zamanda hasta bakım kalitesi açısından da önemli bir konudur (15).

Günümüzde sağlık kurumları arasındaki rekabet yoğunlaşmaktadır. Hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesini arttırarak rekabet ortamında öne çıkmayı amaçlayan kurumlar hastalarla direk ve yakın temas halinde olan hemşireler ile politikalar oluşturmaktadır. Kurumlar hasta ve yakınları ile iş birliği sağlanan uyumlu bir atmosfer kazanmaya çalışmak amacıyla hemşirelerini nezaket konusunda eğiterek tek tip duygusal ifade standartları uygulamaktır. Bu tür duygusal emek, hemşirelerde kendi duyguları ile yansıtmak zorunda kaldıkları duygular arasında uyumsuzluğa neden olabilmekte ve bu da duygusal tükenmişliğe, bitkinliğe ve düşük iş tatmini düzeyine yol açarak performans düşüklüğü ve hatta depresyona sebep olabilmektedir (21). Yaşanan deneyim ölçüsünde nezaketsizlik, hemşirelerin dikkatlerini görevlerinden uzaklaştırmalarına ve kendi işlerini yönetirken duygusal tepkiler (yani duygusal emek) yöneltmelerine neden olur. Tüm bunların sonucu olarak hasta güvenliğinin zarar görmesi görülmektedir (36).

Hemşireler bakımını üstlendikleri hastalarla birlikte, bakımın destekçisi olarak iletişimde oldukları hasta yakınlarının isteklerinin yanı sıra kurumlarının ve mesleki standartların gerektirdiği isteklerin doğrultusunda hizmet vermek zorunda kalmaktadırlar (60). Her ne kadar hemşireler geniş bir performans yelpazesinden sorumlu olsalar da en önemli sorumluluk alanları hasta güvenliği olarak değerlendirilmektedir (61). Hemşirelik uygulamalarının kritik temelini oluşturan

hastalarla ve meslektaşlarıyla etkileşime girme standardı ile mesleki değerler ve iyi mesleki davranışı arasında pozitif bir ilişkiden de söz edilebilir. İyi oluşturulmuş ve benimsenmiş profesyonel değerler, hemşirelerin bakım kalitesini artırmasına yardımcı olabilir. Hastalarla iyi ilişkiler geliştirmek hemşirelerin iş doyumunu arttırabilmektedir. Ayrıca, halkın yüksek kaliteli hemşirelik hizmetlerine yönelik artan talebi, hemşirelerin mesleki yaşamlarının kalitesini, derecesini, hemşirelerin tükenmişliği ve işe devamlılığı etkilemektedir. Bu da hemşirelerin mesleki değerlerinin geliştirilmesinin önemini giderek daha fazla ön plana çıkarmıştır (29,61).

Hemşirelik mesleğinin ilgili ve özverili çalışma gerektirmesi duygusal bir emeği doğurmaktadır. Motivasyon teorisine göre, hemşireler hastaların memnuniyetini artırmak için yakın bir ilişki kurarak duygusal emek davranışı sergilemektedir. Duygusal emek sonucu ortaya çıkan memnuniyet, onay ve iş yerinde sağlanan yetkinlik hemşirelerin kendilerini yeterli hissetmelerini sağlar. Bunlar duygusal emeğin olumlu sonuçlarıdır. Duygusal emek aracılığıyla hemşirelerin hastaları ile iyi bir ilişki kurması, hemşirelerin mesleki değerlerini olumlu yönde etkilemekte ve iyi bir iş deneyimi elde etmelerini sağlamaktadır (29).

Hemşireler diğer hizmet sektörlerindeki çalışanlardan farklı olarak çok değişimli ve güçlü duygularla karşılaşmakta ve bu duygularla baş etmek durumundadır (62). Hastalarla yakın bireysel iletişimde bulunan hemşirelerin, duygusal emek davranışı hastalar için oldukça önemlidir. Mutlu ve mutsuz birçok durumu yönetmek durumunda kalan hemşireler, bu durumlar karşısında duygularını yönetmek zorunda kalmaktadırlar. Hemşireler bireylerle devamlı ve süreklilik içeren iletişim halinde olduklarında duygularını yönetirler ve bu nedenle duygusal emek davranışı sergilemek zorunda kalmaktadırlar. Hastanelerinde üzücü bir olay yaşandığında (örneğin, ölümcül hastalara bakarken veya kötü doğum yaparken hasta yakınlarına haber vermek), yaşanan duygusal uyumsuzluk karşısında hemşirelerin duygularını yönetmesi gerekmektedir. Hastaların acı, korku, endişe veya panik yaşaması gibi durumlarda, hemşireler tarafından gösterilmesi gereken duygusal emek ile duyguları yönetmelerinin büyük öneme sahip olduğu düşünülmektedir (26).

Derin ve yüzeysel etki alt boyutları hemşirelerde duygusal emek davranışını farklı etkilemektedir. Derin oyunculuğun iş tatmini ve hasta memnuniyetini artırması, duygusal emeğin olumlu yönleri ile ilişkilidir. Yüzeysel oyunculuk ise daha çok

olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu olumsuz sonuçlar duygusal tükenme, stres, tükenmişlik gibi psikolojik veya fiziksel hastalıklar şeklinde görülebilmektedir (16).

Diğer mesleklerde fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı hedef nüfusa hizmet veriliyorken, hemşirelik mesleğinde fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları olan hastalara hizmet verilmektedir. Hasta bakımında en kolay ulaşılan, birebir bakım süreçlerine dahil olan hemşirelerin duygusal emek davranışlarından kaçınılması mümkün değildir (28). Duygusal emek hasta bakımı ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilgili tüm ortamlarda hemşireler için gerekli bir kavramdır. Özellikle hemşireler hasta ve yakınları ile ilişkilerinde terapötik duygusal emek gösterirler (63).

Hemşireler bakım sağlarken profesyoneller olarak, artan özerklik ve profesyonel bir tutumla hastalara hizmet vermektedir. Dahası, yüz ifadeleri, tutumlar ve nezaket hemşirelerin bakım sürecinde gösterdikleri bakımın niteliği ile doğrudan bağlantılıdır ve hastalarla empatik bir deneyim yaşanmasını kolaylaştırır (64). Bu nedenle hemşirelerin duygu yönetimi çabalarında olumlu yüz ifadelerinin kullanılması, ifadeleri ve duygularını kontrol etmeleri hasta konforunu ve güvenlik duygusu artırır. Dolayısıyla duygusal emek kavramı hemşirelik çalışmalarında önemli bir konu olarak kabul edilmiş ve çalışılmaktadır (28).

Duygusal emek hemşireliğin vazgeçilmez bir parçasıdır, çünkü hemşireler hastalarına duygusal olarak bağlıdırlar ve bu görünmez çalışma biçimi hemşirelerin eylemlerinin insaniliğini yansıtmaktadır. Duygusal emek davranışının hemşireler üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri vardır. Hemşirelerin karşılaştıkları duygularla başa çıkma konusunda desteklenmeleri çok önemlidir. Bu sebeple de çalışma hayatında hem hemşireler hem de kurum yöneticileri tarafından kabul görmektedir (65,66).

Bakımla ilgili her bir unsur bireyin duygusal çaba göstermesini gerektirir. Theodosius' a göre hasta iyileşmesinin sağlanması açısından duygusal emek hemşirelik mesleği için gerekli ve ahlaki bir durumdur. Yine Theodosius'a göre, hastalar savunmasız ve savunulamazdır. Hemşirelerde, hemşire ve hasta arasındaki ilişkide bulunan güven ve orantısız gücü düzenlemek ve dengelemek için duygusal emeğe ihtiyaç vardır (66,67).

Hastanın bakım ve tedavisi gereğince yapılan ancak ağrı, acı verebilecek olan girişimleri uygulama zorunluluğu zamanla hemşirelerin suçluluk, stres, üzüntü gibi duyguları yoğun olarak yaşamasına sebep olmakta, bu durumsa hasta bakımında hemşireler için duygusal sorumluluk getirmek ile beraber, duygusal emek davranışını da gerektirmektedir (68,69).

2.2. HASTA MERKEZLİ BAKIM

Günümüz sağlık hizmetlerinde hastalık ve hekimin merkezde olduğu düşünceden ziyade hastanın merkeze alındığı düşünce yaklaşımına geçiş yaşanmaktadır. Bu yaklaşım hastaların tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin tümüne katılması ile mümkün olmaktadır. Hasta merkezlilik, hastanın sağlığını ilgilendiren kararlara dâhil edilmesini, tedavi ve bakım süreçlerinde sağlık profesyonelleri ile ortak karar almasını destekleyen bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (70,71). Hasta merkezli kavramı, durumu ve diğer etkileşimli ilişkileri göz önünde bulunduran kişi merkezli kavramından türetilmiştir (72).

Tıp teknolojisindeki ilerlemeler yaşam süresini uzatarak yaşlı nüfusun artmasına dolayısıyla tedavisi zor ve kronik hastalıkların da artmasına yol açmıştır. Bununla birlikte sağlık kurumlarında uygulanan teşhis, planlama ve tedavi süreçlerinde hastalık merkezli yaklaşımlar ile hizmet sunulması hastayı merkeze almaması sebebiyle gerçekte hastalara odaklanmamaktadır. Artan nüfusla birlikte artan sağlık hizmet talebi nedeniyle hastaların fiziksel sorunlarını çözmek için hastanelerin sınırlı bir süreleri vardır. Hastaneler hastaların fiziksel sorunlarını sınırlı bir süre içinde çözmek zorunda olduklarından, hastalar ve aileler tedavi seçimleri, teşhis süreçleri ve tıbbi yönetim üzerinde çok az kontrole sahiptir. Birey merkezli bakım uygulaması, teşhiş ve tedavi süreçlerinde bilgi sağlayarak insan onurunu ve özerkliğini koruyan ve teşvik eden bakımdır (73).

Institute of Medicine (IOM-Amerikan Tıp Enstitüsü) hasta merkezli bakımı sağlık hizmetlerinde kalitenin altı boyutundan biri olarak değerlendirmiş ve bu konu kapsamlı olarak araştırma literatürüne girmiştir. IOM'nin 2001 yılında yayınlanan ve milad kabul edilen "Crossing the Quality Chasm" raporu ile kalitenin arttırılıp standart hale geldiği sağlık hizmetlerine ulaşmanın, hasta merkezliliği ana hedeflerden biri olarak kabul edilmesiyle mümkün olacağını belirtilmektedir. Hasta merkezli bakım

kavramı 1950'lerin ortalarından beri bilimsel araştırmalarda yaygın bir ilgi görmüştür. IOM hasta merkezliliği “Saygılı ve duyarlı olacak şekilde bakım sağlamak, bireysel hasta tercihleri, ihtiyaçları ve değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesinin sağlanması" olarak tanımlamıştır. Hastanın katılımı genellikle hasta için bir koşul olarak belirtilir ve hasta merkezli bir bakıma ulaşmak için bir strateji olarak görülür. Sağlık profesyonelleri kalite iyileştirme çalışmalarının kilit noktadaki paydaşıdır ve hedefleri kalite iyileştirmesidir. Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik alanı sürekli gelişmeye devam etmektedir (74-76). Hasta merkezlilik sağlık hizmet sunumunda hastanın değerleri ve tercihlerinin profesyonel olarak değerlendirilerek hasta bakımında merkezde hastanın bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta bakımında mevcut beklenti ve faydanın hasta tarafından kabul görebilmesi için merkezde hastanın olması bakımın kalitesini arttıracaktır (77).

Avustralya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (ACSQHC) (2010), hastanın merkeze alındığı yaklaşımın benimsenmesi sonucunda hastaların ihtiyaçlarının doğru şekilde tespit edilerek karşılanacağını, sağlık hizmetlerinde olumlu bakım sonuçları oluşturarak hasta merkezli bakımın anlaşılarak yaygın hale getirileceğini belirtmiştir. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hasta merkezli bakımın en önemli yönü olarak karşımıza çıkmaktadır (71). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (The Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) raporuna göre hasta merkezli bakımın, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin kalitesini arttırmak ve hizmet alan hastaların tüm süreçlerin içinde olarak karar vermeye katılmalarını sağlamak amacıyla iyi bir araç olduğunu vurgulamaktadır (78). Tüm bu gelişmeler ile hasta merkezli bakım kalite tartışmalarında artık merkeze alınmıştır (79). IOM hasta merkezli bakımı kalitenin kritik bir yönü olarak tanımlaması ile sağlık kuruluşlarında hasta merkezli bakımı teşvik etmek için birçok girişimde bulunulmuştur. Hasta merkezli bakım yaklaşımı dünyada giderek yaygınlaşmakta ve kabul görmektedir (80).

Hasta merkezli bakım hastalık odaklı geleneksel bakım yaklaşımlarının dışında, hastaların istek, ihtiyaç ve beklentilerini tıbbi tanı, tedavi ve konsültasyonlar dahil her aşamaya entegre edilerek bakım verilmesini içermektedir (80). Bu bağlamda hedeflenen sağlık bakımının etkin ve kişinin beklentilerine uyumlu şekilde sunulmasının sağlanmasıdır. Hasta merkezli bakım; bireylerin genel açıdan sağlık ve iyilik haliyle ilgili değer, inanç ve tercihlerinin ışığında yol belirlenmesini sağlamaktadır. Sağlık

hizmeti sunumunda var olan tüm süreç ve işlemlerin planlanmasından başlanarak uygulanmasında tıbbi ilkeler dahilinde hizmet sunulurken hastaya ait bu değer, inanç ve tercihlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin hizmet sunum ilkeleriyle hastanın değer, inanç ve tercihlerinin bir arada etkileşim içinde uyumlanmasını ifade etmektedir (81).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Kalite ürün veya hizmetten beklenen ve beklenmesi muhtemel olan ihtiyaçları karşılama düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Farklı birçok tanıma sahip olmakla birlikte özünde beklentilerin karşılanması, hizmetin amaca uygunluğu ve memnuniyet bulunmaktadır (82). Literatürde kalite kavramı bireylere yönelik öznel yargılar olarak yer almıştır. Bu sebeple de tanımlanması kolay olmayan bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Kalite, kişinin nereden, nasıl baktığına ve beklentilerine göre farklılık gösterebilmektedir (83).

Kalite kavramı hizmet açısından değerlendirildiğinde hizmet kalitesinde bir denge üçgeni söz konusu olmaktadır. Bu denge üçgeni, insan, çevre ve süreçler şeklinde üç bileşenden oluşmaktadır. Bileşenlerden herhangi birini daha önemli görmek veya önceliklendirmek hizmetin kalitesini etkileyecektir. Donabedian tarafından sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımı, teknik kişiler ile çevreyi oluşturan etkenlerin bir ürünü şeklinde yapılmıştır (84).

Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak hata kaldırmaz olarak değerlendirilmektedir. Hasta süreçlerinde yapılan en ufak hata bile geri dönüşü olmayan sonuçlar meydana getirebilmektedir. Bu sebepten sağlık sektöründe istenilen en temel hedef sıfır hata prensibi benimsenerek çalışmaktır. Sağlık sektörü dışındaki diğer hizmet kurumlarında kalite beklenilen bir olgu olarak tanımlanırken, sıfır hata prensibinin benimsendiği sağlık sektöründe olmazsa olmaz bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (85). Tüm hizmet süreçlerinde beklentilerin ve ihtiyaçların tam olarak karşılanması için kabul görmüş normların uygulanması ve sürekli güncellenerek iyileştirilmesi gereklidir (86). Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetin özelliği sebebiyle kalite, diğer sektörlerden farklı şekilde tanımlanmıştır. Kalitenin değerlendirilmesi çalışmaların etkin, etkili, verimli olarak yürütülmesi amacıyla farklı standartlar ve

modeller geliştirilmiştir. Geliştirilmiş bu standartlar ile sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerinin ölçülüp değerlendirilmesi sağlanabilmektedir (87).

Sağlık hizmetlerinde kalite son yıllarda giderek önem kazanmış bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde kalite hasta/hasta yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerinin kanıta dayalı tıp uygulamaları ile karşılanması olarak ifade edilmektedir. Tıbbın sürekli geliştiği düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinde kalitenin de sürekli gelişip, süreçlerin iyileştirilmesine odaklanması gerekmektedir (82). Sağlık hizmetlerinde kalite; hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının eldeki modern bilgiler ışığında en son teknolojiyi kullanarak karşılanmasıdır (88,89). Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması, karmaşık ve birbiriyle ilişkili birçok sürecin yönetimini içermektedir. Bu sebeple de beklentiler ve ihtiyaçlar doğrultusunda sürekli geliştirmeyi içeren bir yaklaşım benimsemelidir. IOM tarafından yapılmış olan tanımına göre sağlıkta kalite, sağlık hizmetlerinin insanlara ve toplumlara güncel bilgilerin rehberliğinde, en son teknolojileri kullanarak beklenen sağlık sonuçlarına ulaşacak biçimde sunulmasıdır (82). IOM sağlık hizmetlerinde kalite için güvenlik, merkezlilik, etkililik, verimlilik, zamanlılık ve hakkaniyet olmak üzere altı amaç belirlemiştir (90).

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince kuruluştaki tüm kaynakların etkili olacak şekilde kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilerek kuruluşun verdiği hizmet nitelendirilir. Gelecekte ortaya çıkabilecek uygun şartların sağlanmış olması, bunun yanında tüm kaynakların doğru bir biçimde kullanılarak israfının önlenmesi ile sunulan hizmetlerdir (91). Sağlık kuruluşları kalite iyileştirme için belirlenmiş stratejileri uygulamaya odaklanmış ve bu konuda son yıllarda büyük çaba sarf etmiştir. Risk yönetimi, olay raporlama ve kalite güvence sistemleri ile hasta bakım kalitesinin arttırılması yaygınlaşarak artmaktadır (92).

IOM sağlık hizmetlerinde kalite için belirlediği altı amaçtan biri hasta merkezlilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastayı merkeze alarak hasta ve hasta yakınlarının süreçlere katılımı sağlanarak verilen bakım, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilemektedir. Hasta bakım ve tedavi süreçlerinin beklenilen standartlarda olması hasta bakım kalitesini arttırır. Bu kaliteli sağlık hizmetleri de hastalar, toplum ve sağlık kuruluşları için arzu edilen çıktılara ulaşmayı sağlar. Bu süreçler içerisinde sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakım yetkinliğine sahip olması sağlıkta kalitenin tüm süreçlerinde önem arz etmektedir.

2.2.2. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği

Bakım sürecinde hastalara kaliteli bakım sunabilmek için gerekli olan temel bileşenler, sağlık alanında yapılan niteliksel çalışmaların sonuçlarında belirtilmektedir. Bu temel bileşenler; bakımı bireyselleştirmek, hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilmek, hastaları saygı ile tedavi etmek, durumları ve tedavileriyle ilgili bilgilendirmek aynı zamanda da hastaları kararlara dâhil etmek olarak belirlenmiştir (71). Hasta merkezli bakım, hasta ile sağlık hizmet sunucularının bakımının planlanması ve uygulanmasında birlikte çalışmasına zemin hazırlamakta, bakımın ortak yürütülmesine olanak sağlamaktadır (93).

Kalitenin geliştirilmesi ve hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde sıklıkla vurgulanan konular olarak bilinmektedir. Hasta merkezlilik, hasta güvenliği ile yüksek kaliteli bakımın temelinde olan bileşenlerdendir. Bu sebeple hasta merkezlilik başlı başına bir kalite alanı olarak kabul görmektedir. IOM tarafından hazırlanan raporda, sağlık çalışanları arasındaki ekip çalışmasının, bilimsel kanıt temelli uygulamaların, kalitenin geliştirilmesi amacıyla bilişim yetkinliklerinin sağlanmasının önemine değinilmektedir. Bu kavramların yanında hasta merkezli bakımın sağlanmasının sağlık stratejileri arasındaki önemi vurgulanmıştır. Tüm bu bilgilerin ışığında hasta merkezli bakım, kaliteli sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği olarak kabul edilmektedir (77).

Son yıllarda sağlık kurumlarının sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için bireye daha fazla vurgu yapılmaktadır. Hasta merkezli bakımın başlıca hedefi, sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalar ve aileleri ile sağlık çalışanları arasında bir çalışma ortaklığı sağlamaktır. Bununla birlikte hasta merkezli bakım yetkinliğinin evrensel olarak kalıplaşmış bir tanımı bulunmamaktadır. Bireyleri biyolojik ve psikososyal açıdan bütün olarak gören bütüncüllük paradigmasının içinde değerlendirilmektedir (94). Günümüzde kalite ve akreditasyon sebebiyle yapılan çalışmaların temelinde hasta güvenliği ve hasta katılımını öne çıkaran bakış açısı bulunmaktadır.

Mejdahl ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada hastanın bakım süreçlerine katılımının bir örneği verilmiştir. Hastaların hastalığı ile ilgili sonuçların kendilerinin raporlamasının kronik böbrek hastalığını daha iyi anlamasını sağladığı görülmektedir. Kronik böbrek hastalarının bütünsel olarak değerlendirilmesiyle bakım kalitesi artmakta ve sonuçlar iyileştirilmektedir (95).

Sağlık hizmetlerinde hasta katılımı ile oluşan hasta deneyimleri sayesinde sağlık hizmetinin kalitesi ile klinik etkililik artmış ve hasta güvenliği temel alınarak sağlanmıştır (95).

Bireyselleştirilmiş bakım bireylere bağımsız olarak sağlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri ve hasta arasındaki paylaşılan karar verme, kişinin seçimlerine saygı ve hemşireliğin etik taleplerini içeren bakımın sağlanmasıdır. Hasta merkezli bakımda kişi bağımsız bir birey olarak kabul edilmeli ve bireyselleştirilmiş bakım sağlanmalıdır. Hasta merkezli bakım modern dünyada kaliteli sağlık hizmetinin temel bir bileşenidir (73). Sağlık hizmetlerinde tıbbi bakım yaklaşımları giderek hasta merkezli olma yönünde ilerlemek durumundadır. Sağlık hizmet sektörünün merkezinde insan olması sebebiyle bu ihtiyaç ortaya çıkmış, gelişmekte olan hizmetler ile giderek önem kazanmıştır. Tanı, tetkik ve tedavi ile ilgili süreçlerde hasta ve yakınlarının bakıma dahil edilmesi sağlık kuruluşları için yenilikçi bir yaklaşım olarak görülmeye devam etmektedir (77). Hasta merkezli sağlık hizmeti sağlanmasının amacı, olumlu sonuçları arttıtmak için bireylerin kendi tedavi süreci ve bakımlarında aktif katılımlarının sağlanarak sürece dahil olmalarını başarabilmektir. Hastanın isteklerinin, ihtiyaçlarının ve önceliklerinin dikkate alındığı hasta merkezli bakım ile hekim, hasta ve hasta yakını arasındaki iş birliği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte hastanın kendi hastalığının tedavi süreçlerine katılması sağlanarak, doğru karar almasına ait ihtiyaç duyduğu tüm bilgilerin paylaşılması sürecini içermektedir (95). Hasta merkezli bakımın standart bir tanımı olmamakla birlikte, çok faktörlü bir yapı olduğu bilinmektedir. Literatür incelendiğinde hasta merkezli bakımı ölçmek amacıyla tasarlanmış, farklı seviyelerde güvenilirlik ve geçerliliğe sahip araçlar olduğu görülmektedir (96).

Hasta merkezli bakımın saygı, bütünlük, güçlendirme, iş birliği, koordinasyon, etkili iletişim ve kişiselleştirilmiş bakım gibi birçok nitelikleri bulunmaktadır. Hasta merkezli bakım yaklaşımı yüksek kaliteli bakım sunumu için oldukça önemlidir (97). Hasta merkezli bakımın amaçları; hastaları güçlendirmek, hasta-sağlık personeli ilişkisine odaklanmak, hasta hedeflerini daha iyi karşılamak için hastalarla birlikte hareket etmek olarak belirlenmiştir. Araştırmalar hasta merkezli bakım yeniliğinin hasta deneyimleri, güven ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi, kronik hastalık yönetimi ve sonuçları üzerinde etkinliğini göstermiştir (80,98,99). Sağlık kuruluşları içinde mükemmel bir şekilde hasta bakımı sunan kuruluşları inceleyen çalışmalarda, hasta

merkezli bakımı iyi bir şekilde teşvik etmek için kilit uygulamaları belirlenmiştir. Bu uygulamalar; güçlü liderlik taahhüdü, stratejik bir vizyonun iletilmesi, sistematik ölçüm ve geri bildirim, hesap verebilirlik ve teşviklere sahip olmak olarak görülmüştür (100,101).

Dünyada sağlık kuruluşları için hala tam anlamıyla benimsenmeye devam eden bir yaklaşım olan hasta merkezli bakım kültürünün yaygınlaştırılması için çeşitli programlar farklı ülkelerde uygulanmaya konulmuş ve gelişmektedir. Hasta merkezli bakımın yayılması için öncelikle yeniliğe açıklık ve yenilik için kanıta dayalı bilgi ve inanç gerekmektedir. Bu yeniliğin kurumun uygulamalarına uyumu, kurumsal hazır olma durumu, değişimi uygulamak adımları için liderlik desteği ve personelin katılımı oldukça önemlidir (80). Bu bilgiler ışığında hasta merkezli bakım ve sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları sürekli bir etkileşim içindedir.

Hasta merkezli bakım, hastaları sağlıklı yaşamlarını sürdürmeleri için yaşam hedeflerine ve kendi değerlerine ait bakım verilmesiyle ilgilidir. Bu bakım şekli hasta ve sağlık çalışanı ilişkisini güçlendirmektedir. Hastaların bakıma dahil edilmesi ile sağlık çalışanlarının hastalarla ortaklık kurabilmesi sağlanarak verilen bakımın kalitesi arttırılmaktadır (80). Olsson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hasta merkezli hemşirelik uygulamalarının hastanede kalış süresini kısalttığı ve hastaneye dönüş oranını azalttığı bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ile hasta ve yakınlarındaki belirsizlik azaltılırken, günlük yaşam aktiviteleri için öz yeterlilik artmaktadır. Ayrıca Brownie ve Nancarrow tarafından yapılan çalışma ile HMBY'nin hasta ve personel memnuniyetinin arttığını, hastane tercihinin arttığını ve kurum imajının iyileştiğini bildirmiştirler (73).

Günümüzde yapılan çalışmalar bireyin yaşam kalitesini artırmanın önemini kabul etmektedir. Hasta merkezli bakımın olumlu klinik ve ekonomik sonuçları da literatürde görülmektedir. Hasta merkezli bakım, hastaları bireysel olarak güçlü konuma almayı, hasta ile sağlık profesyoneli ilişkisine odaklanarak fayda sağlamayı ve sağlık personelinin hasta hedeflerini doğru şekilde karşılamak amacıyla hastalar ile ortak olmalarını hedeflemektedir (80). Hasta merkezli bakımın, olumlu hasta deneyimi sağlayarak memnuniyeti arttırdığı, sağlık hizmetlerinde maliyet ve eşitsizliği azalttığı, bakımın kalitesi ile sağlık sonuçlarını iyileştirdiği görülmektedir (97,102). Bireyselleştirilmiş bakım hasta sonuçlarını iyileştirir. Tıbbi müdahalelerin uygulanması

sırasında hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişimi kolaylaştırarak tedavinin verimliliğini artırır, hastaların hastanede kalış süresini kısaltır ve genel sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırır (103). Dolayısıyla hasta ve yakınları açısından olmakla birlikte, hastane ve hizmet verenler açısından da oldukça olumlu sonuçlar hasta merkezli bakım ile ortaya çıkmaktadır.

Hasta merkezli bakım için kişilerin genel sağlık ve refahı ile alakalı değerler, inançlar ve tercihlerinin, sağlık hizmeti sunumu içinde yer alan bütün işlemlerin tasarlanması ve uygulanması sırasında göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir. Bununla birlikte hizmet sunum ilkeleri ile hastanın değerler, inançlar ve tercihlerinin birbirine entegre edilmiş olarak hizmetin sağlanmasını ifade etmektedir (81). Hasta merkezlilik hastanın kendine ait bakış açısı ile değerlerine, sağlık tanımına, hasta tercihlerine saygı göstermeye odaklanan uygulama ve bakım aracıdır. Hasta merkezli bakım aracılığı ile sağlık personelinin hastaları güçlendirmesi amaçlanmaktadır. Bakım ile sağlık anlayışı gelişmekte ve sadece bireysel değil toplumsal fayda sağlanabilmektedir. Sağlık personelinin hastayla gücünü paylaşmasını, hastaları fiziksel ve ruhsal açıdan bir bütün olarak tanımlayarak etkileşimli bir ilişki içinde birey olarak görmesini gerektirir. Bununla birlikte, sağlık personelinin sağlık hizmeti sunarken hastaların kaygılarına da öncelik vermeyi dikkate alması gerektiğini vurgulamaktadır (77).

Hasta merkezli tıbbi bakımın sağlanmasında son yıllardaki artışla birlikte, hastanın klinik karar verme sürecindeki rolü, sağlık personelinin bağımsız kararını kabul eden pasif bir nesneden, tedavi yöntemlerini sağlık personeli ile arayan ve türeten bir özneye dönüşmektedir. (72). Paylaşılan karar verme durumu, sağlık personelinin tek yönlü tıbbi müdahaleci modeline kıyasla hastanın rolünün daha aktif olduğu, hasta katılımı ve etkisi göz önüne alındığında bir klinik karar verme süreci modeli olarak sunulmaktadır. Bu, geliştirilmiş yeni bir hasta-bakıcı karar verme modelidir (72,104). Paylaşılan karar vermede, hastalarla birlikte en iyi kararları ortaya koymak için, sağlık personeli hastalara güncel kanıtlar ve bilgiler ışığında bilgilendirerek ve bilgilerin anlaşılmasını sağlayarak hastaların bilme hakkını ve özerkliğini destekler (105). Hastalar değerlerini, tercihlerini ve deneyimlerini sağlık personeli ile paylaşarak ve uygun tedaviyi birlikte seçerek karar verme sürecinde sağlık personeli ile iş birliği yaparlar. Hemşirelerin paylaşılan karar verme sürecindeki rolü, hastaları karar verme

sürecine katılmaya teşvik etmektir. Bu, hastalara ihtiyaç duydukları bilgileri sağlar, tedavi ve bakım planlarının onlarla paylaşılmasına yardımcı olur ve tedavi yöntemlerine karar verirken hasta ve yakınlarının doğru kararları verebilmeleri için destekleyici ve savunucu bir rol oynar (106). Bu süreçte hasta ve yakınları, hemşirelerin kendi bakış açılarından düşündüklerine ve kendilerini desteklediklerine inanmakta, bu da hemşirelere olan güvenlerini artırmaktadır (72).

Multidisipliner sağlık bakım ekibinin önemli ve çoğunlukla hastaların en yakın gördüğü üyesi hemşirelerdir. Hemşireler, sağlık sisteminde ortaya çıkan tüm zorluk ve farklılıklarda uyum sağlayan, çözüm geliştirerek sisteme önemli katkıları olan meslek grubu olarak bilinmektedir. Sağlık hizmeti sunulurken hastayla doğrudan ve yakın iletişim içerisinde olan hemşireler; bakım verirken gösterdikleri duygu ve davranışları ile hastanın tedavi süreçlerinin tamamı ve bu deneyimlerde oluşturdukları kalite algısı üzerinde etkili olmaktadır. Hastane çalışanlarının çoğunluğuna sahip olan meslek grubunu oluşturan hemşirelerin bu olumlu sonuçlara katkısı yadsınamaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. IOM sağlık hizmetlerinde yeniliğe açık ve hasta merkezli bakım modellerinin yaygınlaştırılarak gelişiminin devam etmesi için; "*Hemşirelerin iş birliği içinde yürütülecek iyileştirme çabalarına öncülük etmeleri ve bu uygulamaların yaygınlaştırılması konusunda desteklenmesi ve onlara fırsatlar sunulması gerektiği*" önerisini belirtmektedir (107). Hasta merkezli bakım, hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik bakım bilgisi ile örtüşerek ana hedef olarak belirlenen konumdadır. Hasta merkezli hemşirelik bakımı, hasta ihtiyaç ve tercihlerini belirleme, karşılama amacı ile hastalar ve aileleri ile iş birliği içinde hareket etmek olarak tanımlanmaktadır. Bu bakımda hasta merkeze alınmış durumdadır (108). Hasta merkezli bakım, hastanın değerlerine ve özerkliğine saygı duyan ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına odaklanan profesyonel hemşirelik uygulaması sağlayan bütüncül bir yaklaşımdır (72).

Hemşire-hasta ilişkisi hemşireliğin kalbinde yer alır. Hasta merkezli bakım yaklaşımları Watson bakım teorisi gibi hemşirelik değerleri ve teorileri ile uyumludur. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hastayla olan etkileşimleri bakımından lider olarak görülürler (97). Hastalara yüksek kaliteli bakım sunulabilmesi için hemşirelerin hasta merkezli bakım vermesi önem teşkil etmektedir. Öncelikle hastalarını tanıyarak, onlara ait değer, inanç, tercih ve ihtiyaçları belirlemek, bunları diğer ekip üyelerine ileterek hemşirelik bakım planını bu doğrultuda oluşturmak,

hastanın sağlık hizmetlerine katılımını kolaylaştıracaktır. Bu sebeple, hastanın bakım süreçlerine katılımını arttırmak için hemşirelerin HMBY'nin artırılması gerekmektedir (109). Hemşireler hasta bakımının %80 gibi önemli bir bölümünü üstlenmektedir. Sağlık hizmeti ortamlarında bakım veren hemşirelerin sahip oldukları HMBY olumlu hasta sonuçlarını büyük ölçüde etkiler. Hasta merkezli bakım hastaların inanç ve değerlerini bakım süreçlerine dahil etmek açısından kültürel yetkinlik gerektirir. Kültürel yetkinliğin temeli hizmet verilen hasta çeşitliliğine cevap verebilecek şekilde oluşturulan sağlık sistemi ile bakım vermektir. Hemşireler sahip oldukları kültürel yetkinlik düzeyleri ile farklı geçmişlerden gelen bireylerin ihtiyaçlarını anlama ve bunlara yanıt verme yeteneği sayesinde hasta merkezli bakımın gereksinimlerine cevap verebilmektedir (103).

Hasta merkezli bakımın sunulması için hemşirelik yetkinliği bir ön koşuldur. Hasta bakımında kalitenin ve memnuniyetin artması için hemşirelik uygulamaları sırasında hasta merkezli bakım benimsenmelidir. Hasta merkezli bakım verilmesi hemşirelik yetkinliğini de geliştirmektedir. Hemşirelik yetkinlikleri, bir hemşirenin hastasına yetkin bir şekilde bakım sağlama yeteneği olarak tanımlanır. Bir başka tanımla hemşirelik yetkinlikleri; hemşirelik uygulaması, karar verme, profesyonellik, liderlik ve yönetim alanlarında yetkinlikle hemşirelik bakımı gerçekleştirme yeteneğidir. Hemşirelik yetkinlikleri empatiye dayalı iletişim ve kişilerarası iletişim becerileri ile hemşirelerin hastaların değerleri ve inançlarını dikkate almalarını içermektedir. McCormark ve McCance hemşirelik yetkinliğini, kişi merkezli hemşireliğin kavramsal çerçevesinde temel bir unsur olarak tanımlamıştır (73). Hasta merkezli bakım için temelde etkili iletişim kurma ve dinleme yer almaktadır. Bununla birlikte her hastayı birbirinden farklı bir birey olarak tedavi etme, sürekli öğrenme ve öğretme içerisinde olma, hastaların değerlerine saygı göstererek bakım ihtiyaçlarını karşılama davranışları hasta merkezli bakım için gerekli olan bileşenlerken hemşirelik uygulamalarının da temelini oluşturan kavramlardır (110). Kaliteli hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden olan özerkliği teşvik ederek kişiselleştirilmiş bakım vermek hasta merkezli bakım ile mümkündür (111). Hemşireler hastaların fiziksel, duygusal ve ruhsal zorluklarını anlayarak onların ihtiyaçlarının farkına varabilirler (72).

Hemşirelerin hasta merkezli bakım müdahalelerini uyguladığı bir klinik çalışma, diyabet hastalarının kan şekerinde önemli bir iyileşme olduğunu göstermiştir (112). Verilen tedavinin etkinliğinin ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlar. Acil servis başvurularının, yatan hasta gün sayısının ve tanı için yapılan testlerin azaldığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. HMBY hasta ve personel ilişkilerini geliştirir, kültürel oryantasyon ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (97). Hasta merkezli bakım özelliklerinin hemşirelik girişimlerine entegre olmasıyla birlikte hasta bakım kalitesininde artacağı ifade edilmektedir (113).

Hastalar hasta merkezli bakım aldığını algıladığında, hastaneyi tekrar kullanma niyeti artmakta ve bu da önemli bir tıbbi hizmet kavramı olarak ortaya çıkmaktadır. Önceki çalışmalar, hemşirelerin tıbbi bilgileri anlama becerisi, ekip çalışması, klinik deneyim, şefkat ve iletişim becerilerinin hasta merkezli hemşirelik üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir. Bunlar arasında şefkat, hasta merkezli hemşirelikte en önemli anahtar faktör olarak kabul edilmektedir (72).

Sağlık kuruluşlarında hasta merkezli bakımın sunulmasının sonucu olarak hasta bilindiğini, kendisine saygı duyulduğunu hisseder. Hastalık ve belirsizlikle ilişkili sıkıntıları gidermek için etkili bir yol olan hasta merkezli bakımda, hastaların ilgili ve bilgili olmaları arzu edilen bir durumdur. Ancak iletişimin sağlık sonuçları üzerindeki etkisi çoğu zaman dolaylı olacaktır. Bu nedenle, önemli olan hasta merkezli bakımın erken sonuçlarına odaklanmaktır. Bu erken sonuçlar; anlaşıldığını hissetme, güven veya değişim motivasyonuna en güçlü şekilde katkıda bulunabileceğini anlamak, daha iyi bağlılık ve öz bakımdır (79).

Hasta merkezli bakım sağlık profesyonellerinin çok boyutlu bir yaklaşımla iyileştirici bir ilişkiyi teşvik etmek, bilgi alışverişinde bulunmak, duygulara yanıt vermek, belirsizliği yönetmek, hastaları kararlara dahil etmek ve öz yönetimi sağlamak ile verilebilir. Tüm bunları yaparken, bakımı bireyin klinik özelliklerine göre uyarlamak gereklidir. Bireylerin ihtiyaçları, yaşam koşulları, kişisel değerleri ve tercihleri, kültür, ırk, etnik köken, din, cinsiyet ve cinsel yönelimden etkilenebilir (114).

Hasta merkezli bakım, hastayı bir birey olarak görmek ile mümkündür. Hastanın hastalığının özel psikososyal bir bağlamda şekillendirilmesiyle oluşan benzersiz bir deneyimdir. Hastalar ve aileleri de bu konudaki görüşlerini dile getirmeye teşvik

edilmektedir. Hasta ve yakınlarının bakış açıları ile aktif katılımcılar haline gelmesiyle sağlık ekibiyle birlikte bakım verilir. Nihai hedef paylaşılan güç, sorumluluk ve hesap verebilirlik ile iş birliğine dayalı bir ortaklık oluşturmaktır (70,98). Hasta merkezli bakım; bakım koordinasyonu da dahil olmak üzere, karşılaşma, bakımın sürekliliği, sağlık hizmetleri arasındaki geçişlere rehberlik, bakım ortamları, bakıma erişimin sağlanması, iletişim, hastalarla ve ailelerle birlikte olmak, duygusal destek ve fiziksel rahatlık ile mümkündür (70). Bu yaklaşımın sonucu olarak hastalar daha iyi ilaç tedavisi deneyimi yaşarlar, bağlılık, öz yönetim, ruh sağlığı, memnuniyet ve bakım kalitesi algısı artar (115,116)

Sağlık sisteminde hasta bakımının koordine edilmesine yönelik yetkinlik göstermek önem kazanmaktadır. Bakım hedeflerini belirlemek için hasta ve aile, diğer sağlık ekibi üyeleriyle iletişim kurabilir, mevcut kaynakları hasta ve aile ihtiyaçlarıyla eşleştirerek gerektiğinde hasta adına savunuculuk yapılması gerekmektedir (70).

Sağlık kuruluşları kurumsal politika ve bakım sunumuna yeniden odaklanarak giderek daha fazla kalite iyileştirme arayışına girmektedir. Hasta merkezli bakımın olumlu klinik sonuçlar ve hasta deneyimlerine fayda sağladığına dair kanıtlarla birlikte ortak bir yaklaşım olarak benimsenmeye devam etmektedir. Bakım sunumunun hasta ihtiyaçlarına ve tercihlerine odaklanması hasta merkezli bakımı tanımlamak için yararlı bir yoldur (101).

1993 yılında Picker Enstitüsü hasta merkezli bir bakımın sekiz alandan oluştuğunu belirtmiştir. Bu alanlar; hasta tercihlerine ve değerlerine saygı, duygusal destek, fiziksel konfor, bilgi, iletişim ve eğitim, süreklilik ve geçiş, ortak bakım, aile ve arkadaşların katılımı ile bakıma erişim olarak tanımlanmıştır (117). Daha sonraki araştırmalar da benzer temel kavramları ortaya çıkarmıştır. Shaller tarafından geliştirilen başarmak için yedi temel faktör öneren bir çerçeve kurumsal düzeyde hasta merkezli bakım için; çalışan katılımı, üst düzey liderlik, açık ve sürekli bir stratejik vizyonun organizasyonun her üyesine iletilmesi, hastaların ve ailelerin çeşitli düzeylerde katılımı, tüm çalışanlar için destekleyici bir çalışma ortamı, sistematik ölçüm ve geri bildirim, yapılı çevrenin kalitesi ve destekleyici bilgi teknolojisi gereklidir (100).

HMBY ölçeği 2015 yılında Hwang tarafından geliştirilmiş olup, hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik

etmek, hasta konforu sağlamak, hastaların haklarını savunmak boyutları olmak üzere dört alt boyuttan meydana gelmektedir. Litertürde kullanımının yaygınlaşması için Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Hastaların değerlerini, tercihlerini, ihtiyaçlarını bilmek ve bu değerlere saygı göstermek hasta merkezli bakımın ilk bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha sonra bakım kararlarında sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında ortaklığın oluşturulması, bakım süreçlerinde hastaların fiziksel ve duygusal rahatlığının sağlanması aşamaları gelmektedir. En kapsamlı bileşen olarak hastalar için savunuculuk davranışları tüm süreçlere yansıtılmalı, hasta hakları güvence altına alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının hasta merkezli bakımı ölçmek amacıyla oluşturulan HMBY ölçeği, çeşitli araştırmalarda kullanılmaya devam etmektedir (77,96).

2.2.2.1. Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak: Hasta merkezli bakımın temelinde hasta değerlerine, tercihlerine ve bakış açılarına saygılı olunması yer almaktadır (77,118,119). Hastaların sağlık süreçlerini yönetebilmek için yaşamlarında sahip oldukları değerlerin ve verilen bakımdaki girişimlerin hasta tarafından nasıl anlaşıldığının tespiti önemli olmaktadır. Bu sebeple hemşirelik bakımının planmasında, hastanın sahip olduğu değerler ve tercihleri ile hastanın kararlarını ve davranışlarını karşılaştırabilme imkanı sağlayarak, bakımın kalitesinin artmasını sağlamaktadır (113,120). Bakımın planlanması ve uygulanmasında değerlerine saygı duyulması hastanın sağlık ekibine olan güvenini arttırmaktadır.

Hasta merkezli bakımda hastaların değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını klinik görüşme ile tespit etmek, bakım planının tespit edilen bilgiler rehberliğinde uygulanması ve bakım değerlendirmesinin yapılması hasta perspektifine saygı duymak açısından oldukça önemlidir. Özellikle fazla sayıda kronik hastalığa sahip olan hastalar, yönetilmesi güç bir süreç içinde olmaları sebebiyle yalnızca hastalıkları olarak değil insan olarak görülmelidirler. Bireylere göre hastalıkların yönetimi planlanmalıdır. Örneğin, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bir hasta için standart bir bakım planı yapılırken, aynı hastanın diyabeti için farklı bir bakım planı yapmak yeterli değildir. Hasta merkezli bakımda sağlık profesyonelleri her hastayı farklı bir birey olarak ele almakta, hastalık değil hasta bazında bütüncül olarak yaklaşımı sağlamaktadır. Hastaların değerlerini ve tercihlerini gerekli zamanı ayırararak tanımak, hastayı bütüncül olarak iyileştirmek amacıyla bakım vermek en temel amaç olarak

belirlenmelidir (121). Özellikle hipertansiyon, diyabet, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği gibi çoklu morbid hastalıklara sahip hastalarda verilen bakım sonuçlarının olumlu sonuçlarını görebilmek için hastalık temelli değil hasta temelli yaklaşıma sahip olmak gerekmektedir. Sağlıklı birey olma durumu kişilere göre farklı anlamlara gelebilmektedir. Hastalıklardan korunma ve tedavi yöntemleri sayesinde sağlıklı olma durumu insanların hayat şartlarına göre değişebilmektedir. Bu sebeple, en iyi olan tek bir müdahalenin herkes için geçerli olması mümkün olmamaktadır. Belli uygulamalar bazı durumlarda diğer uygulamalara göre daha uygun olsa bile en uygun olan yaklaşımı belirleyen hastanın kişiselliğidir. Hastalara verilecek olan sağlık bakımı karar verme süreci, bakım verici ile hasta arasında konuşarak anlaşılabilen, müzakereye açık bir yaklaşım olarak benimsenmelidir (113).

2.2.2.2. Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek: Sağlık profesyonelleri hasta merkezli bakımı geliştirmek amacıyla, hastalarının bakımları konusundaki kararlara ortak olmalarını sağlamalı, kendi tedavi ile yaşam hedeflerini belirlemelerinde ve hedeflerine ulaşmalarında onları desteklemelidirler. Bakım süreci için tıbbi gereklilikler detaylı ve anlaşılır olarak hastalara açıklanmalı, olası istenmeyen etkiler konusunda mutlak bilgilendirme sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları karar verme sürecine dahil edilirken bakımın olası komplikasyonları ve alternatif yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu aşamada sağlık ekibi üyelerinin etkin iletişim sağlaması gereklidir. Örnek vermek gerekirse bir durumu iyileştirebilecek iken olası yan etkileri sebebi ile diğer hususları daha kötü hale getirebilecek bir tedavinin (örneğin, kronik obstrüktif akciğer hastalığı için kortikosteroidler osteoporozu artırabilir, immunosupresif tedavi alan hastaların enfeksiyon riskleri artar); uzun vadeli yararlar sağlayabilen, ancak kısa vadede zararlara sebep olabilecek (örneğin, önleyici olarak kullanılan antikoagülan tedavinin sıklıkla oluşan olumsuz yan etkileri vardır) bir tedavinin neden olacağı olası durumlarının açıklanması ve bu kararlarada hastaların katılması sağlanmalıdır (121). Son dönem kronik böbrek yetmezliği hastalarında renal replasman tedavisi olarak böbrek transplantasyonu ilk aşamada en etkin tedavi olsa bile bazı durumlarda hemodiyaliz ya da periton diyalizi etkin tedavi olarak görülebilmektedir. Bu sebeple hasta özelinde düşünülerek yine hasta ile kar-zarar hesabına göre ortak karar verilmesi sağlanmalıdır. Karar verme sürecine hastanın dahil edilmesi tedavi ve bakıma olan uyumu arttıracağından tedavi ve bakımın olumlu etkilerini de arttıracaktır.

Hasta merkezli bakım yaklaşımı, gelişen tıbbi teknolojilerin rehberliğinde hastanın tercihleri hakkında, hasta ve aile üyeleri ya da diğer bakım sağlayıcılardan elde edilen veriler sayesinde hastaya özgü bilgiler toplayarak başlamaktadır. Hasta tercihleri boyutunda bahsedilen hastaya ait değer ve tercihlerin bilinmesi ile yapılan bütüncül değerlendirmeye bu bilgiler eklenerek, kişinin yaşamındaki sağlık hedeflerini belirlemesi sağlanmaktadır. Kendi hedeflerini belirleyen hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından aydınlatılmış olduğu tedavi ve bakım yöntemleri için söz sahibi olarak bunu ifade etmesini sağlamak hastaya özgü temel yaşam tercihlerinin bilinmesi ile mümkündür. Öncelikle bu hedefler hastanın mevcut zaman için kendini nasıl iyi hissedeceği ve önündeki zamanlarda yaşam konforunu nelerin arttıcağını öngörmesiyle belirlenebilir (121). Hasta bakımında en yüksek yararı sağlamak amacıyla hasta merkezli bakım hasta ile yakınlarının bakım sürecine dahil edilmesi ve bunun için teşvik edilmesi giderek önem kazanmaya devam etmekte ve talep görmektedir (77).

2.2.2.3. Hasta konforu sağlamak: Genel anlamda insanlar hastalık süreçlerinde kendileri için bütüncül olarak düşünüp, o hastalık ya da hastalıkların ve görecekleri bakım, tedavi süreçlerinin yaşamları üzerindeki etkileri konusunda endişe yaşarlar. Yalnızca fizyolojik olarak etkiler değil, aynı zamanda sürekli olarak acı çekmek ve yorgun hissetmek hastaların sosyal yaşamlarını kısıtlar. Hastaların fiziksel rahatlığı için fiziksel alanlar geliştirilmeli, konfor alanlarına ulaşmaları etkin bir şekilde desteklenmelidir. Mevcut ağrılarının etkili şekilde yönetilmesi, hastaların iyi uyuması sağlanmaldır. Sağlık profesyonelleri, hastaların günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi, bakım desteği sağlayarak ilgili ihtiyaçlarını karşılayabilmelerinin desteklenmesini hedeflemelidir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerinde konfor sağlanmalıdır. Fiziksel konfor sağlanması için hastanın tedavi ve bakım için bulunduğu alanlar temiz ve kullanışlı olmalıdır. Bununla birlikte sağlık ekibi hastaların ziyaretlerinde hastaların mahremiyetlerine özen göstermelidir (121).

National Quality Forum'u (Ulusal Kalite Forumu), HCAHPS (Hospital Consumer Assessment Of Healthcare Providers and Systems- Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinde Hastane Tüketici Değerlendirmesi) tarafından 2005 yılında yapılan araştırmayı hasta konforu konusunda gelişme olarak kabul etmiş, onaylayarak önemini belirtmiştir. Bu çalışma ile hastaların hastane deneyimlerinin algısı ölçülmüş, hasta memnuniyetine etki eden unsurlar belirlenmiştir. Araştırmaya

göre hastaların konforuna etki eden unsurların özellikle ağrı yönetimi, ilaç tedavileri hakkında etkili iletişim, temizlik ve hastane ortamının sessizliği gibi durumlar olduğu görülmüştür (77,122).

Hasta konforunu sağlamanın hastaların memnuniyetlerinin önemli bir göstergesi olduğu yapılan araştırmalarda kanıtlanmış olup aynı zamanda hasta merkezli bakım için de önem arz etmektedir. Hastalar beklentilerini karşılayan ve kendilerine konfor alanı sağlanarak yapılan tedavi ve bakıma daha uyumlu olmaktadır. Bu uyum ile bakımın sonuçları iyileşmekte, hasta memnuniyeti artmaktadır (77).

2.2.2.4. Hastaların haklarını savunmak: Temelini insan haklarından alan hasta hakları, bu değerlerin sağlık hizmetleri sunumu sırasında uygulanması şeklindedir. Eşit ve adil şartlarda sağlık hizmetine erişim hasta haklarının en önemli amacını içermektedir. Sağlık hizmetlerine tüm insanların ulaşabilmesi ve fayda sağlayabilmesi genel olarak sağlık sistemlerinin karşılaması beklenen en önemli hedefi olmalıdır (123). Hasta hakları uygulamaları, hakların ihlali söz konusu olduğunda bu ihlale bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi amacıyla önemlidir.

Sağlık hizmetleri gibi odağında insan olan hizmetlerde insana ait temel hak ve özgürlüklerin sağlanması olmazsa olmaz durumlardandır. Ayrıca tüm toplum ve sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda bilgilendirilmesi ve uygulanması ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arttırılacaktır (124,125). Geçerliliği devam eden hasta hakları ile ilgili bildirgeler Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiştir. Hasta hakları konusundaki ilk bildiriler 1946 Nuremburg kanunları ve 1963 Helsinki Deklarasyonu'dur. Hasta haklarının ilk temel metin olarak görülen kaynağı Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 tarihli Lizbon bildirgesidir (125-127). Devam eden dönemlerde 1994 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi, 1995 yılında ise Dünya Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi ile hasta hakları temelde beş başlık altında toplanmıştır. Bu beş başlık; tıbbi bakım hakkı, bilgilendirilme hakkı, onay verme hakkı, mahremiyet hakkı ve başvuru hakkı olarak belirlenmiştir. Bu bildirgeler rehberliğinde her ülke kendi koşullarına uygun hasta hakları metinleri hazırlamışlardır (127). Ülkemizde hasta hakları ile ilgili yapılan düzenlemeler tarihsel olarak dünyadaki gelişmelere uyumlu şekilde ilerlemiştir. Hasta hakları 1928- 1998 yılları arasında yayınlanan pek çok kanun içerisinde yer almıştır. Güncel gelişmelere göre yapılan düzenlemelerde son olarak, 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı "Hasta Hakları

Yönetmeliği (HHY)" yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin çıkarılmasının ardından 15 Ekim 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge" ile yayınlanmıştır. 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi" hazırlanması ile "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge" yürürlükten kaldırılmıştır. Mevzuat olarak hasta hakları konusu detaylıca hazırlanmış, farklı ülkelerdeki gelişmelere uyum sağlanmıştır (128,129). Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta hakları uygulamaları belirli alt başlıklarda ele alınmıştır. Bunlar; sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma, mahremiyete saygı gösterilmesi, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalar, diğer haklar şeklinde belirlenmiştir (125,128). 8 Mayıs 2014 tarihinde 28994 sayılı HHY'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayınlanmıştır. Günümüzde hasta haklarının korunmasına dair gelişmeler önemini arttırarak devam etmektedir.

Hastaların haklarının savunulması, sağlık hizmetlerinin anlam kazanmasını sağlamanın en önemli temelini oluşturmaktadır. Hasta haklarının savunulması ile hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasında iletişim kuvvetlenerek, verilen bakımın gelişmesi ve kalitesinin artması sağlanmaktadır (77).

Hastaların, tedavi ve bakım süreçleri ile ilgili bilgi alabilmesi hasta hakları açısından önemli bir kavramdır. Hastalar öncelikle sağlık profesyonelleri tarafından mevcut durumlarına dahil yeterli aydınlatılma sağlanmasının ardından kendi bakım kararlarından sorumlu olmalıdırlar. Bu sebeple verilmesi planlanan bakımın ilk aşamalarından itibaren hastalar sürece dahil edilmeli, bakımla ilgili her konuda aydınlatılmalı, bakıma ait kayıtlara erişebilmeli ve hastalıkları hakkında bilgilendirici materyaller kullanılarak eğitim almaları sağlanmalıdır (121).

Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler hasta ve yakınlarının en kolay ulaşabildiği, daha fazla zaman geçirebildiği, güven ve etkileşim içinde olan meslek grubu olarak bilinmektedir. Bu nedenle hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını bilen ve onları haksızlıklardan koruyabilecek uygun kişiler olarak görülmektedirler. Hastaların hemşirelere duyduğu güven birçok farklı ülkede ortak sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (130). Hemşirelik bakımı yalnızca hastalara değil sağlıklı bireylerde de koruyucu önlemleri içeren, her yaştaki bireye yakınlarını sürece dahil ederek iş birliğine dayalı verilen bakımlardır. Hemşireler hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi

hedefleri beraberinde hasta olan bireylerin bakımı ile ilgilenir. Hemşirelik rolleri; hasta haklarını savunma, güvenli ve konfor sağlayan çevre oluşturulması, bilimsel araştırmalar ışığında sağlık politikalarının geliştirilmesi, hasta ve sağlığın yönetimi ile sürekli eğitimdir (131). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN), Hemşirelik Etik Kuralları (Code of Ethics for Nurses) hemşirelerin sağlık sistemindeki görevlerinin; hasta bakımını sağlama, bireylerin iyilik hallerinin devamlılığı ile tüm süreçlerde hasta değer ve haklarının korunarak savunuculuğunu üstlenme olduğundan söz etmektedir. Hemşirelerin bu özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri dışında toplum içerisinde sosyal ve ekonomik hizmetlerin kullanımında da adalet ve eşitliğin savunucusu olacağı belirtilmektedir (132). Hasta bakımında hasta hakları savunulması için en uygun meslek grubu olduğu görülen hemşireler hasta merkezli bakımın da en etkili kullanıcıları olmaktadır.

2.3. KİŞİLİK VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Kişilik, insanların davranışlarına dair inceleme yapan alanlar içerisinde en çok yer verilen konulardan biri olmuştur (133). Kişilik, bireyin tüm alanlarda bütün haline yaklaşılarak duygusal, zihinsel, fiziksel özelliklerinin bir araya gelmesi ile yaşamdaki tüm davranış, tutum ve eylemlerin dışa vurumu olarak tanımlanmaktadır (134). Kişilik özellikleri, bireylerin yaşamları boyunca oluşturdukları bir özelliktir ve genellikle küçük değişiklikler gösterir (135). Anne ve babadan geçen genetik özelliklerin beraberinde yaşanılan çevre ile etkileşim yolu ile şekillenen, kişiye özgü olan, kolay değişmeyen niteliklerin bütünü kişilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilik, insanların farklı durumlara karşı sergiledikleri kalıcı ve değişmeyen özellikleri olarak değerlendirilmektedir. Bireyin psikolojik olarak nitelikleri olan kişilik, ayırt edici davranış örüntülerini etkilemektedir. Kişilik, bireyin çevresiyle ilişki kurmasını sağlarken, birbiriyle benzerlik gösteren durumlar karşısında aynı tepkileri vermesini sağlamaktadır. Genel olarak kişiliğin bireyin doğumundan itibaren genetik geçişle birlikte edindiği özellikler ile toplumsal yaşam içerisinde elde edilen özelliklerinin bütünü olarak tanımlandığı görülmektedir. Kişilik ile ilgili literatür incelendiğinde, sıklıkla karşımıza çıkan kişiliğin belirleyici etmenlerinin kalıtım ve çevresel faktörler olduğudur (134).

Kişilik oluşumuna etki eden süreçler neticesinde bireyin kendinden kaynaklanan tutarlı davranışlardır. Her zaman ve her durum içinde bu tutarlı davranış kalıpları

gözlemlenebilir. Kişilik içi süreçler ise durumlar karşısında vereceğimiz tepkinin nasıl olacağını ve hislerimizi etkileyen kendiliğinden gelişen bütün duygusal, güdüsel süreçleri kapsamaktadır (136).

Burger (1993)'e ait olan tanımlamaya göre kişilik, insanın yaşamındaki ilgi alanları, olaylar karşısındaki tutumları, yetenekleri, konuşma tarzı, dış görünüşü ve çevresine uyum biçimi özelliklerini içeren bir terimdir. Bireyler fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden benzersizdirler. Bunun sonucu olarak yaşamlarındaki olayları ve olguları aynı olsa bile farklı şekilde yorumlar. İnsanlara ait bu farklılıklar kişiliğin temelini oluşturmaktadır (137).

Kişilik özellikleri, bireylerin kişiliklerinin farklılıkları üzerine bireyi diğer bireylerden ayıran ve bireyin gelecekteki davranışlarına yönelik tahmin edilebilme dayanağını oluşturan özelliklerdir. Kişilik özellikleri, bireyi diğer bireylerden ayıran, tutarlı davranışlar ve bu davranışların kalıcı olması biçiminde değerlendirilebilir. Kişilik özellikleriyle alakalı yapılmış çalışmalarda farklı kuramlar olduğu görülmektedir (134). Öncelikle kişilik özelliklerinin inceleme konusu olması, kişiliğin tanımlaması zor, değişken ve dinamik bir yapıda olması nedeniyle onun daha iyi anlaşılabilmesi için gerektiği belirtilmektedir. Kişilik özellikleri her şeyden önce bireyi diğer bireylerden farklı kılmaktadır (138). Bireylerin kişilik özellikleri, diğer bireylerden ayırt edilebilmeyi sağlamanın yanında yaşanılacak olaylar karşısında bireylerin nasıl davranacağını kestirebilmenin dayanağını oluşturmaktadır (139). Kişilik psikolojisi kuramcıları kişiliğin mevcut doğasına ilişkin çeşitli görüşleri benimsemiş olup bu görüşler doğrultusunda kendilerine uygun olduklarını düşündükleri farklı kuramlar geliştirmişlerdir. Bu kuramlar içerisinden en bilinenlerden biri Ayırıcı Özellik Kuramı'dır. Ayırıcı Özellik Kuramı, kişilik özelliklerini sentezleyerek, birbirinden zıt kavramlar halinde ifade etmektedir. Bu konu üzerinde çalışmalar yapan psikologlar kişiliğin ölçümü için, belirlenen zıt sıfatlardan oluşan ölçekler geliştirmişler ve ölçeklerin sonuçlarına göre kişilik tipleri belirlemişlerdir (140,141).

Geçmişten günümüze kişilik ile alakalı birçok farklı tanım yapılmış olmasına rağmen kişiliğin oluşumuna dair netlik içeren bir teori ortaya konulamamıştır. Bunun nedeni, kişinin doğuştan gelen birçok özelliğiyle sonradan kazandığı özellikleri yapılarına yansımaları sonucunda farklılık göstermesidir. Her ne kadar benzerlik içeren çevresel faktörlere maruz kalsalarda insanlar birbirinden farklı ve eşsizdirler (142).

Bunun yanında bireyler ortak biyolojik yapılara sahip olsalar da farklı tutum ve davranışlara, fikirlere, duygulara ve yaklaşımlara sahiptirler. Aynı ailede doğan ve benzer şartlarda büyüyen kardeşlerin birbirinden farklı kişilik özelliklerine sahip olması bu durumun en net anlaşılır örneği olarak karşımıza çıkmaktadır. "Kişilik" kavramı, bu farklılıkların sonuçlarının tanımlandığı noktada ortaya çıkar. Aile, arkadaşlar, sosyo-kültürel çevreler, sosyal yapılar ve sınıf faktörleri, referans gruplar, coğrafi, fiziksel ve çevresel faktörler kişiliğin oluşumunda etkili faktörlerdir. Bireyin fiziksel ve sosyal çevresi, genetik yapısından kaynaklanan özellikleri ile etkileşime girmekte, bu da kişilik özelliklerini etkilemektedir.

Kişilik özellikleri, kişiliğin temel bileşenleri olup bireyin davranışlarını etkileyen, biçimlendiren evrensel yapılardır (143,144). Kişiliğin açıklanması için, boyutsal modellerin en kabul görmüş ve önemli olan iki temsilcisi, Cloninger'in "Psikobiyolojik Kişilik Modeli" ve Costa ve McCrae'nin "Beş Faktör Kişilik Kuramı"dır (145). Kişilik özellikleri yaklaşımının içinde çeşitli kültürlerde ve farklı yaş gruplarında en çok kullanılan ve kavramlaştırılan "Büyük Beş Faktör", "Büyük Beşli" ve "Beş Faktör Modeli" gibi çeşitli isimler ile anılmakta olan kuram olarak görülmektedir. Beş faktör modelinin tutarlılığı ve kanıtlayıcılığıyla alakalı birçok değişik kültürde yapılan çalışmalar, modelin geçerliğini desteklercesine bulgular ortaya koymuştur. Farklı ülke modellerinde bile güvenilirliği en kabul gören kuram olarak kabul edilmektedir (136,146-148). Bu sebeple beş faktör kişilik özellikleri kuramının bilinirliği artmış ve daha fazla araştırma yapılmasını sağlamıştır.

Goldberg (1981) sözlükte bulunan mevcut sıfatlarla yaptığı çalışmasında, kişisel özelliklere ait beş ana faktörün ortaya koymuş, kişilik araştırmalarının bu beş güçlü faktör çerçevesinde şekillendirilebileceğini ileri sürmüştür. Goldberg bu çalışması ile birlikte kendisinden önce ortaya konmuş olan beş faktör kişilik özelliklerinin bireylerin kişilik özelliklerinin tanımlamasını sağlaması açısından oldukça kapsamlı, güvenilir ve güçlü özellikte olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple literatürde "beş faktör" kelimesini kullanan ilk araştırmacının Goldberg olduğu görülmektedir (149). Costa ve McCrae tarafından 1985'te yapılan çalışmalarda "faktör" olarak adlandırılan davranışlara ait değişkenlerin sayıca fazla insan gruplarının kişilik özelliklerinin ölçülmesi ve puanlamasında kullanılabileceği gösterilmiştir. Geliştirilmiş olan Beş Faktör Kişilik Kuramı tüm kişilik özelliklerini kapsayan, ayrıca bu özellikleri detaylı olarak açıklayan

bir kuram olarak bilinmektedir. Beş Faktör Kişilik Kuramı, bu manada tüm kişilik özelliklerinin evrensel ve eksiksiz olarak gözleme dayalı bir şekilde beş temel boyut olarak sınıflandırılmasıdır (150).

2.3.1. Beş Faktör Kişilik Modeli

Beş faktör kişilik boyutları belli çerçeveden teorik bakış açısı temsiliyetinden daha fazla insanların kendileri ve çevresindekileri anlatır iken kullandıkları doğal dilin analizleri sonucu ortaya çıkmıştır. Model, herkesin kabul edilebileceği genel bir çerçeve oluşturmuştur. Öncesinde kabul edilmiş kuramların yerine geçmeden bütüncül bir bakış açısı ortaya koymuştur (82). Kişinin nasıl biri olduğunu bilmek istiyorsak ne kadar sosyal ne kadar arkadaş canlısı olduklarını ve ne kadar girişken olduklarını sormak gerekir. Bunun yerine, girişken insanlar arkadaş canlısı ve sokulgan olma eğiliminde olduklarından bu kişilik boyutunu tek bir terimle ifade edilebilir. Sosyal, arkadaş canlısı ve girişken tipik olarak "Dışadönük" olarak tanımlanır. Kişilik özellikleri ile ilgili literatürde farklı birçok yaklaşım olduğu bilinmektedir. Bu yaklaşımlardan ortaya çıkan ve en yaygın kabul gören sistem "Beş Büyükler" ya da "Beş Faktör Modeli" olarak tanımlanmıştır (148,151,152). Büyük Beşli, beş ana özellikten oluşmaktadır. Bu beş özellik İngilizce OCEAN kısaltması ile (O: Açıklık; C: Vicdanlılık; E: Dışadönüklük; A: Uyumluluk; N: Nevrotiklik) tanımlanmaktadır. Beş Büyük özelliğin boyutlarından alınan puanlar çoğunlukla bağımsızdır. Bir özelliğin puanlarının yüksek olması diğer özellikler hakkında fikir vermez. Örneğin, bir kişi dışadönüklükte son derece yüksek olmasına rağmen nevrotiklikte yüksek ya da düşük olabilir. Benzer şekilde, bir kişi uyumlulukta düşük olmasına rağmen vicdanlılıkta yüksek veya düşük olabilir. Dolayısıyla, Beş Faktör Modeli'nde, bir bireyin özelliklerinin çoğunu tanımlamak için beş puana ihtiyacınız vardır. Kişilik özellikleri uzun süreler boyunca devam eden istikrarlı davranış kalıplarını tanımlarlar (153). Kişiliğe ait tanımlanmış kalıplar hayatımızın birçok alanında geniş kapsamlı sonuçlar doğurabilir (154). Örneğin, üniversite eğitiminde başarıyı belirleyen faktörleri düşündüğümüzde iyi notlar almayı yüksek zeka ile başarılı olmak şeklinde öngörebiliriz. Bu öngörü her ne kadar doğru olsa da farklı kişilik özelliklerinin başarı üzerindeki etkisi bilinmektedir. Özellikle kişilik özelliklerinin boyutlarından sorumluluk gibi özellikler üniversite ve sonrasında önemli bir rol oynar, çünkü muhtemelen son derece sorumlu bireyler çok çalışırlar, işlerini zamanında yaparlar. Buna ek olarak, yüksek sorumluluk özelliğine sahip

insanlar genellikle sorumluluk düzeyi düşük insanlardan daha sağlıklıdırlar. Çünkü sağlıklı beslenme, egzersiz yapma ve temel güvenlik prosedürlerini takip etme olasılıkları daha yüksektir (emniyet kemeri ya da bisiklet kaskı takmak gibi). Uzun vadede, bu tutarlı model davranışlar, sağlık ve uzun ömürlülükte anlamlı farklılıklara yol açabilir. Dolayısıyla, kişilik özellikler sadece tanıdığınız insanları tanımlamak için kullanılan bir yol değildir; fizyolojik ve psikolojik alanlarda da pek çok yardım alınan özelliklerdir. Bir kişinin çalışma hayatında ne kadar iyi olacağından ne tür işlere yatkınlık göstereceğine kadar geniş bir yelpazede sorulara yanıt verilmesini sağlamaktadır. Kişiyi bulunduğu ortamdaki insanlarla sohbet ve kaynaşma anlamında sıcakkanlı ve arkadaş canlısı bir insan olarak tanımlasak bile topluluk önünde konuşmak gibi çekincelerinin olması bu tanımlamayla çelişebilmektedir. Yani dışadönüklük kişilik özelliğine sahip olmak farklı ortam ve durumlara göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Kişilik araştırmacıları kişiliği özetlemenin bir yolu olarak beş faktör kişilik özelliklerini yaygın olarak kullansa da güncel çalışmalarda kişiliğe ait incelemeler devam etmektedir.

2.3.1.1. Dışadönüklük: Beş faktör kişilik özelliklerinden dışadönüklük özelliği; sıcaklık, takım çalışmasına uygunluk, atılganlık, etkinlik, heyecan arayan, olumlu duygular şeklinde tanımlanmaktadır.

Dışadönük olmayan bireyler ise oldukça sessiz ve çekimser davranışlar ile karakterizedir (155). Dışadönüklük, bireylerin enerjilerini daha çok dış dünyaya yöneltmesi olarak tanımlanmaktadır (156). Çoğunlukla olumlu bir kişilik özelliği olan dışadönüklük girişken, genel anlamda sosyal, durumlar karşısında olumlu tepkiler verilmesi ile ilişkilidir (157,158). Neşeli, konuşmayı seven, enerjik, eğlence ve hareket etmekten hoşlanan insanlardır. Dışadönük olan insanlar, girişken ve sosyal olarak nitelendirilmektedirler. Kolayca arkadaş edinme eğiliminde olan, hevesli, enerjik, maceracı, konuşkan ve açık sözlü olarak betimlenmektedirler (145,159). İlişkilerinde rahat olma, liderlik özellikleri, problem çözücü olma ve yenilikçi fikirlere sahip olma önemli niteliklerindendir (160). Dışadönüklük seviyesi yüksek kişiler insanlar ile rahat ilişki kurabilen, insanlar ile beraber olmayı seven, iş birliğine yatkın, sempatik kişiler olarak değerlendirilmektedir. Dışadönüklük seviyesi düşük olanlar, yani, içe dönük olan kişilerse içine kapanık, sosyalleşmeyi sevmeyen, insanlarla mesafeli olan, sessizliği tercih eden, utangaç ve tutuk kişiler olarak değerlendirilmektedir (161,162).

Dışadönüklük kişilik özelliklerinin içinde en fazla araştırma yapılan özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Dışadönüklük özellikleri gösteren kişiler diğer kişilere oranla kendi ruh hallerini daha iyi düzenlemektedirler (163). Dışadönük kişiler çoğunlukla diğer bireylere göre daha pozitif, mutlu ve enerjik görünürler. Bu sebeple sosyal ilişkiler kurmakta oldukça beceriklidirler (164). Kolay bir şekilde arkadaş edinebilme eğilimi olan, hevesli, enerji dolu, maceraperest, konuşmayı seven ve açık sözlü olarak tanımlanmaktadırlar (134). Çoğunlukla olumlu bir kişilik özelliği olan dışadönüklük girişken, genel anlamda sosyal, durumlar karşısında olumlu tepkiler verilmesi ile ilişkilidir (157,158). Neşeli, konuşmayı seven, enerjik, eğlence ve hareket etmekten hoşlanan insanlardır. Dışa dönük kişiler, sosyal ilişkilerini iyi yöneten, hızlıca ve kolayca iletişim kurabilen kişilerdir (165). Dışadönük kişilik özelliği olan kişiler, içe dönük kişilere göre daha aktif, daha sempatik, daha konuşkan ve daha fazla heyecan arayan kişilerdir. Bu tarzdaki kişiler sosyal ilişkilerinde kendilerini içe dönük kişilere oranla daha fazla açma ve ifade etme eğilimi göstermektedirler (158,166). Dışadönüklük dış dünyayla alakalı uyumun derecesini tanımlamaktadır. Yaygın olarak bu faktörle alakalı özellikler, iddialı, girişken, olumlu, konuşkan ve aktif olarak belirtilmektedir (158,167).

2.3.1.2. Sorumluluk: Dikkatli, öz disiplinli ve başarma duyguları olan insanlar, yüksek sorumluluk duygularına sahiptirler. Düşük sorumluluk duyguları olan insanlar ise dikkatli, düzenli, sorumlu ve planlı olmayan özellikler gösterirler.

Sorumluluk diğer bir adıyla özdenetim kişilik özellikleri güçlü olan kişiler; çalışkan, hassas, dikkatli, sorumluluk sahibi olma, güvenilir ve bir şeyleri başarmak için güçlü iradeye sahip oldukları görülmektedir (134,146,168). Başka bir ifade ile özdenetim, çalışkanlık, kurallara bağlılık, sebat ve temkinli olmak olarak da tanımlanabilir (162). Sorumluluk kişilik özelliği yüksek düzey olan kişiler çevrelerince düzenli, zamanlı ve planlı bireyler olarak tanımlanırlar. Bu bireyler verilen görevleri titizlikle zamanında tamamlayan, planlı olmalarıyla karakterize olan kişilerdir (152). Sorumluluk özelliği düşük kişiler tembel, kararsız ve isteksiz, pratik olmayan olarakta nitelendirilebilirler. Bu kişiler ciddi iş ve ahlak standartlarına çok az saygı duymaktadırlar (163,164). Bir hedefe dönük davranışlardaki planlılık, sabır, motivasyon, organizasyon ve başarı bu faktör ile ilişkili kavramlardır (169). Bireylerin ne kadar kontrol ve disiplin sahibi olduğunu gösterir. Sorumluluk kişilik özelliği yüksek

olan kişiler yaşamlarında sorumlu, bağımlı, dikkatli, disiplinli, başarı kazanma güdüsü kuvvetli ve azimli kişiliği ifade etmektedirler. Bu özelliklere sahip kişilerin hem otonom hem de hiyerarşik yapı içerisinde her türlü görevde başarı kazanma ihtimalleri fazladır (145). Otokontrolü yüksek olma, temkinli davranma ve harekete geçmeden önce iyice düşünme gibi özellikler ön plana çıkmaktadır. Sorumluluk kişilik özellikleri güçlü olan kişiler; çalışkan, hassas, dikkatli, özdenetim sahibi olma, güvenilir ve bir şeyleri başarmak için güçlü iradeye sahip oldukları görülmektedir (134,146). Sorumlu kişiler hedefe yönelik davranışları tercih eder, kolayca organize olabilir ve ayrıntılara önem verirler (165). Sorumluluk sahibi insanlar; azimli, çalışkan ve ödevlerine karşı hassas kişilerdir (158).

2.3.1.3. Deneyime açıklık: Deneyime açık olan insanlar farklılığa, yaratıcılığa ve hayal gücünü kullanarak cesur adımlar atmaya hevesli olan, sanat ve güzelliğe karşı duyarlı olan bireylerdir.

Deneyime açıklık boyutu, kişisel ve entelektüel merak, özgünlük, yaratıcılık, yenilik ve estetiğe ait beğenme gibi niteliklerle tanımlanmaktadır (170). Deneyime açık kişiler gelişim ve yeniliklere olan merak ve istekleri sayesinde çalışma yaşamında yüksek başarı beklentisi olan bireylerdir. Hayal gücü, estetik, duygular, eylemler, fikirler, değerler deneyime açık kişilerin özellikleridir. Gelenekselliğin dışında değişime açık, entellektüel alaka, estetik duyarlılık, hayal gücü ve esneklik gibi tutumlar göstermektedirler. Deneyime açıklığı yüksek olan kişiler tutucu olmama özelliğine sahiplerdir (155,171). Deneyime açıklık, esnek düşünce biçimi ile yaratıcılığın birleşimi sonucunda yeni fikirlere hevesli olarak çeşitli ilgi alanlarında düşünce ve yaşam amacı geliştirme gibi özellikleri içermektedir. Bu boyuta sahip kişilik özellikleri olan insanlar akıllı, hayal kurma güçleri yüksek, sanata meraklı, hevesli ve düşünür olarak tanımlanabilmektedir. Açıklık kişilik özellikleri olan kişiler diğerlerine oranla, tecrübelere ve yeni düşüncelere daha açık, hayal kurma güçleri daha fazla olan, değişime ayak uyduran ve kendisine özgü değerlendirme gücüne sahiplerdir (158,172). Deneyime açıklık genel olarak hassas, esnek, yaratıcı, kültürlü, entelektüel olma ve sanatsal düşünme gibi özellikleri içerir. Bu özelliklere sahip kişiler özellikle değişim yaşayan örgütlerde yaratıcılıkları ile oldukça fonksiyonel fayda sağlarlar (145). Deneyime açıklık kişilik özelliğini daha fazla barındıran bireyler gelişime açık olmaları sebebiyle çözümcül zekaya sahip olup, gelenekselliğin dışında, farklı ilgi alanları olan,

özgün, hayal gücü yüksek, meraklı, yeni fikir ve deneyimlere açık, yaratıcı, değişikliği seven kişiler olarak nitelendirilmektedir (173).

2.3.1.4. Geçimlilik: Geçimlilik diğer bir adıyla uyumluluk kişinin bulunduğu ortam ve iletişimde olduğu kişilerle uyum içinde olması, şartlar dahilinde olumlu tutum sergileyerek yumuşak başlılık göstermesi olarak tanımlanan kişilik özelliğidir.

Geçimli kişiler güven, doğruluk, fedakârlık, uyumluluk, tevazu, hassas fikirlilik özelliklerine sahiptir. Geçimli kişilerin çevreleri tarafından sempatik, başkalarına yardımda istekli, güven veren kişiler olduğu söylenmektedir. Affedici olma, alçak gönüllük gibi özellikler yine uyum faktörünün yani geçimliliğin özellikleri arasında sayılabilir (146,174). Geçimlilik kişilik özelliği yüksek düzeyde olan insanlar, yardımsever, iyiliksever, merhametli, bağışlayıcı, yumuşak kalpli, iyi huylu, iyi niyetli, duyarlı ve empatik olma eğilimini göstermektedir (150,151,175). Geçimlilik kişilik özelliğini barındıran kişiler, başkalarını seven, verici olan, sosyal ilgisi olan kişilerdir. Bu sebeple de yumuşak başlı, uyumlu olarak tanımlanmaktadırlar (162). Bu kişilik özelliği düşük düzeyde olan kişiler ise kavgacı, sert, tahammülsüz, hevessiz, manipülatif, samimiyetsiz, sinsi, kaba ve zalim olarak nitelendirilebilirler. Literatürde ayrıca yüksek sorumluluk ve geçimlilik kişilik özelliklerinin genel yaşam kalitesini artırabileceğini ve uzun ömürlülüğü destekleyebileceği ileri sürülmektedir (163). Geçimli yani uyumlu kişiler arkadaşça davranır, birlikte çalışmayı sever, kibardır, hoşgörü sınırı geniştir, güven vericidir ve yumuşak kalplidir (145). Sempatik, başkalarına yardımda istekli, güven, affedici olma, alçak gönüllülük gibi özellikler geçimlilik boyutunun özellikleri arasında sayılabilir (134). Uyumlu kişiler işbirlikçi, kibar ve şefkatli, arkadaş canlısı kişiler olarak görülürler (165). Nazik, esnek, güvenli, iyi huylu, bağışlayan, yumuşak kalpli ve hoşgörülü özelliklerini içermektedir. Geçimlilik kişilik özelliği yüksek kişiler rekabet etmektense iş birliği yaparak çatışmaları önlemeyi tercih etmektedir (158). İletişimde saygılı, içten, sempatik ve anlayışlı kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. Bu kişilik özelliğine sahip bireyler sosyal ilişkilerinde kibar, bağışlayıcı ve kendisi gibi düşünmeyen insanlara karşı saygılıdırlar (173).

2.3.1.5. Nevrotiklik: Nevrotiklik, kaygı, öfke, depresyon, düşmanlık içeren davranışlar, öz-bilinç, dürtüsellik, güvenlik açığı şeklinde tanımlanmakta olup, kişilik özelliklerinin yüksek olumsuz duygular içeren bir boyutudur.

Nevrotizm kişinin duygusal denge durumunu ifade etmektedir (158,164). Nevrotikliğin temel özellikleri, kaygı, güvensizlik ve karamsarlıktır (148). Nevrotiklik boyutu, sinirlilik, belirsizlik ve olumsuz duygular gibi özellikler ile biçimlenmektedir (143). Nevrotik özellikleri yüksek olan kişilerde benzer olarak yüksek anksiyete düzeyi, depresyona meyil, dürtü ve kırılganlık, kendilerini kontrol etmede güçlük yaşama, duygularda aşırı ve ani değişkenlik gibi özellikler bulunmaktadır (146,176). Nevrotiklik boyutunun kendine güvensizlik, duygusal değişkenlik, gerginlik, kendini suçlama, umutsuzluk, hassas olma gibi temel nitelikler içerdiği değerlendirilmektedir (162,177). Nevrotiklik özelliği yüksek olan bireyler günlük hayatlarında düşük puan alanlara göre daha fazla stres yaşarlar. Sık stres altında olmaları ve stres yönetimlerinin kötü olmasından kaynaklı psikolojik rahatsızlıklara daha yatkın olarak değerlendirilmektedirler (150,152). Bu kişiler daha sık şekilde, düşmanca ve arzulu düşünce gibi uygunsuz başa çıkma şeklinde tepkiler göstermektedirler. Olumsuz duygularda kendilerini suçlama gibi gerçekçi olmayan inançları benimseyebilirler. Bilişsel olarak tutarlılıkları olumsuz duygular olarak ortaya çıkmaktadır (152,164). Bu tür karakter özellikleri kişilerin iş ve aile yaşamında daha fazla çatışma yaşamalarına ve dolaylı olarak daha fazla stres yaşamalarına neden olabilir (169). Nevrotiklik kişilik özelliklerine sahip kişiler, benliğini olduğu gibi kabul edememe, mükemmeliyetçi olma, eleştiriye açık olmama gibi davranışları da içerir (145). Bu boyutun güçlü olduğu kişilerde aşırı ve değişken duygular, kararsızlık ve tedirgin bir ruh hali vardır (134). Nevrotiklik, duygusal dengenin düşük olduğu durumlar için kullanılmaktadır (165).

Bu boyutun puanlarının azlığında duygusal denge, fazlalığında ise duygusal dengesizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Duygusal denge bir diğer adıyla duygusal uyum, kişilerin gerilim içeren durumlara karşı dayanıklılık ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin çevresel olaylardan ne düzeyde etkilenmeye açık olduğu duygusal denge düzeyleri ile ölçülebilmektedir. Duygusal dengenin zıt kavramı olarak karşımıza çıkan duygusal dengesizlik literatürde "nevrotizm" olarak da adlandırılmaktadır. Nevrotizm olumsuz duygu değişimleri yaşama meylini ifade etmektedir (158,166). Nevrotiklik yani duygusal olarak dengesizlik boyutunda kişiler

olumsuz duyguları beslemeye daha yatkındırlar. Bu kişiler kaygılı, telaşlı, olayları büyüten, yaşama karamsar bakan kişiler olarak bilinmektedir. Olumsuz duyguları baskın olarak taşımakta ve çevrelerine yansıtmaktadırlar (173).

2.4. DUYGUSAL EMEK, HASTA MERKEZLİ BAKIM YETKİNLİĞİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık hizmetlerinde hemşireler hasta ile sürekli yakın iletişimde olmaktadır. Yapılan araştırmalara göre duygusal emek hemşirelik mesleği için zorunlu bir kavram olarak görülmekte ve sağlık bakımını içeren hizmet kültürünün ayrılmaz bir parçası olduğu savunulmaktadır (16,178). Hastalara bakım veren hemşireler görevlerini yerine getirirken hasta/hasta yakını ile yoğun iletişim kurmakta ve bunun sonucu olarak oluşan duygularını yönetmek durumunda kalmaktadır (14). Sağlık hizmetinin ekip çalışması olması sebebiyle hemşireler, farklı meslek grupları ve yöneticiler ile iş birliği içinde çalışmaktadır. Bu iş birliği sürekli iletişimi gerektirmekte ve hemşireler sıklıkla duygusal emek göstermektedir (17). Hemşirelerin hasta bakımı verirken temel hedefleri; hastaların ihtiyaçları, istekleri, bakış açıları ve kişisel deneyimlerini göz önünde bulundurma, bakım işine katılma fırsatları sunma ve hastalar ile iş birliği anlayışı geliştirmektir (179). Hasta merkezli bakım ile hemşirelik bakım hedefleri örtüşmekte, sonucunda hasta yararının ve bakım kalitesinin arttığı görülmektedir. Kendi başına bir kalite alanı olarak tanımlanan hasta merkezli bakımın önemi giderek artmaktadır (71). Hasta merkezli bakım modellerinin geliştirilmesi ve benimsenmesi için, hemşirelerin iş birliği içinde yürütülecek iyileştirme çabalarına öncülük etmeleri ve bu uygulamaların yaygınlaştırılması konusunda desteklenerek, onlara fırsatlar sunulması önerilmektedir (78). Hasta ve yakınlarının ihtiyaçları doğrultusunda bakıma dahil edilmeleri hasta memnuniyetini arttırmasının yanı sıra hemşireler için de olumlu sonuçlar ortaya çıkarmakta, mesleki doyumları artmakta ve kişisel başarıları sebebiyle duygusal tükenme azalmaktadır (109). Hemşirelerin hasta merkezli bakımı verebilmeleri için, hastaya sevgi ve saygı çerçevesinde davranmaları, hasta ve ailesinin karar verme süreçlerine katılımını sağlamaları, hastaların değerlerine, tercihlerine, kültürlerine ihtiyaçlarına saygı gösterilmeleri gerekmektedir (71). Hemşireler hastalarına hissettikleri duygularını anlamaya çalışarak, empati yaparak yaklaştıklarında onları doğru anlayabilirler, hastaların gereksinimleri, istekleri ve ihtiyaçlarının neler olduğunu daha doğru belirleyebilir, dolayısı ile daha kaliteli hemşirelik bakımı sunabilir (180).

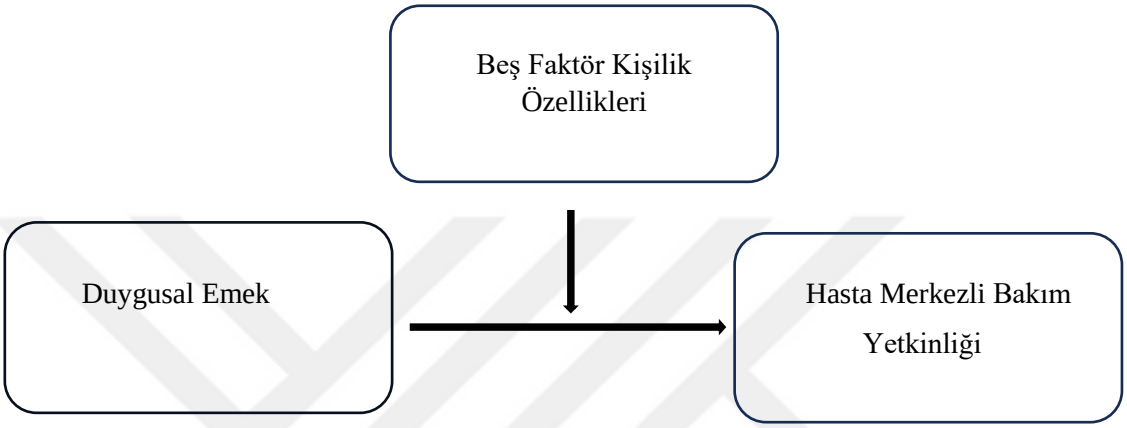
Tüm bu bakım süreci hissedilen yoğun duyguların yönetimini gerektirmekte ve hemşireler duygusal emek sarf etmektedir. Hemşirelerin hastalarını anlama çabaları, isteklerini değerlendirerek kendi bakımlarına dahil olmalarını sağlamaları ve bunları gerçekleştirirken onların duygularını kendi duyguları gibi hissetmeleri duygusal emek olarak karşımıza çıkmaktadır (180). Bu nedenle hasta merkezli bakım yetkinliği ile duygusal emek etkileşim içinde olan kavramlardır. Duygusal emek düzeyinin hemşirelerde olumsuz sonuçlar ortaya çıkardığı, tükenmişliği arttırdığı yapılan çalışmalarda görülmektedir (180,181). Bu olumsuz sonuçlar doğrudan hasta bakım kalitesini azaltacağından hemşirelerin duygu yönetimi oldukça önemlidir. Hemşirelerin kişilik özellikleri hastalarıyla olan iletişimlerinde duygularını yönetebilme becerileri açısından etkilidir. Hemşirelerin kişilik özellikleri kendilerinden beklenilen iş performansları üzerinde etkilidir ve iyi yönetilen hemşirelik bakım süreci hasta bakım kalitesinin niteliği için önemli ölçütlerdendir (182). Yine farklı hizmet sektörlerinde yapılan çalışmalarda kişilik özellikleri ile duygusal emek arasında ilişki olduğu görülmektedir (43,183,184). Basım ve ark. (2013); öğretmenler ile yaptığı çalışmada kişiliğin duygusal emek üzerine etkili olduğu görülmektedir (185). Duygusal emek gösterilen çalışma gruplarındaki kişilerde genel olarak olması gereken kişilik özellikleri sorumluluk, dışadönüklük, duygusal denge, açıklılık ve uyumluluktur (186). Bu kişilik özelliklerini taşıyan bireylerin strese dayanıklı, zor durumları yönetebilme kabiliyeti yüksek, etkin kaynak kullanımı sağlayan ve davranışlarının sorumluluğunu alarak üstesinden gelebilen çalışanlar olduğu öngörülmektedir (187).

Yapılan bu çalışmalar ışığında duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliğini etkileyeceği ve beş faktör kişilik özelliklerinin de bu etkide düzenleyici rolü olduğu düşünülerek araştırmanın yapılarak ilgili literatüre katkı sağlanmasına karar verilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırmaya ait model Şekil 3.1'de gösterilmiştir:



Şekil 3. 1: Araştırmanın modeli

Duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisi olduğu ve beş faktör kişilik özelliklerininde düzenleyici etkisi olduğu yönünde kurulan bu ilişkide araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

H_1: Duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{1a}: Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{1b}: Duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{1c}: Duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_2: Kişilik özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{2a}: Kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır

H_{2b}: Kişilik özelliklerinin sorumluluk alt boyutunun hasta merkezli bakım

yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{2c}: Kişilik özelliklerinin deneyime açıklık alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{2d}: Kişilik özelliklerinin geçimlilik alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_{2e}: Kişilik özelliklerinin nevrotiklik alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

H_3: Kişilik özelliklerinin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{3a}: Dışadönüklüğün yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{3b}: Sorumluluğun yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{3c}: Deneyime açıklığın yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{3d}: Geçimliliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{3e}: Nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_4: Kişilik özelliklerinin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{4a}: Dışadönüklüğün derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{4b}: Sorumluluğun derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{4c}: Deneyime açıklığın derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{4d}: Geçimliliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{4e}: Nevrotikliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_5: Kişilik özelliklerinin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{5a}: Dışadönüklüğün samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{5b}: Sorumluluğun samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{5c}: Deneyime açıklığın samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{5d}: Geçimliliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

H_{5e}: Nevrotikliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkenini duygusal emek, araştırmanın bağımlı değişkenini ise hasta merkezli bakım yetkinliği oluşturmaktadır. Araştırmada beş faktör kişilik özellikleri düzenleyici değişken olarak belirlenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmada değişkenler ve değişkenler arasındaki, ilişkiler incelendiğinden dolayı tanımlayıcı, verilerin belirli bir süre aralığında toplanmasından dolayı ise kesitsel tipte planlanmış ve uygulanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Türkiye'de görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Sekaran'ın örneklem büyüklüklerini gösterdiği tablodan faydalanılarak 1,000,000 ve üzerini temsil eden evren büyüklüğü kullanılmıştır. Buna göre araştırmayı 384 ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir. Örneklem seçiminde kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma, gönüllü katılım sağlayan 401 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri katılımcıların gönüllülük esasıyla, 18 yaş üstünde, Türkiye'de görev yapan hemşireler olarak belirlenmiştir. Gönüllü olmayan, 18 yaş altı ve Türkiye dışında görev yapan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın kapsamını Türkiye'de görev yapan tüm hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma Türkiye'de çalışan hemşireler ile sınırlı olup, diğer ülkelerde yaşayan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Duygusal emek, hasta merkezli bakım yetkinliği ve beş faktör kişilik özellikleri arasında olan ilişki belirli bir zaman dilimini kapsayacak şekilde incelenmiştir. Verilerin anlık ve belirli bir zaman diliminde elde edilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Veriler etik kurul iznini takiben 28.11.2022- 16.01.2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu (EK-1) alınarak anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünü araştırmacılar tarafından geliştirilen ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren 6 adet soru (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği tercih etme durumu, hizmet süresi) oluşturmaktadır (EK-2). Anket formunun ikinci bölümünde hemşirelerin duygusal emek davranışı ölçeği (EK-3), üçüncü bölümde hasta merkezli bakım yetkinliğini ölçeği (EK-4), dördüncü ve son bölümünde ise beş faktör kişilik özellikleri ölçeği (EK-5) yer almaktadır.

3.6.1. Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği

Araştırmada kullanılan ilk ölçek "Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği"dir. Değirmenci tarafından 2016 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Ölçek maddeleri, 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert tipte düzenlenmiştir.

Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayı değerlerinin derinlemesine davranışta 0.860, yüzeysel ve samimi davranış alt boyutunda 0.750 ve tüm ölçek için 0.900 olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyut puan ortalamalarının yükselmesi, o davranışın gösterildiği şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınan puanlar değerlendirilirken; her bir alt boyuttan alınan toplam puan, alt boyuttaki madde sayısına bölünerek aritmetik ortalaması alınmaktadır. Buna göre her bir alt boyutta alt boyut puan ortalaması "1" ve "5" arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarda ortalama puan "1"e yaklaştıkça duygusal emek davranışının düşük olduğu, puan "5"e yaklaştıkça davranışın yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekte Tablo 3.1'de belirtildiği üzere, yüzeysel davranış boyutu için 6 madde, derinlemesine davranış boyutu için 13 madde, samimi davranış boyutu için ise 5 madde yer almaktadır.

Tablo 3.1: Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği alt boyutları

Alt Boyut	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**
Yüzeysel Davranış	6 madde	1, 2, 3, 4, 5, 6
Derinlemesine Davranış	13 madde	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19
Samimi Davranış	5 madde	20,21,22,23,24
Toplam	24 madde	

3.6.2. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği

Araştırmada kullanılan hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği Jee- In Hwang tarafından hasta bakımında aktif rolü olan hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerini ölçmek amacıyla 2015 yılında geliştirilmiştir. Arslanoğlu ve Kırılmaz tarafından 2019 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve literatüre kazandırılmıştır. Ölçek, hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak ve hastaların haklarını savunmak olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte Tablo 3.2'de gösterildiği üzere, hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutunda 6 madde, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutunda 5 madde, hasta konforu sağlamak ve hastaları haklarını savunmak boyutlarında ise 3 madde olmak üzere toplam 17 ifade yer almaktadır. Ölçek maddeleri, 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert tipte düzenlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alpha değerleri hasta bakış açılarına

(perspektifine) saygı duymak alt boyutu için 0.892, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek alt boyutu için 0.837, hasta konforu sağlamak alt boyutu için 0.919 ve hastaların haklarını savunmak alt boyutu için 0.969 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin tamamı için Cronbach's alpha değeri 0.850 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.2: Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği alt boyutları

Alt Boyut	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**
Hasta bakış açılarına saygı duymak	6 madde	1, 2, 3, 4, 5, 6
Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek	5 madde	7, 8, 9, 10, 11
Hasta konforu sağlamak	3 madde	12, 13, 14
Hastaların haklarını savunmak	3 madde	15, 16, 17
Toplam	17 madde	

3.6.3. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği

Araştırmada kullanılan üçüncü ölçek Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği'dir. John ve Srivastava tarafından 1999 yılında "Beş Faktör Kişilik Envanteri" olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin Sümer ve Sümer tarafından 2005 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 5'li likert tipte düzenlenen ölçek, 44 ifade ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Bu beş boyut; dışa dönüklük, sorumluluk, geçimlilik, deneyimlere açıklık ve nevrotiklik olarak belirlenmiştir. Ölçekte Tablo 3.3'te belirtildiği üzere, dışadönüklük boyutu için 8 madde, sorumluluk boyutu için 9 madde, deneyime açıklık boyutu için 10 madde, geçimlilik boyutu için 9 madde, nevrotiklik boyutu için ise 8 madde yer almaktadır. Ölçekte boyutlara ait ters sorular yer almaktadır, bunlar Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3: Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği alt boyutları

Alt Boyut	**Madde Sayısı**	**Madde Numaraları**
Dışadönüklük	8 madde	1, **6***, 11, 16, **21***, 26, **31***, 36
Sorumluluk	9 madde	3, **8***, 13, **18***, **23***, 28, 33, 38, **43***
Deneyime Açıklık	10 madde	5, 10, 15, 20, 25, 30, **35***, 40, **41***, 44
Geçimlilik	9 madde	**2***, 7, **12***, 17, 22, **27***, 32, **37***, 42
Nevrotiklik	8 madde	4, **9***, 14, 19, **24***, 29, **34***, 39
Toplam	44 madde	

*Ters yönlü maddeler koyu renk olarak gösterilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Araştırmada verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. SPSS programı ile tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik), Cronbach's Alpha, T-testi, Anova testi, Kruskal Wallis; değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için ise korelasyon testi, etki incelemesi için ise regresyon analizi uygulanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN İZNİ

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.11.2022 tarih ve 13783 sayılı onayına istinaden (EK-6) yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin güvenirlik analizleri yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeklerin güvenirlik sonuçları yüksek bulunmuş olup Tablo 4.1'de belirtilmiştir.

Tablo 4.1: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlilik sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Cronbach's alfa
1. Hemşirelerde Duygusal Emek Davranışı Ölçeği	,873
2. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği	,941
3. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği	,624
Tüm Ölçeklerin Toplamı	,874

Tablo 4.1'de görüldüğü üzere 3 boyut ve 24 maddeden oluşan Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenirlik değeri ,873; 4 boyut ve 17 maddeden oluşan Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenirlik değeri ,941; 5 boyut ve 44 ifadeden oluşan Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenirlik değeri ,624; tüm ölçeklerin toplam Cronbach's Alpha güvenirlik değeri ,874 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğu söylenebilir.

4.2. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği tercih etme durumu ve çalışma süresi değişkenleri incelenmiştir. İncelenen değişkenlere ait sıklık (frekans) ve yüzde değerleri Tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.2: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	25 ve altı	67	16,7
	26-30	81	20,2
	31-35	53	13,2
	36-40	36	9,0
	41-45	88	21,9
	46 ve üzeri	76	19,0
Cinsiyet	Kadın	366	91,3
	Erkek	35	8,7
Medeni Durumu	Evli	240	59,9
	Bekâr	161	40,1
Öğrenim Durumu	Lise	21	5,2
	Ön lisans	29	7,2
	Lisans	202	50,4
	Lisansüstü	149	37,2
Mesleği Tercih Etme	İsteyerek	291	72,6
	İstemeyerek	110	27,4
Çalışma Süresi	5 yıl ve altı	117	29,2
	6-10 yıl	56	14,0
	11-15 yıl	28	7,0
	16-20 yıl	57	14,2
	21-25 yıl	65	16,2
	26 yıl ve üstü	78	19,5

Tablo 4.2 incelendiğinde; araştırmaya katılanların yaşlarına bakıldığında, %22'si 41-45 yaş aralığında, %20'si 26-30 yaş aralığında, %19'u 46 yaş ve üzerinde, %17'si 25 yaş ve altında, %14'ü 31-35 yaş aralığında ve %9'u 36-40 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Cinsiyetlerine bakıldığında; %91'inin kadın, %9'unun erkek olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında; %60'ının evli, %40'ının bekar olduğu görülmektedir. Öğrenim durumlarına bakıldığında; %50'sinin lisans, %37'sinin lisansüstü, %7'sinin ön lisans ve %5'inin lise mezunu olduğu görülmektedir. Mesleği tercih etme durumlarına bakıldığında; %73'ünün mesleği isteyerek, %27'sinin istemeyerek tercih ettiği görülmektedir. Meslekteki çalışma sürelerine bakıldığında ise;

%29'unun 5 yıl ve altı, %20'sinin 26 yıl ve üstü, %16'sının 21-25 yıl, %14,2'sinin 16-20 yıl, %14'ünün 6-10 yıl ve%7'sinin 11-15 yıl olduğu görülmektedir.

4.3. TANIMLAYICI İSTATİSTİK

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık tanımlayıcı istatistik çalışmaları yapılmıştır. Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranışın ortalaması 3,94 yüksek düzey, derinlemesine davranışın ortalaması 4,03 yüksek düzey, samimi davranışın ortalaması 4,08 yüksek düzey bulunmuştur. Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarından dışadönüklük ortalaması 3,36 orta düzey, sorumluluk ortalaması 3,46 yüksek düzey, deneyime açıklık ortalaması 3,64 yüksek düzey, geçimlilik ortalaması 3,37 orta düzey, nevrotiklik ortalaması 3,10 orta düzey bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yetkinliğinin ortalaması 4,12 yüksek düzey bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olması normal değerler arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (188).

Tablo 4.3: Tanımlayıcı istatistik

Sıra No	**Kullanılan değişken ve alt boyutları**	**Min - Max**	**X**	**S.S.**	**Çarpıklık**	**Basıklık**
Duygusal Emek						
1.	Yüzeysel Davranış	1-5	3,94	0,46	-0,148	1,438
2.	Derinlemesine Davranış	1-5	4,03	0,44	-0,296	1,271
3.	Samimi Davranış	1-5	4,08	0,52	-0,448	1,914
Beş Faktör Kişilik Özellikleri						
4.	Dışadönüklük	1-5	3,36	0,35	0,193	1,113
5.	Sorumluluk	1-5	3,46	0,33	-0,308	1,661
6.	Deneyime Açıklık	1-5	3,64	0,43	0,030	0,243
7.	Geçimlilik	1-5	3,37	0,32	0,071	0,272
8.	Nevrotiklik	1-5	3,10	0,38	0,074	0,479
9.	**Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği**	**1-5**	**4,12**	**0,46**	**-1,084**	**1,277**

4.4. FARKLILIKLAR TESTİ

Araştırmada duygusal emeğin alt boyutları olan yüzeysel, derinlemesine ve samimi davranışın sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Duygusal emeğin alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları

Tanımlayıcı Özellikler		**Yüzeysel Davranış**	**Derinlemesine Davranış**	**Samimi Davranış**
		X ± SS/mean rank	**X ± SS/mean rank**	**X ± SS/mean rank**
Cinsiyet	Kadın	3,93 ±0,45	4,05 ±0,42	4,10±0,51
	Erkek	4,01±0,54	3,81±0,57	3,85±0,61
Test ve Anlamlılık		T=-1,03, P= 0,302	**T=-3,039, P= 0,003***	**T=2,698, P=0,007***
Medeni Durum	Evli	4,01 ±0,41	4,08±0,38	4,10±0,49
	Bekar	3,83 ±0,51	3,96±0,50	4,04±0,56
Test ve Anlamlılık		**T=-3,58, P= 0,000***	**T=2,669, P=0,008***	T=1,179, P=0,239
Mesleği Tercih Etme	İsteyerek	3,97±0,45	4,09±0,40	4,14±0,47
	İstemeyerek	3,86±0,46	3,88±0,49	3,91±0,61
Test ve Anlamlılık		**T=2,221, P= 0,027***	**T=4,401, P=0,000***	**T=3,938, P=0,000***
Yaş Grubu	25yaş ve altı (a)	3,80±0,53	3,90±0,53	4,00±0,62
	26-30yaş (b)	3,87±0,45	3,92±0,44	4,02±0,56
	31-35yaş (c)	3,83±0,35	3,97±0,32	3,97±0,35
	36-40yaş (d)	4,01±0,42	4,05±0,43	4,09±0,44
	41-45yaş(e)	3,99±0,42	4,12±0,36	4,16±0,49
	46 yaş ve üzeri(f)	4,12±0,45	4,19±0,42	4,16±0,51
Test ve Anlamlılık		**F=5,209, P= 0,000 f>a,b,c**	**F=5,689, P=0,000 f>a,b,c**	F=1,856, P=0,101
Öğrenim Durumu	Lise (a)	211,05	178,86	200,10
	Ön Lisans (b)	222,31	216,74	226,67
	Lisans (c)	182,42	186,64	197,93
	Lisansüstü (d)	220,63	220,53	200,30
Test ve Anlamlılık		**Ki-kare=10,772 P=0,013 d>c**	**Ki-kare=8,674 P=0,034 d>c**	Ki-kare=1,605 P=0,658

Tablo 4.4 (devam)

Hizmet Süresi	5yıl ve altı (a)	3,82±0,50	3,88±0,49	3,99±0,59
	6-10 yıl (b)	3,82±0,39	3,93±0,43	4,04±0,55
	11-15 yıl (c)	4,04±0,35	4,05±0,30	4,02±0,30
	16-20 yıl (d)	3,91±0,47	4,05±0,38	4,00±0,50
	21-25 yıl (e)	4,05±0,41	4,18±0,34	4,27±0,43
	26yıl ve üstü(f)	4,09±0,42	4,17±0,43	4,15±0,49
Test ve Anlamlılık		**F=5,457, P=0,000 f>a,b; e>a**	**F=6,912, P=0,000 f>a,b; e>a.b**	**F=3,245, P=0,007 e>d,c,a**

Duygusal emeğin alt boyutlarının cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için t testi uygulanmıştır. T testinin sonuçları incelendiğinde; hemşirelerde yüzeysel davranış ortalama puanlarına göre cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Derinlemesine davranış ve samimi davranış boyutları ortalama puanlarına göre cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmuştur (t=3,039, p<0,003; t=2,698, p<0,007). Kadınların derinlemesine davranış ve samimi davranış puanlarının erkeklerden yüksek olduğu görülmüştür.

T testi sonuçları incelendiğinde; samimi davranış puanlarına göre medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanları ile medeni durum değişkeni arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur (t=3,589, p<0,000; t=2,669, p<0,008). Evlilerin bekarlara göre yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış puanlarının mesleği tercih etme açısından yapılan t testinin sonuçları incelendiğinde; her alt boyutta mesleği tercih etme açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2,221, p<0,027; t=4,401, p<0,000; t=3,938, p<0,000). Mesleği isteyerek tercih edenlerin yüzeysel, derinlemesine ve samimi davranış puanları daha yüksek bulunmuştur.

Duygusal emek puanlarının yaş açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; yaş açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanlarının yaş açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür (F=5,209, p<,001; F=5,689, p<,001). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında

olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmıştır. 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların duygusal emeğin alt boyutlarından olan yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanlarının 25 yaş ve altı, 26-30 yaş ve 31-35 yaş katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygusal emek puanlarının öğrenim durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinin sonuçları incelendiğinde; öğrenim durumu açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür (X_2=10,772, p<,05; X_2=8,674, P<,05). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Öğrenim durumu lisansüstü olanların lisans olanlara göre yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanları daha yüksek görülmüştür.

Duygusal emek puanlarının hizmet süresi açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür (F=5,457, p<,001; F=6,912, p<,001; F=3,245, p<,001).

Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmıştır. Yüzeysel ve derinlemesine davranış alt boyutları puanlarına göre hizmet süresi 26 yıl ve üstünde olan katılımcıların, hizmet süresi 5 yıl ve altı, 6-10 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Yüzeysel davranış alt boyutunda 21-25 yıl arasında hizmet süresi olan katılımcıların puanları 5 yıl ve altı hizmet süresi olan katılımcılara göre yüksek görülmüştür. Derinlemesine davranış alt boyutunda ise 21-25 yıl arası hizmet süresi olan katılımcıların 5 yıl ve altı ile 6-10 yıl arası hizmet süresi olan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Samimi davranış alt boyutuna göre ise hizmet süresi 21-25 yıl olan katılımcıların, 5 yıl ve altı ile 11-15 yıl, 16-20 yıl olan katılımcılara göre puanları daha yüksek görülmüştür. Buna göre hizmet süresinin duygusal emeği etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir

Tablo 4.5: Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları

Tanımlayıcı Özellikler		Dışadönüklük	Sorumluluk	Deneyime Açıklık	Geçimlilik	Nevrotiklik
		X ± SS/mean rank	X ± SS/mean rank	X ± SS/mean rank	X ± SS/mean rank	X ± SS/mean rank
Cinsiyet	Kadın	3,36±0,33	3,46 ±0,33	3,65±0,43	3,37±0,32	3,09±0,37
	Erkek	3,41±0,49	3,48±0,34	3,53±0,49	3,40±0,36	3,20±0,44
Test ve Anlamlılık		T=-0,590, P= 0,559	T=-0,320, P= 0,749	T=1,646, P=0,101	T=-1,597, P=0,111	T=-1,754, P=0,080
Medeni Durum	Evli	3,37±0,36	3,46±0,32	3,63±0,34	3,35±0,31	3,04±0,36
	Bekar	3,35±0,34	3,46±0,33	3,65±0,54	3,40±0,33	3,18±0,39
Test ve Anlamlılık		T=0,734, P=0,463	T=0,073, P=0,942	T=-0,184, P=0,854	T=-1,597, P=0,111	**T=-3,881, P=0,000***
Mesleği Tercih Etme	İsteyerek	3,40±0,35	3,46±0,31	3,66±0,37	3,38±0,32	3,08±0,39
	İstemeyerek	3,26±0,32	3,47±0,36	3,59±0,56	3,36±0,33	3,15±0,34
Test ve Anlamlılık		**T=3,556, P=0,000***	T=-0,234, P=0,815	T=1,519, P=0,130	T=0,615,P=0,539	T=-1,730,P=0,084
Yaş Grubu	25yaş ve altı (a)	3,37±0,32	3,47±0,33	3,55±0,46	3,33±0,33	3,12±0,38
	26-30yaş (b)	3,35±0,34	3,53±0,30	3,60±0,33	3,37±0,33	3,18±0,39
	31-35yaş (c)	3,37±0,32	3,40±0,33	3,69±0,67	3,51±0,34	3,13±0,30
	36-40yaş (d)	3,36±0,44	3,46±0,28	3,80±0,38	3,39±0,27	3,15±0,45
	41-45yaş(e)	3,37±0,36	3,46±0,28	3,70±0,34	3,42±0,29	3,06±0,39
	46 yaş ve üzeri (f)	3,36±0,36	3,42±0,40	3,58±0,40	3,26±0,31	2,98±0,33
Test ve Anlamlılık		F=0,053, P= 0,998	F=1,315, P=0,257	F=2,550, P=0,027	**F=4,520, P=0,001 c>a,f;e>f**	**F=2,698, P=0,021 b>f**

Tablo 4.5 (devam)

Öğrenim Durumu	Lise (a)	181,67	232,05	201,17	224,02	275,17
	Ön Lisans (b)	243,79	199,29	147,26	156,28	203,19
	Lisans (c)	211,17	199,09	187,60	213,12	217,22
	Lisansüstü (d)	181,61	199,54	229,60	190,03	168,14
Test ve Anlamlılık		**Ki-kare=10,431 P=0,015 c>d;b>d**	Ki-kare=1,612, P=0,657	**Ki-kare=18,180 P=0,000 d>c;c>b;d>b**	**Ki-kare=8,808 P=0,032 c>d;c>b**	**Ki-kare=24,877 P=0,000 c>d;a>b,c,d**
Hizmet Süresi	5yıl ve altı (a)	3,36±0,33	3,49±0,33	3,59±0,56	3,35±0,34	3,17±0,35
	6-10 yıl (b)	3,32±0,36	3,45±0,33	3,59±0,33	3,46±0,28	3,23±0,35
	11-15 yıl (c)	3,37±0,24	3,40±0,29	3,61±0,29	3,34±0,37	3,01±0,36
	16-20 yıl (d)	3,34±0,42	3,49±0,30	3,79±0,38	3,46±0,27	3,07±0,48
	21-25 yıl (e)	3,39±0,36	3,45±0,27	3,71±0,32	3,37±0,32	3,02±0,38
	26yıl ve üstü (f)	3,38±0,35	3,43±0,39	3,59±0,42	3,30±0,32	3,01±0,30
Test ve Anlamlılık		F=0,402, P=0,848	F=0,596, P=0,703	F=2,302, P=0,044	**F=2,732, P=0,019 b>f;d>f**	**F=4,466, P=0,001 a>f;b>e,f**

Araştırmada beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarının cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için t testi uygulanmıştır. T testinin sonuçları incelendiğinde; hemşirelerde beş faktör kişilik özellikleri alt boyutları puanlarına göre cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarından dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık ve geçimlilik puanları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Nevrotiklik boyutu puanlarına göre medeni durum açısından anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,881$, $p<0,000$). Bekarların nevrotiklik puanlarının evlilerden yüksek olduğu görülmüştür.

Yine t testi sonuçları incelendiğinde; sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik puanlarına göre mesleği tercih etme durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dışadönüklük puanları ile mesleği tercih etme değişkeni arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,556$, $p<0,000$). Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih edenlerin istemeyerek tercih edenlere göre dışadönüklük puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutları puanlarının yaş açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; yaş açısından dışadönüklük ve sorumluluk puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik boyutlarının puanlarının yaş açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür ($F=2,550$, $p<,05$; $F=4,520$, $p<,001$; $F=2,698$, $p<,05$). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmıştır. Post hoc testi sonuçları incelendiğinde, deneyime açıklık boyutu için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine post hoc testi sonuçları incelendiğinde, 31-35 yaş arası olan katılımcıların geçimlilik puanlarının 25 yaş ve altı ile 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. 41-45 yaş arası katılımcıların geçimlilik puanlarının 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. 26-30 yaş arası katılımcıların nevrotiklik puanlarının 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının puanlarının öğrenim durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Kruskal Wallis testinin sonuçları incelendiğinde; öğrenim durumu açısından sorumluluk puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Dışadönüklük, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür (X_2=10,431, P<,05; X_2=18,180, P<,001; X_2=8,808, P<,05; X_2=24,877, P<,001). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Öğrenim durumu açısından lisans olanların dışadönüklük puanları lisansüstü olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ön lisans olanların dışadönüklük puanları öğrenim durumu lisansüstü olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Deneyime açıklık puanları incelendiğinde öğrenim durumu lisansüstü olanların lisans ve ön lisans olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Yine öğrenim durumu lisans olanların deneyime açıklık puanları, ön lisans olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Geçimlilik puanları incelendiğinde, öğrenim durumu lisans olanların ön lisans ve lisansüstü olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Öğrenim durumu lise olanların geçimlilik puanları; ön lisans, lisans ve lisansüstüne göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Nevrotiklik puanları incelendiğinde, öğrenim durumu lisans olanların lisansüstü olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının puanlarının hizmet süresi açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; dışadönüklük, sorumluluk ve deneyime açıklık puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Geçimlilik ve nevrotiklik puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür (F=2,732, p<,05; F=4,466, p<,001). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmıştır. Geçimlilik puanlarına göre, hizmet süresi 6-10 yıl ve 16-20 yıl olanların 26 yıl ve üstünde olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Nevrotiklik puanlarına göre ise 5 yıl ve altında hizmet süresi olan katılımcıların, 26 yıl ve üstü hizmet süresi olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine nevrotiklik puanlarına göre, 6-10 yıl arası hizmet süresi olan katılımcıların 21-25 yıl ve 26 yıl ve üstü hizmet süresi olan katılımcılara göre daha yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre hizmet süresinin geçimlilik ve nevrotiklik kişilik özelliklerini etkilediği söylenebilir.

Araştırmada hasta merkezli bakım yetkinliğinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Hasta merkezli bakım yetkinliğinin sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkları

Tanımlayıcı Özellikler		**Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği**	
		X ± SS/mean rank	*Test ve Anlamlılık*
Cinsiyet	Kadın	4,13 ±0,47	T=1,517
	Erkek	4,00±0,41	P=0,130
Medeni Durum	Evli	4,13±0,47	T=0,865
	Bekar	4,09±0,46	P=0,388
Mesleği Tercih Etme	İsteyerek	4,13±0,44	T=0,994
	İstemeyerek	4,08±0,52	P=0,321
Yaş Grubu	25yaş ve altı (a)	4,01±0,53	F=2,586 P=0,026
	26-30yaş (b)	4,08±0,40	
	31-35yaş (c)	4,03±0,36	
	36-40yaş (d)	4,08±0,79	
	41-45yaş(e)	4,20±0,31	
	46 yaş ve üzeri (f)	4,23±0,43	
Öğrenim Durumu	Lise (a)	188,14	**Ki-kare=23,475** **P=0,000** **d>b** **d>c**
	Ön Lisans (b)	172,72	
	Lisans (c)	179,92	
	Lisansüstü (d)	236,89	
Hizmet Süresi	5yıl ve altı (a)	4,02±0,44	**F=4,509** **P=0,001** **e>a** **f>a**
	6-10 yıl (b)	4,06±0,43	
	11-15 yıl (c)	3,91±0,79	
	16-20 yıl (d)	4,23±0,46	
	21-25 yıl (e)	4,18±0,27	
	26yıl ve üstü (f)	4,23±0,44	
*p<0,05 **p<0,01, F=Tek Yönlü Varyans Analizi T= Bağımsız Gruplarda t Testi			

Hasta merkezli bakım yetkinliğinin cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için t testi uygulanmıştır. T testinin sonuçları incelendiğinde; hemşirelerde hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarına göre cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının yaş açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; yaş açısından hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarında anlamlı bir

fark bulunmuştur (F=2,586, p<,05). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmış, post hoc testinde gruplar arası fark görülmemiştir.

Hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının öğrenim durumu açısından farklılık olup olmadığının tespiti için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinin sonuçları incelendiğinde; öğrenim durumu açısından hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (X_2=23,475, p<,001). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Öğrenim durumu lisansüstü olan katılımcıların, öğrenim durumu ön lisans ve lisans olan katılımcılardan daha yüksek hasta merkezli bakım yetkinliği puanına sahip olduğu görülmüştür.

Hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının hizmet süresi açısından farklılık olup olmadığının tespiti için ANOVA testi uygulanmıştır. ANOVA testinin sonuçları incelendiğinde; hizmet süresi açısından hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarında anlamlı bir fark görülmüştür (F=4,509, p<,001). Bu farklılıkların hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için post hoc testi yapılmıştır. Hizmet süresi 21-25 yıl olan katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Hizmet süresi 26 yıl ve üstü olan katılımcıların, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan katılımcılara göre hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.5. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİ ANALİZİ

Araştırmada kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.7'de belirtilmiştir.

Tablo 4.7: Duygusal emek alt boyutları, kişilik özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişki

Değişkenler (n=401)		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Yüzeysel Davranış (1)	r	1								
Derinlemesine Davranış (2)	r	,556**	1							
	p	,000								
Samimi Davranış (3)	r	,430**	,733**	1						
	p	,000	,000							
Dışadönüklük (4)	r	,196**	,274**	,317**						
	p	,000	,000	,000	1					
Sorumluluk (5)	r	,204**	,186**	,254**	,283**					
	p	,000	,000	,000	,000	1				
Deneyime Açıklık (6)	r	,265**	,371**	,277**	,300**	,297**				
	p	,000	,000	,000	,000	,000	1			
Geçimlilik (7)	r	-,003	,187**	,226**	,287**	,320**	,274**			
	p	,952	,000	,000	,000	,000	,000	1		
Nevrotiklik (8)	r	,068	-,077	,055	,224**	,255**	,091	,359**		
	p	,177	,124	,270	,000	,000	,068	,000	1	
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği (9)	r	,431**	,487**	,505**	,282**	,234**	,328**	,204**	-,039	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,437	1
**p<0,001 anlamlılık düzeyinde, *r 0,05 anlamlılık düzeyinde										

Değişkenlerin arasındaki ilişkilerin analizi için Pearson Korelasyon değerleri hesaplanmış, kullandığımız Pearson Korelasyonu verilerine göre ise yapılan çalışma %95 anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Katsayının anlamlılık testinde kullanılacak p değeri de 1,00 olarak elde edilmiştir. Bu p değeri korelasyon katsayısının anlamlı olduğunu yani sıfırdan farklı olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7'de kullanılan değişkenlere ait korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış değişkeni ile derinlemesine davranış ve samimi davranış değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,556$, $p<0,001$; $r=0,430$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve çok düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,196$, $p<0,001$). Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış ile kişilik özelliklerinin sorumluluk ve deneyime açıklık alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,204$, $p<0,001$; $r=0,265$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış değişkeni ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,431$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile yine duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,430$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,274$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve çok düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,186$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,371$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve çok düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,187$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,487$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış

değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,317, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,254, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,277, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,226, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,505, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile sorumluluk arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,283, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile deneyime açıklık arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,300, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,287, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile nevrotiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,224, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir (r=0,282, p<0,001).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ile deneyime açıklık arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,297$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ile geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,320$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ile nevrotiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,255$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,234$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık ile geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,274$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,328$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ile nevrotiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,359$, $p<0,001$).

Tablo 4.7 incelendiğinde kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir ($r=0,204$, $p<0,001$).

4.6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ ETKİ ANALİZLERİ

Yapılan analiz sonucuna göre yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, orta seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,431, R^2=,184, p<0,001). Bu sonuca göre yüzeysel davranış toplam varyansın %18,4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=90,920, p<0,001).

Tablo 4.8: Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,399	,181		13,230	,000
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000
N= 401, R= ,431, R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001					

Tablo 4.9: Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,034	,188		10,822	,000
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000
N= 401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, orta seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,487, R^2=,236, p<0,001). Bu sonuca göre derinlemesine davranış toplam varyansın %23,6'sını açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=124,271, p<0,001).

Tablo 4.10: Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,283	,158		14,432	,000
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000
N= 401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, orta seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,505, R^2=,253, p<0,001). Bu sonuca göre derinlemesine davranış toplam varyansın %25,3'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=136,393, p<0,001).

Tablo 4.11: Kişilik özelliklerinden dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,862	,215		13,307	,000
Dışadönüklük	,373	,064	,282	5,867	,000
N= 401, R= ,282, R^2= ,079, Düzel. R^2 =,077, F=34,425, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre dışadönüklük ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,282, R^2=,077, p<0,001). Bu sonuca göre dışadönüklük toplam varyansın %8'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=5,867, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=34,425, p<0,001).

Tablo 4.12: Kişilik özelliklerinden sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,971	,239		12,409	,000
Sorumluluk	,331	,069	,234	4,804	,000
N= 401, R= ,234, R^2= ,055, Düzel. R^2 =,052, F=23,076, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre sorumluluk ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,234, R^2=,052, p<0,001). Bu sonuca göre sorumluluk toplam varyansın %5'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=4,804, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=23,076, p<0,001).

Tablo 4.13: Kişilik özelliklerinden deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	2,840	,185		15,349	,000
Deneyime Açıklık	,351	,050	,328	6,946	,000
N= 401, R= ,328, R^2= ,108, Düzel. R^2 =,106, F=48,247, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre deneyime açıklık ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,328, R^2=,106, p<0,001). Bu sonuca göre deneyime açıklık toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=6,946, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=48,247, p<0,001).

Tablo 4.14: Kişilik özelliklerinden geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	3,126	,240		13,047	,000
Geçimlilik	,294	,071	,204	4,155	,000
N= 401, R= ,204, R^2= ,041, Düzel. R^2 =,039, F=17,262, p<0,001					

Yapılan analiz sonucuna göre geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,204, R^2=,039, p<0,001). Bu sonuca göre geçimlilik toplam varyansın %4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=4,155, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=17,262, p<0,001).

Tablo 4.15: Kişilik özelliklerinden nevrotikliğin hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişkeni için etki analizi tablosu

Değişken	B	Standart hata	Beta	t	p
Sabit	4,265	,192		22,232	,000
Nevrotiklik	-,048	,061	-,039	-,779	,437
N= 401, R= ,039, R^2= ,002, Düzel. R^2 =-,001, F=0,606, p>0,05					

Yapılan analiz sonucuna göre nevrotiklik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (R=,039, R^2=-,001, p>0,05). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde nevrotikliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilemediği söylenebilir (t=-,779, p>0,05).

Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide dışadönüklüğün düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde yüzeysel davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve dışadönüklük

düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.16). Yüzeysel davranış ve dışadönüklük modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.16: Dışadönüklüğün yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,399	,181		13,230	,000		
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000		
Sabit	1,646	,242		6,801	,000		
Yüzeysel Davranış	,395	,046	,391	4,562	,000	,961	1,040
Dışadönüklük	,272	,060	,205	8,683	,000	,961	1,040
Sabit	4,123	,021		200,910	,000		
Yüzeysel Davranış	,183	,021	,396	8,823	,000	,958	1,044
Dışadönüklük	,100	,021	,217	4,799	,000	,946	1,057
Moderatör	-,031	,016	-,090	-2,018	,044	,976	1,024
1.Aşama: N=401, R= ,431 R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,475, R^2= 226, Düzel. R^2 =,222, F=58,121, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,484, R^2=,234, Düzel. R^2 =,228, F=40,404, p<0,001 Durbin-Watson=1,983							

Tablo 4.16 incelendiğinde yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,431, R^2=,184). Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %18'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan yüzeysel davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=90,920, p<0,001). Bu sonuçlara göre yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre dışadönüklük ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, düşük düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,282, R^2=,077). Dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğinin %8'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan dışadönüklüğün bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir

şekilde etkilediği söylenebilir (t=5,867, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=34,425, p<0,001). Bu sonuçlara göre dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.16 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre dışadönüklüğün düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda dışadönüklüğün, yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,031, β =-,090, p<,05).

Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide sorumluluğun düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde yüzeysel davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve sorumluluk düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.17). Yüzeysel davranış ve sorumluluğun modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.17: Sorumluluğun yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,399	,181		13,230	,000		
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000		
Sabit	1,178	,258		6,883	,000		
Yüzeysel Davranış	,405	,046	,400	8,770	,000	,958	1,044
Sorumluluk	,215	,064	,152	3,339	,001	,958	1,044
Sabit	4,124	,021		199,456	,000		
Yüzeysel Davranış	,181	,021	,392	8,632	,000	,954	1,049
Sorumluluk	,071	,021	,153	3,386	,000	,958	1,044
Moderatör	-,035	,014	-,110	-2,481	,014	,995	1,005
1.Aşama: N=401, R= ,431 R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,456, R^2= 208, Düzel. R^2 =,204, F=52,190, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,469, R^2=,220, Düzel. R^2 =,214, F=37,295, p<0,001 Durbin-Watson=2,010							

Tablo 4.17 incelendiğinde yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,431, R^2=,184). Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %18'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan yüzeysel davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=90,920, p<0,001). Bu sonuçlara göre yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre sorumluluk ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, düşük düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,234, R^2=,052). Sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğinin %5'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan sorumluluğun bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=4,804, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=23,076, p<0,001). Bu sonuçlara göre sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.17 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre sorumluluğun düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda sorumluluğun, yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,035, β =-,110, p<,05).

Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide sorumluluğun düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde yüzeysel davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve deneyime açıklık düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.18). Yüzeysel davranış ve deneyime açıklık modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.18: Deneyime açıklığın yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,399	,181		13,230	,000		
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000		
Sabit	1,147	,218		8,017	,000		
Yüzeysel Davranış	,374	,046	,370	8,129	,000	,930	1,076
Deneyime Açıklık	,246	,049	,230	5,066	,000	,930	1,076
Sabit	4,127	,021		200,298	,000		
Yüzeysel Davranış	,166	,021	,358	7,890	,000	,920	1,087
Deneyime Açıklık	,113	,021	,245	5,372	,000	,914	1,094
Moderatör	-,041	,017	-,108	-2,457	,014	,979	1,022
1.Aşama: N=401, R= ,431 R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,485, R^2= 235, Düzel. R^2 =,231, F=61,101, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,469, R^2=,246, Düzel. R^2 =,241, F=43,262, p<0,001 Durbin-Watson=1,941							

Tablo 4.18 incelendiğinde yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,431, R^2=,184). Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %18'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan yüzeysel davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=90,920, p<0,001). Bu sonuçlara göre yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre deneyime açıklık ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,328, R^2=,106). Deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %11'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan deneyime açıklığın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=6,946, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=48,247, p<0,001). Bu sonuçlara göre deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.18 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre deneyime açıklığın düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda deneyime açıklığın, yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,041, β =-,108, p<,05).

Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide geçimliliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde yüzeysel davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve geçimlilik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.19). Yüzeysel davranış ve geçimlilik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.19: Geçimliliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,399	,181		13,230	,000		
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000		
Sabit	1,399	,278		5,028	,000		
Yüzeysel Davranış	,437	,045	,431	9,793	,000	1,000	1,000
Geçimlilik	,296	,064	,205	4,652	,000	1,000	1,000
Sabit	4,116	,020		203,985	,000		
Yüzeysel Davranış	,197	,020	,426	9,751	,000	,998	1,002
Geçimlilik	,096	,020	,207	4,731	,000	1,000	1,000
Moderatör	-,050	,018	-,122	-2,788	,006	,998	1,002
1.Aşama: N=401, R= ,431 R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,477, R^2= 228, Düzel. R^2 =,224, F=58,634, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,492, R^2=,242, Düzel. R^2 =,237, F=42,346, p<0,001 Durbin-Watson=1,976							

Tablo 4.19 incelendiğinde yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,431, R^2=,184). Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %18'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan yüzeysel davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=90,920, p<0,001). Bu sonuçlara göre yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,204, R^2=,039). Geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğinin %4'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan geçimliliğin bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=4,155, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=17,262, p<0,001). Bu sonuçlara göre geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.19 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre geçimliliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda geçimliliğin, yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,050, β =-,122, p<,05).

Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide nevrotikliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde yüzeysel davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve nevrotiklik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.20). Yüzeysel davranış ve nevrotiklik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.20: Nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,399	,181		13,230	,000		
Yüzeysel Davranış	,436	,046	,431	9,535	,000		
Sabit	2,439	,259		9,416	,000		
Yüzeysel Davranış	,435	,046	,430	9,487	,000	,995	1,005
Nevrotiklik	-,012	,056	-,010	-,218	,828	,995	1,005
Sabit	4,114	,021		197,615	,000		
Yüzeysel Davranış	,198	,021	,429	9,513	,000	,995	1,005
Nevrotiklik	,004	,021	,008	,184	,854	,964	1,037
Moderatör	-,038	,017	-,104	-2,263	,024	,968	1,033
1.Aşama: N=401, R= ,431 R^2= ,186, Düzel. R^2 =,184, F=90,920, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,431, R^2= 186, Düzel. R^2 =,182, F=45,375, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,443, R^2=,196, Düzel. R^2 =,190, F=32,271, p<0,001 Durbin-Watson=1,957							

Tablo 4.20 incelendiğinde yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,431, R^2=,184). Yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %18'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan yüzeysel davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=9,535, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=90,920, p<0,001). Bu sonuçlara göre yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre nevrotiklik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (R=,039, R^2=-,001). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan nevrotikliğin bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilemediği söylenebilir (t=-,779, p<0,05).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.20 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre nevrotikliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda nevrotikliğin, yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,038, β =-,104, p<,05).

Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide dışadönüklüğün düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde derinelmesine davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve dışadönüklük düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.21). Derinlemesine davranış ve dışadönüklük modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.21: Dışadönüklüğün derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,034	,188		10,822	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000		
Sabit	1,509	,236		6,380	,000		
Derinlemesine Davranış	,470	,048	,443	9,896	,000	,925	1,081
Dışadönüklük	,212	,059	,160	3,574	,000	,925	1,081
Sabit	4,123	,021		202,110	,000		
Derinlemesine Davranış	,202	,021	,438	9,743	,000	,918	1,090
Dışadönüklük	,078	,021	,168	3,727	,000	,912	1,097
Moderatör	-,025	,017	-,064	-1,464	,144	,983	1,018
1.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,411, R^2= 261, Düzel. R^2 =,257, F=70,354, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,515, R^2=,265, Düzel. R^2 =,260, F=45,752, p<0,001 Durbin-Watson=2,019							

Tablo 4.21 incelendiğinde derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,487, R^2=,236). Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %24'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan derinlemesine davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=124,271, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre dışadönüklük ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,282, R^2=,077). Dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğinin %8'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan dışadönüklüğün bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=5,867, p<,001).

Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=34,425, p<0,001). Bu sonuçlara göre dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.21 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre dışadönüklüğün düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda dışadönüklüğün, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,025, β =-,064).

Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide sorumluluğun düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde derinlemesine davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve sorumluluk düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.22). Derinlemesine davranış ve sorumluluk modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.22: Sorumluluğun derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,034	,188		10,822	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000		
Sabit	1,425	,259		5,511	,000		
Derinlemesine Davranış	,488	,047	,460	10,467	,000	,965	1,036
Sorumluluk	,210	,062	,148	3,376	,001	,965	1,036
Sabit	4,122	,020		205,098	,000		
Derinlemesine Davranış	,211	,020	,456	10,393	,000	,963	1,038
Sorumluluk	,067	,020	,145	3,315	,001	,964	1,037
Moderatör	-,028	,016	-,077	-1,794	,074	,995	1,005
1.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,509, R^2= 259, Düzel. R^2 =,255, F=69,455, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,514, R^2=,265, Düzel. R^2 =,259, F=47,635, p<0,001 Durbin-Watson=2,030							

Tablo 4.22 incelendiğinde derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,487, R^2=,236). Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %24'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan derinlemesine davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=124,271, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre sorumluluk ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,234, R^2=,052). Sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğinin %5'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan sorumluluğun bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=4,804, p<,001).

Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=23,076, p<0,001). Bu sonuçlara göre sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.22 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre sorumluluğun düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda sorumluluğun, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,028, β =-,077).

Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide deneyime açıklığın düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde derinlemesine davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve deneyime açıklık düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.23). Derinlemesine davranış ve deneyime açıklık modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.23: Deneyime açıklığın derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,034	,188		10,822	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000		
Sabit	1,640	,214		7,682	,000		
Derinlemesine Davranış	,449	,049	,424	9,143	,000	,862	1,160
Deneyime Açıklık	,183	,049	,171	3,691	,000	,862	1,160
Sabit	4,118	,021		198,112	,000		
Derinlemesine Davranış	,196	,021	,424	9,122	,000	,861	1,161
Deneyime Açıklık	,079	,022	,172	3,690	,001	,856	1,168
Moderatör	-,003	,016	-,009	-,198	,843	,993	1,007
1.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,513, R^2= 263, Düzel. R^2 =,259, F=70,912, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,513, R^2=,263, Düzel. R^2 =,257, F=47,174, p<0,001 Durbin-Watson=1,990							

Tablo 4.23 incelendiğinde derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,487, R^2=,236). Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %24'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan derinlemesine davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=124,271, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre deneyime açıklık ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,328, R^2=,106). Deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %11'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan deneyime açıklığın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=6,946, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu

görülmektedir (F=48,247, p<0,001). Bu sonuçlara göre deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.23 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre deneyime açıklığın düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda deneyime açıklığın, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,003, β =-,009).

Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide geçimliliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde derinlemesine davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve geçimlilik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.24). Derinlemesine davranış ve geçimlilik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.24: Geçimliliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,034	,188		10,822	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000		
Sabit	1,560	,259		6,024	,000		
Derinlemesine Davranış	,497	,047	,466	10,538	,000	,965	1,036
Geçimlilik	,168	,064	,116	2,637	,009	,965	1,036
Sabit	4,125	,020		204,122	,000		
Derinlemesine Davranış	,214	,020	,462	10,527	,000	,964	1,037
Geçimlilik	,054	,020	,116	2,650	,008	,965	1,036
Moderatör	-,045	,018	-,106	-2,461	,014	,999	1,001
1.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,501, R^2= 251, Düzel. R^2 =,247, F=66,540, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,512, R^2=,262, Düzel. R^2 =,256, F=46,942, p<0,001 Durbin-Watson=2,025							

Tablo 4.24 incelendiğinde derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,487, R^2=,236). Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %24'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan derinlemesine davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=124,271, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,204, R^2=,039). Geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğinin %4'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan geçimliliğin bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=4,155, p<,001).

Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=17,262, p<0,001). Bu sonuçlara göre geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.24 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre geçimliliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda geçimliliğin, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,045, β =-,106, p<,05).

Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide nevrotikliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde derinlemesine davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve nevrotiklik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.25). Derinlemesine davranış ve nevrotiklik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.25: Nevrotikliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,034	,188		10,822	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,046	,487	11,148	,000		
Sabit	2,040	,261		7,800	,000		
Derinlemesine Davranış	,517	,047	,487	11,098	,000	,994	1,006
Nevrotiklik	-,002	,054	-,001	-,032	,974	,994	1,006
Sabit	4,113	,020		205,114	,000		
Derinlemesine Davranış	,238	,021	,515	11,603	,000	,952	1,050
Nevrotiklik	,010	,020	,022	,494	,621	,965	1,037
Moderatör	-,050	,016	-,137	-3,059	,002	,935	1,069
1.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= ,237, Düzel. R^2 =,236, F=124,271, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,487, R^2= 237, Düzel. R^2 =,234, F=61,981, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,505, R^2=,255, Düzel. R^2 =249, F=45,307, p<0,001 Durbin-Watson=1,989							

Tablo 4.25 incelendiğinde derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,487, R^2=,236). Derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %24'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan derinlemesine davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,148, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=124,271, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre nevrotiklik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (R=,039, R^2=-,001). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan nevrotikliğin bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilemediği söylenebilir (t=-,779, p<0,05).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada

Tablo 4.25 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre nevrotikliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda nevrotikliğin, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,050, β =-,137, p<,05).

Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide dışadönüklüğün düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde samimi davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve dışadönüklük düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.26). Samimi davranış ve dışadönüklük modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.26: Dışadönüklüğün samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,283	,158		14,432	,000		
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000		
Sabit	1,837	,216		8,497	,000		
Samimi Davranış	,411	,040	,462	10,235	,000	,899	1,112
Dışadönüklük	,179	,060	,135	3,000	,003	,899	1,112
Sabit	4,121	,020		201,314	,000		
Samimi Davranış	,211	,021	,457	10,052	,000	,886	1,129
Dışadönüklük	,065	,021	,140	3,076	,002	,886	1,128
Moderatör	-,014	,017	-,036	-,821	,412	,978	1,023
1.Aşama: N=401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,521, R^2=,271, Düzel. R^2 =,268, F=74,062, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,522, R^2=,272, Düzel. R^2 =267, F=49,559, p<0,001 Durbin-Watson=2,084							

Tablo 4.26 incelendiğinde samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,505, R^2=,253). Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %25,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan samimi davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=136,393, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yine analiz sonuçlarına göre dışadönüklük ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, düşük düzey ve anlamlı ilişki vardır (R=,282, R^2=,077). Dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğinin %8'ini açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan dışadönüklüğün bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=5,867, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=34,425, p<0,001). Bu sonuçlara göre dışadönüklüğün hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.26 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre dışadönüklüğün düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda dışadönüklüğün, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,014, β =-,036).

Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide sorumluluğun düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde samimi davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve sorumluluk düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.27). Samimi davranış ve sorumluluk modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (178,179).

Tablo 4.27: Sorumluluğun samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,283	,158		14,432	,000		
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000		
Sabit	1,834	,236		7,763	,000		
Samimi Davranış	,424	,040	,476	10,728	,000	,936	1,069
Sorumluluk	,160	,063	,113	2,547	,011	,936	1,069
Sabit	4,124	,020		205,416	,000		
Samimi Davranış	,216	,021	,467	10,524	,000	,927	1,079
Sorumluluk	,050	,020	,109	2,467	,014	,934	1,071
Moderatör	-,029	,014	-,088	-2,038	,042	,986	1,014
1.Aşama: N=401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,516, R^2=,267, Düzel. R^2 =,263, F=72,377, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,524, R^2=,274, Düzel. R^2 =269, F=50,018, p<0,001 Durbin-Watson=2,087							

Tablo 4.27 incelendiğinde samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,505, R^2=,253). Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %25,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan samimi davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=136,393, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonucuna göre sorumluluk ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,234, R^2=,052, p<0,001). Bu sonuca göre sorumluluk toplam varyansın %5'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde sorumluluğun hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=4,804, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=23,076, p<0,001).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.27 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre sorumluluğun düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda sorumluluğun, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,029, β =-,088, p<,05).

Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide deneyime açıklığın düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde samimi davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve deneyime açıklık düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.28). Samimi davranış ve deneyime açıklık modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.28: Deneyime açıklığın samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,283	,158		14,432	,000		
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000		
Sabit	1,694	,199		8,497	,000		
Samimi Davranış	,399	,039	,448	10,221	,000	,924	1,083
Deneyime Açıklık	,218	,047	,204	4,664	,000	,924	1,083
Sabit	4,128	,020		207,266	,000		
Samimi Davranış	,212	,020	,458	10,460	,000	,916	1,091
Deneyime Açıklık	,100	,020	,216	4,920	,000	,914	1,095
Moderatör	-,042	,017	-,103	-2,438	,015	,975	1,026
1.Aşama: N=401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,542, R^2=,293, Düzel. R^2 =,290, F=82,618, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,551, R^2=,304, Düzel. R^2 =299, F=57,744, p<0,001 Durbin-Watson=2,049							

Tablo 4.28 incelendiğinde samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,505, R^2=,253). Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %25,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan samimi davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=136,393, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonucuna göre deneyime açıklık ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,328, R^2=,106, p<0,001). Bu sonuca göre deneyime açıklık toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde deneyime açıklığın hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=6,946, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=48,247, p<0,001).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.28 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre deneyime açıklığın düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda deneyime açıklığın, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür (B=-,042, β =-,103, p<,05).

Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide geçimliliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde samimi davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve geçimlilik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.29). Samimi davranış ve geçimlilik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.29: Geçimliliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,283	,158		14,432	,000		
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000		
Sabit	1,903	,238		7,988	,000		
Samimi Davranış	,431	,039	,483	10,943	,000	,949	1,054
Geçimlilik	,136	,064	,094	2,132	,034	,949	1,054
Sabit	4,119	,020		203,177	,000		
Samimi Davranış	,221	,021	,479	10,645	,000	,912	1,096
Geçimlilik	,044	,020	,095	2,147	,032	,948	1,055
Moderatör	-,009	,017	-,023	-529	,597	,961	1,040
1.Aşama: N=401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,513, R^2=,263, Düzel. R^2 =,259, F=71,077, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,514, R^2=,264, Düzel. R^2 =258, F=47,392, p<0,001 Durbin-Watson=2,074							

Tablo 4.29 incelendiğinde samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,505, R^2=,253). Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %25,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan samimi davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=136,393, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonucuna göre geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=,204, R^2=,039, p<0,001). Bu sonuca göre geçimlilik toplam varyansın %4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde geçimliliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği söylenebilir (t=4,155, p<,001). Kurulan modelde anlamlı olarak bulunmuştur (F=17,262, p<0,001).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.29 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre geçimliliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda geçimliliğin, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,009, β =-,023).

Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisini ve bu etkide nevrotikliğin düzenleyici (moderatör) rolünü belirlemeye yönelik olan bu araştırmada, hipotezleri test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Hipotezlerin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde samimi davranış bağımsız değişken, hasta merkezli bakım yetkinliği bağımlı değişken ve nevrotiklik düzenleyici (moderatör) değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Tablo 4.30). Samimi davranış ve nevrotiklik modele dâhil edilirken merkezileştirilmiştir (189,190).

Tablo 4.30: Nevrotikliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etki sonuçları

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	p	tolerance	VIF
Sabit	2,283	,158		14,432	,000		
Samimi Davranış	,450	,039	,505	11,679	,000		
Sabit	2,525	,222		11,382	,000		
Samimi Davranış	,453	,039	,508	11,767	,000	,997	1,003
Nevrotiklik	-,082	,053	-,067	-1,552	,122	,997	1,003
Sabit	4,118	,020		206,755	,000		
Samimi Davranış	,236	,020	,510	11,816	,000	,997	1,003
Nevrotiklik	-,025	,020	-,055	-1,246	,213	,963	1,038
Moderatör	-,025	,017	-,067	-1,528	,127	,965	1,036
1.Aşama: N=401, R= ,505, R^2= ,255, Düzel. R^2 =,253, F=136,393, p<0,001 2.Aşama: N=401, R= ,509, R^2=,259, Düzel. R^2 =,256, F=69,641, p<0,001 3.Aşama: N=401, R= ,513, R^2=,264, Düzel. R^2 =258, F=47,362, p<0,001 Durbin-Watson=2,032							

Tablo 4.30 incelendiğinde samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif, orta düzey ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (R=,505, R^2=,253). Samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğinin %25,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde bağımsız değişken olan samimi davranışın bağımlı değişken olan hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği söylenebilir (t=11,679, p<,001). Kurulan modelinde anlamlı olduğu görülmektedir (F=136,393, p<0,001). Bu sonuçlara göre derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliğini artıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonucuna göre nevrotiklik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (R=,039, R^2=-,001, p>0,05). Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde nevrotikliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilemediği söylenebilir (t=-,779, p>0,05).

Düzenleyici (moderatör) değişken, bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (191). Son aşamada Tablo 4.30 hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre nevrotikliğin düzenleyici etkisi incelenmiştir. Analiz sonunda nevrotikliğin, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olmadığı görülmüştür (B=-,025, β =-,067).

5. TARTIŞMA

Duygusal emeğin alt boyutlarından olan yüzeysel davranış puanları sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan hemşirelerde yüzeysel davranış puanları; medeni durum, mesleği tercih etme, yaş, öğrenim durumu ve hizmet süresi açısından farklılık göstermektedir.

Evli olanların bekar olanlara göre yüzeysel davranış puanları daha yüksektir. Evlilerin bireysel duyguları dışında eşler ve aileleri ile olan iletişimlerinde de duygularını yönetme becerisinin bekarlara göre daha iyi olduğu düşünülmektedir. Evli kişilerin çatışmaları yönetmek adına hissettikleri şekilde davranmayarak yüzeysel davranış gösterebildikleri ve rol yapma ile kendilerinden beklenen şekilde davranabildikleri sıklıkla görülmektedir. Doğan ve Sığrı (2017); Önem (2018); Tezcan (2019); Budunoğlu (2019); Ceylan (2021); Akgöz vd. (2022); Öztürk (2022) yaptığı çalışmalarda hemşirelerde medeni durum açısından yüzeysel davranış puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih edenlerin, istemeyerek tercih edenlere göre yüzeysel davranış puanları daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelik mesleği kendi duyguları ile yansıyan hasta ve hasta yakını duygularını yönetmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle mesleği isteyerek tercih edenlerin, hemşirelik mesleğinin gerektirdiği bakımın sürekliliği gibi hallerde sıklıkla yüzeysel davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Çidem (2020) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek tercih edenlerin yüzeysel davranış puanlarını daha yüksek bulmuştur. Baksi ve Edeer (2020) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek tercih edenlerin yüzeysel davranış puanları yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Atasoy ve Duran (2019) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek tercih eden hemşirelerin yüzeysel davranış puanları düşük bulunmuştur. Mesleğini severek yapan hemşirelerin hasta ve yakınlarıyla olan iletişiminde daha az yüzeysel davranmaya başvurdukları görülmüştür. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek seçme açısından yüzeysel davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuç ise çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yaş gruplarına bakıldığında 46 yaş ve üzerinde olan katılımcıların, 35 yaş ve altındakilere göre yüzeysel davranış puanları daha yüksektir. Yaş olarak arttıkça, hayat ve mesleki tecrübelerin artışıyla duyguların yönetimi kolaylaşmaktadır. Bu sebeple daha ileri yaştakilerin yüzeysel davranış puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Demir vd. (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerde duygusal emek ve alt boyutları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark bulmuş, daha ileri yaştakilerin yüzeysel davranış puanları daha yüksek görülmüştür. Bu çalışma bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Doğan ve Sığrı (2017) yaptığı çalışmada 19-36 yaş grubundaki hemşirelerin 37 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek yüzeysel davranış puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada 26 yaş üzerindeki hemşirelerin daha fazla yüzeysel davranış gösterdiği görülmüştür. Yine yapılan diğer bazı araştırmalarda (Budunoğlu (2019); Şahin (2019)) yaşı daha küçük olup, işe yeni başlayan hemşirelerde yüzeysel davranış puanları daha yüksek görülmüştür. Önem (2018); Bilen (2018); Akgöz vd. (2022); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada yaş açısından yüzeysel davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Öğrenim durumu lisansüstü olanların lisans olanlara göre yüzeysel davranış puanları daha yüksektir. Lisansüstü eğitim almış hemşirelerin duygusal emek ile ilgili daha fazla literatür bilgisine sahip olmalarının mümkün olması sebebiyle, lisans eğitimi almış olanlara göre daha yüksek yüzeysel davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Yılmaz ve Durmaz (2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerde yüzeysel davranış ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuş, lisans mezunu hemşirelerin ön lisans ve lise mezunlarına göre yüzeysel davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Pan vd. (2019) yaptığı çalışmada eğitim durumu yüksek olanların duygusal emek davranışı puanlarının da yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Tezcan (2019) yaptığı çalışmada, yüksek lisans eğitimi almış hemşirelerin yüzeysel davranışlarının lisans mezunlarına göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bilen (2018); Budunoğlu (2019); Ceylan (2021); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi açısından yüzeysel davranış puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. Akademik eğitim almış hemşirelerin mesleki olarak alandan çekilerek, akademik kadrolara yönelmesinin bu sonuçların sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda meslekteki hizmet süresi 26 yıl ve üstü olanların 10 yıl ve altındakilere göre yüzeysel davranış puanları daha yüksektir. Hizmet süresi 21-25 yıl olanların 5 yıl ve altı olanlara göre yüzeysel davranış puanları daha yüksektir. Hemşirelik mesleğinde hizmet süresi arttıkça yüzeysel davranış puanları yükselmektedir. Hemşirelerin yaş ve meslekte geçirdikleri süre itibari ile daha fazla tecrübe kazandıkları düşünülürse yüzeysel davranış göstermelerinin kişisel savunma mekanizması olarak geliştiği ve kullanımının arttığı örülmektedir. Önem (2018) yaptığı çalışmada hizmet süresi daha fazla olan hemşirelerin yüzeysel davranış puanları daha yüksek olarak görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Meslekteki hizmet süresi arttıkça hemşirelerin yaşamadıkları duyguları yüzeysel davranış ile rol yapmayı kullanarak, gerçekte hissetmedikleri duyguları hissediyor gibi davranabildikleri düşünülmektedir. Doğan ve Sığrı (2017) yaptığı çalışmada 1-5 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin yüzeysel davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada meslekteki hizmet süresi 6 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin daha fazla yüzeysel davranış puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bilen (2018); Ceylan (2021); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada hizmet süresi açısından yüzeysel davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre yüzeysel davranış puanları cinsiyet açısından farklılık göstermemektedir. Doğan ve Sığrı (2017); Önem (2018); Demir vd. (2021); Ceylan (2021) yaptığı çalışmada cinsiyet açısından duygusal emek ve alt boyutları puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bilen (2018); Çidem (2020) yapılan çalışmalarda erkek hemşirelerin yüzeysel davranış düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Tezcan (2019) yaptığı çalışmada çocuk klinikleri dışında görev yapan kadın hemşirelerin yüzeysel davranış puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış puanları sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre derinlemesine davranış puanları; cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu, mesleği tercih etme durumu ve hizmet süresi açısından farklılık göstermektedir.

Analiz sonuçlarına göre kadınların derinlemesine davranış puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Akın vd. (2014) öğretmenler ile yaptıkları çalışmada kadın öğretmenlerin derinlemesine davranış puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Tezcan (2019) yaptığı çalışmada çocuk kliniklerinde çalışan erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada erkek hemşirelerin derinlemesine davranış puanlarını daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilen (2018); Önem (2018); Güler ve Marşap (2019); Ceylan (2021) yaptığı çalışmalarda cinsiyet açısından derinlemesine davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Çalışmamızda kadınların daha fazla derinlemesine davranış göstermesinin, empati ve duygusal çaba gerektiren hemşirelik mesleğinde hala kadın çalışanların çoğunlukta bulunması sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda evlilerin derinlemesine davranış puanları bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli hemşirelerin bireysellikten uzaklaşmaları sebebiyle kendileri dışındaki bireylerin duygularını yansıtarak benimsedikleri ve derinlemesine davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Öztürk (2022) yaptığı çalışmasında evlilerin derinlemesine davranış puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Önem (2018); Tezcan (2019); Budunoğlu (2019); Ceylan (2021); Akgöz vd. (2022) çalışmasında medeni durum değişkeni ile derinlemesine davranış arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Mesleği isteyerek tercih edenlerin istemeyerek tercih edenlere göre derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çidem (2020) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek tercih edenlerin derinlemesine davranış puanlarını daha yüksek bulmuştur. Öz ve Baykal (2018), Baksi ve Edeer (2020) yaptığı çalışmada, mesleği isteyerek tercih edenlerin daha çok derinlemesine davranış gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek seçme açısından derinlemesine davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuç çalışmamızla farklılık göstermektedir. Yaş açısından ise, 46 yaş ve üzerindekilerin 35 yaş ve altındakilere göre derinlemesine davranış puanları daha yüksek görülmüştür. Demir vd. (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerde yaş arttıkça derinlemesine davranış puanlarının da arttığı

görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Önem (2018); Bilen (2018); Akgöz vd. (2022); Öztürk (2022) yaş açısından derinlemesine davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlara göre çalışmamızda yaşı daha fazla olan katılımcılarda derinlemesine davranış puanlarının yüksek olmasının sebebi, bu yaş grubundaki hemşirelerin aktif çalışma hayatından çekilmiş ya da daha sakin olarak nitelendirilebilecek alanlarda görev yapıyor olmaları olarak düşünülmektedir. Ayrıca ileri yaş ile ortaya çıkan hastalıklar sebebiyle hemşirelerin kendilerini hastaların yerine daha kolaylıkla koyarak empati yapabildikleri, bu sebeple de hastalarının duygularını içselleştirerek derinlemesine davranış gösterdikleri düşünülmektedir.

Lisansüstü öğrenim durumu olanların lisans olanlara göre derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilen (2018) yaptığı çalışmada lisans ve lisansüstü öğrenim durumu olan hemşirelerin lise mezunu hemşirelere göre derinlemesine davranış puanları daha yüksek görülmüştür. Demir vd. (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerde öğrenim durumu arttıkça derinlemesine davranış puanlarının da arttığı görülmüştür Öğrenim durumu arttıkça duygusal emek ile ilgili bilginin artmış olması ve yine öğrenim durumu arttıkça hasta bakımında aktif rol almayan akademik ve idari kadrolarda görev yapan hemşirelerin olması bu sonuçların sebebi olarak düşünülmektedir. Ceylan (2021); Öztürk (2022) yaptıkları çalışmalarda lise mezunlarının lisans ve lisansüstüne göre derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğan ve Sığrı (2017) yaptığı çalışmada lise mezunu hemşirelerin derinlemesine davranış puanlarının en yüksek, lisansüstü mezunu hemşirelerin ise en düşük olduğu görüşmüştür. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada öğrenim durumu açısından derinlemesine davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Hizmet süresi 26 yıl ve üstü olanların, 10 yıl ve altındakilere göre derinlemesine davranış puanları daha yüksek görülmüştür. 21-25 yıl hizmet süresi olanların 10 yıl ve altındakilere göre derinlemesine davranış puanları daha yüksek bulunmuştur. Bilen (2018); Ceylan (2021); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada hizmet süresi açısından derinlemesine davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Önem (2018) yaptığı çalışmada hizmet süresi daha fazla olan hemşirelerin derinlemesine davranış puanları daha yüksek olarak görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hizmet süresi arttıkça hemşirelerin hastaların duygularına karşı daha hassas oldukları, kendi gerçek duygularıymış gibi derinlemesine davranış gösterdikleri düşünülmektedir.

Duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış puanları sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre samimi davranış puanları; cinsiyet, mesleği tercih etme, hizmet süresi açısından farklılık göstermektedir.

Kadınların samimi davranış puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcıların ve hemşirelik mesleğinin halen kadın çoğunlukta olması sebebiyle bu farklılığın olduğu düşünülmektedir. Bilen (2018); Önem (2018); Ceylan (2021) yaptığı çalışmada cinsiyet açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Mesleği isteyerek tercih edenlerin samimi davranış puanları istemeyerek tercih edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çidem (2020) yaptığı çalışmada mesleği isteyerek tercih etmenin hemşirelerde samimi davranış puanlarının arttığı görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Budunoğlu (2019) yaptığı çalışmada ise mesleği isteyerek seçme açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Hizmet süresi 21-25 yıl olanların; 16-20 yıl, 11-15 yıl, 5 yıl ve altında olanlara göre samimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilen (2018); Ceylan (2021); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada hizmet süresi açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Önem (2018) yaptığı çalışmada hizmet süresi daha fazla olan hemşirelerin samimi davranış puanları daha yüksek olarak görülmüştür. Hemşirelerin hizmet süresi arttıkça hastalarla yaşadıkları iletişim deneyimleri ve gelişen iletişim sorunlarını çözme becerileri sebebiyle daha çok samimi davranış gösterdikleri düşünülmektedir.

Araştırmamız sonuçlarına göre; medeni durum, yaş ve öğrenim durumu açısından samimi davranış puanları farklılık göstermemektedir. Budunoğlu (2019); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada öğrenim durumu açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Önem (2018); Budunoğlu (2019); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada medeni durum açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Tezcan (2019); Akgöz vd. (2022) yaptığı çalışmada medeni durum açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Önem (2018); Bilen (2018); Akgöz vd. (2022); Öztürk (2022) yaptığı çalışmada yaş açısından samimi davranış puanlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar

çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bilen (2018); Ceylan (2021) yaptığı çalışmada lisansütü ve lisans mezunlarının samimi davranış puanları lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine Akgöz vd. (2022) yaptığı çalışmada lisansüstü hemşirelerin daha fazla samimi davranış gösterdiği görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre dışadönüklük puanları; mesleği tercih etme ve öğrenim durumu açısından farklılık göstermektedir. Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden katılımcıların daha dışadönük olduğu görülmüştür. Hemşirelik mesleği gibi iletişim ve aktif öğrenmenin devam ettiği dinamik bir meslekte mesleği isteyerek ve severek yapanların dışadönük olması öngörülebilen bir sonuçtur. Öğrenim durumu açısından incelendiğinde ise; ön lisans, lisans öğrenim durumuna sahip katılımcıların yüksek lisans olanlara göre daha yüksek dışadönüklük puanı aldığı görülmüştür. Lisansüstü eğitim yapan kişiler akademik çalışmalarla yoğun ilgi ve üretim halinde olmaları sebebiyle kişiler arası ilişkilerde daha az dışadönük olabildikleri düşünülmektedir. Arslan (2018) çalışmasında öğrenim durumu ile dışadönüklük arasında anlamlı fark görülmüş olup, öğrenim durumu yüksek olanların daha dışadönük olduğu görülmüştür. Sezgin (2019), Sönmez (2022), ve Başaran (2022) çalışmalarında öğrenim durumu açısından dışadönüklük puanlarında anlamlı fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre dışadönüklük puanları; cinsiyet, medeni durum, yaş ve hizmet süresi açısından farklılık göstermemektedir. Menteşe (2017), Yılmaz (2019) ve Sönmez (2022) çalışmalarında cinsiyet değişkeni açısından dışadönüklük puanlarında anlamlı fark görülmemiştir. Sezgin (2019), Sönmez (2022) çalışmalarında dışadönüklük puanlarında hizmet süresi açısından anlamlı fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ada (2021), tarafından yapılmış olan araştırma sonuçlarına göre yaş açısından dışadönüklük alt boyut kişilik özelliği arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Başaran (2022) çalışmasında, yaş ve cinsiyet açısından dışadönüklük puanlarında anlamlı farklılık görülmüş olup, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin dışadönüklük puanlarının daha yüksek olduğu ve kadınların erkeklere göre daha yüksek dışadönüklük puanları aldığı görülmüştür. Yılmaz (2023) öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmasında yaş arttıkça dışadönüklük puanlarınında arttığı

görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında medeni durum değişkeni açısından dışadönüklük puanlarında anlamlı fark görülmüş olup, bekarların evlilere göre daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Ada (2021) çalışmasında ise dışadönüklük puanları medeni durum açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmuş olup, evlilerin bekarlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında meslekte hizmet süresi ile dışadönüklük alt boyutu arasında anlamlı farklılık görülmüş olup, 5 yıl ve altı hizmet süresi olanların 11-15 yıl olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre sorumluluk puanları sosyo-demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Menteşe (2017) ve Sönmez (2022) çalışmalarında cinsiyet değişkeni açısından sorumluluk puanlarında anlamlı fark görülmemiştir. Sezgin (2019); Sönmez (2022); Başaran (2022) çalışmalarında sorumluluk puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hemşirelik mesleğinin mesleki açıdan doğasında sorumluluk yükümlülüğü olması sebebiyle katılımcıların sosyo-demografik özellikleri açısından ayırıcı bir farklılık bulunmadığı düşünülmektedir. Arslan (2018); Yılmaz (2019); Aytekin (2019); Başaran (2022) çalışmalarında sorumluluk puanlarının cinsiyet açısından anlamlı bir fark olduğu, kadınların erkeklere göre daha fazla puan aldığı görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında, yaş açısından sorumluluk puanlarında anlamlı farklılık görülmüş olup, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin 31-35 yaşa göre daha yüksek sorumluluk puanları aldıkları görülmüştür. Terlemez (2019)'in çalışmasında yaş ile sorumluluk kişilik alt boyut özelliği arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Arslan (2018) çalışmasında 25 yaş ve altındakilerin büyük yaş gruplarına göre daha az sorumluluk özelliğine sahip olduğu görülmüştür. Aytekin (2019) çalışmasında 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların daha yüksek sorumluluk puanı aldıkları görülmüştür. Başaran (2022); Sönmez (2022) çalışmalarında sorumluluk puanlarının medeni durum açısından anlamlı fark bulunmuş olup, bekarların evlilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Aytekin (2019); Ada (2021) çalışmalarında sorumluluk puanlarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı farklılık görülmüş olup, evlilerin bekarlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Arslan (2018) çalışmasında sorumluluk puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı

farklılık gösterdiği, öğrenim durumu yüksek olanların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Sönmez (2022) çalışmasında hizmet süresi açısından 0-5 yıl arasında hizmet süresi olanların sorumluluk puanları daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Yılmaz (2023) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmasında mesleği isteyerek tercih edenlerin daha yüksek sorumluluk puanları aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre deneyime açıklık puanları; cinsiyet, medeni durum, mesleği tercih etme, yaş ve hizmet süresi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Sönmez (2022) çalışmasında deneyime açıklık puanlarının yaş, medeni durum değişkeni açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Heydari (2016); Menteşe (2017); Sönmez (2022); Başaran (2022) çalışmalarında cinsiyet değişkeni açısından deneyime açıklık puanlarında anlamlı fark görülmemiştir. Başaran (2022) çalışmasında hizmet süresi açısından deneyime açıklık puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yılmaz (2019) çalışmasında deneyime açıklık puanları cinsiyet açısından incelendiğinde kadınların deneyime açıklık puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Arslan (2018), Deveci (2020) yaptıkları çalışmalarda deneyime açıklık puanlarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmuş olup, kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek deneyime açıklık puanları aldığı görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında deneyime açıklık puanlarında yaş açısından anlamlı farklılık görülmüş olup, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin 31 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında deneyime açıklık puanları medeni durum açısından anlamlı farklılık bulunmuş olup, bekarların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre deneyime açıklık puanları öğrenim durumu açısından anlamlı fark görülmüş; lisansüstü öğrenim durumu olan hemşirelerin lisans ve ön lisans olanlara göre daha yüksek, lisans öğrenim durumu olan hemşirelerin ise ön lisanslara göre deneyime açıklık puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Arslan (2018) yaptığı çalışmasında öğrenim durumu açısından deneyime açıklık puanlarında anlamlı farklılık görülmüş olup, öğrenim durumu arttıkça deneyime açıklık puanlarının yükseldiği görülmüştür. Kaleli (2019) çalışmasında yüksek lisans öğrenim durumuna

sahip olanların daha yüksek deneyime açıklık puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla kısmen benzerlik göstermektedir. Öğrenim durumu arttıkça kişilerde oluşan farkındalık düzeylerinin de artması sebebiyle gelişime ve yeni deneyimlere daha açık oldukları düşünülmektedir. Sezgin (2019); Başaran (2022); Sönmez (2022) çalışmalarında öğrenim durumu açısından deneyime açıklık puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Deveci (2020) çalışmasında ön lisans öğrenim durumu olan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek deneyime açıklık puanı aldığı görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre geçimlilik puanları; cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme açısından farklılık göstermemektedir. Menteşe (2017); Sönmez (2022) yapılan çalışmalarda cinsiyet açısından geçimlilik puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Başaran (2022); Sönmez (2022) çalışmasında geçimlilik puanlarının medeni durum açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sezgin (2019); Kaleli (2019); Aytekin (2019), Başaran (2022) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet açısından geçimlilik puanlarında anlamlı fark olduğu, kadınların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Çakıroğlu ve Seren (2019) yatıkları çalışmada kadınların geçimlilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aytekin (2019) çalışmasında geçimlilik puanlarının medeni durum açısından anlamlı farklılık görülmüş olup, evlilerin geçimlilik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre geçimlilik puanları yaş açısından anlamlı farklılık göstermekte olup, 31-35 yaş aralığında olan hemşirelerin, 25 yaş ve altı ile 46 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine geçimlilik puanları incelendiğinde 41-45 yaş aralığındaki hemşirelerin 46 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Arslan (2018) çalışmasında 25 yaş ve altındaki katılımcıların daha büyük yaştakilere göre geçimlilik puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Aytekin (2019) çalışmasında 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların diğer yaş gruplarındakilere göre daha yüksek geçimlilik puanları aldığı görülmüştür. Menteşe (2017); Sezgin (2019) çalışmalarında geçimlilik puanlarının yaş açısından anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yaş arttıkça geçimlilik kişilik özelliğinin arttığı görülürken, daha ileri yaşlardakilerde ise

azaldığı görülmektedir. Orta yaş gruplarındaki hemşirelerin sahada aktif olarak hasta bakımında görev almaları ile tecrübelerinin de genç yaştaki hemşirelere göre daha fazla olması sebebiyle geçimlilik kişilik özelliklerinin daha belirgin olduğunu söylemek mümkündür. Başaran (2022) çalışmasında geçimlilik puanlarının yaş açısından anlamlı farklılık gösterdiği, 25 yaş ve altındaki hemşirelerin 31-35 ve 41 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek geçimlilik puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Sönmez (2022) çalışmasında yaş değişkeni açısından geçimlilik kişilik özellikleri puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre geçimlilik puanları öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık göstermekte olup; lisans öğrenim durumu olan hemşirelerin lisansüstü ve ön lisans olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması, ön lisans mezunu olan hemşirelerin sahada sayıca az olmaları ve lisansüstü öğrenim durumuna sahip hemşirelerin akademik ve idari kadrolarda görev almaları sebebiyle bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir. Deveci (2020) çalışmasında öğrenim durumu ön lisans olan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek geçimlilik puanları aldığı görülmüştür. Arslan (2018) çalışmasında öğrenim durumu yükseldikçe geçimlilik puanlarının arttığı görülmüştür. Sezgin (2019); Başaran (2022); Sönmez (2022) çalışmalarında geçimlilik puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı farklılık gösterdiği; hizmet süresi 6-10 yıl ve 16-20 yıl olanların 26 yıl ve üzerinde olanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Başaran (2022); Sönmez (2022) çalışmasında geçimlilik puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Literatürde hemşirelerin geçimlilik kişilik özelliği puanı genel anlamda daha yüksek olarak görülmüş, bunun etkin ve kaliteli bakım verebilmek için farklı birçok meslek dalı ile uyum içinde çalışma gerekliliğinden kaynaklandığı için olduğu vurgulanmıştır.

Beş faktör kişilik özelliklerinin alt boyutlarından nevrotiklik puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre nevrotiklik puanları; cinsiyet ve mesleği tercih etme açısından farklılık göstermemektedir. Menteşe (2017); Bşaran (2022); Sönmez vd. (2022) yaptıkları

çalışmada cinsiyet değişkenlerine göre nevrotiklik puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yılmaz (2019); Ada (2021) çalışmalarında nevrotiklik puanlarının cinsiyet açısından anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuş olup, kadınların nevrotiklik puanları erkeklere göre daha yüksek görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre medeni durum değişkeni açısından nevrotiklik puanlarında anlamlı farklılık görülmüş olup, bekar katılımcıların evlilere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bekar katılımcıların daha bireysel alanlara sahip olmaları sebebiyle çalışma hayatlarında daha gergin olabildiği, duygusal dengesizlik yaşayabildikleri düşünülmektedir. Menteşe (2017); Başaran (2022); Sönmez (2022) yaptıkları çalışmalarda nevrotiklik alt boyutu puanlarında medeni durum değişkeni açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yaş açısından nevrotiklik kişilik özellikleri puanları incelendiğinde 26-30 yaş arasındaki hemşirelerin 46 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Yaş ilerledikçe nevrotiklik puanlarının azaldığı görülmüştür. Şeker Sır (2016) yaptığı çalışmada 23 yaş ve altındaki katılımcıların, 23 yaş ve üzerindekilere göre daha yüksek nevrotiklik puanları aldığı görülmüştür. Benzer şekilde Kaya (2017) tarafından yapılan çalışmada 23 yaş ve üzerinde olan öğrencilerin sahip olduğu nevrotiklik kişilik özellikleri puanlarının, 17-22 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aytekin (2019) yaptığı çalışmada 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların nevrotiklik puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Alan ve Baykal (2018) yönetici hemşireler ile yaptıkları çalışmada yaş açısından nevrotiklik kişilik özelliğinde anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Yurdakul (2019) yaptığı çalışmada yaş açısından nevrotiklik puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Hizmet süresi açısından nevrotiklik puanları incelendiğinde, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan hemşirelerin 26 yıl ve üzerindekilere göre; hizmet süresi 6-10 yıl olanların ise 21 yıl ve üzerindekilere göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Başaran (2022) çalışmasında nevrotiklik puanlarının hizmet süresi açısından anlamlı farklılık olduğu bulunmuş, 11-15 yıl çalışma süresi olan grubun ortalamasının 16 yıl ve üstü çalışma süresi olan grubun ortalamasından daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin meslekteki hizmet

süreleri arttıkça daha uyumlu iletişim becerileri geliştirmeleri, artan yaş ve tecrübeleri sayesinde duygusal dengelerini koruyabildikleri düşünülmektedir.

Öğrenim durumu açısından nevrotiklik puanları incelendiğinde lisans mezunu hemşirelerin lisansüstü hemşirelere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Lisansüstü öğrenim durumuna sahip hemşirelerin olumsuz duygularını yönetmekte bilgi ve tecrübeleri ile daha başarılı oldukları söylenebilir. Ayrıca bu hemşirelerin yine hasta bakımında aktif rol alınan birimlerde çalışmıyor olması sebebiyle bu farklılığın oluştuğu düşünülmektedir. Yapılan analiz sonuçlarına göre lise mezunu hemşirelerin diğer gruplara göre daha yüksek nevrotiklik puanı aldıkları görülmüştür. Öğrenim durumu arttıkça duygusal dengenin sağlandığı düşünülmektedir. Başaran (2022) çalışmasında nevrotiklik puanlarında öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Öğrenim durumu lise ve ön lisans olan katılımcıların; lisans ve lisansüstü katılımcılara göre daha yüksek nevrotiklik puanları aldığı görülmüştür. Sönmez (2022) çalışmasında kişilik özelliklerinin nevrotiklik alt boyutu puanlarının öğrenim durumu açısından farklılık gösterdiği, lise mezunu hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sezgin (2019) çalışmasında nevrotiklik puanlarının öğrenim durumu açısından anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Hasta merkezli bakım giderek artan bir şekilde kalite ve hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır. Araştırmamızda hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının sosyo-demografik açıdan farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların HMBY puanları; öğrenim durumu ve hizmet süresi açısından farklılık göstermektedir. Öğrenim durumu lisansüstü olan katılımcıların, öğrenim durumu ön lisans ve lisans olan katılımcılardan daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Erdoğan (2019); Seo (2022); Sançar vd. (2023) yaptıkları çalışmalarda lisansüstü öğrenim durumu olan hemşirelerin HMBY puanları daha yüksek görülmüştür. Hastaoğlu vd. (2023) çalışmasında öğrenim durumu yüksek olan hemşirelerin HMBY puanları daha yüksek görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Öğrenim durumu arttıkça hasta merkezli bakım ile ilgili literatür bilgisinin de artması sebebiyle bu farklılığın oluştuğu söylenebilir.

Hizmet süresi açısından incelendiğinde ise hizmet süresi 21 yıl ve üzerinde olan katılımcıların, 5 yıl ve altında olanlara göre daha yüksek HMBY puanı aldıkları

görülmüştür. Bakır ve Demir (2020) çalışmasında 10 yıl ve üzerinde hizmet süresi olanların HMBY puanları daha yüksek görülmüştür. Erdoğan (2019) yaptığı çalışmada hizmet süresi 21 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin HMBY puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Hizmet süresinin artması ile gelişime açık bir meslek olan hemşireliği aktif hasta bakımı ile ilgili alanlarda yapanların hasta merkezli bakım yetkinliği farkındalığının da arttığı düşünülmektedir. Diğer çalışmalarda çıkan farklılıkların farklı katılımcı popülasyonuna sahip olması ile, hemşirelerin meslekteki hizmet süresi arttıkça geri hizmet alanlarında görev almaları sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum ve mesleği tercih etme açısında hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Erdoğan (2019) yaptığı çalışmada HMBY'nin yaş, medeni durum açısından anlamlı bir fark olduğunu görülmüş; 25 yaş ve altındaki hemşirelerin HMBY puanları daha yüksek bulunmuştur. Seo (2022) çalışmasında 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerin HMBY puanları daha yüksek görülmüştür. Flinkman vd. (2016); Sançar vd. (2023) yaptıkları çalışmalarda 35 yaş ve altındaki hemşirelerin HMBY puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Erdoğan (2019) yaptığı çalışmada bekar olan hemşirelerin HMBY puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaoğlu vd. (2023) çalışmasında ise evli olan hemşirelerin HMBY puanları daha yüksek görülmüştür. Bakır ve Demir (2020) yaptıkları çalışmada mesleği isteyerek seçen ve seven hemşirelerin hasta merkezli bakım puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Hastaoğlu vd. (2023) sorumlu hemşireler ile yapılan çalışmasında hasta merkezli bakım ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, erkek hemşirelerin kadınlara göre HMBY puanları daha yüksek bulunmuştur. Sançar vd. (2023) çalışmasında kadınların HMBY puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Seo (2022) çalışmasında yaş, medeni durum değişkenleri açısından hasta merkezli bakım arasında anlamlı fark görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Günümüzde artarak yaygınlaşan ve hastalar tarafından talep edilir hale geldiği söylenebilen hasta merkezli bakımın hemşireler için de artan bir farkındalık için geliştiği düşünülmektedir.

Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve çok düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Yüzeysel davranış ile kişilik

özelliklerinin sorumluluk ve deneyime açıklık alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Dışadönük, sorumluluk sahibi ve deneyime açık hemşirelerin mesleği gereklilikleri itibari ile yüzeysel davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Araştırmamızda yüzeysel davranış ile nevrotiklik kişilik özelliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Beğenirbaş ve Yalçın (2012) öğretmenler ile yaptıkları çalışmalarında yüzeysel rol yapma ile nevrotiklik arasında pozitif ilişkinin olduğu, nevrotikliğin yüzeysel rol yapmayı yordadığı, diğer kişilik özellikleri ile yüzeysel rol yapma arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Basım vd. (2013) yine öğretmenler ile yaptıkları çalışmasında duygusal emeğin yüzeysel davranış alt boyutu ile nevrotiklik kişilik özelliği arasında anlamlı ilişki görülmüş olup, nevrotikliğin duygusal denge sağlanamadığı için olumsuz bir özellik olarak tanımlandığı, bu özelliğe sahip kişilerin duygularını dengelemekte zorlandığı için yüzeysel davranış biçimi gösterdikleri düşünülmüştür. Güler ve Marşap (2018) akademisyenler ile yaptığı çalışmasında dışadönüklük, nevrotiklik ve sorumluluğun ile yüzeysel davranış arasında negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu, bu kişilik özelliklerine sahip kişilerin daha az yüzeysel davranış gösterdiği görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir. Diefendorf vd. (2005) çalışmasında yüzeysel davranış ile nevrotiklik arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Keleş (2019) otel çalışanları ile yaptığı çalışmasında, özellikle sorumluluk ve geçimlilik özellikleri öne çıkan çalışanların, yüzeysel davranış ile duygusal çelişki davranışlarını daha az sergiledikleri; nevrotiklerin ise daha fazla duygusal çelişki yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, deneyime açıklık boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece; sorumluluk ve geçimlilik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve çok düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Basım vd. (2013) yine öğretmenler ile yaptıkları çalışmasında deneyime açıklık ile derinlemesine davranış arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Aslan ve Arı (2017) banka çalışanları ile yaptığı çalışmasında derinlemesine davranış boyutu ile deneyime açıklık kişilik özelliği arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Şenol ve Aktaş (2019) kabin ekipleri ile yaptıkları çalışmasında derinlemesine davranış ile geçimlilik arasında anlamlı ilişki görülmüştür.

Diefendorff vd. (2005) ve Austin vd. (2008) çalışmalarında derinlemesine davranış ile geçimlilik arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Güler ve Marşap (2018) akademisyenler ile yaptığı çalışmasında derinlemesine davranış ile dışadönüklük ve sorumluluk arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Beğenirbaş ve Yalçın (2012) yaptıkları çalışmasında derinlemesine davranış ile sorumluluk arasında anlamlı, pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Sorumluluk kişilik özelliğine sahip olan insanların iş başarısı ve performanslarını arttırmak açısından daha sık derinden rol yapmayı tercih ettiği literatürde görülmektedir (43, 231, 232). Keleş (2019) otel çalışanları ile yaptığı çalışmasında derinlemesine davranış ile çalışanlarda ortaya çıkan duygusal çabanın, sorumluluk, geçimlilik ve deneyime açıklık özellikleri yüksek olan bireyler tarafından daha fazla sergilenme eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre, duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık ve geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Basım vd. (2013) yine öğretmenler ile yaptıkları çalışmasında deneyime açıklık ve geçimlilik alt boyutları ile samimi davranış arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Yeni deneyimlere ve gelişime açık olan hemşirelerin samimi davranış göstermeye yatkın olduğu, yine geçimlilik kişilik özelliğine sahip olan hemşirelerin uyumlu kişilik özelliklerinden dolayı samimi davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Aslan ve Arı (2017) banka çalışanları ile yaptığı çalışmasında samimi davranış boyutu ile dışadönüklük, sorumluluk ve geçimlilik kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Şenol ve Aktaş (2019) kabin ekipleri ile yaptıkları çalışmasında duygusal emeğin samimi davranış boyutu ile geçimlilik ve deneyime açıklık arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Diefendorff vd. (2005) ve Austin vd. (2008) çalışmalarında samimi davranış ile geçimlilik arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Beğenirbaş ve Yalçın (2012) öğretmenler ile yaptığı çalışmasında nevrotiklik dışındaki diğer kişilik özellikleri ile samimi davranış arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, özellikle geçimlilik ve deneyime açıklığın samimi davranışı anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Geçimlilik kişilik özelliğine sahip kişilerin samimi davranış göstermelerini, kişiler arası iletişimde istek ve ihtiyaçlara cevap verebilmeleri ve kendilerinden beklenileni karşılayabilmeleri sebebiyle samimi davranış sergiledikleri düşünülmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük boyutu ile sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile HMBY arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Dışadönük hemşirelerin hasta bakımında hastayı merkeze almanın gerektirdiği şekilde davranmaya uyumlu oldukları görülmektedir. Dışadönüklük kişilik özelliğine sahip kişilerin insan iletişiminde daha iyi olmaları sebebiyle hasta merkezli bakım yetkinliği gösterebildikleri düşünülmektedir. HMBY'nin odağında hasta ve yakınları ile iletişimin devamlılığının olduğu düşünülünce, dışadönük kişilerin hasta merkezli bakım vermelerinin daha mümkün olduğu söylenebilir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk boyutu ile deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Sorumluluk ile HMBY arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Sorumluluk kişilik özelliğine sahip olan hemşirelerin mesleki sorumluluklarının bilincinde olması sebebiyle HMBY sahip olduğu söylenebilir. Sorumluluk kişilik özelliğine sahip bireylerin kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmekte başarılı oldukları bilinmektedir. Sorumluluk kişilik özelliğine sahip hemşirelerin yönetimin beklentileri ile hasta ve yakınlarının beklentilerini bakımın kalitesini arttırmak paydasında buluşturmak için HMBY gösterdikleri düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık ile geçimlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Deneyime açıklık ile HMBY arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Deneyime açıklık kişilik özelliğine sahip olan hemşirelerin yeni bilgi ve becerilere, gelişimlere açık olması sebebiyle hastanın fayda sağlaması sonucu olan HMBY'ne sahip oldukları düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonuçlarına göre kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ile nevrotiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif, doğrusal ve düşük derece bir ilişki elde edilmiştir. Geçimlilik

kişilik özelliğinin getirdiği uyum ve anlayışlı olma gibi özellikler sebebiyle bu özelliğe sahip hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliğine sahip oldukları düşünülmektedir.

Yapılan analiz sonucuna göre duygusal emeğin alt boyutları olan; yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında pozitif yönlü, orta seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Odağında insan olan hemşirelik mesleğinde hastaların merkeze alınarak bakım verilebilmesi amacıyla yapılan girişimlerde hemşirelerin duygusal emek gösterdikleri görülmektedir.

Yapılan analiz sonucuna göre nevrotiklik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Nevrotik bireylerin kendi duygularını dengelemekteki başarısızlıkları düşünüldüğünde, bu özelliğe sahip olan hemşirelerin de hasta ve yakınlarının istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamakta başarısız olmaları bu sonucu açıklamaktadır.

Dışadönüklüğün, yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Dışadönük insanların insan ilişkileri ve iletişimleri daha iyi olduğu için bu insanların yüzeysel davranış sergilemeleri konusunda daha yetenekli oldukları düşünülmektedir. Bu yüzden dışadönük insanların yüzeysel davranışları sergilemeleri daha kolay olduğu için hasta merkezli bakım yetkinliklerini etkilemesi için daha uygun ortam oluşturmaktadır.

Sorumluluğun, yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Sorumluluk kişilik özelliğine sahip insanların kendilerinden bekleneni yapmak konusunda başarılı oldukları bilinmektedir. Bu sebeple işin getirdiği sorumluluklar çerçevesinde yüzeysel davranış göstererek duygusal emek gösterdikleri söylenebilir. Sorumlu insanların gösterdikleri yüzeysel davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği için kendilerine verilen görevleri beklenilen şekilde yerine getirdikleri düşünülmektedir. İşlerinin gerektirdiği şekilde davranmaları sebebiyle sorumluluk kişilik özelliğine sahip kişiler içselleştirmeden yüzeysel davranış gösterebilmektedir.

Deneyime açıklığın, yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Deneyime açıklık kişilik özelliğine sahip insanların yeniliklere ve farklı deneyimlere karşı istekli oldukları, deneyimler ile elde edilebilecek faydaların farkındalığına sahip oldukları bilinmektedir. Bu sebeple deneyime açık kişiler yüzeysel davranış göstermekte daha başarılı oldukları ve hasta merkezli bakım yetkinliği gösterebilmek için gerekli ortamı kendilerine oluşturdukları düşünülmektedir.

Geçimliliğin, yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Geçimlilik kişilik özelliğine sahip kişilerin bulundukları ortamlara, kişilere ve yerine getirmeleri beklenen görevlerine uyum sağlamak amacıyla yüzeysel davranış sergileyebildikleri düşünülmektedir. Geçimli yani uyumlu olmak amacıyla yüzeysel davranış sergilemede daha başarılı olmaları sebebiyle, hasta merkezli bakım yetkinliğini gösterebilmek için gerekli kriterleri yerine getirmektedirler.

Kişilik özelliklerinden nevrotikliğin, yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Nevrotik kişilik özelliğine sahip hemşirelerin hasta merkezli bakım verebilmek için yüzeysel davranış gösterme eğilimi olduğu sonucuna varılmaktadır.

Geçimliliğin, derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Geçimlilik kişilik özelliğine sahip insanların bulundukları ortam ve şartlara uyum sağlayabilmeleri sebebiyle derinlemesine davranış gösterdikleri düşünülmektedir. Geçimlilik kişilik özelliğine sahip hemşirelerin hasta merkezli bakımda duygusal emek gösterdikleri, derinlemesine davranış ile hasta duygularını benimseyerek kendilerine ait duygularmış gibi davranış gösterdikleri görülmüştür. Geçimli hemşirelerin hasta ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda uyum sağlamak amacıyla kendilerinden istenilen şekilde davrandıkları düşünülmektedir.

Nevrotikliğin, derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Yine hemşirelerin nevrotiklik kişilik özelliklerine sahip olmaları ile kendilerinden beklenen mesleki gereklilikleri yerine getirirken, hastalarının yaşadıkları duyguları derinlemesine davranarak duygusal çaba göstererek hasta merkezli bakım verdikleri söylenebilir.

Sorumluluk ve deneyime açıklık kişilik özelliklerinin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Sorumlu ve deneyime açık kişilik özellikleri olan hemşirelerin kendilerinden beklenilen hizmeti verirken samimi davranış göstererek hasta merkezli bakım yetkinliğine sahip oldukları düşünülmektedir. Literatürde hemşirelerin duygusal emek davranışları ile ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yine kişilik özelliklerinin hemşirelik bakımını doğrudan etkileyen bir faktör olduğu düşünüldüğünde bu noktada da literatür bilgisi sınırlıdır.

Tablo 5.1: Hipotezlerin sonuçları

	Hipotezler	B	sig.	Sonuç
H_1	Duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.			
H_{1a}	Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,436	P<,001	Kabul
H_{1b}	Duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,517	P<,001	Kabul
H_{1c}	Duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,450	P<,001	Kabul
H_2	Kişilik özelliklerinin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.			
H_{2a}	Kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,373	P<,001	Kabul
H_{2b}	Kişilik özelliklerinin sorumluluk alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,331	P<,001	Kabul
H_{2c}	Kişilik özelliklerinin deneyime açıklık alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,351	P<,001	Kabul
H_{2d}	Kişilik özelliklerinin geçimlilik alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	,294	P<,001	Kabul
H_{2e}	Kişilik özelliklerinin nevrotiklik alt boyutunun hasta merkezli bakım yetkinliği üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.	-,048	P>,05	Red
H_3	Kişilik özelliklerinin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.			
H_{3a}	Dışadönüklüğün yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,031	P<,05	Kabul
H_{3b}	Sorumluluğun yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,035	P<,05	Kabul
H_{3c}	Deneyime açıklığın yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,041	P<,05	Kabul
H_{3d}	Geçimliliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,050	P<,05	Kabul

Tablo 5.1 (devam)

H_{3e}	Nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,038	P<,05	Kabul
H_4	Kişilik özelliklerinin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.			
H_{4a}	Dışadönüklüğün derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,025	p>,05	Red
H_{4b}	Sorumluluğun derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,028	p>,05	Red
H_{4c}	Deneyime açıklığın derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,003	p>,05	Red
H_{4d}	Geçimliliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,045	P<,05	Kabul
H_{4e}	Nevrotikliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,050	P<,05	Kabul
H_5	Kişilik özelliklerinin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.			
H_{5a}	Dışadönüklüğün samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,014	p>,05	Red
H_{5b}	Sorumluluğun samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,029	P<,05	Kabul
H_{5c}	Deneyime açıklığın samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,042	P<,05	Kabul
H_{5d}	Geçimliliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,009	p>,05	Red
H_{5e}	Nevrotikliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.	-,025	p>,05	Red

Yapılan analizler sonucunda duygusal emeğin alt boyutları olan yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı bir şekilde etkilediği görülmüş olup, H_1, H_{1a}, H_{1b}, H_{1c} hipotezleri kabul edilmiştir. Duygusal emek hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilemektedir.

Yapılan analizler sonucunda kişilik özelliklerinin alt boyutları olan dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık ve geçimlilik hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilediği görülmüş olup, H_2, H_{2a}, H_{2b}, H_{2c}, H_{2d} hipotezleri kabul edilmiştir. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından nevrotikliğin hasta merkezli bakım yetkinliğini üzerinde anlamlı etkisi olmadığı görülmüş olup, H_{2e} hipotezi reddedilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda kişilik özelliklerinin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır. Kişilik özelliklerinin beş alt boyutu olan dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü olduğu görülmüş olup, H_3, H_{3a}, H_{3b}, H_{3c}, H_{3d}, H_{3e} hipotezleri kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, sorumluluk ve deneyime açıklığın derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmadığı görülmüş olup, H_{4a}, H_{4b}, H_{4c} hipotezleri reddedilmiştir. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ve nevrotikliğin derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunduğu görülmüş olup, H_{4d}, H_{4e} hipotezleri kabul edilmiştir. Kişilik özelliklerinin tüm alt boyutlarında derinlemesine davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaması sebebi ile H_4 kısmen kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, geçimlilik ve nevrotikliğin samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmadığı görülmüş olup, H_{5a}, H_{5d}, H_{5e} hipotezleri reddedilmiştir. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ve deneyime açıklığın samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunduğu görülmüş olup, H_{5b}, H_{5c} hipotezleri kabul edilmiştir. Kişilik özelliklerinin tüm alt boyutlarında samimi davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaması sebebi ile H_5 kısmen kabul edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada katılımcı hemşirelerin sahip olduğu duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranışın ortalaması yüksek düzey bulunmuştur. Beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarından dışadönüklük, geçimlilik ve nevrotiklik ortalaması orta düzey, sorumluluk ve deneyime açıklık ortalaması yüksek düzey bulunmuştur. Hasta merkezli bakım yetkinliğinin ortalaması yüksek düzey bulunmuştur.

Araştırmamızda kadınların erkeklere göre daha fazla derinlemesine davranış ve samimi davranış gösterdiği görülmüştür. Medeni durumlarına göre ise evlilerin bekarlara göre yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış gösterdiği görülmüştür. Mesleği isteyerek tercih eden hemşirelerin duygusal emeğin tüm alt boyutlarında yüksek puan aldıkları görülmüştür. 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların duygusal emeğin alt boyutlarından olan yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanlarının 25 yaş ve altı, 26-30 yaş ve 31-35 yaş katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrenim durumu lisansüstü olanların lisans olanlara göre yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış puanları daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüzeysel ve derinlemesine davranış alt boyutları puanlarına göre hizmet süresi 26 yıl ve üstünde olan katılımcıların hizmet süresi 5 yıl ve altı ile 6-10 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. 21-25 yıl arasında hizmet süresi olan katılımcıların 5 yıl ve altı hizmet süresi olan katılımcılara göre daha fazla yüzeysel davranış gösterdiği görülmüştür. 21-25 yıl arası hizmet süresi olan katılımcıların 5 yıl ve altı ile 6-10 yıl arası hizmet süresi olan katılımcılara göre daha fazla derinlemesine davranış gösterdiği görülmüştür. Hizmet süresi 21-25 yıl olan katılımcıların, 5 yıl ve altı, 11-15 yıl, 16-20 yıl olan katılımcılara göre daha fazla samimi davranış gösterdiği görülmüştür.

Katılımcıların kişilik özellikleri incelendiğinde bekarların evlilere göre daha fazla nevrotiklik kişilik özelliğine sahip olduğu görülmüştür. Hemşirelik mesleğini isteyerek tercih edenlerin istemeyerek tercih edenlere göre daha fazla dışadönüklük kişilik özelliğine sahip olduğu görülmüştür. 31-35 yaş arası olan katılımcıların geçimlilik puanlarının 25 yaş ve altı ile 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek; 41-45 yaş arası katılımcıların geçimlilik puanlarının 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu; 26-30 yaş arası katılımcıların nevrotiklik puanlarının 46 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Öğrenim durumu açısından lisans ve ön lisans olanların lisansüstü olanlara göre daha dışadönük olduğu görülmüştür. Lisansüstü olanların lisans ve ön lisans olanlara göre, lisans olanların ön lisans olanlara göre daha deneyime açık oldukları görülmüştür. Öğrenim durumu lisans olanların ön lisans ve lisansüstü olanlara göre; lise mezunu hemşirelerin ise ön lisans, lisans ve lisansüstü olanlara göre daha geçimli oldukları görülmüştür. Lisans olanların lisansüstü olanlara göre daha nevrotik oldukları görülmüştür. Meslekteki hizmet süresine göre 6-10 yıl ve 16-20 yıl olanların 26 yıl ve üstünde olan katılımcılara göre daha geçimli olduğu görülmüştür. 5 yıl ve altında hizmet süresi olan katılımcıların, 26 yıl ve üstü hizmet süresi olan katılımcılara göre; 6-10 yıl arası hizmet süresi olan katılımcıların 21-25 yıl ve 26 yıl ve üstü hizmet süresi olan katılımcılara göre daha nevrotik olduğu görülmüştür.

Öğrenim durumu lisansüstü olan katılımcıların, öğrenim durumu ön lisans ve lisans olan katılımcılardan daha yüksek hasta merkezli bakım yetkinliği puanına sahip olduğu görülmüştür. Hasta merkezli bakım yetkinliğinin lisans eğitimi programlarında ele alınması önerilmektedir. Hizmet süresi 21-25 yıl olan katılımcıların 5 yıl ve altında olan katılımcılara göre daha yüksek hasta merkezli bakım yetkinliği puanları aldıkları görülmüştür. Hizmet süresi 26 yıl ve üstü olan katılımcıların, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan katılımcılara göre hasta merkezli bakım yetkinliği puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygusal emeğin alt boyutlarından yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış arasında anlamlı pozitif, doğrusal ve orta derece bir ilişki olduğu görülmüştür. Yüzeysel davranış ile kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutu arasında anlamlı ve çok düşük derece; sorumluluk ve deneyime açıklık alt boyutları arasında anlamlı düşük derece ilişki olduğu görülmüştür. Dışadönük, sorumluluk sahibi, deneyime açık hemşirelerin yüzeysel davranış gösterdikleri söylenebilir.

Duygusal emeğin alt boyutlarından derinlemesine davranış ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, deneyime açıklık arasında anlamlı düşük derece; sorumluluk ve geçimlilik arasında anlamlı çok düşük derece ilişki bulunmaktadır. Dışadönük, deneyime açık, sorumlu, geçimli hemşirelerin derinlemesine davranış gösterdiği söylenebilir.

Duygusal emeğin alt boyutlarından samimi davranış değişkeni ile kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik arasında düşük derece bir ilişki bulunmaktadır. Dışadönük, sorumlu, deneyime açık ve geçimli hemşirelerin samimi davranış gösterdiği söylenebilir. Kişilik özellikleri duygusal emeği etkilemektedir.

Duygusal emeğin alt boyutları olan yüzeysel davranış, derinlemesine davranış, samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı orta derece ilişki olduğu görülmüştür. Duygusal emek hasta merkezli bakım yetkinliğini etkilemektedir.

Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük ile sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ile deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotiklik arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından deneyime açıklık ile geçimlilik arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ile nevrotiklik arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık ve geçimlilik ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Kişilik özelliklerinin alt boyutları olan dışadönüklük, sorumluluk, deneyime açıklık, geçimlilik ve nevrotikliğin yüzeysel davranışın hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisinde düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından geçimlilik ve nevrotikliğin derinlemesine davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin alt boyutlarından sorumluluk ve deneyime açıklığın samimi davranış ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasındaki ilişkide düzenleyici etkiye sahip olduğu görülmüştür. Kişilik özelliklerinin duygusal emeğin hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisinde düzenleyici rolü bulunmaktadır.

Araştırmacılar açısından farklı katılımcı popülasyonları ile bu konunun incelenerek literatüre katkı sağlanması önerilmektedir. Sağlık meslek mensuplarının branş bazında hemşirelik dışındaki gruplarla bu çalışmanın yapılması düşünülebilir.

Duygusal emek ve hasta merkezli bakım yetkinliği ile ilgili planlı eğitim programlarının hemşirelik ders müfredatlarında değerlendirilmesi, çalışma hayatında hizmet içi eğitimler verilmesi ile farkındalığın arttırılması açısından önerilmektedir.

Hemşirelerin kurum içi görev dağılımları yapılırken kişilik özellikleri dikkate alınarak dağıtım yapılması, duygusal emek düzeyleri değerlendirilerek rotasyon uygulamasına geçilmesi önerilmektedir. Yoğun duygusal emek sarf edilen çalışma alanlarındaki hemşire planlaması yapılırken kişilik özelliklerinin dikkate alınması yöneticilere önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ahmed, S. (2014). Duyguların Kültürel Politikası (Çev.) Sultan Komut. *İstanbul: Sel*.
2. Turkish Language Institution Turkish Dictionary. Retrieved May 10, 2018, from http://www.sozluk.gov.tr
3. Kurt, Ş. K. (2021). Duyguların tarihsel serüveni ve tarihte duygular. *OPUS International Journal of Society Researches*, *18*(40), 2821-2852.https://doi.org/10.26466/opus.876932
4. TenHouten, W. D. (2006). A General Theory of Emotions and Social Life. *Routledge Advances in Sociology (1. bs.) s.2. Routledge.*
5. Sarp, N., & Tosun, A. (2011). Duygu ve otobiyografik bellek. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, *3*(3).
6. Çakar, U., & Arbak, Y. (2004). Modern yaklaşımlar işığında değişen duygu zekâ ilişkisi ve duygusal zeka. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *6*(3).
7. Kervancı, F. (2008). Büro çalışanlarının duygu yönetimi yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesinde duygu yönetimi eğitimi programının etkisi. *Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
8. Darwin, C., & Prodger, P. (1998). *The expression of the emotions in man and animals*. Oxford University Press, USA.
9. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
10. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.
11. Atalar, D. S., & Atalay, A. A. (2018). Ergenlik döneminde duygu düzenleme ve ruh sağlığı: Ana-babanın ve mizacın rolü. *Bildik, T., Editör. Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 84-90.
12. Atalay, D., & Özyürek, A. (2021). Ergenlerde duygu düzenleme stratejileri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, *50*(230), 815-834.
13. Yılmaz, B., & Orak, O.S. (2020). Hemşirelerde duygusal emek davranışı ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki. SHYD. 7(2):187-201.
14. Oral L, Köse S. (2011). A research on phsiciansœ use of emotional labor and the relationship between their job satisfaction and burnout levels. *Suleyman el University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 16(2):463-92.
15. Lee, E. K., & Ji, E. J. (2018). The moderating role of leader–member exchange in the relationships between emotional labor and burnout in clinical nurses. *Asian Nursing Research*, *12*(1), 56-61.
16. Öz, S. D., & Baykal, Ü. (2018). Hemşirelerin duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *26*(1), 1-10.
17. Demir, Y., Oruç, P., Baştürk, Y. A., & Özpınar, S. (2021). Hemşirelerde duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörler: kamu hastaneleri örneği. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(1), 76-84.
18. Hochschild, A. R. (1983). Comment on Kemper's" Social constructionist and positivist approaches to the sociology of emotions". *American Journal of Sociology*, *89*(2), 7-147-432-434.
19. Hochschild A. R. (1983). The managed heart: Commercialization of human feeling. *University of California Press*.
20. Özgüleş, B., & Arslanoğlu, A. (2020). Sağlık çalışanlarında öznel iyi oluşun duygusal emek davranışı üzerine etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, *15*(22), 1114-1133.
21. Jung, S. W., Lee, J. H., & Lee, K. J. (2020). Assessing the association between emotional labor and presenteeism among nurses in Korea: cross-sectional study using the 4th Korean Working Conditions Survey. *Safety and health at work*, *11*(1), 103-108.
22. Tsang, K. K., Teng, Y., Lian, Y., & Wang, L. (2021). School management culture, emotional labor, and teacher burnout in Mainland China. *Sustainability*, *13*(16), 9141.
23. Yıldız, A. T., & Dinc, L. (2022). Emotional labor among Turkish nurses: A cross-sectional study. *Nursing Inquiry*, e12544.
24. Yilmaz, A. N., Derya, Y. A., Altiparmak, S., Cihan, E. G., & Öztaş, H. G. (2022). Investigating the relationship between the depression levels of midwives and nurses and their emotional labor and secondary traumatic stress levels in the COVID-19 pandemic period with structural equation modelling. *Archives of Psychiatric Nursing*, *40*, 60-67.

25. Akkoç, İ., Türe, A., Arun, K., & Çalışkan, A. (2022). Role of affective commitment in the relationship between emotional labor and life satisfaction in nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(4), 2050-2058.
26. Öz, S. D., & Baykal, Ü. (2018). Hemşirelerin duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *26*(1), 1-10.
27. Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, *18*(1), 88-115.
28. Kım, S., Lee, E., & Park, J. (2022). Measurement Invariance and Latent Mean Differences in the Nurses' Emotional Labour Scale. *Journal of Nursing Research*, *30*(6), e239.
29. Peng, C., Chen, Y., Zeng, T., Wu, M., Yuan, M., & Zhang, K. (2022). Relationship between perceived organizational support and professional values of nurses: mediating effect of emotional labor. *BMC nursing*, *21*(1), 142.
30. Ünlü, O., & Yürür, S. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve görev/bağlamsal performans ilişkisi: Yalova'da hizmet sektörü çalişanlari ile bir araştirma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (37), 183-207.
31. Yürür, S., & Ünlü, O. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, *13*(2).
32. Altan, S., & Özpehlivan, M. (2019). Duygusal emek ve tükenmişlik ilişkisi. *International Journal of Management and Administration*, *3*(5), 80-100.
33. Yagci, P. (2020). The relationship between emotional labor, burnout, organizational commitment, and intention to quit: A research on animators.
34. Karakaş, A. & Gökmen, G. (2018). Kamu çalışanlarında iş tatmini, duygusal emek ve iş stresi: Konya'da bir araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 18.3: 99-127.
35. Erickson, R. J., & Grove, W. J. (2008). Emotional labor and health care. *Sociology Compass*, *2*(2), 704-733.
36. Andel, S. A., Porter, C. O., Amber, B., & Lukjan, K. P. (2022). Differential effects of rude coworkers and patients on nurses' safety performance: an emotional labor perspective. *Journal of managerial psychology*, *37*(3), 224-242.
37. Eroğlu, Ş. G. (2014). Örgütlerde duygusal emek ve tükenmişlik ilişkisi üzerine bir araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 147-160.
38. Grandey, A.A., & Gabriel, A.S. (2015), "Emotional labor at a crossroads: where do we go from here?", *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, Vol. 2 No. 1, pp. 323-349
39. Grandey, A. A. (2003). When "the show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, *46*(1), 86-96.
40. Grandey, A. A., Dickter, D. N., & Sin, H. P. (2004). The customer is not always right: Customer aggression and emotion regulation of service employees. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, *25*(3), 397-418.
41. Rupp, D. E., Silke McCance, A., Spencer, S., & Sonntag, K. (2008). Customer (in) justice and emotional labor: The role of perspective taking, anger, and emotional regulation. *Journal of Management*, *34*(5), 903-924.
42. Sliter, M., Jex, S., Wolford, K., & McInnerney, J. (2010). How rude! Emotional labor as a mediator between customer incivility and employee outcomes. *Journal of occupational health psychology*, *15*(4), 468.
43. Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of vocational behavior*, *66*(2), 339-357.
44. Van Dijk, P. A., & Kirk, A. (2007). Being somebody else: Emotional labour and emotional dissonance in the context of the service experience at a heritage tourism site. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, *14*(2), 157-169.
45. Çoruk, A. (2014). Yükseköğretim kurumlarında görev yapan idari personelin duygusal emek davranışları. *Ondokuz Mayis University Journal of Education Faculty*, *33*(1), 79-94.
46. Akgöz, S., & Şen, D. (2022). COVID-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Eğitimci Rolüne İlişkin Görüşleri ile Duygusal Emek Davranışları Arasındaki İlişki. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, *9*(3), 591-611.

47. Önal, G. (2019). Öğretmenlerin duygusal emek düzeyleri ile örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişki *(Master's thesis, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı)*.
48. Ünler Öz, E. (2007). Duygusal emek davranışlarının çalışanların iş sonuçlarına etkisi. İstanbul: Beta Yayınları.
49. Polatcı, S., & Özyer, K. (2015). Duygusal Emek Stratejilerinin Duygusal Zekanın Tükenmişliğe Etkisindeki Aracılık Rolü. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *15*(3), 131-156.
50. Duran, E., & Gümüş, M. (2013). Turizm lisans öğrencilerinin duygusal emek deneyimlerinin kariyer tercihlerine etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, *15*(2), 233-251.
51. Morris, J. A., & Feldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, *21*(4), 986-1010.
52. Öz, D. S. (2010) Hemşirelerin duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörler. *Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi*.s.13https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=RR9D_bS-8-WOJJalN0cYAA&no=hzqNhzdvLOlYRAggAyj3yg
53. Bektas, U., & Cetin, M. (2020). Investigation of work passion, emotional labor and workfamily enrichment relationship in healthcare professionals during pandemic process. ElectronicTurkish Studies, 15(6). https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.44449
54. Venkatesh, J., & Balaji, D. (2013). EI: The health care ınıtıatıve for emotıonal labors. International Journal of Education and Research, 1(1), 1–9. https://www.ijern.com/images/January-2013/c-12.pdf
55. Phillips, S. (1996). Labouring the emotions: expanding the remit of nursing work?. *Journal of advanced nursing*, *24*(1), 139-143. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.17419.x
56. De Castro, A. B., Agnew, J., & Fitzgerald, S. T. (2004). Emotional labor: relevant theory for occupational health practice in post-industrial America. *AAOHN journal*, *52*(3), 109-115.
57. Mazhindu, D. (2009). 'Ideal nurses and the emotional labour of nursing': Deborah Mazhindu, senior research fellow in advanced practice at Liverpool John Moores University, recounts how an examination of the emotional labour of nursing has been the vein running through her career. *Nurse Researcher*, *16*(2), 91-95.
58. Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of health & illness*, *23*(1), 85-100.
59. Hsieh, C. W. (2009). *Emotional labor in public service roles: A model of dramaturgical and dispositional approaches*. The Florida State University.
60. Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Hernandez, E. G., Moreno-Jimenez, B., & Cobo, I. C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International journal of nursing studies*, *52*(4), 804-816.
61. Burke, J., Smith, L. N., Sveinsdóttir, H., & Willman, A. (2008). Patient safety in Europe: Medication errors and hospital-acquired infections.
62. Gülşen, M., & Özmen, D. (2020). The relationship between emotional labour and job satisfaction in nursing. *International Nursing Review*, *67*(1), 145-154.
63. Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*, *70*, 71-88.
64. Msiska, G., Smith, P., Fawcett, T., & Nyasulu, B. M. (2014). Emotional labour and compassionate care: what's the relationship?. *Nurse education today*, *34*(9), 1246-1252.
65. Mazzotta, C. (2016). Emotional labour and vicarious traumatization among nurses. *Nursing and Palliative Care*, *1*(2), 28-32.
66. Theodosius, C. (2008). Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing. *Routledge*.
67. Andel, S. A., Porter, C. O., Amber, B., & Lukjan, K. P. (2022). Differential effects of rude coworkers and patients on nurses' safety performance: an emotional labor perspective. *Journal of managerial psychology*, *37*(3), 224-242.
68. Yılmaz, E., & Arslan, S. (2017). Dâhili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Duygusal Emek Davranışı ile İlişkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *9*(4).
69. Tunç, P., Gitmez, A., Boothby, M. (2014). An investigation of emotional labor strategies on the basis of empathy among nurses working at intensive care and inpatient units. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1):45-54

70. Goldfarb, M. (2017). A cardiology fellow's guide to patient-centered care. *Journal of the American College of Cardiology*, *69*(23), 2871-2874.
71. Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan*, *7*(24), 97-126.
72. Jeong, M., & Seo, K. (2022, October). Mediating Effect of Communication Competence in the Relationship between Compassion and Patient-Centered Care in Clinical Nurses in South Korea. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 10, p. 2069). MDPI.
73. Jin-Yeong, A., & Young, E. (2021). The Effect of Nursing Competence on Patient-Centered Care among Nurses Caring for Patients with Chronic Disease: The Mediating Effect of Burnout and the Moderating Effect of Nursing Work Environment.
74. Goldfarb, M., Gulati, M. (2017) A cardiology Fellow's guide to patient-centeredcare. Journal of the American College of Cardiology 69(23):2871–2874. Doı: 10.1016/J.Jacc.2017.05.001
75. Hur, Y., Cho, A.R., Choi, C.J. (2017). Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. Korean J Med Educ, 29(1):33-9.
76. Ree, E., Wiig, S., Manser, T., & Storm, M. (2019). How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC health services research*, *19*, 1-13.
77. Arslanoğlu, A., & Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, *6*(2), 158-166.
78. Saygılı, M., Kar, A., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Hasta Merkezli Bakım Yetkinlik Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(4), 416-426.
79. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, *9*(2), 100-103.
80. Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC health services research*, *18*(1), 1-11.
81. Lapum J., Fredericks S., Beanlands H., McCay E., Schwind J., Romaniuk D.A., (2012). Cyborg ontology in health care: traversing into the liminal space between technology and person-centred practice. Nurs Philos, 13(4):276-88.
82. Arslanoğlu, A. (2019). İçsel Pazarlamanın Hasta Güvenliği Kültürüne Etkisi, İksad Yayınevi, Ankara.
83. Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*, *26*(3), 203-219.
84. Coskun, S., & Gulhan, Y. (2017). TS EN 15224 healthcare service-the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare. *Research Journal of Business and Management*, *4*(3), 410-416.
85. Akman, E., & Kopuz, K. (2020). Sağlık hizmetlerinde kalite algısı: Servqual model incelemesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, *10*(3), 866-880.
86. Akgün, S., (2020). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları Nasıl Olmalı? Güler, H., Sağlık Hizmetlerinde Kalite, İstanbul Medipol Üniversitesi, 73-87.
87. Öztürk, A.; Güler, H.; Tarhan, D.; Engeloğlu, Ş. (2020). Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartlarının Gelişimi, Güler, H. (Editör), Sağlık Hizmetlerinde Kalite, İstanbul Medipol Üniversitesi, 39-51.
88. Arslanoğlu, A., (2018). Hastane Yönetiminde 4 Boyut. S:43 2018. Editör: Doç. Dr. Nilay Gemlik, Nobel Yayınevi, Ankara.
89. Arslanoğlu, A. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, s:5,. Atlas Yayınevi, Ankara.
90. Kumru, S., (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi, Beylik, U.; Avcı, K., (Editör). Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon, *Gazi Kitabevi*, 17-38.
91. Aydın, M. (2008). Hizmet Sektöründe Kalite ve Otomotiv Sektöründe Satış Sonrası Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama, *Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
92. Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2007). The moderate success of quality of care improvement efforts: three observations on the situation. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(1), 4-7.
93. Sidani, S., & Fox M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. J Interprof Care, 28(2):134-41.

94. Delaney, L. J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, *25*(1), 119-123.
95. Demir, B. (2020). Sağlığın kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. *İnsan ve İnsan*, *7*(24), 62-83.
96. Hwang, J. I. (2015). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, *21*(1), 43-80.
97. Alhalal, E., Alrashidi, L. M., & Alanazi, A. N. (2020). Predictors of patient-centered care provision among nurses in acute care setting. *Journal of nursing management*, *28*(6), 1400-1409.
98. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, *51*(7), 1087-1110.
99. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, *9*(2), 100-103.
100. Shaller, D. (2007*). Patient-centered care: what does it take?* (pp. 1-26). *New York: Commonwealth Fund.*
101. Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, *23*(5), 510-515.
102. Boz İ, Akgün M (2019) İnfertilitede birey merkezli bakım yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.*16(2):170-175
103. Gagliardi, A. R., Dunn, S., Foster, A., Grace, S. L., Green, C. R., Khanlou, N., ... & Wright, F. C. (2019). How is patient-centred care addressed in women's health? A theoretical rapid review. *BMJ open*, *9*(2), e026121.
104. Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling*, *73*(3), 526-535.
105. Park, A.R.; So, H.S.; Chae, M.C. (2014). Recognition of Patients, Families, Nurses, and Physicians about Clinical Decision-Making and Biomedical Ethics. *Asian Oncol. Nurs.*, *14*, 23–31.
106. Hong, H. J., & Kang, J. (2018). A qualitative content analysis of the person-centered care experienced by critical care patients. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, *11*(2), 21-33.
107. Institute of Medicine. (2011). The future of nursing: leading change, advancing health. Washington (DC): National Academies Press.
108. Ortiz, M.R. (2018). Patient-Centered Care: nursing knowledge and policy. Nurs Sci Quart. 31(3):291-95.
109. Bakır, N., & Demir, C. (2020). Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*(3), 109-117.
110. Lusk J.M., Fater K.A. (2013). Concept analysis of patient-centered care. Nurs Forum. 48: 89-98.
111. Hobbs J.L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. Nurs Res. 58(1):52-62
112. Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H., & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes—a randomized study. *Patient education and counseling*, *99*(11), 1821-1829.
113. Mccormack, B. (2003). A Conceptual Framework For Personcentred Practice With Older People. International Journal of Nursing Practice. Cilt 9, Sayı 3, s.202-209
114. Filler, T., Jameel, B., & Gagliardi, A. R. (2020). Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC public health*, *20*(1), 1-12.
115. Roumie, C. L., Greevy, R., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Kaltenbach, L., Kotter, K., ... & Speroff, T. (2011). Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *Journal of behavioral medicine*, *34*, 244-253.
116. Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, *70*(4), 351-379.
117. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J et al. (eds). (1993). Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco: Jossey-Bass.
118. McCormack B. (2001). Negotiating Partnerships with Older People: A Person-Centred Approach. London: Routledge, https://doi.org/10.4324/9781315195346
119. Dewing J. (2002). From Ritual To Relationship: A PersonCentred Approach To Consent İn Qualitative Research With Older People Who Have A Dementia. *Sage Journals*. 1(2), 157-171.
120. Meyers, D.T. (1989). Self, Society and Personal Choice. New York: Columbia University Press

121. Cramm, J.M. & Nieboer, A.P. (2018). Validation of an instrument for the assessment of patient-centred care among patients with multimorbidity in the primary care setting: the 36-item patient-centred primary care instrument. *BMC Family Practice*. 19(143), 1-10.
122. Bankert, E., Lazarek-LaQuay, A. & Joseph, J.M. (2014). Patient-Centered Care. Patricia Kelly, Beth Vottero ve Carolyn Christie-McAuliffe (Ed.) Introduction to Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies içinde (161-190). *New York: Springer Publishing Company, Inc.*
123. Teke, N. (2014). Hasta hakları ve hasta hakları bağlamında hemşirelik. *(Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).*
124. Kibar, N. (2010). I. Basamak sağlık hizmetlerinde hasta hakları bilinirlik düzeyinin ölçülmesi: Bahçelievler örneği üzerine bir araştırma. *(Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).*
125. Erzincanlı, S., & Zaybak, A. (2015). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *31*(1), 39-51.
126. Çetinkaya F, Koçyiğit N, Emiroğlu A. (2013). Hasta Hakları ve Ermenek Devlet Hastanesi Hastalarının Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Üzerine Bir İnceleme, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*; 15 (25): 79-84.
127. Ocaktan, E., Yıldız, A., Özdemir, O. (2004). Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; 57(3): 129-137
128. Yürümez Y, Çevik T, Yavuz Y. (2010). Hasta Haklarını Biliyor Muyuz? *Akademik Acil Tıp Dergisi*, ss 9(2): 67 71.
129. Önal, G., & Civaner, M. (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yasama Geçirilmesi İçin Bir Adım. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Ethics*; 13(3): 203-208.
130. Ulmer, B. C. (2000). Innovative celebrations for Perioperative Nurse Week. *AORN Journal*, *72*(3), 369-369.
131. Demirel, T., & Akın, B. (2014). Sağlıkla ilişkili olarak sosyal adalet, eşitlik ve hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(3), 238-245.
132. International Council of Nursing.ICN. (2014) Definition of Nursing, erişim tarihi: 25.04.2023 https://www.icn.ch/
133. Morsünbül, Ü. (2014). Hızlı büyük beşli kişilik testi Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Düşünen Adam. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 27. 316-322
134. Çiçek, İ., & Aslan, A. E. (2020). Kişilik ve beş faktör kişilik özellikleri: Kuramsal bir çerçeve. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, *10*(1), 137-147.
135. Harris, M. A., Brett, C. E., Johnson, W., & Deary, I. J. (2016). Personality stability from age 14 to age 77 years. *Psychology and Aging*, 31(8), 862–874.
136. Burger, J., M. (2006). Kişilik. Çev. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu. *İstanbul, Kaknüs Yayıncılık.*
137. Durna, U. (2005). A tipi ve B tipi kişilik yapilari ve bu kişilik yapilarini etkileyen faktörlerle ilgili bir araştirma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *19*(1), 275-290.
138. Özsoy, E., & Yıldız, G. (2013). Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: Bir literatür taraması. *İşletme Bilimi Dergisi*, *1*(2), 1-12
139. McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (2003). Personality in Adulthood. New York: Guilford Press. s.48-63
140. Cüceloğlu, D. (2019). İnsan ve davranışı (37. baskı). İstanbul: Remzi.
141. Ünsal, Y., & İhtiyaroğlu, N. (2022). Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri ile Etkili İletişim Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *9*(1), 98-109.
142. Merdan, E. (2013). Beş faktör kişilik kuramı ile iş değerleri ilişkisinin incelenmesi: bankacılık sektöründe bir araştırma. *Gümüshane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüshane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, *4*(7).
143. Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American psychologist*, *48*(1), 26.
144. McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, *52*(5), 509.
145. Tatlılıoğlu, K. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Beş Faktör Kişilik Kurami'na Göre Kişilik Özellikleri Alt Boyutlarinin Bazi Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Tarih Okulu Dergisi*, *2014*(XVII).
146. Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, *13*(6), 653-665.

147. Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual review of psychology*, *41*(1), 417-440.
148. Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(6), 1216–1229. https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216
149. Şeker Sır, N., (2016). Öğretmen adaylarının 5 faktörlü kişilik kuramına göre kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve bazı değişkenlere göre incelenmesi, *Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bililmler Enstitüsü*, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
150. McCrae, R.R. ve Costa, P.T. (2003). Personality in adulthood: A five-factor theory Perspective. New York: Guilford Press.
151. McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, *60*(2), 175-215.
152. McCrae, R.R. ve Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across ınstruments and observers. Journal of Personality and Social Psychology, 52(1), 81-90
153. Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 453-484.
154. Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological science*, *2*(4), 313-345.
155. Çivitçi, N., & Arıcıoğlu, A. (2012). Psikolojik danışman adaylarının yardım etme stilleri ve beş faktör kuramına dayalı kişilik özellikleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *1*(23), 78-96.
156. Chauvin, B., Hermand, D., & Mullet, E. (2007). Risk perception and personality facets. *Risk Analysis: An International Journal*, *27*(1), 171-185.
157. Sanders, N. R. (2007). An empirical study of the impact of e-business technologies on organizational collaboration and performance. *Journal of operations management*, *25*(6), 1332-1347.
158. Arslanoğlu, A. (2018). İçsel pazarlama uygulamalarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkisinde iç girişimcilik ve kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü.
159. Rubenzer, S. J., & Faschingbauer, T. R. (2004). Personality, character & leadership in the white house: Psychologists assess the presidents. Washington: Brassey's Inc
160. Zopiatis, A., & Constanti, P. (2012). Extraversion, openness and conscientiousness: The route to transformational leadership in the hotel industry. *Leadership & Organization Development Journal*, *33*(1), 86-104.
161. Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of personality and social psychology*, *75*(3), 729.
162. Somer, O., Korkmaz, M., & Tatar, A. (2002). Beş Faktör Kişlik Envanteri'nin geliştirilmesi-ı: ölçek ve alt ölçeklerin oluşturulması. *Türk Psikoloji Dergisi*, *17*(49), 21-33.
163. McAdams, D. P. (2008). Personal narratives and the life story. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 242–262). The Guilford Press.
164. Şener, C. (2023). Lise öğrencilerinde okul tükenmişliğinin yordayıcısı olarak mizah tarzlarının ve beş faktör kişilik özelliklerinin incelenmesi.
165. Şeker, B., & Özgen, H. (2022). Beş faktör ve proaktif kişilik özelliklerinin iş becerikliliği üzerindeki etkileri. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *11*(2), 642-656.
166. Aydoğmuş, C. (2011). Kişilik özellikleri ile iş tatmini ilişkisi üzerinde psikolojik güçlendirme ve dönüşümcü liderlik algısının etkileri, *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*
167. Ötken, A. B., & Cenkci, T. (2015). Big Five Personality Traits and Organizational Dissent: The Moderating Role of Organizational Climate. *Business & Economics Research Journal*, *6*(2).
168. Arthur Jr, W., & Graziano, W. G. (1996). The five-factor model, conscientiousness, and driving accident involvement. *Journal of personality*, *64*(3), 593-618.
169. Mete, Cengiz (2006). İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri ile İş Tatminleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
170. John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives.

171. Sayar, K. ve Dinç, M. (2013). Psikolojiye giriş. *İstanbul: Dem Yayınları*, 4.baskı, 95-106.
172. Develioğlu, K., & Tekin, Ö. A. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve yabancılaşma arasındaki ilişki: Beş yıldızlı otel çalışanları üzerine bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *18*(2), 15-30.
173. Nam, A., & Akbay, S. E. (2020). Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumu: Beş faktör kişilik özellikleri, bilinçli farkındalık ve yılmazlığın rolü. *OPUS International Journal of Society Researches*, *16*(31), 4210-4237.https://doi.org/10.26466/opus.719138
174. John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy. *Handbook of personality: Theory and research*, *3*(2), 114-158.
175. Patrick, C. L. (2011). Student evaluations of teaching: effects of the Big Five personality traits, grades and the validity hypothesis. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, *36*(2), 239-249.
176. Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armelli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1087-1100
177. McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1991). The NEO Personality Inventory: Using the five-factor modeI in counseling. *Journal of Counseling & Development*, *69*(4), 367-372.
178. Gray, B., & Smith, P. (2001). Reasssessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today*, 21, 230-237.
179. Drach-Zahavy, A., Yagil, D., & Cohen, I. (2017). Social model of emotional labour and client satisfaction: exploring inter-and intrapersonal characteristics of the client− provider encounter. Work & Stress. *Intenational Journal of Public Administration*. 31: 182-208.
180. Yılmaz, G., & Durmaz, G. B. (2019). Pediatri hemşirelerinin empatik eğilim, duygusal emek davranışları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *6*(2), 92-100.
181. Yang, Y.K. (2011). A study on burnout, emotional labor, and self-efficacy in nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 17:423-431
182. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. JONA. 3(5): 293-299.
183. Aslan, Z., & Arı, G. S. (2018). Kişilik ve duygusal emek arasındaki ilişkilerin belirlenmesi üzerine bir araştırma: Banka çalışanları örneği. *Pamukkale university Journal of Social Sciences Institute/Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (30).
184. Keleş, Y. (2019). Duygusal emek kişilik özellikleri ile ilişkili mi? Otel çalışanları üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21 (1), 257-267.
185. Basım HN, Beğenirbaş M, Yalçın RC. (2013). Öğretmenlerde Kişilik Özelliklerinin Duygusal Tükenmeye Etkisi: Duygusal Emeğin Aracılık Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 13(3): 1477-1496.
186. Özen Kutanis, R., & Tunç, T. (2010). Kişilik ve Örgütsel Yaşam: Tükenmişlik Sendromu Yönünden Bir Değerlendirme. *İşgüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, *12*(2), 61-74.
187. Eröksüz Uysal, E. (2017). Duygusal emek ve tükenmişlik ilişkisi: Çağrı merkezi müşteri temsilcileri üzerine bir araştırma *(Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).*
188. Erdoğan, A. (2015). İstatistikî metodlar ve matematik modeller. *İstanbul: DER Yayınları.*
189. Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. ve Aiken, L. S. (2003). Applied Multiple Regression/ Correlation Analysisi for the Behavioral Sciences. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
190. Turunç, Ö. ve Afacan Fındıklı, M. (2015). Algılanan Lider Desteği ile İş-Aile Çatışması İlişkisinde Kendini İşletmeden Hissetmenin Düzenleyici Etkisi: Turizm Sektörü Örneği. *KAÜ İİBF Dergisi*, 6(10), 113-134.
191. Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The Moderator Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
192. Doğan, A., & Sığrı, Ü. (2017). Duygusal emek: Hemşireler üzerine bir çalışma. *İş ve İnsan Dergisi*, *4*(2), 113-126.
193. Önem, Ö. (2018). Hemşirelerin duygusal emek düzeylerinin iş doyumuna etkisinin incelenmesi. (*Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*).
194. Tezcan A. (2019). Çocuk Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri, *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.

195. Budunoğlu, R.A. (2019). Hemşirelerin Duygusal Emek ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon*; ss 24-33.
196. Ceylan, A. K. (2021). Doktor ve hemşirelerin duygusal emek özelliklerinin incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, *5*(1), 44-59.
197. Öztürk, R. (2022). Duygusal zekâ ile duygusal emek arasındaki ilişki: PAÜ Hastanesi örneği (*Master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
198. Çidem, A., & Şahin, S. (2020). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım düzeyleri ile duygusal emek davranışları. *Master's thesis, Ulusal Tez Merkezi.*
199. Baksi, A., & Edeer, A. D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emek ve genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *7*(2), 130-137.
200. Atasoy, İ., & Turan, Z. (2019). Ebe ve hemşirelerde duygusal emek ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, *9*(3), 357-366.
201. Pan, I. J., Liu, Y. H., & Lin, C. C. (2019). Emotional labor among taiwanese nurses. *Journal of Comprehensive Nursing Research and Care*, *4*, 140.
202. Akın, U., Aydın, İ., Erdoğan, Ç., ve Demirkasımoğlu, N. (2014). Emotional laborand burnout among Turkish primary school teachers. *The Australian Educational Researcher*, 41(2):155-169.
203. Güler, H. N., & Marşap, A. (2019). Duygusal zeka ve duygusal emek etkileşimi üzerine bir literatür incelemesi. *Istanbul Commerce University Journal of Social Sciences/İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *18*(35).
204. Şahin, S. (2019). Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışları ve Duygusal Emek Düzeyleri, *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*. Ss 41-55.
205. Bilen, N. M. (2018). Zorunlu vatandaşlık davranışı ile duygusal emek arasındaki ilişkinin araştırılması: Hemşireler üzerinde bir çalışma. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
206. Ceylan, A.K. (2021). Doktor ve hemşirelerin duygusal emek özelliklerinin incelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, *5*(1), 44-59.
207. Arslan, E., & Kılıçlar, A. (2018). Otel işletmelerinde çalışanların kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkide iş tatmininin aracılık rolü (The Mediating Role of Job Satisfaction on the Relationship Between Personality Traits and Organizational Commitment). *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, *6*(4), 360-375.
208. Sezgin, B. (2019). Sağlık çalışanlarının kişilik özelliklerinin iş tatmini ve örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkisi (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
209. Sönmez, K. (2022). Hemşirelerin kişilik özellikleri ile iş birliği niyetinin planlı davranış teorisi kapsamında incelenmesi: Sağlık kurumları örneği (*Master's thesis, Biruni Üniversitesi*).
210. Başaran, E. (2022). Hemşirelerde yetkinlik ölçeğinin geliştirilmesi ve yetkinliğin kişilik özellikleri ile ilişkisi.
211. Menteşe, O. M. (2017). Yaş, cinsiyet ve kişilik özellikleri ile internette oyun oynama alışkanlıkları arasındaki ilişkiler (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).*
212. Yılmaz, M. (2019). Lise öğrencilerinde yaratıcı kişilik ile beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler (*Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
213. Ada, G. (2021). Beş faktörlü kişilik özelliklerinin yaşam doyumuna etkisi ve bir araştırma (*Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bahçeşehir Üniversitesi.*
214. Yılmaz, M. Ç., & Kurtgöz, A. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum ve Algıları Arasındaki İlişki. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, *3*(2), 188-195.
215. Aytekin, H. (2019). Hekim ve hemşirelerin kişilik özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine bir çalışma. *Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
216. Terlemez, C. (2019). Dijital oyun bağımlılığı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
217. Heydari A., Kareshki H., Armat M.R. (2016). Is nurses' professional competence related to their personality and emotional intelligence? A cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences.* 5(2):121. doi: 10.15171/jcs.2016.013
218. Deveci, B. (2020). Beş faktör kişilik özelliklerinin iş doyumu ve yaşam doyumuna etkisi: Turist rehberleri üzerine bir araştırma.
219. Kaleli, B. (2019). Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile İş Değerleri İlişkisinin Kuşaklar Kapsamında Analizi. *Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

220. Celebi Cakiroglu, O., & Harmanci Seren, A. K. (2019). Hemşirelerin değişime yönelik tutumları ve beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *10*(3), 211-217.
221. Alan, H., & Baykal, U. (2018). Personality characteristics of nurse managers: The personal and professional factors that affect their performance. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *9*(2).
222. Yurdakul, Y. (2019). Beş faktör kişilik özellikleri ve karanlık üçlü kişilik özelliklerinin eş uyumu ile olan ilişkileri: Evli çiftlerde kesitsel bir çalışma, *Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi.*
223. Erdoğan, M. (2019). İç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisi, *Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi.*
224. Sançar, B., Doğan, A., & Aydın, L. Z. (2023). Patient-Centered Care Competence of Surgical Nurses: A Cross-Sectional Study in Türkiye Cerrahi Hemşirelerinin Hasta Merkezli Bakim Yetkinlikleri: Türkiye'den Kesitsel Bir Çalışma.
225. Hastaoğlu, F., Bulut, Y., & Mollaoğlu, M. (2023). Sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerinin belirlenmesi. *Sağlık profesyonelleri Araştırma Dergisi*, *5*(2), 96-102.
226. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. (2017). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. J Adv Nurs. 73(5):1035-50.
227. Begenirbaş, M., & Yalçın, R. C. (2012). Öğretmenlerin kişilik özelliklerinin duygusal emek gösterimlerine etkileri. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *9*(1), 47-65.
228. Güler, H. N., & Marşap, A. (2018). Kişilikle Duygusal Emek İlişkisi: Akademisyenler Üzerinde Bir Araştirma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, *5*(12), 154-173.
229. Şenol, S., & Aktaş, H. (2019). Örgütsel sessizlik ve kişilik özelliklerinin duygusal emek üzerindeki etkisi: kabin ekipleri üzerinde bir araştırma. *Journal of Organizational Behavior Review*, *1*(1), 53-77.
230. Austin, E. J., Dore, T. C. ve O'donovan, K. M. (2008). "Associations of personality and emotional intelligence with display rule perceptions and emotional labour", Personality and Individual Differences, 44(3), 679-688.
231. Kiffin-Petersen, S. A., Jordan, C. L., & Soutar, G. N. (2011). The big five, emotional exhaustion and citizenship behaviors in service settings: The mediating role of emotional labor. *Personality and Individual Differences*, *50*(1), 43-48.
232. Ahn, J. Y., & Eun, Y. (2021). The effect of nursing competence on patient-centered care among nurses caring for patients with chronic disease: the mediating effect of burnout and the moderating effect of nursing work environment. *Korean Journal of Adult Nursing*, *33*(2), 134-144.
233. Demir, B. (2020). Sağlığın kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. *İnsan ve İnsan*, *7*(24), 62-83.
234. Mejdahl Caroline Trillingsgaard, Nielsen, B. K., Hjøllund, N. H., & Lomborg, K. (2016). Use of patient-reported outcomes in outpatient settings as a means of patient involvement and self-management support–a qualitative study of the patient perspective. *European Journal for Person Centered Healthcare*, *4*(2), 359-367.

EKLER

EK-1.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU danışmanlığında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi Gözde ÇAKIR'ın yüksek lisans tez çalışması kappsamında yürütülen "Duygusal Emeğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisinde Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü" başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırma ile literatürde yol gösterici olmayı hedeflemekteyiz. Araştırmacı tarafından kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi litertürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmesi, sizlerin sorulara vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır. Bu nedenle her soruyu özenle cevaplamanız bizim için önemlidir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, araştırmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda size ait veriler çıkarılacak ve imha edilecektir. Araştırmadan elde edilecek bilgiler araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Soruları cevaplamayı arzu etmediğiniz takdirde istediğiniz aşamada herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksizin ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilginin dışında daha fazla bilgiye ihyiyaç duyarsanız şimdi sorabilir veya e-posta adresi ile araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum."

Katılımcı

☐ **Onaylıyorum**

EK-2.Anket Formu

ANKET FORMU

1) Cinsiyetiniz?

   - Kadın:
   - Erkek:

2) Yaşınız? **……**

3) Medeni Durumunz?

   - Evli:
   - Bekar:

4) Öğrenim Durumunuz?

   - Lise:
   - Ön Lisans:
   - Lisans:
   - Lisansüstü:

5) Mesleği Tercih Etme Durumunuz?

- İsteyerek
- İstemeyerek

6) Meslek Hayatınızdaki Toplam Çalışma Süreniz? **……..**

EK-3.Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği

NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastayla sorun yaşadığımda olayın üzerine gitmeyerek beklemeyi tercih ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Hastaların gereksinimlerini karşılamak için görevim dışında da çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Hastaların olumlu geri bildirim vermeleri (teşekkür etmeleri) çalışma isteğimi arttırır.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Hastanın yaşadığı duygusal çöküntüyü (mutsuzluğu) hissederim.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Olumsuz durumları önlemek için sakin davranırım.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Hastaların kalbini kırdığımda pişmanlık duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Mesleğimin duygusal olarak bana çok şey kattığını düşünürüm.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Gerilim yaşamamak için kendimi kontrol etmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Tüm olumsuzluklara karşı hasta doyumu ve mutluluğu için çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Ailevi sorunlarımı, iş ortamına yansıtmamaya çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Hastaların yaşadığı sağlık sorunlarını, benim de yaşayabileceğimi düşünürüm.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Yaşanan olumsuz olayları dikkate almadan, mesleğimin gerekenlerini yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Hastalarla konuşmaktan, sohbet etmekten hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Hastayla aramızda güven bağı oluşması gerektiğini düşünürüm.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Hemşirelik, insanın kendinden önce başkasını düşünmeyi gerektiren bir meslektir.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Hastalara bakım verirken olumsuz ruh halim kendiliğinden yok olur.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Meslek imajımı korumak için gerçek duygularımı (ağlama, üzülme vb.) çevreme göstermemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Tüm mesai boyunca hastalarla yakın iletişim halinde bulunurum.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Hastalarla, karşılık beklemeden yaklaşırım.	( )	( )	( )	( )	( )
20	Hastalara içten gülümseyerek bakım veririm	( )	( )	( )	( )	( )
21	Çalışma ortamındaki olumsuzlukları, çalışma arkadaşlarımla konuşarak rahatlarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22	Hemşirelik mesleği duygusal anlamda çaba göstermeyi gerektirir.	( )	( )	( )	( )	( )
23	Hastaların korku ve endişelerini gidererek kendilerini güvende hissetmelerine çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
24	Hastalara içimden geldiği gibi davranırım.	( )	( )	( )	( )	( )

EK-4.Beş Faktör Kişilik Envanteri

SORU NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Konuşkan biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Başkalarının hatasını bulmaya yatkınım.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Bir işi tam yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Karamsar, hüzünlü biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Orijinal biriyim, yeni fikirler üretirim.	( )	( )	( )	( )	( )
6	İçine kapanık biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Yardımseverim.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Bazen dikkatsiz davranabiliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Rahatım, strese girmem.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Pek çok şeyi merak ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Enerji doluyum.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Başkaları ile ağız dalaşı (sözlü kavga) başlatırım.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Bir görevin (çalışma, ödev, iş) verilmesi için güvenilir biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Gergin olabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Zeki, derin düşünebilen biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Heyecanlı biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Bağışlayıcıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Dağınık biriyim, çok derli toplu biri değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Endişeli biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
20	Hayal gücüm kuvvetlidir.	( )	( )	( )	( )	( )
21	Sessizim.	( )	( )	( )	( )	( )
22	Başka insanların güvendiği biriyim.	( )	( )	( )	( )	( )
23	Tembel olmaya eğilimliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
24	Duygusal olarak dengeliyim, kolay kolay mutsuz olmam.	( )	( )	( )	( )	( )
25	Yaratıcıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
26	Çekingen değilim, girişkenim.	( )	( )	( )	( )	( )
27	Başka insanlara karşı soğuk ve ilgisizim.	( )	( )	( )	( )	( )
28	Bir işi bitirmeden yarım bırakmam.	( )	( )	( )	( )	( )
29	Duygu durumum değişkendir.	( )	( )	( )	( )	( )
30	Sanatsal ve estetik şeyler benim için önemlidir.	( )	( )	( )	( )	( )
31	Bazen utangaç ve çekingenim.	( )	( )	( )	( )	( )
32	Herkese karşı düşünceli ve saygılıyım.	( )	( )	( )	( )	( )
33	Yaptığım şeyleri etkin, hakkını vererek, iyi yaparım	( )	( )	( )	( )	( )
34	Gergin durumlarda, ortamlarda sakin kalabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
35	Rutin, tek düze şeyleri yapmayı tercih ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
36	Dışa dönük sosyal biriyim	( )	( )	( )	( )	( )
37	Bazen diğer insanlara kaba davranırım.	( )	( )	( )	( )	( )
38	Plan yapar ve bu planlara uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
39	Çabuk heyecanlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
40	Fikirlerle oynamayı, benim için ne anlama geldikleri üzerinde düşünmeyi severim.	( )	( )	( )	( )	( )
41	Sanata karşı pek ilgili değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
42	Başkaları ile yardımlaşmayı severim.	( )	( )	( )	( )	( )
43	Dikkatim çabuk dağılır.	( )	( )	( )	( )	( )
44	Sanat, müzik ve edebiyatla ilgiliyimdir.	( )	( )	( )	( )	( )

EK-5.Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği

SORU NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sağlık hizmeti sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Klinik görüşme, bakım planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerleri, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.	( )	( )	( )	( )	( )
3	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Hasta merkezli bakımda hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek stratejileri açıklarım.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dahil ederim.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Bakım sürecine hastaların aktif katılımı arttırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlanmasına katılırım.	( )	( )	( )	( )	( )

EK-6.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.11.2022-13783

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 18.11.2022
Toplantı Sayısı : 2022/25
Karar Sayısı : 25/14

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Dr. Öğr. Üyesi Ali Arslanoğlu'nun sorumlu, Gözde Çakır'ın yardımcı araştırmacı olduğu 22/557 kayıt numaralı ***"Duygusal Emeğin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Etkisinde Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü"*** başlıklı proje önerisi kurulumuzun 18.11.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ÖZDATLI KURTULUŞ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM
Etik Kurul Üyesi

22.11.2022 Memur

Ali CEYLAN

Evrakı Doğrulamak İçin : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSF5Z0JNMS&eS=13783

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.