

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNUN BEŞ FAKTÖR
KİŞİLİK ÖZELLİĞİ VE DUYGUSAL ZEKÂ BOYUTU İLE 112
ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşe ÖZDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

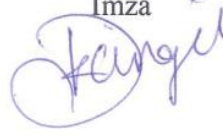
Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

KONYA-2019

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Ayşe ÖZDEMİR tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL
Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmza


Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ
Selçuk Üniversitesi

İmza


Üye: Doç. Dr. Handan ERTAŞ
Selçuk Üniversitesi

İmza


ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmayı çocuklarıma ve uzun süren tez aşamasında çocuklarımla ilgilenen annem Fatma KAYIKÇI'ya ithaf ediyorum. Manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşim Muhammed ÖZDEMİR'i karşıma çıkaran Allah'a hamdolsun.

Ayşe ÖZDEMİR
Konya-2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şiddet	3
1.1.1. Şiddet Türleri.....	5
1.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet.....	7
1.1.3. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanına Yönelik Şiddet.....	9
1.1.4. Sağlık Sektöründe Şiddeti Önlemeye Yönelik Adımlar.....	11
1.2. Kişilik.....	12
1.3. Duygusal Zekâ	14
1.3.1. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekânın Önemi	16
2. YÖNTEM.....	19
2.1. Araştırmanın Amacı.....	19
2.2. Araştırmanın Deseni	19
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
2.5. Araştırma Verilerinin Toplanması	19
2.6. Veri Toplama Araçları	20
2.6.1. Sağlık Çalışanının Demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Sorular	20
2.6.2. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddeti Belirlemeye Yönelik Sorular	20
2.6.3. 5FKE-KF (Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Formu)	20
2.6.4. Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği	21
2.7. Araştırmada Kullanılan İstatistikî Yöntem	22
2.8. Araştırma Etiği.....	22

2.9. Araştırma Soruları.....	22
3. BULGULAR.....	24
4. TARTIşMA.....	42
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
5.1. Sonuçlar	52
5.2. Öneriler	53
6. KAYNAKLAR	56
7. EKLER.....	63
EK A: Etik Kurul Kararı	63
EK B: Konya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	64
EK C: Anket Formu	66
8. ÖZGEÇMİş.....	71

SİMGELER VE KISALTMALAR

5FKE: Beş Faktör Kişilik Envanteri

5FKE-KF: Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Formu

AABT: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASH: Acil Sağlık Hizmetleri

ASHY: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

B5KT-50-Tr: Büyük Beş-50 Kişilik Testi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EQ: Duygusal Zekâ

FŞMKD: Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

MYK: Madde Yanıt Kuramı

SŞMKD: Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumu

ŞMKD: Şiddete Maruz Kalma Durumu

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şiddete Maruz Kalma Durumunun Beş Faktör Kişilik Özelliği ve Duygusal Zekâ Boyutu ile 112 Çalışanları Üzerinde Değerlendirilmesi

Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Bu çalışmada şiddete maruz kalma durumunun beş faktör kişilik özelliği ve duygusal zekâ boyutu ile 112 çalışanları üzerinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesindeki 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görevli 700 sayıda sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 314 sayıda hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanı oluşturmaktadır.

Çalışmada 112 çalışanlarına uygulanan şiddetin düzeyini belirlemek için soru formunun yanında 5FKE (Beş Faktör Kişilik Envanteri) ve Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; 112 çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, beş faktör kişilik özellikleri ve duygusal zekâ boyutudur. Bağımlı değişkeni ise; 112 çalışanlarının maruz kaldıkları şiddettir.

Çalışmada 112 çalışanlarının %84'ü şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Şiddete maruz kalan 112 çalışanlarının %24'ü şiddeti yazılı olarak bildirmiştir. Katılımcıların şiddete maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma değişkenleri ile beş faktör kişilik envanteri ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Şiddete maruz kalma durumu, sözel şiddet ve fiziksel şiddet değişkenleri ile duygusal zekâ ve alt boyutları arasında anlamlı fark yoktur. Korelasyon testi sonucuna göre 112 çalışanlarının beş faktör kişilik envanteri ile duygusal zekâ puan ortalaması arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,40$; $p<0,01$).

Acil Sağlık Hizmetleri bünyesindeki 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı oldukça yüksekken şiddetin bildirim yetersiz kalmaktadır. Şiddetin 112 çalışanının kişilik özellikleri ve duygusal zekâ puan ortalaması ile değerlendirilmesi önemli bir fark göstermemiştir.

Anahtar Sözcükler: 112 Çalışanı; Duygusal Zekâ; Kişilik Özellikleri; Şiddet.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Evaluation Of Violence Exposure Status With Five Factor Personality And Emotional Intelligence Dimension On 112 Employees

Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR

Department of Health Management

MASTER THESIS /KONYA-2019

In this study, it was aimed to evaluate the exposure to violence on 112 employees with five factor personality traits and emotional intelligence dimension.

The population of the study is composed of 700 health care workers working in 112 Emergency Health Services Stations within Konya Provincial Ambulance Service. The sample of the study consists of 314 non-physician emergency health care workers.

In addition to the questionnaire, 5FKE (Five Factor Personality Inventory) and Schutte Emotional Intelligence Scale were used to determine the level of violence against 112 employees. The independent variables of the study were; Sociodemographic characteristics of 112 employees are five factors personality traits and emotional intelligence dimension. The dependent variable is; It is the violence that 112 employees are exposed to.

In study, 84% of 112 employees stated that they were exposed to violence. 24% of 112 employees exposed to violence reported violence in writing. No significant difference was found between the participants' exposure to violence, verbal and physical violence variables, and the five-factor personality inventory and sub-dimensions. There was no significant difference between exposure to violence, verbal violence and physical violence variables and emotional intelligence and its sub-dimensions. According to the correlation test, a positive and weak correlation was found between the five-factor personality inventory of 112 employees and the mean score of emotional intelligence ($r = 0,40$; $p < 0,01$).

While 112 employees of Emergency Health Services are exposed to violence, reporting of violence is insufficient. The evaluation of the violence with 112 personality traits and average emotional intelligence scores did not show a significant difference.

Key Words: 112 Employees; Emotional Intelligence; Personality Traits; Violence.

1. GİRİŞ

Dünya üzerinde insanların hak arama çabasının neticesi çoğu zaman ne yazık ki şiddet olmaktadır. İnsanların zaman zaman sabırsız ve anlayışsız davrandığı, sadece kendi çıkarları doğrultusunda hareket etme eğilimi gösterdikleri bilinmektedir. Fernandes ve ark (1999)'nın çalışmasında katılımcıların %68'i tarafından şiddetin artarak devam eden bir teşekkül olduğu bildirilmiştir. Medyada gösterilen şiddet olayları içinde sağlık çalışanına yönelik şiddet önemli yer tutmaktadır. Sağlık sektörü, bünyesinde uzmanlaşmış işgücü barındıran, teknolojik yatırım gerektiren, kamu giderleri içinde önemli payı olan, birçok kurumu bünyesinde barındıran karmaşık bir yapıdır. Bu durum insanlar arası etkileşimin ve kurumlar arası dayanışmanın gerekliliğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin (2002) "Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre; sağlık çalışanlarının yarısından çoğu mesleklerini icra ederken şiddet gördüklerini bildirmiştir. Hizmet sektöründe ve iş stresinin yoğun yaşandığı bazı mesleklere (gardiyan, polis ve banka çalışanı) göre sağlık çalışanlarının daha çok şiddete maruz kaldığı rapor edilmiştir (DSÖ, 2003). Kanada'da, sağlık çalışanları toplam işgücünün sadece %5'ini kapsamasına rağmen, sağlık sektörü iş yerinde şiddete ödenen tazminatların %40'ını oluşturmaktadır (Work Safe BC, 2005).

Sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarının bütününe bakıldığında sorun tek başına bireysel değildir ve çevresel özelliklerin yanında çalışanın şiddet uygulayan bireyle etkileşimden de kaynaklanabilmektedir (Leather ve ark 1998). Şiddet eğilimli davranışları tahmin etmede bireysel ve birey dışı faktörler arasındaki ilişkinin önemini ifade edildiği çalışma sayısının artmasına rağmen, uygulamada bu ilişki genellikle göz ardı edilmiştir (Fletcher ve ark 2000). Türkiye'de şiddet ile birlikte birçok unsur değerlendirmeye alınmıştır. Örneğin; sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet, şiddetin türü, sıklığı ve düzeyi ile değerlendirilmiştir (Özcan ve Bilgin 2011, Özdemir ve ark 2018). Bunun yanında şiddetin iletişim, toplam kalite yönetimi ve sağlık hizmetlerinin pazarlanmasıyla da değerlendirilmesi yapılmıştır (Büyükbayram ve Okçay 2013, Aydın 2018, Temizkan ve Akbaba 2018). Sağlık çalışanına yönelik şiddetin nedenini Sağlık bakanlığı, çeşitli meslek odaları, sendikalar ve uzmanlar aşırı isteklendirilmiş sağlık talebi, uzman hekim gerektirecek

rahatsızlıklarda da acil servislerin kullanılması,sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik, medya faktörü ve caydırıcı olmayan yasal boşluklar olarak bildirmişlerdir (TBMM, 2013).Türkiye’de 2013 yılı Ocak Ayı’nda kurulan meclis araştırması komisyonu raporunda “Sağlıkta Dönüşüm” programlarının hasta ve yaralılara daha geniş haklar sağlarken; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını ve bu konuda medyada çıkan haberleri de artırdığına işaret edilmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı’nın “katkı payı uygulaması” ile hastalar acil servislere başvurma eğilimi göstermişlerdir acil servislerde yeşil triyaj koduna sahip (çok ciddi olmayan)hastalara da katkı payı uygulaması yapılmaktadır. Ancak 112 acil yardım ambulansı ile hastane aciline sevkedilen hiçbir hastadan katkı payı ödemesi alınmamaktadır. Toplumda bazı bireyler tabiri caizse uyanıklık yaparak gerek katkı payı ödememek, gerekse acil serviste sıra beklememek için 112 acil sağlık hizmetine başvurmaktadır. Birçok çalışmada 112 acil yardım ambulanslarının gereksiz kullanımı konusunda bu duruma dikkat çekilmektedir (Önge ve ark 2013,Kawakami ve ark 2007). Halkın acil servis kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi şarttır. Aksi takdirde hasta birey hastalığının teşhisinde uzman hekimin bilgi ve tecrübesinden faydalanmak yerine acil servisi tercih ettiğinden hastalığının erken teşhis edilmesinin önüne geçecektir. Bunun yanındaacil servisi kullanma konusunda ısrarcı davranan birey acil servislerde bekleme süresinin uzamasına katkı sağlayacağından şiddetin bir nedenini de teşkil edecektir.Ayrıca 112 acil yardım ambulanslarının gereksiz meşgul edilmesi gerçekte ihtiyacı olan hastalara geç ulaşmasına neden olup bunun sonucunda “ambulans nerede kaldı” sorusuyla gerilen olay yerinde acil ambulans çalışanına yönelik şiddet kaçınılmaz olacaktır (TBMM, 2013).

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık alanında etkili reformlar yapıldığı yadsınamaz ancak toplumun sağlıkta dönüşüm programları doğru şekilde anladığı da söylenemez. Hasta ve yakınlarının sağlıkta dönüşüm programını ben ne istersen o hizmet bana uygulanmak zorunda bu benim hakkımdır diye düşünerek sonrasında şiddet uygulamayı da hakkı görmesi çok vahim olabilir. Sağlıkta şiddet olaylarının artarak devam etmesini sadece güvenlik zafiyeti, bireyin sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları ve sağlık kurumlarının çalışma sistemi ile açıklamak yetersiz olacaktır. Çalışmada olduğu gibi dikkat edilmesi gereken bir diğer konu da sağlık çalışanının kişilik özellikleri ve duygusal durumu olacaktır. Bununla birlikte sağlık çalışanına yönelik şiddet, sağlık çalışanının beş faktör kişilik özellikleri ve

duygusal zekâ boyutu ile değerlendirilmiştir. Bu çalışma 112 çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bunun nedeni 112 çalışanlarının sağlık sektöründeki diğer çalışanlar kadar şiddet görüyor olmaları ve diğer sağlık çalışanlarından farklı olarak çalıştıkları ortamda güvenlik görevlilerinin olmamasıdır. Ayrıca vaka ihbarları telefonla yapıldığından olay yerinin 112 çalışanı için güvenli olup olmadığının kestirilememesidir. Emniyet mensubunun bulunması gereken birçok vakada ihbar sahibinin vaka bilgisini saklaması nedeniyle 112 çalışanı zor durumda kalmaktadır.

112 çalışanlarının hastalarla etkili iletişim kurabilmesi, uyum içinde görevini yerine getirmesi ve kendine güven duygusunu hasta ve yakınlarına hissettirmesinin kişilik özellikleri ile alakalı olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle çalışmaya beş faktör kişilik envanteri dâhil edilmiştir. Bu sayede 112 çalışanlarının kişilik özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca kendi duygularının farkında olup ruh halini düzenleyebilen, bunun yanında hasta ve yakınlarının duygularını idrak edip davranış biçimi ve konuşma yeteneğini düzenleyebilen sağlık çalışanlarının daha iyi şiddetten kaçınma stratejisi geliştirebileceği düşünüldüğünden; çalışmaya 112 çalışanlarının duygusal zekâ boyutunu ölçen sorular da eklenmiştir.

1.1. Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddet tanımı:

“Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır” (DSÖ, 1998).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün sözel ve fiziksel şiddet tanımı şu şekildedir:

“Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir” (Sağlık Sektöründe İşyerinde Şiddet Ortak Programı, 2002, Cenevre).

Şiddetin tüm tanımlarını incelediğimizde, şiddetin fiziksel zararları yanı sıra çoğunlukla bireyleri duygusal etkileyen ruhsal açık yaratan her türlü edimi içermesi nedeniyle çok geniş bir anlam kazandığı görülmektedir. Özetle şiddet, temel özellikleri ne olursa olsun, zamana ve topluma göre değişen toplumsal bir

olgudur. Bir şiddet olayı farklı toplumlarda farklı anlamlandırılacağı gibi, aynı toplumda farklı zamanlarda farklı algılanabilir. Şiddet tek bir nedene dayanmayan çok yönlü bir olay olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet olayında ekonomik, psikolojik, toplumsal boyutların birlikteliği söz konusudur. Şiddetin tek bir nedene indirgenerek algılanması, sorunun doğru tanımlanmasını ve doğru çözüm yolları geliştirilmesini güçleştirebilir.

Şiddet, insanın temel hak ve özgürlüklerini ihlal etmekte, insan sağlığını olumsuz etkilemekte ve sosyal sağlık sistemi üzerine yük bindirmektedir (Catlette 2005). İşyerindeki şiddet, çalışma hayatındaki bireylerin güvenliklerini, refah ve sağlıklarının korunmasını açık ya da gizli şekilde etkileyen suistimal, gözdağı verme ve hücum etme olaylarından oluşmaktadır. Gözdağı verme ve hücum etme fiziksel şiddeti kapsamaktadır (Pınar ve Pınar 2013). Avrupa komisyonu tarafından işyerinde şiddet; kişilerin işlerine ilişkin durumlarda işe gidip gelme esnasında bile istismar, tehdit veya şiddete maruz kalmaları nedeniyle güvenlik, refah veya sağlığın korunması zafiyeti olarak tanımlamıştır (Cooper ve Swanson 2004).

DSÖ'nün (1995) işyeri şiddet tanımı;

“Diğer bir kişiye ya da bir gruba işle ilişkili bir durumda hem yaralanma, ölüm, psikolojik zarar görme, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan hem de yüksek derecede bu neticelerle sonuçlanma ihtimali bulunan, gerçekleştirerek ya da tehdit ederek kasten güç kullanmaktır” (DSÖ, 1995).

Avrupa Komisyonunun işyerinde şiddet tanımı ise;

“İşyerinde şiddet, çalışanın işi nedeniyle (işine gidip gelirken olanlar da dâhil) maruz kaldığı, açıkça ya da üstü kapalı şekilde, güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olaylarıdır” (Wynne ve ark 1997).

Gillespie ve ark (2010)'nın çalışmasında işyerinde şiddetin sık yaşandığı ve hareket kısıtlılığı olan hastaların bakımı gibi stresli çalışma ortamında bulunmak veya çalışma ortamında stresin kaçınılmaz olması nedeniyle sağlık çalışanının stres belirtileri göstermesi ve belirtilerin ne kadar devam ettiği, nasıl oluştuğunun iyi bilinmediği veya anlaşılamadığı bildirilmiştir. Akca ve ark(2014)'nin çalışmasında iş yerinde şiddet ve şiddet tehdidinin çalışanların memnuniyetsizliğini artırmakta ve hizmet sunum kalitesini düşürmekte olduğu vurgulanmıştır.

1.1.1.Şiddet Türleri

ILO, ICN ve DSÖ(2002) raporuna göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet:

*“Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir”*olarak tanımlanmıştır ve kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.

Kaliforniya İş Güvenliği ve Sağlığı İdaresi'nin işyerinde şiddetin kaynağının dikkate alınarak yapıldığı sınıflandırmaya göre dört tip bildirilmiştir. Bunlar;

Tip I: İş yeri ile ilişkisi bulunmayan bireylerin genellikle soygun hedefledikleri işyeri şiddet tipidir.

Tip II: Müşterinin kuruluşa yönelik fiziksel ve/veya psikolojik saldırısını içerir. Hasta ve yakınlarının sağlık kurumlarında gerçekleştirdiği şiddet olayları buna örnektir.

Tip III: İş yerinde bulunan çalışanların birbirlerine uyguladığı şiddet tipidir. Bu tip şiddet eski çalışan da dâhil olmak üzere kişinin iş arkadaşlarına, üstlerine veya astlarına yönelttiği şiddet tipidir.

Tip IV: Kişinin en aykırındaki bireylerin örneğin aile ve arkadaşları tarafından maruz kaldığı şiddet tipidir (Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security, 1995).

Sağlık çalışanına yönelik şiddet müşteri/tüketicinin çalışana karşı uyguladığı Tip II şiddet türüdür.Şiddeti uygulayan kişi, çalışma ortamına göre müşteri, tüketici, hasta, öğrenci, mahkûm, akıl hastası ve hizmet verilen diğer kişiler olabilmektedir (Howard 1996, Peek-Asa 1997).

Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, çoğunlukla karşılaşılan şiddet türü olduğundan tanımlanması kolaydır. Açık bir şekilde fiziksel şiddet; bireyin vücut bütünlüğüne karşı dış çevre tarafından, güçlü ve ızdırap verici hareketler olarak tanımlanmaktadır. Başkasından gelen saldırıların yanında kişinin hayatını tehlikeye sokacak, bireyin bedensel bütünlüğünü bozacak eylemler şiddet içinde yer almaktadır (Özcan ve Köknel 1996).

Fiziksel şiddet, karşıdaki kişinin canının yanmasına, yaralanmasına ya da ölümüne sebep olan, kasıtlı olarak yapılan davranışların tümüdür. Fiziksel şiddet davranışları şunlardır:

- Tokat atmak
- Yumruk atmak
- Tekme atmak
- Kafa atmak
- Boğazını sıkmak
- Ağızını kapatarak boğmaya teşebbüs etmek
- Eşya fırlatmak
- Çimdiklemek
- Sertçe itip kakmak
- Sarsmak
- Birini bağlamak
- Yakmak
- Bir cisimle vurmak
- Saç çekmek, saç yolmak, saçından tutup sürüklemek
- Bir odaya kapatmak
- Kesici, delici alet ve ateşli silah kullanmak
- Isırmak, tükürmek
- El, kol bükme
- Yere ya da duvara fırlatmaktır (Özcan ve Köknel 1996).

Sözel Şiddet

Bireyi yok sayan, küçük düşüren, aşağılayan veyabireyin itibarını değersiz gösteren saygı barındırmayan sözlü ifadelerdir. Örneğin; hakaret etme, sövme, azarlama, aşağılama ve tehdit etmedir. Tehdit, hedef alınan birey veya grup üzerinde, fiziksel, cinsel, psikolojik ya da başka türlü zarar görme korkusu oluşturan, fiziksel güç ya da zor (yani psikolojik güç) kullanılacağına dair verilen işarettir (ILO, ICN, WHO, PSI, 2003). Psikolojik/duygusal taciz de ısrarlı ve hoş karşılanmayan istekleri, istenmeyen flört tekliflerini, cinsel nitelikli aşağılamaları, sataşmaları ya da imaları içerir (ILO, ICN, WHO, PSI, 2003).

1.1.2. Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet

Sağlık sektöründeki şiddeti tanımlamak gerekirse; hasta, yaralı ve yakınları ya da olay yerindeki diğer bireylerce bir sağlık çalışanının güvenliğini riske sokabilecek sözlü taciz, tehditkâr davranış veya her türlü fiziksel davranışlardır (Saines 1999). Sağlık birimlerinde şiddet; hasta, hasta yakınları ya da başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için zarara uğrama tehlikesi yaratan sözel ya da fiziksel (cinsel şiddet de dâhil olmak üzere) tehdit ve saldırılardır (Saines 1999). DSÖ, ILO ve ICN (2002) “Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti” başlıklı müşterek anlatımda sağlık çalışanlarının yarısından fazlası mesleklerini icra ettikleri bir anda şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Sağlık çalışanlarının sıklıkla şiddete uğradığı ve şiddetin düzeyinin psiko-sosyal şiddetten fiziksel şiddete kadar değişiklik gösterdiği bilinmektedir (Akca 2014). DSÖ, ILO ve ICN'nin (2002) başlıklı müşterek anlatımda bulunan farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin düzeylerine bakıldığında, çalışanların %3-17 arasında fiziksel, %27-67 arasında sözel, %10-23 arasında psikolojik, %1-8 arasında cinsel, %1-3 arasında etnik saldırıya maruz kaldıkları bildirilmiştir. Çalışma grupları arasında, zor durumdaki hasta veya yaralıyla doğrudan temas etmek durumunda olan sağlık çalışanlarının, iş yeri şiddetinin direkt hedefi ve en önemli mağdurları olduğu giderek daha çok benimsenmektedir (Kingma 2001, Wells ve Bowers 2002). Sağlık sektöründeki şiddetin bütün kurum içi yapıları alt üst eden olumsuz bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Sağlık sektöründeki şiddet sağlık çalışanı yanında sağlık kuruluşları, hizmet alanlar ve ülkelerin refahı açısından bir tehdit oluşturmaktadır (Schat ve Kelloway 2005).

Sağlık sektöründe şiddetin nedenlerini belirlemek üç etken sebebiyle güçtür. Birinci etken, karmaşık örgütsel yapı içinde görevli sağlık çalışanlarının yetki ve sorumlulukları birbirinden çok farklı olabilmektedir. İkinci etken, sağlık sektöründe şiddetin kaynağının tek ve belirli olmamasıdır. Yani şiddet hasta veya yakınları, diğer çalışanlar ve konu dışında kalan diğer bireylerden kaynaklanabilir. Üçüncü etken ise, sağlık sektöründe şiddet çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Kasıtlı veya kasıtsız (akli dengesi bozuk hastaların sağlık çalışanlarına uyguladıkları) olabileceği gibi fiziksel (itme, ateş etme, ısırma) ve sözel (sövgü, hakaret, tehdit) olabilmektedir (Curbow 2004). Sağlık sektöründe şiddetin nedenleri Curbow (2004)

tarafından taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel faktörler, çevresel faktörler ve toplumsal faktörler olarak bildirilmiştir. Bu dört faktörün birbirleriyle etkileşimi sonucu sağlık sektöründe şiddet oluşmaktadır. Çevresel, örgütsel ve toplumsal faktörler görünür olması sebebiyle daha kolay işlenmektedir. Ancak taraflar arasındaki etkileşim bireylerin sosyo-demografik ve kişilik özellikleri ile ilgisinden dolayı işlenmesi daha öznel ve zordur.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet 2012 yılından itibaren Türkiye'nin önemli gündem maddelerinden birisi olmuştur. Sağlık hizmetleri sunumunda görülen şiddet başta sağlık hizmeti sunmakta olan sağlık çalışanı olmak üzere sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkesi, yani tüm toplumu yakından ilgilendirmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesi için, temel nedenlerin iyi tespit edilip çözüm önerilerini içeren politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'ın 2013 yılında TBMM Araştırma Komisyonu sunumunda Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri şu şekilde maddelenmiştir:

1. Mental ve davranış bozukluğu,
2. Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama,
3. Çok sayıda muayene ve test yapılması,
4. Stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar,
5. Hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması,
6. Uzun bekleme süreleri,
7. Sağlık çalışanı yetersizliği,
8. Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlardır (TBMM, 2013).

Toplumda bireylerin iç dünyalarıyla ya da yaşadıkları sorunlar nedeniyle sağlıklı iletişim kuramamaları ve kendilerini yeterince ifade etmedeki yetersizlikleri şiddetin nedenleri arasında bulunmaktadır. Birey ile sağlık çalışanı arasında kaliteli ve yeterli iletişimin olmaması bireyin kendini anlatmak için şiddete başvurmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışmalarda sağlıkta yaşanan şiddetin toplumda yaşanan şiddet olaylarının ele alındığı gibi sosyal bir sorun olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (TBMM, 2013).

1.1.3. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanına Yönelik Şiddet

Acil sakatlık veya yaralanma esnasında işin uzmanı ve özel eğitilmiş ekiplerce, olay yerinde, hastaneye nakil esnasında, tıbbi araç ve gereç kullanılarak sağlık bakanlığı denetiminde verilen hizmetler acil sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). Acil sağlık hizmetlerini gerçekleştirme oluşturulan birimler istasyon olarak adlandırılırken, hasta veya yaralıya gereken tıbbi hizmeti sunmak için yetkilendirilmiş, acil sağlık hizmetleri bünyesinde eğitim görmüş sağlık çalışanı ile sürücülerden oluşan yapıya ekip denilmektedir. Ekip üyeleri bir istasyonda konuşlanır ve o istasyonun çalışanı olarak adlandırılırlar (Resmi Gazete, 11.05.2000).

İstasyonlar; acil sağlık hizmetinde bulunmak ve tıbbi müdahale uygulamak amacıyla yapılan incelemeler sonucunda müdürlüğün teklifi ve valiliğin onayı ile kurulan birimlerdir. Verdikleri hizmete göre üç şekilde konuşlanabilir. Bunlar;

- A Tipi İstasyon: Yirmi dört saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulmuş, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu çalışanı bulunan yerlerdir. (A) tipi istasyonlar ekibin özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Ekip içinde doktor bulunanlara (A1) tipi istasyon, ekip içerisinde doktor bulunmayanlara ise (A2) tipi istasyon adı verilir.
- B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde kesintisiz ambulans ve acil servis hizmetinde bulunan ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı ancak kadrosu ve özlük hakları bakımından içinde bulunduğu kuruma bağlı olanlardır. Hastane acil servisi ile bütünleşenlere (B1) tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile bütünleşmişlere (B2) tipi istasyon adı verilir.

- C Tipi İstasyon: Günün belirlenen saatlerinde yalnızca ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır (Resmi Gazete, 11.05.2000).

Acil yardım istasyonuna düşen vaka sayısı 2014 yılı itibari ile 1842'dir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı acil yardım ambulansı sayısı 2002 yılında 618 iken 2014 yılı itibari ile 3740 olmuştur. Acil yardım ambulansına düşen nüfus 2002 yılında 106 809 iken 2014 yılında bu sayı 20 774'e gerilemiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre ambulans helikopter sayısı 17, uçak ambulans sayısı 3 ve kar paletli ambulans sayısı 292'dir. Ülkemizde deniz trafiğinin olduğu kesimlerde örneğin İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada'da 2007 yılı itibari ile 4 adet deniz ambulansı hizmet vermektedir ve bu sayıda 2014 yılında da değişiklik göstermemektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014)

Ambulans çalışanlarının çalışma ortamlarının kalabalık ve güvensiz olması ve ani gelişen şiddet olaylarına müdahale etmeleri gerektiği için daha yüksek şiddet riski taşıdıkları bildirilmiştir (Lister ve ark 2000). Amerika Birleşik Devleti Hastane Güvenlik Araştırması Raporu (2011)'nda son bir yılda hastanelerin %23'ünde gelişen şiddet olaylarında artış yaşandığını ve %34'ünde ise acil servis çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddette artış olduğunu bildirmiştir.

Hastane acil servisleri dâhil olmak üzere 112 acil yardım ambulansları şiddet olaylarının görülme sıklığının çok olduğu birimlerdir (Jones ve Lyneham 2001, Ayrancı 2005). Hastane acil servisleri ve 112 acil yardım ambulansları endişe, çaresizlik ve korku içindeki sağlık ihtiyacı sahiplerinin hiçbir koşulda beklemeyi kabul etmeyerek saldırganlaşma eğilimi gösterdikleri yerlerdir (Ayrancı 2005). Acil servis çalışanları ve 112 çalışanları alkol almış bireye, psiyatri hastasına veya hükümlülere müdahale esnasında şiddete maruz kalma korkusuyla gerekli sağlık hizmetini uygulamada çekingen davranabilmektedir. Bunun yanında sağlık çalışanları aile içi şiddet mağduru gebelere müdahale esnasında da şiddete maruz kalma korkusuyla sağlıkları ile ilgili soru sormaktan kaçınmaktadır (Bacchus ve ark 2003). Şiddete maruz kalanları tedavi eden sağlık sektörü çalışanları, kendileri için ilave risklerle karşı karşıya kalabilirler. Tüm şiddet mağdurları sonuçta ortaya çıkan yaralanmalar için tedavi görmemektedir.

1.1.4. Sağlık Sektöründe Şiddeti Önlemeye Yönelik Adımlar

- Tıp bayramı çerçevesinde 2009 yılından itibaren “Sevgi En İyi İlaçtır” kampanyası düzenlenerek hasta hekim arasındaki bağı kuvvetlendirmek, spot filmler ve gazete ilanları ile toplumsal farkındalık hedeflenmiştir.
- Sağlık Bakanlığı ve çeşitli sivil toplum kuruluşları ile 2011 yılında “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu” yapılmıştır ve toplumsal farkındalığı arttırmak için basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarının katılımıyla ulusal düzeyde “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmıştır.
- Beyaz kod uygulamaları “Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu” başlığı altında 2010 yılından itibaren çeşitli toplantılarda dile getirilmiştir. Beyaz kod uygulaması sayesinde sağlık çalışanına uygulanan şiddet gerçeğinin korkutucu ölçüde olduğunu gözler önüne serilmiştir. Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek, sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak, hukuki süreçlerin başlatılması ve takibini sağlamak ve verilerin toplanarak analizini yapmak beyaz kod biriminin görevleridir (TBMM, 2013).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini saptamak ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla; meslek örgütleri ve sendikalar tarafından birçok araştırma toplantı, çalıştay ve sempozyum yapılmıştır. Bunlardan bazıları şunlardır;

- TTB (Türk Tabipler Birliği) Şiddet Çalıştay-2007.
- Gaziantep-Kilis Tabip Odası “Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu I” başlıklı “Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı” Araştırması-2008.
- Isparta-Burdur Tabip Odası “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı” Araştırması-2008.
- İstanbul Tabip Odası ve Türk Tabipleri Birliği “Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?” Çalıştay-2009.
- Sağlık Sen “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans” Sempozyumu-2011.

- Aydın Tabip Odası “Şiddetin Gölgesinde Hekimlik” Araştırması-2012.
- Ankara Tabip Odası “Hekime ve Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Boyutları ve Nedenleri” Anket uygulaması-2012.
- Türk Sağlık Sen “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Hayatındaki Sorunlar” Araştırması-2012 (TBMM, 2013).

1.2. Kişilik

Kişilik kavramı, latince bir kavram olan “persona” kelimesinden türemiştir ve bir kişinin diğerlerinden bedensel ve zihinsel açıdan farklı olmasının kişinin düşünce ve davranışına yansıma biçimi olarak tanımlanmaktadır (Barlı 2008). Kişilik, bir kişiyi başkalarından ayıran zihinsel, duygusal ve tepkisel özelliklerin tamamıdır (Ordun 2004).

Beş faktör kişilik modeli'nin temelini Cattell (1947)'in çalışmasından elde edilen bir liste oluşturmaktadır. Bu listeye faktör analizi uygulanarak on altı temel kişilik özelliğinin bulundurulduğu bir liste daha elde edilmiştir. Temel kişilik özellikleri sıcakkanlılık, problem çözme, canlılık, kurallara bağlılık, strese dayanıklılık, girişkenlik, baskınlık, duyarlılık, ihtiyatlılık, soyut düşünme, kendini sorgulama, değişimlere açıklık, mükemmeliyetçilik, kendine yeterlik, gerginlik, ketumluk olarak isimlendirilmiştir. Norman(1963)beş faktör kişilik modelini günümüzdeki şekliyle ortaya koymuştur. Bu beş faktör; dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma olarak isimlendirilir (Webb 2000). Fiske (1949) de Cattell (1947)'in çalışma bulgularında yanlışlık olabileceğini ve on altı özelliğin beş faktör ile açıklanabileceğini belirtmiştir. Psikologlar 1980'lerin sonlarına doğru kişilik araştırmalarında karmaşık sonuçların engellenmesi için anlaşılır ve kullanıma uygun “Beş Faktör Modeli” üzerinde anlaşmışlardır (Goldberg 1990, Kokkonen ve Pulkkinen 2001).

Kişilik özelliklerini belirlemek için son yıllarda yapılan çalışmalarda kullanımı konusunda kişilik psikologlarının da üzerinde anlaşmaya vardığı Goldberg tarafından 1990 yılında geliştirilen Beş Faktör Kişilik Envanteri kullanılmaya başlanmıştır (Goldberg 1990). Başka ülkelerde çok farklı dillerde yayınlanan Beş

faktör kişilik envanteri birçok çalışma tarafından desteklenen çok elverişli bir modeldir.

Beş faktör modelinin beş boyutu ve her boyutun on sorusu bulunmaktadır. Envanterin ilk boyutunda dışadönüklük yer almaktadır. Dışadönüklük sosyal insan olma ile ilgilidir. Dışadönük kişilikteki birey, insanlarla bir araya gelmekten hoşlanan, enerjisi yüksek ve genellikle pozitif düşünebilen, istekli ve dinamik bireylerdir. Toplum içinde konuşmayı severler, kendilerini rahat ifade eder ve başkalarının dikkatini kolaylıkla çekebilirler (Costa ve ark 2000, Loveland 2004). İçedönük bireylerin heyecan, coşku ve enerjileri dışadönük bireylerle kıyaslanamaz. İçedönük bireyler kolay sosyalleşme göstermezler. Bu nedenle tedbirli ve sessiz tavırları dikkat çekicidir (Benet-Martinez ve John 1998, Somer ve ark 2002).

Modelin ikinci boyutu uyumluluk olarak belirtilir. Uyumlu kişiler saygılı, arkadaş canlısı, iyiliksever oldukları için başkalarıyla iyi anlaşır (Bacanlı ve ark 2009). Uyumlu olmayan kişiler kendini her şeyin üstünde tutarlar ve başkalarının iyiliğini önemsemezler. Bu kişilerin başkaları ile ilgili kötü düşünceleri, şüpheli ve işbirliğinden kaçınan kişiler olmalarının nedenidir (Bacanlı ve ark 2009, Costa ve McCrae 1995).

Sorumluluk modelin üçüncü boyutudur. Sorumluluk sahibi kişiler planlarını amaçlarına yönelik düzenler ve sebat göstererek başarıyı elde ederler. Ayrıca görev bilinci yüksek ve iş disiplini sahibi bireylerdir. Başkalarının gözünde bu kişiler zeki, çalışkan ve güvenilirdir. Sorumluluk boyutu düşük olan kişiler başarılı olmayı hedeflemezler, güvenilir ve değişken yapıda olmaları sebebiyle eleştiriler alırlar (Bacanlı ve ark 2009, Costa ve McCrae, 1995).

Dördüncü boyut duygusal dengedir. Duygusal denge boyutu yüksek bireyler karşılaştıkları üzücü olaylara karşı daha az tepki gösterirler. Dingindirler, istikrarlıdır ve uzun süre olumsuz duygu beslemezler (Costa ve McCrae 1995, Somer ve ark 2002). Nevrotiklik boyutu yüksek olanlar ise, olumsuz duygular besleme yönelimindedir. Nevrotik kişiler genellikle kaygı, öfke ve depresyon yaşamaya meyillidir (Hankin ve ark 2007, Benet-Martinez ve John 1998).

Modelin son boyutu yeniliklere açık değildir. Yeniliklere açık kişiler meraklı, sanatsever ve güzel olan her şeye duyarlı aydın kişilerdir. Yeniliklere açık olmayan

kişilere kıyasladuygularınındaha çokfarkındadırlar. Yeniliklere açıklık boyutu düşük olan kişilerin ise ilgi alanları sınırlıdır ve farklılık göstermez (Benet-Martinez ve John 1998, Costa ve McCrae, 1995, Somer ve ark 2002, Cloninger 2011).

1.3. Duygusal Zekâ

Thorndike (1937) duygusal zekânın sosyal zekâ kapsamında yer alan bireyleri anlama, yönetme ve insanlar arası ilişkilerde akılcı davranmayı da barındırır. Goleman (1995) duygusal zekâyı şu şekilde tanımlamıştır;

“Bireyin kendisini harekete geçirebilme, aksiliklere karşın yoluna devam edebilme, içgüdülerini kontrol ederek tatmini erteleyebilme, ruh halini düzenleyebilme, duygudaşlık, umut etme, sorunların düşünmeyi engellenmesine izin vermemesidir”(Goleman 1995).

Goleman (1995) “Duygusal Zekâ” adlı kitabında duygusal zekânın, bilişsel zekâdan daha önceli olduğunu yazmıştır.Duygusal zekânınkişinin hislerini göz ardı ederek kendisini iyi davranış sergilemeyezorlamak olmadığı bildirilmiştir.

Duygusal zekâ resmi olarak ilk kez 1990 yılında literatürekazandırılmıştır. Salovey ve Mayer’e göre duygusal zekâ şu şekilde tanımlanmıştır;

“Kişinin kendisinin ve başkalarının his ve duygularını gözlemeleme, bunlar arasında muhakeme yapma ve bu bilgiyi düşünce ve eylemlerinde rehber edinme yeteneğini içeren sosyal zekânın bir alt unsurudur” (Salovey ve Mayer 1990).

Mayor ve Salovey (1997) yüksek EQ sahibi bireylerindüşük EQ'lu bireylere nazaran birtakım üstünlüklere sahip olduğunu bildirdiler. Bu üstünlükler; kendi duygularının farkında olma, problemlere karşı çözüm odaklı olma, strele baş etme, duygularının düzenlenmesi ve duygudaşlıktır (Spence ve ark 2004).

Bir insanın duygusal açıdan zeki olduğunun söylenebilmesi için o kişinin iş, eğitim ve özel hayatında isteklerinin karşılanması için duygularını istediği şekilde kullanabilmesi gereklidir (Yeşilyaprak 2001). Duygular insanların müşterek kullanımında olmasına karşın, bireyler duyguları algılamakta ve yönetmekte farklıdırlar (Petrides ve Furnham 2003).

Duygusal zekâ ile alakalı birçok araştırmacıtarafından model geliştirilmiştir. Dört model temel teşkil etmektedir. Bunlar;

- Mayer ve Salovey'in EQ modeli,
- Goleman'ın EQ modeli,
- Bar-on'un EQ modeli,
- Cooper ve Sawaf'ın EQ modeli

Araştırmalar EQ'yı yetenek modeli ve karma model olmak üzere iki temel yaklaşımla belirtmektedir. Yetenek modelinde Cobb ve Mayer (2000) tarafından duygusal zekânın yetenekler bütünü olduğu ve duygulardan yararlanılarak mantığın kullanımının kaçınılmaz olduğu üzerinde durulmaktadır.

Karma model EQ'nın tanımlanmasında yetenek modeline istinaden daha çok tercih edilmektedir. Karma model EQ'yı sosyal beceriler, özellikler ve davranışlarla açıklar ve duygusal zekânın kazandıracığı başarılar konusunda parlak fikirler sunar (Çakar ve Arbak 2004).

Petrides ve Furnham (2001) tarafından zekânın bir yetenek olduğunu kabul edilip, EQ'nın kişilik unsurlarıyla güçlü alakasından dolayı bir "özellik-kişisel karakter özelliği" olarak ele alındığı belirtilmiştir. Petrides ve Furnham (2001) modellerini "duygusal özyeterlik", Mayer ve Salovey'in zihinsel yetenek modelini de "duygusal bilişsel yetenek" olarak isimlendirmişlerdir. Kişisel karakter özelliğine göre; duygusal zekâyla ilgili yetenekler kişide var olan değil, kendisinde algıladığı yeteneklerdir ve kişisel aktarıma dayanarak ölçülürler (Petrides ve Furnham 2001). Özyeterlik ve EQ kavramlarını bütünleştiren Petrides ve Furnham (2001) arasında başlıca farklılıklar bulunan iki temel EQ kavramı olduğunu belirttiler. Bunlar; bilgiyi işleme süreci yeteneği olarak EQ ve kişisel özellik olarak EQ olarak bildirilir.

Kişisel özellik kavramı olarak EQ, duyguyla ilişkili öze yönelik algılanan yetenekler ve bu yeteneklerin değerlendirilmesi olarak tanımlanırken, bilgiyi işleme süreci kavramı olarak EQ ise duyguyla ilişkili bilişsel becerilere sahip olmayı vurgulamaktadır. Kişisel özellik (duygusal özyeterlik) duyguyla ilişkili, öze yönelik algılama, duygu açısından bilgiyi algılama, duyguyu işleme ve duygunun düzenlenmesindeki farklılıklara ışık tutmaktadır. EQ özelliği, kişilik içerisinde değerlendirilir (Petrides ve Funham 2001). Bilgi işlem süreci olarak EQ, duyguların

düşünceyi desteklemesi için kullanıldığı bilişsel-duygusal yetenekler (duyguları tanıma, ifade etme ve duyguları tanımlama) ile ilgilidir (Deniz ve ark 2013).

Duygusal zekâ düzeyi yüksek kişiler, duyguları çözmekte ve duygularını düzenlemekte daha çok başarı gösterdiklerinden, sosyal ilişkileri güçlendirme konusunda daha iyidirler ve bu nedenle toplumda daha çok kabul görmektedirler (Mavroveli ve ark 2009).Yüksek duygusal zekâ sahibi kişilerin, stresi tehdit olarak görmek yerine kazançlı bir savaşım ve kaçırılmaz fırsat olarak gördüğü ifade edilmektedir. Yüksek duygusal zekâ sahibi kişiler zorluklarla baş edebilmek için daha etkili mekanizma geliştirirler ve zorlukları tehdit olarak görmek yerine, gelişim olarak görmektedirler (Mikolajczak ve Limunet 2008). Yüksek duygusal zekâ puanına sahip olma, kişilerin olumsuz duygularının azaltılarak olumlu duygularla değiştirilmesi için çevreye uyum stratejisi geliştirmede yardımcıdır. Stres ortamında yüksek duygusal zekâ sahibi kişilerin stresi yaşama oranı düşük duygusal zekâ sahibi kişilerden azdır. Örnek vermek gerekirse; sınav zamanlarında yüksek duygusal zekâ sahibi kişiler, düşük duygusal zekâ sahibi kişilere nazaran daha az psikolojik belirti ve somatik şikâyet göstermektedir (Mikolajczak ve Limunet 2008).

1.3.1. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekânın Önemi

Duygular sağlık çalışanlarının hasta, yaralı ve yakınları ile etkileşimini düzenler. Sağlık çalışanları zor durumda kalmış hasta ve yaralılara sağlık hizmeti sunarken birçok duyguyu bir arada yaşar. Buna hasta ve yaralının çaresizliğinde hissedilen şefkat, kötüleşen sağlık durumunda hissedilen hayal kırıklığı, hasta ve yaralının gidişatında oluşaniyileşme sonucunda hissedilen mutluluk örnektir. Hasta ve yaralının hissettiği duygunun anlaşılması sağlık çalışanının kendi duygu ve düşüncelerini tanıyıp, anlamlandırmasıyla mümkündür. Sağlık çalışanı hasta, yaralı veya yakınlarının duygularının farkında olmalı, duyguları kontrol edebilmeli ve yönetebilmelidir (Karakaş ve Küçükoğlu 2011).

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ boyutu üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Evans ve Allen (2002) tarafından duygusal zekânın hemşirelerin kendi duygularını yönetme ve hastalarının hastalıklarını anlama yeteneğinin hasta bakımından önemli bir etken olduğu ancak hemşirelik müfredatında bunun göz ardı edildiği belirtilmiştir. Ayrıca insanların hemşirelik eğitimine alınmadan önce kişisel

beceri eğitimi ile duygusal zekâ değerlendirmesinin de yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Sağlık hizmetlerinde ortak hareket etme davranışı; hasta ile profesyonel derece iyi bir ilişki, açık iletişim ve karşılıklı anlayış gerektirmektedir (McQueen 2000). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki görevlerini daha başarılı bir şekilde yapabilmesini sağlamak için ihtiyaç duydukları bir dizi yetenek ve yeterliliği içeren duygusal zekâ, birçok hemşirelik uzmanının dikkatini kendine çekmiştir (McQueen 2004, Benson ve ark 2010, Farshi ve ark 2015). Mevcut çalışmalara göre, duyguları üzerinde daha iyi bir kontrol sahibi olan ve daha yüksek bir duygusal zekâ ortaya koyan hemşirelik öğrencileri, meslektaşlarına kıyasla daha yüksek mesleki yeterlilik göstermiştir (Beauvais ve ark 2011, Farshi ve ark 2015, Por ve ark 2011). Duygusal zekânın hemşirelik eğitim müfredatında yerini bulması sadece mesleki yeterliliklerin artırılması ile değil aynı zamanda mesleki faaliyetlerin, müşteri memnuniyetinin ve halk sağlığının iyileştirilmesinde etkili olacağı belirtilmiştir (Ranjbar 2015).Sağlık alanında mesleki anlamda bilişsel ve teknik beceriler geliştirilirken, modern sağlık bakım sistemlerinin karmaşık talepleriyle de başa çıkabilmek için kişilerarası iletişim becerisi ve duygusallık akademik çalışmalarda iyi tanınan bir kavram olma yolundadır. Örneğin; hasta bakımı ve multidisipliner ekip çalışması ile ilgili olan diğer insanları anlama, onlarla iyi işbirliği yapma ve kendinin farkında olma yetenekleri üzerine çalışmalar artmaktadır (McQueen 2004). Hastaları tanımak hemşirelere hastaların neden endişe duyduklarını yorumlamada yardımcı olur, hastaların beklentileri karşılar ve ihtiyaçlarını giderir ve hemşirelerin iş tatmini sağlar (Luker ve ark 2000).

Hastaların değerlendirilmesinde, ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve bu ihtiyaçlara karşı duyarlı olmada duygusal zekânın önemi açığa çıkmaktadır. Duygusal zekâ, duygudaşlık ve danışmanlık gibi mesleki becerilerde, duygusal ifadenin yorumlanmasında, hastaların duygusal durumlarının değiştirilmesinde ve kaygının azaltılmasında etkilidir (McQueen 2004). Sağlık çalışanları hasta bakımını doğrudan etkileyen bilgi ve tabanını kullanarak yüksek seviyeli kritik kararlar alırlar (Facione ve Facione 1996). Yazarların birkaçı tarafından duygusal zekânın hemşirelik mesleğinin temel bileşenlerinden biri olduğu savunulmuştur(Freshwater ve Stickley 2004, McQueen 2004).

Gelişmekte olan duygusal zekânın sağlık hizmetlerinin kalitesi için önemli etkiye sahip olduğunu vurgulanmıştır (Akerjordet ve Severinsson 2007). Segal (2002) çalışmasında duygusal zekânın tüm yaşam boyunca öğrenilebilen ve öğretilen bir döngü olduğunu bildirmiştir. Hemşirelik öğrencilerinde otonomik kişilik özelliğinin ve duygusal zekânın bağımsızlık, gerçekçilik ve esneklik boyutlarının stres yönetimi becerileri geliştikçe psikolojik dengelerinin arttığı bildirilmiştir (Büyükbayram ve ark 2016). McCloughen ve Foster (2018) eczacılık öğrencilerinin ve sağlık çalışanının dinamik klinik ortamlarda, karmaşık bakım ve zorlayıcı profesyonel ilişkilerde yüksek stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Buna çözüm olarak; öğrencilerin ve sağlık personellerinin duygusal zekâ becerilerinin güçlendirecek eğitim almaları gerektiği önerilmiştir. Duygusal olarak zeki davranışlar kişilerarası etkileşimi yönetmede etkilidir (McCloughen ve Foster 2018). Duyusal zekâ ile iletişim, çatışma, iş stresi, karar verme, tükenmişlik ve iş performansı ilişkilendirilmiştir. Ayrıca duygusal zekânın hastalarla iletişim konusunda önemli olduğu birçok araştırmada yer bulmaktadır (McQueen 2004, Birks ve Watt 2007). Sağlık çalışanına uygulanan şiddetin nedenleri arasında hasta ve yakınları iletişimin önemi çalışmalarda vurgulanmaktadır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının yüksek duygusal zekâyâ sahip olması gerektiği ancak duygusal zekâ kavramı üzerine sağlık çalışanlarının herhangi bir eğitim almadıkları bulunmuştur. Araştırmamızda iş ortamlarının riskli birim olarak değerlendirildiği 112 acil sağlık hizmetleri çalışanının hasta, yaralı veya yakınları tarafından maruz kaldığı şiddetin çalışanın kişilik özellikleri ve duygusal zekâ boyutuyla değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada şiddete maruz kalma durumunun beş faktör kişilik özelliği ve duygusal zekâ boyutu ile 112 çalışanları üzerinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın bağımlı değişkeni; 112 çalışanlarının maruz kaldığı şiddettir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; 112 çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, kişilik özellikleri ve duygusal zekâ boyutudur.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesindeki 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görevli yaklaşık 700 sayıda hekim dışı sağlık profesyoneli bulunmaktadır. Çalışmaya ait anket soruları hekim dışı sağlık profesyonellerinin tamamına ulaştırılmıştır. Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görevli hekim dışı sağlık profesyonellerinin yarısına yakını (n=360) çalışmaya katılarak örneklem oluşturmuştur. Anketlerin bir kısmının eksik olması ve elli yaş üstü çalışan sayısının az olması sebebiyle 46 anket analiz edilmemiştir. Toplamda 314 anket değerlendirmeye alınmıştır. Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesindeki hekim dışı sağlık profesyonellerinin çalışmaya katılımı %51'dir.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği bünyesinde görev yapmakta olan araştırma sorularını yanıtlamaya gönüllü hekim dışı sağlık profesyonelleri ile sınırlıdır. Çalışmaya sayılarının az olması sebebiyle hizmetli kadrosundaki ambulans sürücüleri ile ambulanda görevli hekimler dâhil edilmemiştir.

2.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarına gidilerek ekipte bulunan sağlık çalışanlarına uygulanan anket yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmada

kullanılan anketler yüz yüze görüşme tekniğiyle Mayıs 2018-Aralık 2018 arasında Konya’da uygulanmıştır. Kullanılan ankette dört bölüm bulunmaktadır. Birinci bölümde demografik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde maruz kalınan şiddeti belirlemeye yönelik sorular, üçüncü bölümde sağlık çalışanlarının kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular ve son bölümde sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyini değerlendirmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

2.6. Veri Toplama Araçları

2.6.1. Sağlık Çalışanının Demografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Sorular

Çalışmaya katılmakta gönüllü 112 çalışanlarının demografik özelliklerini belirlemeye yönelik çalışanlara cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, kadro özelliği ve toplam hizmet sürelerine ilişkin sorular yöneltilmiştir.

2.6.2. Sağlık Çalışanına Uygulanan Şiddeti Belirlemeye Yönelik Sorular

Katılımcıların demografik özellikleri, ikinci bölümde 112 çalışanlarına hizmet süreleri boyunca maruz kaldıkları şiddet ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Çalışmada 112 acil sağlık hizmetleri bünyesindeki 112 çalışanlarına uygulanan şiddetin türünü belirlemek amacıyla daha önce Sucu, Cebeci ve Karazeybek (2007) tarafından oluşturulan hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddetin türünü belirlemeye yönelik anket formları kullanılmıştır. Soru formunda şiddete maruz kalma, maruz kalınan şiddetin türü, 112 çalışanın karşılaştığı şiddet karşısında hissettiği duygu ve gösterdiği davranışlar hakkındaki sorulara yanıt aranmıştır.

2.6.3. 5FKE-KF (Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Formu)

5FKE-KF faktörleri Dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge ve gelişime açıklık olarak isimlendirilmiştir (Tatar 2017). Her faktörde 10 madde bulunur. Beşli likert şeklinde puanlanan toplam elli maddeden oluşmaktadır (Caprara 1993, Saucier ve ark 2002, Gow ve ark 2005). Tatar (2017) Büyük Beş-50 Kişilik Testinin Türkçeye çevirisi ile 5FKE-KF karşılaştırması yapmıştır. Çeviri çalışmasında B5KT-50-Tr'nin beş faktörle toplam varyansın yaklaşık %36'sını açıklamakta ve DFA (Doğrulayıcı Faktör Analizi) sonuçlarına göre modelin uyumluluğu görülmektedir. Test faktörlerinin 0,65-0,79 arasında iç tutarlılık, 0,55-

0,80 arasında da test-tekrar test bağıntıları hesaplanmıştır. Karşılaştırma çalışmasında ise B5KT-50-Tr, toplam varyansın %36,10'unu ve 5FKE-KF, toplam varyansın %32,11'ini açıklamıştır. DFA sonuçlarına göre ise iki test de birbirine yakın düzeyde model uyumu göstermiştir. Faktörlerin iç tutarlılıkları B5KT-50-Tr için 0,68-0,79 5FKE-KF için 0,68-0,85 arasında hesaplanmıştır. İki testin faktörlerinin birbirleri ile bağıntıları ise 0,51-0,66 arasında bulunmuştur. Sonuç olarak, B5KT-50-Tr'nin çevirisi başarılıdır. Temel psikometrik gereklilikleri karşıladığı ve hem geçerlilik ve güvenilirlik olarak 5FKE-KF'ye benzemektedir (Tatar 2017). Çalışmada 112 çalışanlarının kişilik özelliklerini değerlendirmede 5FKE-KF diğer dillere çevrilmesi ve kullanımının yaygın olması sebebiyle tercih edilmiştir. Elde edilen verilerle 5FKE-KF ölçeğinin Cronbach-Alpha iç tutarlık katsayısı bütünü için 0,82 elde edilmiştir. Ankette bulunan sorular “çok uygun” =5, “biraz uygun” =4, “orta/kararsız” =3, “biraz uygun” =2 ve “hiç uygun değil” =1 şeklinde kodlama yapılmıştır. Ankette bulunan 5FKE-KF'na ait elli soru içinde 6, 7, 8, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 46, 48 ve 49 numaralı sorular terstir. Bu sorular “çok uygun” =1, “biraz uygun” =2, “orta/kararsız” =3, “biraz uygun” =4 ve “hiç uygun değil” =5 olarak kodlanmıştır.

2.6.4. Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Çalışmada hekim dışı sağlık profesyonellerinin duygusal zekâ puan ortalaması Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinin psikometrik açıdan incelenmesi ve Türkçe'ye uyarlanması Tatar ve ark (2017) tarafından yapılmıştır. Tatar ve ark (2017) ölçeğin üç faktörlü yapısını incelediği çalışmada hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Austin ve ark (2005) sunduğu sonuçlar ile uyumludur. Ölçeğin Cronbach-Alpha iç tutarlık katsayısı bütünü için 0,82'dir. Alt boyutlarından iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi için 0,75'tir. Duyguların değerlendirilmesi için 0,39 ve duyguların kullanımı için 0,76 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bütünü için test-tekrar test güvenilirlik katsayısı bir hafta arayla (n=88) $r=0,49$ ve iki hafta arayla (n=85) $r=0,56$ bulunmuştur. Tatar ve ark (2017)'nin çalışmadaki bulguları Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği'nin Türkçe konuşan nüfus için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olabileceğini göstermektedir. Çalışmada duygusal zekâ ölçeği Cronbach-Alpha iç tutarlık katsayısı bütünü için 0,78 olarak ve alt boyutları için ise

sırayla 0,82; 0,83 ve 0,67 olarak bulunmuştur. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğine ait üç alt boyut bulunmaktadır. Bunlar;

- İyimserlik/Ruh halinin Düzenlenmesi (1, 2, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 18, 19, 21, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38),
- Duyguların Değerlendirilmesi (3, 6, 8, 12, 17, 22, 24, 26, 28, 35, 39, 40, 41) ve
- Duyguların Kullanımı (4, 10, 13, 14, 20, 23, 34) alt boyutudur.

Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinde (3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 34, 35, 39, 40, 41) numaralı sorular terstir ve “kesinlikle katılıyorum” =1, “katılıyorum” =2, “kararsızım” =3, “katılmıyorum” =4 ve “kesinlikle katılmıyorum” =5 olarak kodlanmıştır.

2.7. Araştırmada Kullanılan İstatistikî Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve veri kontrolü yapılarak ve hatalı veriler düzenlendi. Çalışmada SPSS 22 paket programı kullanımıyla tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Veriler normal dağılıma uyum sağladığından bağımsız değişkenlerde “t” testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı fark bulunan değişkenlerle farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulabilmek için varyansların dağılımı homojen ise Sheffe, varyansların dağılımı homojen değilse Games Howell testi kullanılmıştır. İlişkinin ölçüleceği veriler için Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır.

2.8. Araştırma Etiği

Araştırma öncesinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’ den Etik Kurul Onayı (Bkz. Ek-A) ve araştırmanın yapıldığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli araştırmayı gerçekleştirmek için izin alınmıştır (Bkz. Ek-B). Verilen eğitimler neticesinde anket uygulanacak her bir birey için açıklamalar yapıldı ve bireylerin rızası alınarak rızası olmayanlara anket uygulanmamıştır.

2.9. Araştırma Soruları

- 1. Soru:** 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma düzeyi nedir?

2. **Soru:** 112 alışanlarının şiddet karşısında hissettiği duygu ve gösterdiği davranış nasıldır?
3. **Soru:** 112 alışanlarının demografik özellikleri ile 5FKE ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. **Soru:** 112 alışanlarının demografik özellikleri ile duygusal zekâ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. **Soru:** 112 alışanlarının şMKD (şiddete Maruz Kalma Durumu) ile 5FKE ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
6. **Soru:** 112 alışanlarının şMKD ile duygusal zekâ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
7. **Soru:** 112 alışanlarının 5FKE ve alt boyutları puan ortalamaları ile duygusal zekâ ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki nasıldır?

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan 314 sağlık çalışanının demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %60'a yakını kadın, %65'i evli ve %44'ü çocuk sahibi değildir. Katılımcıların mesleki özelliklerinden kadro durumlarına bakıldığında büyük oranda devlet memuru çalışan bulunmaktadır (%83). En az katılımcıya sahip meslek grubu hemşirelerdir (%5). Eğitim düzeyi önlisans olan çalışanlar tüm katılımcıların yarısını oluşturmaktadır (%50). Hizmet yılı dikkate alındığında 6-10 yıl arasındaki çalışanlar %40 oranıyla diğer katılımcılardan fazladır (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri.

Demografik Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	187	59,60
Erkek	127	40,40
Yaş		
24 yaş ve altı	90	28,70
25-30 yaş	84	26,80
31-39 yaş	101	32,20
40 yaş ve üzeri	39	12,40
Medeni Durum		
Evli	204	65,00
Bekâr	110	35,00
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	137	43,60
1 Çocuk	60	19,10
2 Çocuk	81	25,80
3 Çocuk ve üzeri	36	11,50
Kadro Durumu		
Kadrolu	261	83,10
Sözleşmeli	53	16,90
Meslek		
A.T.T.	159	50,60
Paramedik	94	29,90
Sağlık Memuru	44	14,00
Hemşire	17	5,40
Eğitim Durumu		
Lise	51	16,20
Ön lisans	156	49,70
Lisans	92	29,30
Yüksek Lisans	15	4,80
Hizmet Yılı		
1-5	101	32,20
6-10	125	39,80
11+	88	28,00

Çalışma bulgularına göre katılımcıların %84'ü şiddete maruz kalmıştır (n=264). Şiddete maruz kalmayan çalışanların oranı tüm katılımcıların %16'sını oluşturmaktadır. Sözel şiddete maruz kalma oranı %81 ve fiziksel şiddete maruz kalma oranı %48'dir. Katılımcıların %45'i hem sözel hem de fiziksel şiddet mağdurdur (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Katılımcıların şiddete maruz kalma durumu (ŞMKD).

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet Görmüş	264	84,10
Şiddet Görmemiş	50	15,90
Sözel Şiddet Görmüş	255	81,20
Fiziksel Şiddet Görmüş	149	47,50
Her İkisini de Görmüş	140	44,58
Toplam Katılımcı	314	100,00

*Mağdurlar eşzamanlı olarak birden fazla şiddet türüne maruz kalmışlardır.

Şiddete maruz kalma durumları demografik özellikleri ile değerlendirildiğinde şiddete maruz kalmış kadınlar tüm katılımcıların %51'ini ve şiddete maruz kalmış evli çalışanlar tüm katılımcıların %58'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların mesleki özelliklerine bakıldığında devlet memurluğu kadrosunda bulunan çalışanın şiddete maruz kalma oranı oldukça yüksektir (%77). Şiddete maruz kalan meslek gruplarında Acil tıp teknisyenlerinin oranı %46 ve şiddete maruz kalmış 112 çalışanın % 39'u önlisans mezunudur. Ayrıca şiddete maruz kalan 6-10 yıl arasında hizmet yılına sahip çalışanlar tüm katılımcıların %38'ini oluşturmaktadır (Çizelge 3.3).

Çizelge 3. 3. Şiddete maruz kalma durumunun demografik özelliklere göre değerlendirilmesi.

Demografik Değişkenler	Şiddete Maruz Kalan (n=264)		Şiddete Maruz Kalmayan (n=50)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet				
Kadın	159	50,64	30	9,55
Erkek	105	33,44	20	6,37
Medeni Durum				
Evli	181	57,64	23	7,32
Bekâr	83	26,43	27	8,60
Sözleşmeli	23	7,32	30	9,55

Çizelge 3.3. (Devam). Şiddete maruz kalma durumunun demografik özelliklere göre değerlendirilmesi.

Demografik Değişkenler	Şiddete Maruz Kalan (n=264)		Şiddete Maruz Kalmayan (n=50)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Meslek				
A.T.T.	144	45,86	15	4,78
Paramedik	70	22,29	24	7,64
Sağlık Memuru	36	11,46	8	2,55
Hemşire	14	4,46	3	0,96
Eğitim				
Lise	46	14,65	5	1,59
Ön lisans	123	39,17	33	10,51
Lisans	80	25,48	12	3,82
Yüksek Lisans	15	4,78	0	0
Hizmet Yılı				
1-5	69	21,97	32	10,19
6-10	118	37,58	7	2,23
11+	77	24,52	11	3,50

Çalışmaya katılım sağlayanların şiddet karşısında %77'si kızgınlık, %6'sı utanma ve %58'i üzüntü hissederken; %9'u "neden ben" diye kendini suçlama yoluna gitmiştir. Ayrıca katılımcıların %75'i şiddet karşısında karşı tarafı sakinleştirmeye çalışmış ve %28'i şiddete karşılık vermiştir. Şiddete maruz kalanların sadece %4'ü sağlık raporu almış, %17'si yasal işlem başlatmış ve %24'ü yazılı beyanda bulunmuştur (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Şiddete maruz kalanların hissettikleri duygu ve gösterdikleri davranış.

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet Karşısında Hissedilen Duygu		
Kızgınlık	202	76,50
Üzüntü	154	58,30
Şaşkınlık	83	31,40
Hayal kırıklığı	102	38,60
Çaresizlik	65	24,60
Korku	86	32,60
Güçsüzlük	31	11,70
Neden Ben	23	8,70
Utanma	17	6,40

Çizelge 3.4. (Devam). Katılımcıların şiddet sonrasında hissettikleri duygu ve gösterdikleri davranış.

Değişkenler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet Karşısında Gösterilen Davranış		
Sakinleştirmek	199	75,40
Karşılık	75	28,40
Kaçtım	67	25,40
Yasal İşlem	46	17,40
Rapor	11	4,20
Yazılı Beyan	62	23,50

*Mağdurlar eşzamanlı olarak birden fazla seçeneği işaretlemiştir.

Çalışmada değerlendirilen tüm katılımcıların 5FKE puan ortalaması 3,35 olarak bulunmuştur. Katılımcıların puan ortalamasının en yüksek olduğu 5FKE alt boyutu yeniliklere açık olma iken, en düşük ortalamaya sahip alt boyut duygusal denge alt boyutudur. Bunun yanında katılımcıların 5FKE ve alt boyutu puan ortalamaları 3,00'ün üzerinde bulunmuştur. Çalışmada değerlendirilen tüm katılımcıların EQ puan ortalaması 3,23 olarak saptanmıştır. Duygusal zekâ alt boyutları içinde iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu puan ortalaması 3,85'i bulunmuşken, duyguların değerlendirilmesi ve duyguların kullanımı alt boyutu puan ortalaması 3,00'ün altındadır.

Çizelge 3.5. Katılımcıların 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler	n	Ort.	SS	Min	Max
5FKE	314	3,35	0,33	2,62	4,48
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	314	3,46	0,41	2,40	4,80
5FKEBoyut2: Uyumluluk	314	3,35	0,42	1,70	5,00
5FKEBoyut3: Sorumluluk	314	3,36	0,47	2,30	5,00
5FKEBoyut4: Duygusal Denge	314	3,10	0,77	1,40	5,00
5FKEBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	314	3,49	0,55	1,70	5,00
EQ	314	3,23	3,33	2,54	4,63
EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	314	3,85	0,43	2,71	4,86
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	314	2,41	0,65	1,00	4,77
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	314	2,91	0,64	1,14	5,00

Çalışma bulgularında katılımcıların cinsiyetine göre 5FKE puan ortalamasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,47$). Cinsiyet ile 5FKE Boyut2 puan ortalaması arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0,02$). Kadın katılımcıların 5FKE uyumluluk puan ortalaması erkeklerden fazladır. Cinsiyete göre EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,13$). Kadın çalışanların EQ Boyut2 puan ortalaması arasında anlamlı fark görülmektedir ($p<0,01$). Katılımcıların cinsiyeti ile EQ Boyut3 puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p=0,03$). Bu durumda kadın katılımcıların EQ duyguların değerlendirilmesi ve EQ duyguların kullanımı puan ortalamaları erkek katılımcılardan fazladır (Çizelge3.5).

Çizelge 3. 5. Cinsiyete göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ort.	SS	t	p																																																																																																
5FKE	Erkek	127	3,35	0,32	0,006	0,470																																																																																																
	Kadın	187	3,35	0,34			5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	Erkek	127	3,49	0,42	1,282	0,415	Kadın	187	3,43	0,39	5FKEBoyut2: Uyumluluk	Erkek	127	3,33	0,48	-0,652	0,020	Kadın	187	3,36	0,37	5FKEBoyut3:Sorumluluk	Erkek	127	3,44	0,45	2,345	0,683	Kadın	187	3,31	0,47	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Erkek	127	2,89	0,74	-3,771	0,552	Kadın	187	3,22	0,77	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448	Kadın	187	3,42	0,55	EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	Erkek	127	3,49	0,42	1,282	0,415																																																																																																
	Kadın	187	3,43	0,39			5FKEBoyut2: Uyumluluk	Erkek	127	3,33	0,48	-0,652	0,020	Kadın	187	3,36	0,37	5FKEBoyut3:Sorumluluk	Erkek	127	3,44	0,45	2,345	0,683	Kadın	187	3,31	0,47	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Erkek	127	2,89	0,74	-3,771	0,552	Kadın	187	3,22	0,77	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448	Kadın	187	3,42	0,55	EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69								
5FKEBoyut2: Uyumluluk	Erkek	127	3,33	0,48	-0,652	0,020																																																																																																
	Kadın	187	3,36	0,37			5FKEBoyut3:Sorumluluk	Erkek	127	3,44	0,45	2,345	0,683	Kadın	187	3,31	0,47	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Erkek	127	2,89	0,74	-3,771	0,552	Kadın	187	3,22	0,77	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448	Kadın	187	3,42	0,55	EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																			
5FKEBoyut3:Sorumluluk	Erkek	127	3,44	0,45	2,345	0,683																																																																																																
	Kadın	187	3,31	0,47			5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Erkek	127	2,89	0,74	-3,771	0,552	Kadın	187	3,22	0,77	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448	Kadın	187	3,42	0,55	EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																														
5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Erkek	127	2,89	0,74	-3,771	0,552																																																																																																
	Kadın	187	3,22	0,77			5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448	Kadın	187	3,42	0,55	EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																																									
5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Erkek	127	3,60	0,52	2,848	0,448																																																																																																
	Kadın	187	3,42	0,55			EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127	Kadın	187	3,22	0,36	EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																																																				
EQ	Erkek	127	3,25	0,27	0,730	0,127																																																																																																
	Kadın	187	3,22	0,36			EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650	Kadın	187	3,87	0,43	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																																																															
EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Erkek	127	3,82	0,44	-1,018	0,650																																																																																																
	Kadın	187	3,87	0,43			EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004	Kadın	187	2,41	0,72	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																																																																										
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Erkek	127	2,40	0,53	-0,199	0,004																																																																																																
	Kadın	187	2,41	0,72			EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032	Kadın	187	2,77	0,69																																																																																					
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Erkek	127	3,11	0,49	4,803	0,032																																																																																																
	Kadın	187	2,77	0,69																																																																																																		

Çalışma bulgularına göre katılımcıların medeni durumuna göre 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,96$). Ayrıca katılımcıların medeni durumları ile 5FKE alt boyutları puan ortalamaları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların medeni durumuna göre EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,90$). Bekâr çalışanların EQ Boyut2 puan ortalaması evli olanlara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,04$). Bekâr çalışanların EQ duyguların değerlendirme puanı evli çalışanlara göre fazladır. Bunun yanında evli çalışanların EQ Boyut3 puan ortalaması bekâr olanlardan farklıdır ($p=0,03$). Evli çalışanların EQ duyguların kullanımı puanı bekâr olanlara göre fazladır (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6. Medeni duruma göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği

Değişkenler	Medeni Durumu	n	Ort.	SS	t	p																																																																																																
5FKE	Evli	204	3,35	0,32	0,141	0,960																																																																																																
	Bekâr	110	3,35	0,34			5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	Evli	204	3,45	0,40	-0,078	0,691	Bekâr	110	3,46	0,41	5FKEBoyut2:Uyumluluk	Evli	204	3,36	0,42	0,635	0,575	Bekâr	110	3,33	0,42	5FKEBoyut3:Sorumluluk	Evli	204	3,38	0,46	0,651	0,232	Bekâr	110	3,34	0,48	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Evli	204	3,08	0,76	-0,345	0,674	Bekâr	110	3,11	0,80	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761	Bekâr	110	3,49	0,54	EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	Evli	204	3,45	0,40	-0,078	0,691																																																																																																
	Bekâr	110	3,46	0,41			5FKEBoyut2:Uyumluluk	Evli	204	3,36	0,42	0,635	0,575	Bekâr	110	3,33	0,42	5FKEBoyut3:Sorumluluk	Evli	204	3,38	0,46	0,651	0,232	Bekâr	110	3,34	0,48	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Evli	204	3,08	0,76	-0,345	0,674	Bekâr	110	3,11	0,80	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761	Bekâr	110	3,49	0,54	EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74								
5FKEBoyut2:Uyumluluk	Evli	204	3,36	0,42	0,635	0,575																																																																																																
	Bekâr	110	3,33	0,42			5FKEBoyut3:Sorumluluk	Evli	204	3,38	0,46	0,651	0,232	Bekâr	110	3,34	0,48	5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Evli	204	3,08	0,76	-0,345	0,674	Bekâr	110	3,11	0,80	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761	Bekâr	110	3,49	0,54	EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																			
5FKEBoyut3:Sorumluluk	Evli	204	3,38	0,46	0,651	0,232																																																																																																
	Bekâr	110	3,34	0,48			5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Evli	204	3,08	0,76	-0,345	0,674	Bekâr	110	3,11	0,80	5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761	Bekâr	110	3,49	0,54	EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																														
5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Evli	204	3,08	0,76	-0,345	0,674																																																																																																
	Bekâr	110	3,11	0,80			5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761	Bekâr	110	3,49	0,54	EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																																									
5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Evli	204	3,49	0,55	-0,075	0,761																																																																																																
	Bekâr	110	3,49	0,54			EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901	Bekâr	110	3,25	0,33	EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																																																				
EQ	Evli	204	3,22	0,32	-0,691	0,901																																																																																																
	Bekâr	110	3,25	0,33			EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810	Bekâr	110	3,88	0,44	EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																																																															
EQBoyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Evli	204	3,84	0,43	-0,696	0,810																																																																																																
	Bekâr	110	3,88	0,44			EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047	Bekâr	110	2,45	0,70	EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																																																																										
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Evli	204	2,39	0,62	-0,793	0,047																																																																																																
	Bekâr	110	2,45	0,70			EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032	Bekâr	110	2,87	0,74																																																																																					
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Evli	204	2,93	0,58	0,839	0,032																																																																																																
	Bekâr	110	2,87	0,74																																																																																																		

Çalışma bulgularına göre katılımcıların kadro durumu ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,01$). Sözleşmeli çalışanların 5FKE puan ortalaması daha yüksektir. Kadro durumu ile 5FKE Boyut2 puan ortalaması anlamlı şekilde farklıdır($p=0,03$). Devlet memurlarının sözleşmeli çalışanlara göre 5FKE uyumluluk puan ortalaması yüksektir. Kadro durumu ile 5FKE Boyut4 puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p<0,01$). Sözleşmeli olarak çalışanlar devlet memurlarından daha yüksek duygusal denge puanına sahiptir. Katılımcıların kadro durumu ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,11$). Kadro durumu ile EQ Boyut2 arasında anlamlı fark vardır ($p=0,01$). Sözleşmeli olarak çalışanların EQ duyguların değerlendirilmesi puan ortalaması devlet memurlarına göre daha yüksektir. Kadro durumu ile EQ Boyut3 arasında da anlamlı fark vardır ($p=0,01$). Devlet memurlarının EQ duyguların kullanımı puan ortalaması sözleşmeli çalışanlardan yüksektir (Çizelge 3.7).

Çizelge3.7. Kadro durumuna göre 5FKE ve EQ puan ortalaması.

Değişkenler	Kadro Durumu	n	Ort.	SS	t	p
5FKE	Kadrolu	261	3,35	0,31	0,003	0,013
	Sözleşmeli	53	3,35	0,40		
5FKEBoyut1:Dışa Dönüklük	Kadrolu	261	3,46	0,40	0,428	0,340
	Sözleşmeli	53	3,43	0,46		
5FKEBoyut2:Uyumluluk	Kadrolu	261	3,36	0,40	0,925	0,031
	Sözleşmeli	53	3,30	0,51		
5FKEBoyut3:Sorumluluk	Kadrolu	261	3,37	0,47	0,470	0,899
	Sözleşmeli	53	3,33	0,43		
5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Kadrolu	261	3,06	0,73	-1,745	0,000
	Sözleşmeli	53	3,26	0,95		
5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Kadrolu	261	3,51	0,54	1,040	0,973
	Sözleşmeli	53	3,42	0,55		
EQ	Kadrolu	261	3,20	0,31	-3,809	0,113
	Sözleşmeli	53	3,39	0,38		
EQ Boyut1:İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Kadrolu	261	3,84	0,44	-1,081	0,828
	Sözleşmeli	53	3,91	0,41		
EQ Boyut2:Duyguların Değerlendirilmesi	Kadrolu	261	2,34	0,62	-4,142	0,011
	Sözleşmeli	53	2,74	0,72		
EQ Boyut3:Duyguların Kullanımı	Kadrolu	261	2,89	0,59	-1,367	0,014
	Sözleşmeli	53	3,02	0,83		

Çalışma bulgularında katılımcıların şiddete maruz kalma durumu ile 5FKE puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,56$). Şiddete maruz kalma durumu ile 5FKE Boyut4 arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0,01$). Şiddet görmeyenlerin duygusal denge puan ortalaması şiddet görenlerden yüksektir. Şiddete maruz kalma durumu ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,071$). Katılımcıların şiddete maruz kalma durumu ile EQ Boyut1, EQ Boyut2 ve EQ Boyut3 puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmemiştir (Çizelge 3.8).

Çizelge 3. 8. Şiddete maruz kalma durumuna göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler	ŞMKD	n	Ort.	SS	t	p
5FKE	Şiddet görmüş	264	3,34	0,33	-1,005	0,563
	Şiddet görmemiş	50	3,39	0,33		
5FKEBoyut1:Dışa Dönüklük	Şiddet görmüş	264	3,46	0,40	0,640	0,281
	Şiddet görmemiş	50	3,42	0,43		
5FKEBoyut2:Uyumluluk	Şiddet görmüş	264	3,33	0,42	-1,604	0,450
	Şiddet görmemiş	50	3,44	0,43		
5FKEBoyut3:Sorumluluk	Şiddet görmüş	264	3,36	0,46	-0,307	0,442
	Şiddet görmemiş	50	3,38	0,52		
5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Şiddet görmüş	264	3,06	0,73	-1,538	0,008
	Şiddet görmemiş	50	3,24	0,94		
5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Şiddet görmüş	264	3,49	0,56	0,162	0,161
	Şiddet görmemiş	50	3,48	0,44		
EQ	Şiddet görmüş	264	3,23	0,34	-0,503	0,071
	Şiddet görmemiş	50	3,26	0,24		
EQ Boyut1:İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Şiddet görmüş	264	3,85	0,44	-0,099	0,674
	Şiddet görmemiş	50	3,86	0,41		
EQ Boyut2:Duyguların Değerlendirilmesi	Şiddet görmüş	264	2,40	0,66	-0,773	0,871
	Şiddet görmemiş	50	2,47	0,60		
EQ Boyut3:Duyguların Kullanımı	Şiddet görmüş	264	2,91	0,65	0,154	0,237
	Şiddet görmemiş	50	2,89	0,60		

**ŞMKD: Şiddete Maruz Kalma Durumu

Çalışmaya katılanların sözel şiddete maruz kalma durumları ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,87$). Çalışma bulgularına göre sözel şiddete maruz kalma ile 5FKE Boyut4 puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p<0,01$). Duygusal Denge puanı yüksek çalışanların diğer çalışanlara göre daha fazla sözel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. 5FKE diğer alt boyutları ile sözel şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların sözel şiddete maruz kalma durumu ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,10$). Sözel şiddete maruz kalma durumu ile EQ alt boyutları arasında da anlamlı fark bulunmamaktadır (Çizelge 3.9).

Çizelge 3. 9. Sözel şiddete maruz kalma durumu ile 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler	SŞMKD	n	Ort.	SS	t	p
5FKE	Şiddet görmüş	255	3,33	0,32	-1,734	0,871
	Şiddet görmemiş	59	3,42	0,34		
5FKÖBoyut1:Dışa Dönüklük	Şiddet görmüş	255	3,46	0,41	0,671	0,964
	Şiddet görmemiş	59	3,42	0,40		
5FKÖBoyut2:Uyumluluk	Şiddet görmüş	255	3,34	0,42	-1,177	0,129
	Şiddet görmemiş	59	3,41	0,41		
5FKÖBoyut3:Sorumluluk	Şiddet görmüş	255	3,35	0,46	-1,134	0,376
	Şiddet görmemiş	59	3,43	0,51		
5FKÖBoyut4:Duygusal Denge	Şiddet görmüş	255	3,05	0,72	-1,740	0,002
	Şiddet görmemiş	59	3,25	0,95		
5FKÖBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Şiddet görmüş	255	3,47	0,54	-1,388	0,739
	Şiddet görmemiş	59	3,58	0,53		
EQ	Şiddet görmüş	255	3,23	0,34	-1,016	0,104
	Şiddet görmemiş	59	3,27	0,25		
EQ Boyut1:İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Şiddet görmüş	255	3,85	0,44	-0,199	0,267
	Şiddet görmemiş	59	3,86	0,39		
EQ Boyut2:Duyguların Değerlendirilmesi	Şiddet görmüş	255	2,39	0,66	-1,260	0,618
	Şiddet görmemiş	59	2,50	0,58		
EQ Boyut3:Duyguların Kullanımı	Şiddet görmüş	255	2,91	0,65	-0,265	0,129
	Şiddet görmemiş	59	2,93	0,57		

** SŞMKD: Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumu

Çalışma bulgularına göre katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalma durumları ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,51$). Benzer şekilde katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalmaları ile 5FKE ve alt boyutları puan ortalaması arasında da anlamlı fark yoktur. Fiziksel şiddete maruz kalma durumu ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=1,48$). Aynı şekilde katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalmaları ile EQ alt boyutları arasında da anlamlı fark yoktur (Çizelge 3.10).

Çizelge 3.10. Fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler	FŞMKD	n	Ort.	SS	t	p
5FKE	Şiddet görmüş	149	3,35	0,31	0,158	0,514
	Şiddet görmemiş	165	3,35	0,34		
5FKEBoyut1:Dışa Dönüklük	Şiddet görmüş	149	3,45	0,38	-0,140	0,402
	Şiddet görmemiş	165	3,46	0,43		
5FKEBoyut2:Uyumluluk	Şiddet görmüş	149	3,36	0,42	0,440	0,370
	Şiddet görmemiş	165	3,34	0,42		
5FKEBoyut3:Sorumluluk	Şiddet görmüş	149	3,35	0,41	-0,518	0,112
	Şiddet görmemiş	165	3,38	0,52		
5FKEBoyut4:Duygusal Denge	Şiddet görmüş	149	3,01	0,77	-1,567	0,880
	Şiddet görmemiş	165	3,16	0,77		
5FKEBoyut5:Yeniliklere Açık Olma	Şiddet görmüş	149	3,59	0,56	2,947	0,178
	Şiddet görmemiş	165	3,40	0,51		
EQ	Şiddet görmüş	149	3,26	0,34	0,680	1,476
	Şiddet görmemiş	165	3,21	0,31		
EQ Boyut1:İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Şiddet görmüş	149	3,91	0,42	0,775	2,327
	Şiddet görmemiş	165	3,80	0,44		
EQ Boyut2:Duyguların Değerlendirilmesi	Şiddet görmüş	149	2,38	0,65	0,761	-0,729
	Şiddet görmemiş	165	2,43	0,65		
EQ Boyut3:Duyguların Kullanımı	Şiddet görmüş	149	2,95	0,63	0,777	1,114
	Şiddet görmemiş	165	2,87	0,64		

** FŞKMD: Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu

Katılımcıların yaşları ve 5FKE puan ortalaması arasında yapılan ANOVA testine göre anlamlı fark yoktur ($p=0,47$). Aynı şekilde katılımcıların yaşları ile 5FKE alt boyut puan ortalamaları arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların yaşları ile EQ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,01$). Katılımcılar içinde en küçük yaş (24 yaş ve altı) grubundaki çalışanların diğer katılımcılara göre EQ ve bütün alt boyutu puan ortalamaları en yüksek değere sahiptir (Çizelge 3.11).

Çizelge 3. 11. Yaşa göre 5FKE ve EQ puan ortalaması.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Games Howell)
5FKE	24 yaş ve altı ¹	90	3,39	0,38	0,850	0,467	-
	25-30 yaş ²	84	3,36	0,27			
	31-39 yaş ³	101	3,32	0,33			
	40 yaş + ⁴	39	3,32	0,33			
	Toplam	314	3,35	0,33			
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	24 yaş ve altı ¹	90	3,46	0,45	0,184	0,908	-
	25-30 yaş ²	84	3,47	0,35			
	31-39 yaş ³	101	3,43	0,42			
	40 yaş + ⁴	39	3,49	0,39			
	Toplam	314	3,46	0,41			
5FKEBoyut2: Uyumluluk	24 yaş ve altı ¹	90	3,35	0,47	0,212	0,888	-
	25-30 yaş ²	84	3,35	0,37			
	31-39 yaş ³	101	3,37	0,41			
	40 yaş + ⁴	39	3,31	0,43			
	Toplam	314	3,35	0,42			
5FKEBoyut3: Sorumluluk	24 yaş ve altı ¹	90	3,39	0,47	1,366	0,253	-
	25-30 yaş ²	84	3,42	0,50			
	31-39 yaş ³	101	3,29	0,44			
	40 yaş + ⁴	39	3,35	0,43			
	Toplam	314	3,36	0,47			
5FKEBoyut4: Duygusal Denge	24 yaş ve altı ¹	90	3,22	0,85	1,612	0,186	-
	25-30 yaş ²	84	3,08	0,72			
	31-39 yaş ³	101	3,04	0,72			
	40 yaş + ⁴	39	2,93	0,80			
	Toplam	314	3,09	0,77			
5FKEBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	24 yaş ve altı ¹	90	3,53	0,54	0,419	0,740	-
	25-30 yaş ²	84	3,47	0,50			
	31-39 yaş ³	101	3,46	0,57			
	40 yaş + ⁴	39	3,54	0,57			
	Toplam	314	3,49	0,54			
EQ	24 yaş ve altı ¹	90	3,39	0,42	9,919	<0,001	1>2,3,4
	25-30 yaş ²	84	3,18	0,23			
	31-39 yaş ³	101	3,16	0,29			
	40 yaş + ⁴	39	3,20	0,25			
	Toplam	314	3,23	0,33			

Çizelge 3.11. (Devam). Yaşa göre 5FKE ve EQ puan ortalaması.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Games Howell)
EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	24 yaş ve altı ¹	90	3,95	0,43	4,201	0,006	1>2,3,4
	25-30 yaş ²	84	3,90	0,41			
	31-39 yaş ³	101	3,75	0,44			
	40 yaş + ⁴	39	3,80	0,39			
	Toplam	314	3,85	0,43			
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	24 yaş ve altı ¹	90	2,68	0,78	8,490	<0,001	1>2,3,4
	25-30 yaş ²	84	2,24	0,58			
	31-39 yaş ³	101	2,36	0,54			
	40 yaş + ⁴	39	2,28	0,56			
	Toplam	314	2,41	0,65			
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	24 yaş ve altı ¹	90	3,01	0,84	3,952	0,009	1>2,3,4
	25-30 yaş ²	84	2,74	0,56			
	31-39 yaş ³	101	2,89	0,48			
	40 yaş + ⁴	39	3,10	0,53			
	Toplam	314	2,91	0,64			

Katılımcıların meslekleri ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,5$). Anlamlı fark sadece meslek gruplarına göre 5FKE Boyut1 puan ortalaması arasında vardır ($p<0,01$). Buna göre sağlık memurlarının 5FKE dışa dönüklük puan ortalaması diğer meslek gruplarından fazladır. Katılımcıların meslek grubu ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Paramedik mesleğine sahip olanların EQ puan ortalaması diğer meslek gruplarına göre fazladır. Katılımcıların meslek grubuna göre EQ Boyut2 puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,21$). Meslek gruplarına göre EQ Boyut1 ve EQ Boyut3 arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$ ve $p=0,02$). Paramediklerin diğer meslek gruplarına göre EQ iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi ve EQ duyguların kullanımı puan ortalaması daha yüksektir (Çizelge 3.12).

Çizelge 3. 12. Meslek gruplarına göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Games Howell)
5FKE	ATT ¹	159	3,33	0,32	0,776	0,508	-
	Paramedik ²	94	3,39	0,35			
	Sağlık Memuru ³	44	3,34	0,31			
	Hemşire ⁴	17	3,32	0,33			
	Toplam	314	3,35	0,33			
5FKE Boyut1: Dışa Dönüklük	ATT ¹	159	3,38	0,36	4,215	0,006	3>1,2,4
	Paramedik ²	94	3,49	0,39			
	Sağlık Memuru ³	44	3,59	0,53			
	Hemşire ⁴	17	3,59	0,41			
	Toplam	314	3,46	0,41			

Çizelge 3. 12 (Devam). Meslek gruplarına göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc(Games Howell)
5FKEBoyut2: Uyumluluk	ATT ¹	159	3,36	0,41	0,182	0,909	-
	Paramedik ²	94	3,36	0,46			
	Sağlık Memuru ³	44	3,31	0,41			
	Hemşire ⁴	17	3,32	0,36			
	Toplam	314	3,35	0,42			
5FKEBoyut3: Sorumluluk	ATT ¹	159	3,35	0,48	0,330	0,803	-
	Paramedik ²	94	3,40	0,48			
	Sağlık Memuru ³	44	3,34	0,41			
	Hemşire ⁴	17	3,32	0,39			
	Toplam	314	3,36	0,47			
5FKEBoyut4: Duygusal Denge	ATT ¹	159	3,10	0,76	1,247	0,293	-
	Paramedik ²	94	3,16	0,82			
	Sağlık Memuru ³	44	2,90	0,69			
	Hemşire ⁴	17	3,17	0,76			
	Toplam	314	3,09	0,77			
5FKEBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	ATT ¹	159	3,47	0,57	2,324	0,075	-
	Paramedik ²	94	3,55	0,52			
	Sağlık Memuru ³	44	3,55	0,52			
	Hemşire ⁴	17	3,20	0,41			
	Toplam	314	3,49	0,54			
EQ	ATT ¹	159	3,20	0,33	4,847	0,003	2>1,3,4
	Paramedik ²	94	3,33	0,35			
	Sağlık Memuru ³	44	3,19	0,26			
	Hemşire ⁴	17	3,09	0,15			
	Toplam	314	3,23	0,33			
EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	ATT ¹	159	3,83	0,46	4,753	0,003	2>1,3,4
	Paramedik ²	94	3,97	0,36			
	Sağlık Memuru ³	44	3,70	0,46			
	Hemşire ⁴	17	3,77	0,29			
	Toplam	314	3,85	0,43			
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	ATT ¹	159	2,38	0,64	1,501	0,214	-
	Paramedik ²	94	2,50	0,71			
	Sağlık Memuru ³	44	2,39	0,51			
	Hemşire ⁴	17	2,17	0,62			
	Toplam	314	2,41	0,65			
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	ATT ¹	159	2,84	0,57	3,143	0,026	2>1,3,4
	Paramedik ²	94	2,95	0,81			
	Sağlık Memuru ³	44	3,14	0,45			
	Hemşire ⁴	17	2,73	0,33			
	Toplam	314	2,91	0,64			

Katılımcıların eğitim düzeyi ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur (p=0,41). Katılımcıların eğitim düzeyleri ile 5FKE Boyut3 puan ortalaması arasında fark bulunmuştur (p=0,03). Buna göre lise mezunlarının 5FKE sorumluluk puan ortalaması diğer meslek gruplarından fazladır. Eğitim düzeyi ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,20). Eğitim düzeyi ile EQ

Boyut2 puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p=0,03$). Buna göre önlisans mezunlarının EQ duyguların değerlendirilmesi puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir (Çizelge 3.13).

Çizelge 3. 13. Eğitim durumuna göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc(Games Howell)
5FKE	Lise ¹	51	3,41	0,38	0,957	0,413	-
	Ön lisans ²	156	3,34	0,31			
	Lisans ³	92	3,35	0,34			
	Lisansüstü ⁴	15	3,28	0,27			
	Toplam	314	3,35	0,33			
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	Lise ¹	51	3,49	0,39	0,701	0,552	-
	Ön lisans ²	156	3,47	0,43			
	Lisans ³	92	3,41	0,39			
	Lisansüstü ⁴	15	3,45	0,35			
	Toplam	314	3,46	0,41			
5FKEBoyut2: Uyumluluk	Lise ¹	51	3,42	0,46	1,802	0,147	-
	Ön lisans ²	156	3,36	0,40			
	Lisans ³	92	3,33	0,43			
	Lisansüstü ⁴	15	3,14	0,42			
	Toplam	314	3,35	0,42			
5FKEBoyut3: Sorumluluk	Lise ¹	51	3,52	0,63	2,945	0,033	1>2,3,4
	Ön lisans ²	156	3,31	0,40			
	Lisans ³	92	3,36	0,47			
	Lisansüstü ⁴	15	3,43	0,38			
	Toplam	314	3,36	0,47			
5FKEBoyut4: Duyusal Denge	Lise ¹	51	3,21	0,83	1,796	0,148	-
	Ön lisans ²	156	3,05	0,74			
	Lisans ³	92	3,15	0,81			
	Lisansüstü ⁴	15	2,75	0,53			
	Toplam	314	3,09	0,77			
5FKEBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	Lise ¹	51	3,42	0,57	0,618	0,604	-
	Ön lisans ²	156	3,49	0,52			
	Lisans ³	92	3,51	0,54			
	Lisansüstü ⁴	15	3,61	0,67			
	Toplam	314	3,49	0,54			
EQ	Lise ¹	51	3,20	0,33	1,525	0,208	-
	Ön lisans ²	156	3,27	0,32			
	Lisans ³	92	3,20	0,35			
	Lisansüstü ⁴	15	3,18	0,24			
	Toplam	314	3,23	0,33			
EQ Boyut1: İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Lise ¹	51	3,80	0,45	0,439	0,725	-
	Ön lisans ²	156	3,86	0,43			
	Lisans ³	92	3,88	0,43			
	Lisansüstü ⁴	15	3,82	0,46			
	Toplam	314	3,85	0,43			
EQ Boyut2: Duyuların Değerlendirilmesi	Lise ¹	51	2,39	0,57	2,963	0,032	2>1,3,4
	Ön lisans ²	156	2,51	0,67			
	Lisans ³	92	2,28	0,66			
	Lisansüstü ⁴	15	2,20	0,46			
	Toplam	314	2,41	0,65			

Çizelge 3.13 (Devam). Eğitim durumuna göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc(Games Howell)
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Lise ¹	51	2,92	0,63	0,749	0,523	-
	Ön lisans ²	156	2,94	0,62			
	Lisans ³	92	2,84	0,70			
	Lisansüstü ⁴	15	3,05	0,42			
	Toplam	314	2,91	0,64			

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,15$). Çocuk sahibi olma durumu ile 5FKE Boyut4 puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,00$). Buna göre çocuk sahibi olmayan katılımcıların 5FKE duygusal denge puan ortalaması diğer katılımcılardan fazladır. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$). Çocuk sahibi olmayanların EQ puan ortalaması diğer katılımcılardan fazladır. Çocuk sahibi olma durumu ile EQ Boyut1 puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,03$). Bu durumda 2 çocuk sahibi olan çalışanların EQ iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir (Çizelge 3.14).

Çizelge 3. 14. Çocuk sahibi olma durumlarına göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe)
5FKE	Çocuk yok ¹	137	3,36	0,34	1,737	0,159	-
	1 çocuk ²	60	3,32	0,28			
	2 çocuk ³	81	3,40	0,32			
	3 çocuk + ⁴	36	3,26	0,35			
	Toplam	314	3,35	0,33			
5FKÖBoyut1: Dışa Dönüklük	Çocuk yok ¹	137	3,46	0,40	0,601	0,615	-
	1 çocuk ²	60	3,44	0,38			
	2 çocuk ³	81	3,42	0,44			
	3 çocuk + ⁴	36	3,53	0,37			
	Toplam	314	3,46	0,41			
5FKÖBoyut2: Uyumluluk	Çocuk yok ¹	137	3,33	0,41	0,377	0,769	-
	1 çocuk ²	60	3,34	0,46			
	2 çocuk ³	81	3,39	0,41			
	3 çocuk + ⁴	36	3,33	0,41			
	Toplam	314	3,35	0,42			
5FKÖBoyut3: Sorumluluk	Çocuk yok ¹	137	3,36	0,48	0,120	0,948	-
	1 çocuk ²	60	3,34	0,45			
	2 çocuk ³	81	3,38	0,45			
	3 çocuk + ⁴	36	3,38	0,51			
	Toplam	314	3,36	0,47			

Çizelge 3.14 (Devam). Çocuk sahibi olma durumlarına göre 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe)
5FKÖBoyut4: Duygusal Denge	Çocuk yok ¹	137	3,12	0,81	5,066	0,002	1>2,3,4
	1 çocuk ²	60	2,98	0,58			
	2 çocuk ³	81	3,29	0,78			
	3 çocuk + ⁴	36	2,73	0,76			
	Toplam	314	3,09	0,77			
5FKÖBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	Çocuk yok ¹	137	3,51	0,54	1,282	0,280	-
	1 çocuk ²	60	3,51	0,49			
	2 çocuk ³	81	3,52	0,58			
	3 çocuk + ⁴	36	3,33	0,54			
	Toplam	314	3,49	0,54			
EQ	Çocuk yok ¹	137	3,27	0,38	3,348	0,019	1>2,3,4
	1 çocuk ²	60	3,25	0,29			
	2 çocuk ³	81	3,23	0,26			
	3 çocuk + ⁴	36	3,08	0,24			
	Toplam	314	3,23	0,33			
EQ Boyut1: İyimserlik/ Ruh Halinin Düzenlenmesi	Çocuk yok ¹	137	3,88	0,44	2,835	0,038	3>1,2,4
	1 çocuk ²	60	3,86	0,46			
	2 çocuk ³	81	3,89	0,40			
	3 çocuk + ⁴	36	3,66	0,39			
	Toplam	314	3,85	0,43			
EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi	Çocuk yok ¹	137	2,47	0,78	1,969	0,119	-
	1 çocuk ²	60	2,45	0,54			
	2 çocuk ³	81	2,37	0,52			
	3 çocuk + ⁴	36	2,19	0,50			
	Toplam	314	2,41	0,65			
EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı	Çocuk yok ¹	137	2,91	0,76	0,428	0,733	-
	1 çocuk ²	60	2,94	0,50			
	2 çocuk ³	81	2,86	0,52			
	3 çocuk + ⁴	36	2,99	0,59			
	Toplam	314	2,91	0,64			

*p<0,05

Katılımcıların hizmet yılı ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,45). Katılımcıların hizmet yılı ile 5FKE alt boyut puan ortalamaları arasında da anlamlı fark yoktur. Katılımcıların hizmet yılı ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,01). Fark 1-5 hizmet yılına sahip olanların lehinedir. Hizmet yılı ile EQ Boyut1 puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır (p=0,01). Katılımcılar arasında 6-10 hizmet yılına sahip olanların EQ iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir (Çizelge 3.15).

Çizelge 3. 15. Hizmet yılı ile 5FKE ve EQ puan ortalaması betimleyici istatistiği.

Değişkenler		n	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc (Scheffe)
5FKE	1-5 yıl ¹	101	3,36	0,36	0,781	0,459	-
	6-10 yıl ²	125	3,37	0,29			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,31	0,34			
	Toplam	314	3,35	0,33			
5FKEBoyut1: Dışa Dönüklük	1-5 yıl ¹	101	3,42	0,40	0,968	0,381	-
	6-10 yıl ²	125	3,49	0,40			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,44	0,41			
	Toplam	314	3,46	0,41			
5FKEBoyut2: Uyumluluk	1-5 yıl ¹	101	3,30	0,42	1,146	0,319	-
	6-10 yıl ²	125	3,39	0,41			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,35	0,44			
	Toplam	314	3,35	0,42			
5FKEBoyut3: Sorumluluk	1-5 yıl ¹	101	3,40	0,53	0,528	0,591	-
	6-10 yıl ²	125	3,35	0,44			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,34	0,42			
	Toplam	314	3,36	0,47			
5FKEBoyut4: Duyusal Denge	1-5 yıl ¹	101	3,18	0,85	2,170	0,116	-
	6-10 yıl ²	125	3,11	0,68			
	11 yıl ve üzeri ³	88	2,95	0,79			
	Toplam	314	3,09	0,77			
5FKEBoyut5: Yeniliklere Açık Olma	1-5 yıl ¹	101	3,47	0,50	0,169	0,844	-
	6-10 yıl ²	125	3,51	0,57			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,49	0,55			
	Toplam	314	3,49	0,54			
EQ	1-5 yıl ¹	101	3,28	0,37	4,391	0,013	1>2,3,4
	6-10 yıl ²	125	3,26	0,33			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,15	0,23			
	Toplam	314	3,23	0,33			
EQ Boyut1: İyimserlik/ Ruh Halinin Düzenlenmesi	1-5 yıl ¹	101	3,88	0,43	4,485	0,012	2>1,3,4
	6-10 yıl ²	125	3,91	0,45			
	11 yıl ve üzeri ³	88	3,74	0,40			
	Toplam	314	3,85	0,43			
EQ Boyut2: Duyuların Değerlendirilmesi	1-5 yıl ¹	101	2,50	0,70	2,499	0,084	-
	6-10 yıl ²	125	2,41	0,66			
	11 yıl ve üzeri ³	88	2,29	0,56			
	Toplam	314	2,41	0,65			
EQ Boyut3: Duyuların Kullanımı	1-5 yıl ¹	101	2,93	0,77	0,907	0,405	-
	6-10 yıl ²	125	2,85	0,61			
	11 yıl ve üzeri ³	88	2,97	0,49			
	Toplam	314	2,91	0,64			

Katılımcılar üzerinde 5FKE ve alt boyutları ile EQ ve alt boyutları arasındaki ilişki için Korelasyon testi yapılmıştır (Çizelge 3.16). Test sonuçlarına göre, 5FKE ve EQ arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,40$; $p=.00$). 5FKE ile EQ iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0,37$; $p<0,01$). 5FKE ile EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu arasında pozitif çok zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0,18$; $p<0,01$). 5FKE ile EQ duyguların kullanımı alt boyutu arasında ilişki yoktur ($r=0,16$; $p=0,06$).

Katılımcıların EQ puan ortalaması ile 5FKE alt boyutları arasında ilişki değerlendirildiğinde; EQ ile 5FKE dışa dönüklük alt boyutu arasında pozitif çok zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,14$; $p<0,01$). EQ ile 5FKE uyumluluk alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0,26$; $p<0,01$). EQ ile 5FKE sorumluluk alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0,28$; $p<0,01$). EQ ile 5FKE duygusal denge alt boyutu arasında pozitif çok zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,17$; $p<0,01$). EQ ile 5FKE yeniliklere açık olma alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0,40$; $p<0,01$). 5FKE yeniliklere açık olma alt boyutu ile EQ duyguların değerlendirilmesi arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur ($r=0,54$; $p<0,01$).

Çizelge 3. 16. Katılımcıların 5FKE ve alt boyutları ile EQ ve alt boyutları Korelasyon testi.

Değişkenler		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	r	1									
	p										
2	r	0,413**	1								
	p	0,000									
3	r	0,669**	0,173**	1							
	p	0,000	0,002								
4	r	0,688**	0,261**	0,318**	1						
	p	0,000	0,000	0,000							
5	r	0,689**	0,014	0,368**	0,262**	1					
	p	0,000	0,808	0,000	0,000						
6	r	0,630**	0,126*	0,327**	0,409**	0,146**	1				
	p	0,000	0,026	0,000	0,000	0,010					
7	r	0,400**	0,146**	0,260**	0,280**	0,178**	0,407**	1			
	p	0,000	0,010	0,000	0,000	0,001	0,000				
8	r	0,372**	0,096	0,249**	0,286**	0,048	0,548**	0,558**	1		
	p	0,000	0,090	0,000	0,000	0,393	0,000	0,000			
9	r	0,180**	0,066	0,082	0,054	0,306**	-0,050	0,641**	-0,213**	1	
	p	0,001	0,240	0,145	0,343	0,000	0,379	0,000	0,000		
10	r	0,106	0,117*	0,119*	0,158**	-0,141*	0,204**	0,658**	0,047	0,467**	1
	p	0,061	0,038	0,034	0,005	0,012	0,000	0,000	0,407	0,000	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$.

1. 5FKE
2. 5FKE Boyut1: Dışa Dönüklük
3. 5FKE Boyut2: Uyumluluk
4. 5FKE Boyut3: Sorumluluk
5. 5FKE Boyut4: Duygusal Denge
6. 5FKE Boyut5: Yeniliklere Açık Olma
7. EQ
8. EQ Boyut1: İyimserlik/ Ruh Halinin Düzenlenmesi
9. EQ Boyut2: Duyguların Değerlendirilmesi
10. EQ Boyut3: Duyguların Kullanımı

4. TARTIŞMA

Ülkemizde sağlık çalışanına uygulanan şiddetin türü, düzeyi ve görülen artışmiktari her geçen yıl birçok çalışmada konu olmaktadır. Çalışmada araştırmaya katılan 112 çalışanlarının %84'ü şiddete maruz kalmıştır. Hem fiziksel hem de sözel şiddete maruz kalma oranı %44'tür. Katılımcıların %48'i fiziksel, %81'i sözel şiddete maruz kalmıştır. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı oldukça yüksektir. Pratisyen hekimlerin katıldığı bir çalışmada fiziksel ve sözel şiddete uğrama oranı %70 olarak bulunmuştur (Ayrancı ve ark 2002). On yıllık sürede sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin incelendiği bir derlemede katılımcıların yaklaşık %81'i sözel, %18'i fiziksel, %72'si hem fiziksel hem de sözel şiddete maruz kalmıştır (Özcan ve Bilgin 2011). Pıçakcife ve ark (2012)'nin ülkemizde yürüttüğü çalışmada hemşirelerin %86'sının şiddet gördüğü ve %71'inin fiziksel, %77'sinin sözel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Adana'da 112 görevlileri üzerine yapılmış çalışmada katılımcıların %64'ünün hem fiziksel hem de sözel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Akbaş 2016). Sistemantik literatür taramasında katılımcıların şiddete ilişkin en kötü deneyimleri dikkate alındığında, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma oranı tüm katılımcıların yarısını oluşturmaktadır (Aydın 2018). Ülkemizin bir başka ili Karabük'te yürütülen çalışmada katılımcıların %57'si çalışma hayatı boyunca en az bir kere şiddete maruz kalırken, şiddete tanık olma oranı %83 olarak bildirilmiştir (Temizkan ve Akbaba 2018).

Yurtdışındaki araştırmalarda da ülkemizde olduğu gibi sağlıkta şiddet olaylarının artış gösterdiği görülmektedir. Kanada'da yapılan çalışmada acil servislerde sözel şiddet oranı %68, fiziksel şiddet oranı ise %86 olarak bulunmuştur (Fernandes ve ark 1999). İngiltere'de genel bir hastanedeki çalışanlara yönelik davranışsal tehdit oranının %40 seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Winstanley ve Whittington 2004). ABD'de yapılan bir çalışmada acil servis hekimlerinin %75'inin sözel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Kowalenko ve ark 2005). Tayvanlı hemşireler üzerine yapılan çalışmada %54 sözel, %13 fiziksel şiddet düzeyi belirlenmiştir (Lin ve Liu 2005). Irak'ta yapılan bir çalışmada katılımcıların %42'si fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Abu Al Rub 2007). Avustralya'da paramediklerin şiddet görme durumlarının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların %86'sının şiddete maruz kaldığı ve bunlardan %60'ının fiziksel şiddete uğradığı

bildirilmiştir (Boyle ve ark 2007). ABD’de yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarının %11’i en az altı ay içinde bir ziyaretçi tarafından fiziksel olarak saldırıya uğradığını belirtilmiştir (Gillespie 2008). İran’da sadece kadın hemşirelerin katıldığı çalışmada son bir yılda katılımcıların %20’si fiziksel ve hemşirelerin tamamına yakını sözel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (Esmailpour ve ark 2011). Almanya’da sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %56’sı fiziksel, %78’i sözel şiddete maruz kalmıştır (Schablon ve ark 2012). Çinli sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %48’i şiddet gördüğünü bildirmiştir (Chen ve ark 2016).

Sağlık alanında özellikle acil sağlık hizmetlerinde çalışmak yoğun bir şekilde beden gücü gerektirse de kadın çalışan sayısı oldukça yüksektir. Çalışmada kadınların %51’inin şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Hasta ve yakınlarının şiddete başvurma güdüsünü sağlık çalışanının kadın olması hafifletmemektedir. Konya’da beyaz kod başvurularının incelendiği çalışmada kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre iki kat fazla şiddet gördüğü bildirilmiştir (Oral ve ark 2017). Bu konuda İngiltere’de bir hastanede yapılan çalışmada en çok şiddete maruz kalanların kadınlar olduğu ve %39’unun hasta ve yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı bulunmuştur (Winstanley ve Whittington 2004). Avustralya’daki çalışmada kadın doktorların erkek doktorlardan daha fazla sözel şiddete uğradıkları bulunmuştur (Lau ve ark 2004). Şiddet üzerine bulgularımızdan farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Avustralya’da pratisyenler üzerine yapılmış çalışmada erkek ve kadın doktorların şiddete maruz kalma durumların farklı olmadığı bulunmuştur. Ancak kadınlara göre şiddet yaşayan erkeklerin yüzdesi önceki bir yıl boyunca daha yüksektir (Tolhurst ve ark 2003). Boyle ve ark(2007)’nin çalışmasında şiddete maruz kalanların %75’i erkektir. Sağlık alanında şiddet cinsiyet farkı gözetmeksizin gerçekleştirilmektedir.

Çalışmada şiddete maruz kalan evli çalışanlar şiddete maruz kalan tüm katılımcıların %58’ini oluşturmaktadır. Şiddete maruz kalan evli olmayan çalışanların oranı %26 ile oldukça düşüktür. Akbaş ve ark (2016)’nın çalışmasında şiddete maruz kalanların %57’si evlidir. Günaydın ve Kutlu(2012)’nin çalışmasında da medeni durum ile şiddet düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yurtdışındaki çalışmalarda kültürel yapı nedeniyle şiddetin medeni durum açısından değerlendirilmediği görülmektedir.

Çalışma verilerine göre şiddete en fazla maruz kalan eğitim düzeyi önlisanstır (%39). Ayrıca 15 katılımcı yüksek lisans mezunudur ve tamamı şiddete maruz kalarak tüm katılımcıların %5'ini oluşturmaktadır. Adana'da yapılan çalışmada şiddete maruz kalanların %45'i lise mezunu, %22'si lisans mezunudur (Öztunç 2001). Günaydın ve Kutlu (2012)'nin çalışmasında da liseden mezun olan hemşirelerde şiddete maruz kalma oranı yükseköğrenimi tamamlayanlardan daha yüksektir.

Çalışma verilerine göre mesleğinde beş yıldan fazla süredir çalışanların şiddete maruz kalma düzeyi göz ardı edilemeyecek kadar fazladır (%22). Şahin ve ark (2011)'nin acil servis çalışanları üzerinde yürüttükleri çalışmada katılımcıların çalışma süresi ile şiddete maruz kalmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun yanında sağlık çalışanlarının tekrarlayan biçimde şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Türkmenoğlu ve Sümer (2017)'in çalışmasında son bir yılda şiddete maruz kalma oranı %50 bulunurken katılımcıların çalışma yaşamı boyunca rastgele bir zamanda şiddete maruz kalma oranı ise %96'dır. Şiddetin her an her durumda maruz kalınabilir olması bir yıl içinde şiddete maruz kalma oranlarını bu kadar yüksek olması nedeniyle çalışanların şiddete maruz kalma durumlarını mesleki tecrübeleriyle bağdaşmamaktadır.

Mesleğini severek yapan bireyler için mesleğini icra ettiği esnada özel hayatının olumsuz etkilenmesi bireyin kendine olan güvenini sarsabilmektedir. Bireyin mesleğine karşı kötü duygular beslemesine de neden olabilmektedir. Çalışmada katılımcılar şiddet karşısında daha çok kızgınlık (%77) ve üzüntü(%58) hissetmiştir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır. Arnetz ve Arnetz'in (2001) çalışmasında %59, Sucu ve ark(2007)'nin çalışmasında %67 kızgınlık, Kahrıman'ın (2014) çalışmasında hemşirelerin yarısına yakını öfke hissettiklerini ve Özdemir ve ark(2018) çalışmasında katılımcılar %67 oranında öfke hissettiklerini belirtmişlerdir. Kızgınlık ve öfke hissi hastanın iyileşmesi çabasında olan sağlık çalışanı için hak etmediği ve savunmasız olduğu durumda şiddet maruz kalmasından kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanının öfke ve kızgınlıkla hareket edip karşılık verme güdümüne girmemesi için psikolojik açıdan dayanıklı olması

gereklidir. Şiddete maruz kalan 112 çalışanlarının %75'i karşı tarafı sakinleştirmeye çalışmış ve %28'i şiddete karşılık vermiştir. Bir çalışmada katılımcıların %64'ü şiddet uygulayan bireyi sakinleştirmeye çalışmış ve %81'i işine devam etmiştir (Arnetz 2001). Acil serviste görevli olduğunu bildiren katılımcıların %97'si görevlerini yerine getirirken endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir (Sağlık-Sen, 2013). Hemşirelere uygulanan şiddetin değerlendirildiği çalışmada katılımcılar “kendi kendine olayla baş etmeye çalıştıklarını” belirtmektedir (Kahrıman 2014). Akbaş ve ark(2016)'nın çalışmasında katılımcıların %80'i karşılık vermeden işine devam etmiştir. Özdemir ve ark(2018)'nin Hastane Öncesi Dergisinde yayınladığı çalışmada katılımcıların %71'i şiddete karşılık vermediğini belirtmiştir. Şiddete karşılık verilerek artarak büyüyen kavga ortamının oluşması istenen bir durum değildir. Bu nedenle şiddetin tek taraflı kalması iyidir, ancak çalışmalarda sağlık çalışanının şiddet karşısında pasif kaldığı, kendine ve idarecisine güven duymadığı gözlenmektedir.

Çalışmada şiddete maruz kalanların %9'u “neden ben diye” kendini sorgulamış ve %6'sı şiddet karşısında utanma hissetmiştir. Ergün ve Karadakovan'ın (2005) çalışmasında hemşirelerin %56'sı fiziksel şiddete maruz kalan meslektaşlarının mesleki yeteneklerinin diğer hemşirelere göre az olduğunu belirtmiştir. Konya'da beyaz kod başvurularının geriye dönük olarak değerlendirilmesinde şiddet olaylarının oluş nedenlerinin başında tedavi memnuniyetsizliği ve yanlış iletişim sorunları olduğu ortaya konmuştur (Oral ve ark 2018). Özdemir ve ark(2018)'nin çalışmasında katılımcıların %15'i kendini suçlamış ve %47'si kendilerine olan güvenin azaldığını belirtmiştir. Çalışanların mesleki yeterlilik konusunda kaygıları bulunabilmektedir. Bu durumda çalışanlar kendi haklarını savunma konusunda çekingen davranabilmektedirler.

Çalışmada şiddet karşısında 112 çalışanın tutum ve davranışları incelendiğinde şiddete maruz kalanların %24'ü yazılı beyanda bulunmakta, %17'si yasal işlem başlatmakta ve sadece %4'ü adli rapor düzenlemektedir. Irak'ta yapılan çalışmada hasta ve yakınları tarafından uygulanan fiziksel şiddetin yalnızca dörtte biri rapor edilmiştir (Abu Al Rub 2007). Bir çalışmada şiddete maruz kalan sadece bir çalışan suç duyurusunda bulunmuştur ve ifade alan polis memurunun caydırıcı şekilde davrandığını bildirmiştir (Gillespie 2008). İstanbul'da yürütülen çalışmada

hemşirelerin %56'sı bir önceki yılda şiddete uğradığını ve %29'u şiddeti bildirimmediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada olayı bildirmeyen hemşirelerin yarısı şiddeti işin bir parçası olarak kabul ettiklerini belirtmiştir(Günaydın ve Kutlu 2012). Al ve ark (2015) halkın sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığına ilişkin görüşü üzerine yaptıkları çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanın sadece %3'ü ihbarda bulunmuştur. Akbaş ve ark (2016)'nın çalışmasında şiddete maruz kalanların %74'ü şiddeti bildirmesine rağmen katılımcıların %80'i işini yapmaya devam etmiştir. Gaziantep'te yapılan çalışmada 112 çalışanlarının %55'i şiddet olayını bildirmemiştir (Özdemir ve ark 2018). Çalışmada elde edilen bulgularliteratür ile uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Bulgularda şiddetin yok sayılarak gizlemeye çalışılması ve bildirim yapılmaması şiddet olaylarının azalmış gibi görülmesine neden olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışma bulgularında katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile 5FKE ve alt boyutları arasında “t” testi yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyetine göre 5FKE puan ortalamasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bulgularda kadın katılımcıların 5FKE uyumluluk puan ortalaması erkeklerden fazladır. Şimşek (2014) çalışmasında katılımcıların en yüksek ortalamanın sorumluluk en düşük ortalamanın duygusal dengelilik özelliklerinde olduğu belirlenmiştir. Tozkoparan (2018) çalışmasında yöneticilerin kişilik özelliklerinin gelişime açıklık boyutunun daha yüksek olduğu ve en az görülen kişilik özelliğinin duygusal denge boyutunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yönetici hemşireler üzerinde yapılan çalışmada en yüksek puan ortalaması özdenetim/sorumluluk alt boyutunda bulunmuştur. Kadın ve evli yönetici hemşirelerde uyumluluk puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur (Alan ve Baykal 2017). Çalışmada katılımcıların medeni durumu ile 5FKE ve alt boyutları puan ortalamaları arasında da anlamlı fark yoktur. Demirci ve ark (2007)'nin çalışmasında beş faktör kişilik modelinin uyumluluk ve sorumluluk alt boyutu puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sorumluluk ve uyumluluk alt boyutlarında erkeklerin kadınlara göre daha pozitif görüşlere sahip olduğu belirlenmiştir. Paramedikler ve acil hekimleri ile yapılan çalışmada cinsiyetin dışa dönüklük üzerinde etkisi saptanmıştır. Buna göre kadınların dışadönüklük puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Pajonk ve ark 2011).

Bulgularda katılımcıların eğitim düzeyi ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile 5FKE sorumluluk puan ortalaması arasında fark bulunmuştur. Buna göre lise mezunlarının 5FKE sorumluluk puan ortalaması diğer meslek gruplarından fazladır. Alan ve Baykal (2017)'in çalışmasında lisansüstü eğitim düzeyindeki evli ve kadın katılımcıların sorumluluk alt boyutu puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yönetici hemşirelerin kişisel özelliklerinden eğitim düzeyi ile gelişime açıklık faktörü arasında farklılık bulunup, bu farkın lisansüstü eğitime sahip yönetici hemşirelerden kaynaklandığı bulunmuştur. Yönetici hemşirelerin en düşük puan ortalamasını duygusal denge alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir.

Çalışmada katılımcıların şiddete maruz kalma durumu ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak şiddete maruz kalma durumu ile duygusal denge alt boyutu arasında anlamlı ilişki vardır. Şiddete maruz kalmayanların duygusal denge puan ortalaması şiddete maruz kalanlardan yüksektir. Kişilik özelliklerinden sorumluluk ve duygusal dengenin konuşma davranışının en önemli belirleyicileri olduğu belirtilmiştir (Nikalaou ve ark 2008). Nevrotizm boyutu düşük olan sağlık çalışanlarının endişe ve öfke eğilimi daha az olduğundan stresi daha iyi yönetip saldırgan davranışları engelleyebildikleri belirtilmiştir (Costa ve ark 2000). İş yerinde şiddete maruz kalmanın araştırmada olduğu gibiiş gören tarafından değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Şiddetten kaçınma stratejileri olarak iletişim, stresle baş etme, mesleki performans ve çatışmayı çözme üzerinde durulmaktadır (Kuşlvan ve Eren 2011, Torun ve Tekin 2014, Parmigiani 2016). Şiddete maruz kalma durumunda hastayla iletişiminin ne kadar önemli olduğu birçok araştırmada vurgulanmıştır (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir 2015, Aktaş ve Baysan 2016, Başol 2018). Çalışmalarda hasta ve yakınları ile iletişimin çalışanın kişilik özellikleri ile ne denli örtüştüğü görülmektedir.

Çalışmada katılımcıların cinsiyetine göre EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Kadın çalışanların EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu ve duyguların kullanımı alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark görülmektedir. Bu durumda kadın katılımcıların EQ duyguların değerlendirilmesi ve EQ duyguların kullanımı puan ortalamaları erkek katılımcılardan fazladır. Birçok

çalışmada EQ puanının kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Petrides ve ark 2004, Austin ve ark 2005, Erdoğan 2008). Bulguların aksine farkın erkeklerin lehine çıktığı çalışmalarda bulunmaktadır (Poon 2002, Tsaousis ve Nikolaou 2005). Schutte ve ark (2001)'nin çalışmasında çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet ile EQ arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışma bulgularına göre; katılımcıların medeni durumuna göre EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak bekâr çalışanların EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu puan ortalaması evli çalışanlarda göre fazla olduğu gibi evli çalışanların da EQ duyguların kullanımı alt boyutu puan ortalaması bekâr olanlara göre fazladır. Temeloğlu (2018)'nin çalışmasında EQ ile medeni durum arasında pozitif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca EQ iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu ile medeni durum arasında ilişki bulunmamıştır. Yönetici hemşirelerin EQ yetenekleri ve liderlik davranışlarının incelendiği çalışmada fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ve bekâr olan yönetici hemşirelerin EQ yetenekleri ortalamasının evli olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Kuşaklı ve Bahçecik 2012). Duygusal zekânın alt boyutları arasında medeni durum açısından farklılıklar görülmektedir.

Katılımcıların yaşları ile EQ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır. Çalışmada en küçük yaş grubundakilerin (24 ve altı yaş) diğer yaş grubundaki katılımcılara göre EQ ve bütün alt boyut puanları yüksektir. Sevindik ve ark (2012)'nin çalışmasında EQ ve yaş değerlendirilmesinde; 20 yaş ve altındaki öğrencilerin EQ puanları, 23 yaş ve üzeri öğrencilerin puanlarından daha düşüktür. Yönetici hemşirelerin EQ yetenekleri ve liderlik davranışlarının incelendiği çalışmada EQ yetenekleri ile yaş değişkeni arasında ilişki incelendiğinde; grupların sıralamalar ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Katılımcılar içinde 30-35 yaş grubundakilerin EQ yetenekleri daha yüksektir (Kuşaklı ve Bahçecik 2012). Temeloğlu'nun (2018) çalışmasında yaş ile duyguların değerlendirilmesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü güçlü ve anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin sınıf ve yaşları arttıkça duygularını değerlendirmeleri de artmaktadır. Kuzu ve Eker'in (2010) çalışmasında hemşirelik

bölümü öğrencilerinin EQ puan ortalaması yaşla ve buna paralel olarak eğitim gördükleri sınıfla birlikte artış göstermektedir. Bulguların aksine Erigüç(2014) öğrencilerin yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada,EQ puanlarının öğrencilerin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Ünsar ve ark (2009)'nın çalışmasında EQ puanı bakımından hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin yaş gruplarına göre farklılık görülmemiştir. Taşlıyan (2015)'in çalışmasında yapılan “t” testine göre yaş ile EQ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Daha genç bireylerin kendi duygularını ifade etmede daha rahat davrandığı varsayıldığında başkalarının duygularını da kolaylıkla kavrayabilmesi ve hoş görmesi muhtemeldir. Bu durumu çalışmamız bulguları desteklerken diğer çalışmalarda bunun aksi sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada eğitim düzeyi ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyi ile EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır. Buna göre önlisans mezunlarının EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir. Kuşaklı ve Bahçecik (2012)'in çalışmasında EQ yetenekleri ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark vardır. Çalışmada lisans ve yüksek lisans mezunlarının EQ yetenekleri diğer eğitim düzeyindeki bireylerden üstündür. Acil yardım ambulansı çalışanlarının liseden yüksek lisansa kadar eğitim düzeyleri değişmektedir. Ancak eğitim düzeyleri yapılan iş tanımı olarak bir farklılık oluşturmamaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde katılımcıların 5FKE ve alt boyutları ile EQ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Korelasyon testi yapılmıştır. Sonuç olarak 5FKE ve EQ arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır. Ayrıca 5FKE yeniliklere açık olma alt boyutu ile EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Katılımcıların EQ puan ortalaması ile 5FKE tüm alt boyutları arasında ilişki değerlendirildiğinde; EQ ile 5FKE dışa dönüklük alt boyutu arasında pozitif çok zayıf ilişki bulunmuştur.EQ ile 5FKE uyumluluk alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır.EQ ile 5FKE sorumluluk alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır.EQ ile 5FKE denge alt boyutu arasında pozitif çok zayıf ilişki bulunmuştur.EQ ile 5FKE yeniliklere açık olma alt boyutu arasında pozitif zayıf ilişki saptanmıştır. Çalışma

bulgularında 5FKE yeniliklere açık olma alt boyutu ile EQ duyguların değerlendirilmesialt boyutu arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur.Literatürde sağlık çalışanları üzerinde EQ ve kişilik özelliklerinin ilişkilendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bazı çalışmalarda sağlık çalışanları kadar mesleki riske sahip olmayan iki meslek grubu üzerine EQ kişilik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.İranlı öğretmenlere uygulanan beş faktör kişilik özellikleri ve EQ testi sonucunda kişilik uyumluluk alt boyutu EQ problem çözme alt boyutu arasında pozitif yönlü yüksek ilişkiye bulunmuştur. Ayrıca kişilik özellikleri nevroitiklik alt boyutu ile EQproblem çözme alt boyutu arasında negatif yönlü yüksek ilişki saptanmıştır.Duygularını ve düşüncelerini değiştirme yeteneğine sahip bireylerin işbirliği içinde, başkalarına karşı sempatik, disiplinli ve başarılı olduğu sonucuna varılmıştır (Razavi 2014).Diğer çalışma akademisyenlerin EQ düzeyi ile kişilik özellikleriarasında ilişki değerlendirilmiştir. EQ düzeyi ile kişilik özellikleri dışa dönüklük alt boyutu arasında pozitif yönde, EQile nevroitiklik arasında negatif yönde, EQ ile sorumluluk arasında pozitif yönde,EQ ile yeniliklere açık olma arasında pozitif yönde ve EQile uyumluluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.Bu durumda akademisyenlerin EQ boyutları ile kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Çarıkçı ve ark 2010).

Etkili ve doğru karar almanın zorunlu olduğu stresli iş ortamlarında çatışma yaşanması kaçınılmazdır. Bunun üzerine araştırmaların bir kısmında çatışmanın çalışanın kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Örneğin; Başkent Üniversitesi Kara Harp Okulu'nda yapılmış çalışmada kişilik yapısı itibariyle gelişime açıklık düzeyi, sorumluluk, dışadönüklük ve uyumluluğu yüksek kişilerin, çatışma çözümede yüzleşme yaklaşımını benimsedikleri; aksine gelişime açıklığı, sorumluluk ve uyumluluğu düşük içedönük kişilerin ise yüzleşmeden kaçtıkları ortaya çıkmaktadır (Basım ve ark 2009). Uyumluluğu yüksek kişiler fedakârlık ve alçak gönüllülük gibi kişilik özelliklerine sahiptir ve çevresine karşı uyumlu ve yapıcı olma eğilimde olduklarından çatışma çözme süreçlerinde daha özenli davranabilirler (Jensen Campbell ve ark 2003). Gelişime açık kişiler ise yapılan çalışmalarda tartışmacı yapılarından dolayı çok fazla çatışma yaşama eğiliminde oldukları ve çatışmalardan kaçmayarak çatışmayla yüzleştikleri ifade edilmektedir (Bono ve ark 2002). Bunun dışında sorumluluk boyutu yüksek kişilerin, başarı odaklı yapıları dolayısıyla, çatışmadan kaçınma ve uzlaşma

yaklaşımını daha az tercih ettiklerini ortaya koymaktadır (Antonioni 1998, Moberg 2001). Ancak sorumluluk boyutu yüksek çalışanların çatışmadan kaçınma yaklaşımını tercih ettikleri de görülmektedir (Basım ve ark 2009). Acil sağlık hizmetlerinde hasta, yaralı ve sağlık çalışanı arasında çatışma yaşanabileceğini tahmin etmek zor değildir. Çatışma ortamının oluşması şiddete kapı aralamaktadır.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

- Çalışmada 112 çalışanlarının çoğunluğu şiddete maruz kalırken yarısına yakını hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir.
- Şiddete maruz kalan 112 çalışanlarının şiddeti bildirmekten çekindiği ve şiddet karşısında çoğunlukla kızgınlık ve üzüntü yaşadıkları görülmektedir. Şiddet karşısında katılımcıların çoğu karşı tarafı sakinleştirmeye çalışmaktayken, şiddetle karşılık verenlerin oranı(%28) da düşük değildir. Bunun yanında 112 çalışanlarının şiddeti yeterince bildirmediği görülmektedir (%24).
- Katılımcıların cinsiyet medeni durum, yaş, meslek, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu ve hizmet yılı değişkenleri ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark yoktur. Bunun yanında kadınların uyumluluk puan ortalaması erkeklerden fazladır. Katılımcılar içinde sağlık memurlarının dışadönüklük puan ortalaması diğer meslek gruplarından anlamlı olarak yüksektir. Lise mezunlarının sorumluluk puan ortalaması diğer meslek gruplarından anlamlı şekilde fazladır. Kadro durumuna göre değerlendirilen 5FKE puan ortalamasında fark sözleşmeli çalışan lehinedir. Devlet memurlarının sözleşmeli çalışanlara göre 5FKE uyumluluk puan ortalaması yüksek iken, sözleşmeli olarak çalışanlar devlet memurlarından daha yüksek duygusal denge puanına sahiptir.
- Cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi ve kadro durumu değişkenleri ile EQ arasında anlamlı fark yoktur. Bunun yanında kadın katılımcıların duyguların değerlendirilmesi ve duyguların kullanımı puan ortalaması erkek katılımcılardan fazladır. Bekâr çalışanların duyguların değerlendirmesi puan ortalaması evli çalışanlara göre yüksekken, evli çalışanların duyguların kullanımı puan ortalaması bekâr olanlara göre fazladır. Sözleşmeli olarak çalışanların duyguların değerlendirilmesi puan ortalaması devlet memurlarına göre daha yüksektir. Devlet memurlarının duyguların kullanımı puan ortalaması sözleşmeli çalışanlardan yüksektir. En küçük yaş grubunda (24 yaş ve altı) bulunan sağlık çalışanlarının diğer yaş grubundaki sağlık çalışanlarına göre EQ ve bütün alt boyutları puan ortalaması yüksektir. Paramedik

mesleğine sahip olanların EQ puan ortalaması diğer meslek gruplarına göre fazladır. Ayrıca paramediklerin diğer meslek gruplarına göre iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi ve duyguların kullanımı puan ortalaması daha yüksektir. Önlisans mezunlarının EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir. Çocuk sahibi olmayanların EQ puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksek iken, 2 çocuk sahibi olan çalışanların EQ iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir. Katılımcıların hizmet yılı ile EQ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Fark 1-5 hizmet yılına sahip olanların lehinedir. Katılımcılar arasında 6-10 hizmet yılına sahip olanların iyimserlik/ ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu puan ortalaması diğer katılımcılardan yüksektir.

- Katılımcıların şiddete maruz kalma, sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma değişkenleri ile 5FKE puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- Şiddete maruz kalma durumu, sözel şiddet ve fiziksel şiddet değişkenleri ile EQ ve alt boyutları arasında anlamlı fark yoktur.
- 5FKE ile EQ, 5FKE ile EQ alt boyutları ve EQ ile 5FKE alt boyutları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ancak ilişkilerin gücü zayıf veya çok zayıf olarak bulunmuştur. Orta düzeyde pozitif ilişki sadece 5FKE yeniliklere açık olma durumu ile EQ duyguların değerlendirilmesi alt boyutu arasındadır.

5.2. Öneriler

Çalışmada şiddet olayı 112 acil yardım ambulansı çalışanları tarafından değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanına şiddet uygulayan bireye uygulanacak cezai işlemlerin ağırlaştırılmasıyla bile sağlık çalışanına uygulanan şiddet önlenemiyor. Kanun koyucular, sivil toplum kuruluşları, mesleki odalar, üniversiteler ve medya kuruluşları şiddetin çözümü noktasında sorumludurlar. Şiddet sonrası yapılacakların yanında şiddetin önlenmesi üzerine beyin fırtınası oluşturulmalıdır. Öncelikle sağlık çalışanının şiddetten kaçınma ve şiddeti engelleme yeteneği geliştirebilmesinin mümkün olup olmadığı irdelenmelidir. Şiddetin nedenlerinin ayrıştırılarak her koldan çözüm önerileri geliştirilmelidir. Şiddetin nedenlerinden biri halkın sağlık sistemini kullanımındaki yanlış anlayışa örneğin; acil servislerin ve 112 acil yardım ambulanslarının gereksiz kullanımı şiddete kapı aralıyorsa toplum bu konuda

bilinçlendirilmelidir. Karar verici mercilerin halkı acil birimlerden ziyade uzman bulunan polikliniklere yönlendirmesi gereksiz kullanımı azaltacağı gibi hastanın beklentisinin daha etkili karşılanabileceği düşünülmektedir. Bu durumda hasta ilgisiz kaldığı hissine kapılmadan, gerçekte acil ambulans gereksinimi olan hasta ve yaralının acil sağlık hizmetine daha çabuk ulaşması sağlanır. Acil tedavi ihtiyacı olan vatandaşa yoğunluk sebebiyle geç ve yanlış teşhis ve tedavi uygulanmasının önüne geçilebilir. Bu şekilde şiddetin nedenleri olarak sıralanan sağlık çalışanının düşük hizmet verme potansiyeli iyileştirilmiş olabilir. Çalışma bulgularında kadın katılımcıların daha fazla şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Şiddet uygulayan bireye kadına şiddet suçu da dâhil edilerek cezai yaptırım uygulanmalıdır. Çalışanların şiddete görmesinin fiziksel yapıları ile ilişkisinin araştırılması önerilmektedir. Ayrıca 112 acil yardım ambulansı ve acil servislerde kadın işgücünden ziyade beden ölçüleri çaba harcamaya müsait erkek çalışanların bulunması şiddetin çalışan üzerindeki olumsuz etkisini azaltabilir.

Şiddet bildirim olmadığı sürece sıradan sorun olarak kalmaya devam edecektir. Sağlık çalışanları şiddetin bildirişi konusunda sağlık yöneticileri tarafından desteklenmelidir. Medyada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin gösterilmesi insanların zihninde normalleşme yan etkisi gösterebilir. Sağlık çalışanına uygulanan şiddet görüntüleri yasal cezası ile birlikte sunulmalıdır. Toplumda şiddete maruz kalan sağlık çalışanının hizmetten çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hasta ve yaralının hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Kişilik özellikleri ile şiddete maruz kalma arasındaki ilişki daha fazla örneklem grubuyla sadece acil sağlık hizmetlerinde değil bütün sağlık kurumlarında uygulanabilirse literatürü zenginleştirecek sonuçlar elde edilebilir. Tüm dünya EQ konusuna yoğunlaşp, çalışmalarda önemini vurgularken ülkemizde de sağlık sektörü içinde çeşitli meslek gruplarıyla çalışmalar türetilmesi önerilmektedir.

İnsanların sağlığını ve yaşamını tehdit edecek durumlar yaşandığında ne kadar gergin, üzgün ve çaresiz olabileceklerini tahmin etmek zor değildir. Çalışmada şiddete maruz kalma durumu, sözel şiddet ve fiziksel şiddet değişkenleri ile EQ ve alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamış olabilir. Ancak 112 çalışanlarının buldukları ortamın ve hastanın hissettiği duyguların farkında olup gerekli şekilde

davranış göstermesi EQ kavramının içerisinde. Acil ambulans çalışanları arasında deney ve kontrol grubu oluşturarak, deney grubuna EQ eğitimi verilebilir. Sonuçlar sağlık çalışanınin şiddete maruz kalma ve maruz kaldığı şiddetin boyutu ile değerlendirilebilir.



6. KAYNAKLAR

- AbuAlRub RF, Khalifa MF, Habbib MB, 2007. Workplace violence among Iraqi Hospital nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 39,281-8.
- Akbaş M, Boz A, Durdun A, etin S, Kılıçaslan A, 2016. 112 alışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik davranışları. *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi Elektronik Dergisi*,9,93-100.
- Akca N, Yılmaz A, Işık O, 2014. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel bir tıp merkezi örneği. *AnkaraSağlık Hizmetleri Dergisi*,13,1-12.
- Akerjordet K, Severinsson E, 2007. Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *J ADV NURS*, 16, 1405-16.
- Akgün şahin Z, Kardeş Özdemir F, 2015. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeyleri. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*,1,1-7.
- Aktaş Y, Baysan Arabacı L, 2016. Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi Dergisi*,1,39-43.
- Al B, Sarcan E, Zengi S, Yıldırım C, Doğan M, Kabil S, 2015.Halkın sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti arttırdığı görüşü. *Akademik Acil Tıp Dergisi*,14,19.
- Alan H, Baykal U, 2018. Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve etkileyen kişisel ve mesleki özellikler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9, 119-28.
- Arnetz JE, Arnetz BB, 2001. Violence towards healt care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-27.
- Antonioni D, 1998. Relationship between the big five personality factors and conflict management styles. *International Journal of Conflict Management*,9,336-55.
- Austin EJ, Saklofske DH, Egan V, 2005. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-58.
- Aydın N, 2018. Sağlık Sektöründe İşyerinde şiddet ve Toplam Kalite Yönetimi. *İMGELEM*, 2,5-26.
- Ayrancı Ü, Yenilmez , Günay Y, Kaptanoğlu C, 2002. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3,147- 54.
- Ayrancı Ü, 2005.Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med*,28,361-5.
- Ayrancı Ü, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C, 2006.Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence*,21,276-96.
- Bacanlı H, İlhan T, Aslan S, 2009. Beş faktör kuramına dayalı bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: sıfatlara dayalı kişilik testi (sdkt). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7, 261-79.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S, 2003. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care In The Community*, 11, 10-8.
- Barlı Ö, 2008. Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış (3. Baskı). Aktif Yayınevi, Erzurum, s. 150-200.
- Basım HN, etin F, Tabak A, 2009. Beş faktör kişilik özelliklerinin kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarıyla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*,24,243-53.
- Başol E, 2018.Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*,2,76-93.
- Beauvais AM, Brady N, O'Shea ER, Griffin MTQ, 2011.Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse Education Today*,31,396-401.
- Benet-Martinez V, John OP, (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, 729-50.

- Benson G, Ploeg J, Brown B, 2010. A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*,30,49-53.
- Bono JE, Boles TL, Hakim TA, Lauver KJ, 2002. Kişiliğin görev ve ilişki çatışmasındaki rolü. *Kişilik Dergisi*,70,311-44.
- Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J, 2007. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 24, 760-3.
- Birks YF, Watt IS, 2007. Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*,100,368-74.
- Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Taş G, Varol D, 2016. Öğrenci hemşirelerin duygusal zekâ ve sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1,29-37.
- Büyükbayram A, Okçay H, 2013.Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemsireleri Derneği Dergisi*,4, 46-53.
- Cal/OSHA Guidelines for Workplace Security, 1995. Erişim tarihi 18.04.2019. Erişim adresi, https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/worksecurity.html
- Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M, 1993. The 'Big Five Questionnaire': A new questionnaire to assess the five factor model. *Pers Individ Dif*,15,281-8.
- Catlette M, 2005. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *J Emerg Nurs*,31,519-25.
- Cattell RB,1947. Confirmation and clarification of primary personality factors. *Psychometrika*, 12,197-220.
- Chen S, Lin S, Ruan Q, Li H, Wu S, 2016. Workplace violence and its effect on burnout and turnover attempt among Chinese medical staff. *Archives of Environmental & Occupational Health*,71, 330-7.
- Cloninger CR, Zohar AH, (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128, 24-32.
- Cooper CL, Swanson N, 2004. Workplace Violence in the Health Sector. Erişim tarihi 18.04.2019. Erişim adresi, http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf
- Costa PT, Herbst JH, McCrae RR, Siegler IC, 2000. Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*,7,365-78.
- Costa PT, McCrae RR, 1995. Primary traits of Eysenck's PEN system: Three-and five-factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 308-17.
- Cobb CD, Mayer JD, 2000. Emotional Intelligence: What the Research Says. *Educational Leadership*, 58, 14-18.
- Curbow B, 2004. Origins of violence at work. Erişim tarihi 18.04.2019. Erişim adresi, http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf
- Çakar U, Arbak Y, 2004. Modern yaklaşımlar ışığında değişen duygu-zekâ ilişkisi ve duygusal zekâ. *DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6, 23-48.
- Çalışan Güvenliği Genelgesi, 2012. Erişim Tarihi 15 Nisan 2019. Erişim adresi, <https://www.saglik.gov.tr/TR.3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>
- Çarıkcı İ, Kanten S, Kanten P, 2010.Kişilik, duygusal zekâ ve örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,11,41-65.
- Demirci MK, Özler DE, Girgin B, 2007. Beş Faktör Kişilik Modelinin İşyerinde Duygusal Tacize (Mobbing) Etkileri–Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *Journal of Azerbaijani Studies*, 10, 13-39.
- Deniz ME, Özer E, Işık E, 2013. Duygusal zekâ ölçeği-kısa formu: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 38, 407-19.

- Erdoğdu MY, 2008. Duygusal zekâ'nın bazı değişkenler açısından incelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 7, 62-76.
- Erigüç G, Eriş H, Kabalcioğlu F, 2014. Emotional intelligence and communication skills of nursing students: Example of harran university school of health. International Online Journal of Educational Sciences, 6,398-412.
- Ergün FS, Karadakovan A, 2005. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. International Nursing Review,52,154-60.
- Evans D, Allen H, 2002. Emotional intelligence: its role in training. Nursing Times, 98, 41-2.
- FacioneNC, Facione PA, 1996. Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. Nursing Outlook, 44, 129-36.
- Farshi MR, Vahidi M, Jabraeili M, 2015. Relationship between emotional intelligence and clinical competencies of nursing students in Tabriz Nursing and Midwifery School. Research and Development in Medical Education,4, 91-5.
- Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM, 1999. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. CMAJ, 161, 1245-8.
- Fiske DW, 1949. Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. The Journal of Abnormal and Social Psychology,44,329-44.
- Fletcher TA, Brakel SJ, Cavanaugh JL, 2000. Violence in the workplace: new perspectives in forensic mental health services in the USA. The British Journal of Psychiatry, 176, 339-44.
- Freshwater D, Sticklely T, 2004. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. Nursing Inquiry, 11, 91-8.
- Gillespie GL, 2008. Consequences of violence exposures by emergency nurses. Journal of Aggression. Maltreatment and Trauma,16, 409-18.
- Gillespie GL, Gates DM, Succop P, 2010. Psychometrics of the healthcare productivity survey. Advanced Emergency Nursing Journal,32, 258-71.
- Goldberg LR, 1990. An alternative description of personality: the big five factor structure. Journal of Personality and Social Psychology, 59,1216-29.
- Goleman D, 1995. Emotional Intelligence, New York, Bantam Books, p. 51.
- Gow AJ, Whiteman MC, Pattie A, Deary IJ, 2005. Goldberg's 'IPIP' Big-Five factor markers: Internal consistency and concurrent validation in Scotland. Personality and Individual Differences, 39, 317-29.
- Günaydın N, Kutlu Y, 2012. Experience of workplace violence among nurses in health-care settings. Journal of Psychiatric Nursing, 3, 1-5.
- Hankin B, Lakdawalla Z, Carter L, Abela J, Adams P, 2007. Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self esteem overlapping or distinct risks for depression? evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. Journal of Social and Clinical Psychology, 26, 26-63.
- Howard J,1996. State and local regulatory approaches to preventing workplace violence. Occup Med,11, 293-301.
- Jensen Campbell LA, Gleason KA, Adams R, Malcolm KT, 2003. Interpersonal conflict, agreeableness, and personality development. Journal of Personality,71,1059-86.
- Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002. Erişim Tarihi 15 Nisan 2019. Erişim adresi, https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf?ua=1
- Jones J, Lyneham J, 2001. Violence: part of the job for Australian nurses. Aust J Adv Nurs,18,27-32.
- Kahrıman İ, 2014. Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5,77-83.
- Karakaş S, Küçükoğlu S, 2011. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 9-10.

- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, 2010. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi.2. Baskı,Ankara, Siyasal Kitabevi, s. 15-73.
- Kawakami C, Ohshige K, Kubota K, Tochikubo O, 2007. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. BMC health services research, 7, 120-9.
- Kingma M, 2001. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev, 48,129-30.
- Kokkonen M, Pulkkinen L, 2001.Examination of the paths between personality current mood, it's evaluation and emotion regulation. Journal of Personality, 15, 83-104.
- Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, 2005. Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. Ann Emerg Med, 46,142-7.
- Köknel Ö, 1996. Bireysel Ve Toplumsal Şiddet. 1. Basım, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, s. 15-20.
- Kuşaklı BY, Bahçecik N, 2012.Yönetici hemşirelerin EQ yetenekleri ve liderlik davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,20,112-9.
- Kuşlvan S, Eren D, 2011.İşgörenlerin kişilik özelliği olarak hizmet verme yatkınlığı ve ölçümü: bir literatür taraması. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi,22, 139-53.
- Kuzu A, Eker F, 2010. Hemşirelik öğrencilerinin duygusal zekâ ve iletişim becerilerinin diğer üniversite öğrencileri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi.Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12, 14-29.
- Lau J, Magarey J, McCutcheon H, 2004. Violence in the emergency department: A literature review. Aust Emerg Nurs J, 7, 27-37.
- Leather P, Lawrence C, Beale D, Cox T, Dickson R, 1998. Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support. Work & Stress, 12, 161-78.
- Lin YH, Liu HE, 2005. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. International Journal of Nursing Studies,42,773-8.
- Lister S, Hobbs D, Hall S, Winlow S, 2000. Violence in the night-time economy; bouncers: The reporting, recording and prosecution of assaults. Policing and Society: An International Journal, 10, 383-402.
- Loveland JM, 2004.Cognitive ability, big five and narrow personality traits in the prediction of academic performance.The Sciences and Engineering, 65, 1590.
- Luker KA, Austin L, Caress A, Hallett CE, 2000. The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. Journal of Advanced Nursing, 31, 775-82.
- Mavroveli S, Petrides KV, Sangareau Y, Furnham A, 2009. Exploring the relationships between trait emotional intelligence to objective socio-emotional outcomes in childhood. British Journal of Educational Psychology, 9, 259-72.
- Mayor JD, Salovey P, 1997. Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications. New York, Basic Books,p. 3-31.
- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, 2004. Emotional intelligence: theory, findings, and implications. Psychological Inquiry, 15, 197-215.
- McCloughen A, Foster K, 2018.Nursing and pharmacy students' use of emotionally intelligent behaviours to manage challenging interpersonal situations with staff during clinical placement: A qualitative study.Journal of Clinical Nursing,27,2699-709.
- McQueen A, 2000. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. Journal of Clinical Nursing, 9, 723-31.
- McQueen AC, 2004.Emotional intelligence in nursing work. J Advanced Nursing,47,101-8.
- Mikolajczak M, Luminet O, 2008. Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. Personality and Individual Differences, 44, 1445-53.

- Moberg PJ, 2001. Linking conflict strategy to the five-factor model: Theoretical and empirical foundations. *International Journal of Conflict Management*,12,47-68.
- Nikolaou I, Vakola M, Bourantas D, 2008. Who speaks up at work? Dispositional influences on employees' voice behavior. *Personnel Review*,37,666-79.
- Norman WT, 1963. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 574.
- Oral R, Günaydın H, Mazı Mİ, 2018. Çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin işleyişi ile beyaz kod başvurularının retrospektif olarak değerlendirilmesi(konya ili örneği).*Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5,142-153.
- Ordun G, 2004. Beş temel kişilik özelliği ve alt faktörlerinin analizine ilişkin bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Kasım,47-71.
- Önge T, İthalat S, Kozacı N, Açıkalın A, Köseoğlu Z, Gülen M, Karakurt Ü, 2013. 112 ile acil tıp servisine getirilen erişkin hastaların analizi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 12, 150-4.
- Özcan NK, Bilgin H, 2011. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31, 1442-56.
- Özdemir A, Karasu F, Avan H, 2018. Gaziantep 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin değerlendirilmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*,3,31-42.
- Öztunç G, 2001. Adana ilindeki çeşitli hastanelerdeki çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının olduğu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,5,1-9.
- Pajonk FG, Andresen B, Schneider-Axmann T, Teichmann A, Gärtner U, Lubda J, Knobelsdorff G, 2011. Personality traits of emergency physicians and paramedics. *Emergency Medicine Journal*,28,141-6.
- Parmigiani G, Tarsitani L, Lombardi A M, Mandarelli G, Mannocci A, Sestili C, Santa Guzzo A, 2016. Risk and protective factors associated with being a victim of aggression in the health sector. Research protocol. *Senses and Sciences*, 3, 263-8.
- Peek-Asa C, Howard J, Vargas L, Kraus JF,1997. Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. *J Occup Environ Med*, 39, 44-50.
- Petrides KV, Furnham A, 2001. Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European journal of personality*, 15, 425-48.
- Petrides KV, Furnham A, 2003. Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European journal of personality*, 17, 39-57.
- Petrides KV, Frederickson N, Furnham A, 2004. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, 36, 277-93.
- Petrides KV, Pita R, Kokkinaki F, 2007. The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British journal of psychology*, 98, 273-89.
- Pınar T, Pınar G, 2013. Türkiye'de sağlık sektöründe işyeri şiddeti: ulusal bir çalışma. *TAF Prev Med Bull*,12, 315-26.
- Pıçakçıfe M, Akca S, Elibol A, Deveci A, Yılmaz N, Yılmaz UE, 2012. The analysis of violence against the nurses who are in employee status in Muğla State Hospital, Turkey. *HealthMED*, 6, 3626-37.
- Poon Teng Fatt J, 2002. Emotional intelligence: For human resource managers. *Management Research News*, 25, 57-74.
- Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J, 2011. Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*,31,855-60.
- Ranjbar H, 2015. Emotional intelligence training: A necessity for nursing education curriculum. *Nurse Education Today*,35, 1053.

- Razavi R, 2014. EFL teachers' emotional intelligence and their personality types: Exploring possible relations. *Advances in Language and Literary Studies*,5,134-41.
- Resmi Gazete, 11.05.2000. 24046 sayılı "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği". p. 2-3.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 956, 95-134.
- Sağlık-Sen, 2013. Sağlık çalışanları şiddet araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, 20, 15-23.
- Saines JC, 1999. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*,7,8-12.
- Saucier G, Goldberg LR, 2002. Assessing the Big Five: Applications of 10 psychometric criteria to the development of marker scales. BD Raad, M Perugini (Eds.), *Big Five Assessment*, Seattle, Hogrefe and Huber,p. 29-58.
- Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohlert C, Harling M, Nienhaus A, 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2, e001420.
- Schat, A. C.,& Kelloway, E. K. (2005). Workplace Aggression. In J. Barling, E.K. Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Thousand Oaks, CA, Sage Handbook of work stress*, pp. 189-218.
- Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L, 1998. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25, 167-77.
- Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Coston TD, Greeson C, Jedlicka C, Rhodes E, Wendorf G, 2001. Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141, 523-36.
- Somer O, Korkmaz M, Tatar A, 2002. Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin geliştirilmesi-I: Ölçek ve alt ölçeklerin oluşturulması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17, 21-33.
- Spence G, Oades LG, Caputi P, 2004. Trait emotional intelligence and goal self-integration: important predictors of emotional well-being?. *Personality and Individual Differences*,37,449-61.
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E, 2007.Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 7, 156-162.
- Şahin B, Gargısız Ş, Balcı FM, Öztürk D, Sönmez MB, Kavalcı C, 2011.Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet.*Türkiye Acil Tıp Dergisi*,11,110-4.
- Şimşek E, Aktaş H, 2014. Örgütsel sessizlik ile kişilik ve yaşam doyumu etkileşimi: Kamu sektöründe bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,142, 121-36.
- Taşlıyan M, Hırlak B, Harbalıoğlu M, 2015.Duygusal zekâ, iletişim becerileri ve akademik başarı arasındaki ilişki: üniversite öğrencilerine bir uygulama. *Assam Uluslararası Hakemli Dergi*,2,45-58.
- Tatar A, 2017. Büyük Beş-50 Kişilik Testinin Türkçeye çevirisi ve Beş Faktör Kişilik Envanteri Kısa Formu ile karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 18,51-61.
- TBMM, 2013. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi, Erişim Tarihi 12 Nisan 2019. Erişim adresi, https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf
- Temizkan V, Akbaba E, 2018. Sağlık kurumlarında şiddete karşı bir çözüm önerisi: Sağlık hizmetleri pazarlaması. *Uluslararası Bankacılık Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1,1-16.
- Thorndike RL, Stein S, 1937. An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological Bulletin*,34,275-85.
- Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S, 2003. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 11, 231-6.
- Torun N, Tekin PŞ, 2014. Ankara İlinde çalışan sağlık kurumları yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*,13, 45-56.
- Tozkoparan G, 2013. Beş faktör kişilik özelliklerinin çatışma yönetim tarzlarına etkisi: Yöneticiler üzerinde bir araştırma. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2,189-231.

- Tsaousis I, Nikolaou I, 2005. Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21, 77-86.
- Türkmenoğlu B, Sümer HE, 2017. Sivas İl Merkezi sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet sıklığı. *Ankara Medical Journal*, 17, 216-25.
- Ünsar S, Fındık ÜY, Sadırlı SK, Erol Ö, Ünsar S, 2009. Edirne Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin duygusal zekâ düzeyleri. *Üniversite ve Toplum*, 9, 13-27.
- Webb Y, Clifford P, Fowler V, Morgan C, Hanson M, 2000. Comparing patients' experience of mental health services in England: A five-trust survey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13, 273-81.
- Wells J, Bowers L, 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. *J Adv Nurs*, 39, 230-40.
- Wynne R, Clarkin N, Cox T, Griffiths A, 1997. Guidance on the prevention of violence at work. Erişim Tarihi 11 Nisan 2019. Erişim adresi, <https://www.maybo.co.uk/file/25/violence-harassment-eu-report.pdf>
- Winstanley S, Whittington R, 2002. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 3-10.
- Winstanley S, Whittington R, 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*; 13, 3-10.
- Work Safe BC, 2005. Preventing Violence In Health Care: Five steps to an effective program. Columbia, Workers' Compensation Board of British Columbia, p. 13-30.
- Yeşilyaprak B, 2001. Duygusal zekâ ve eğitim açısından doğurguları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 7, 139-146.

7. EKLER

EK A: Etik Kurul Kararı



Sayı:

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Tarih: .././2017

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı tarihi: 21.06.2017
Toplantı no: 05
Proje no: 476
Karar no: 2017/43

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Zührem YAMAN 'ın sorumlu araştırmacı olduğu, 476 kayıt numaralı ve “Şiddete Maruz Kalma Durumunun Beş Faktör Kişilik Özelliği ve Duyusal Zeka Boyutu ile 112 çalışanları üzerinden değerlendirilmesi” başlıklı araştırma proje önerisi, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, en geç 6 (altı) ay içinde kurum izin belgesinin etik kurula sunulması koşuluyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)

Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)

Prof. Dr. Ramazan ARI (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Emel FİLİZ (Üye)

Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Hacer Alan DİKMEN (Üye)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)

Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Ebru BAYRAK (Üye)

KATILMADI

Doç. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Devlet ALAKOÇ PİRİR (Üye)

Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Doğa BAŞER (Üye)

KATILMADI

EK B: Konya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA EĞİTİM
BİRLİĞİ (3M Ekte Birim)
17/08/2017 14:23 - 92644167 - 044 - E.279



Sayı : 92644167-044
Konu : ATT Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR'in
araştırma yapması

ACİL VE AFETLERDE SAĞLIK HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02/06/2017 tarihli ve 81760218-044-889 sayılı yazımız,

Acil Tıp Teknisyeni Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR'in, 112 çalışanlarına yönelik "Şiddete Maruz Kalma Durumunun Beş Faktör Kişilik Özelliği ve Duygusal Zeka Boyutu ile 112 Çalışanları Üzerinde Değerlendirilmesi" hakkındaki araştırma projesini yüz yüze anket uygulama metodu ile yapması hakkındaki Müdürlük Makamından alınan olur ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Orhan BATTIR
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek: Olur(1 syf)

Güvenli Elektronik İmza:
Aşlı ile Aynıdır
16.08.2017
Turgut ALTUNSOY
Memur

Beyhekim Mah.Kazım Karabekir Cd.No:14 SELÇUKLU-KONYA

Bilgi için:Saliha BAŞKÖSE

Faks No:Fax:(0332)3517268

Unvan:ŞEF

e-Posta:saliha.baskose@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Fax: 0332 3517268- Ayrıntılı Bilgi

Telefon No:

İçin İrtibat: Tel:03323511832-1186(dahili)S.BAŞKÖSE/

e-posta:konya.egitim@saglik.gov.tr.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a069352-91cf-417a-a67b-2e0c303b3e56 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92644167-044
Konu : ATT Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR'in
araştırma yapması

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü'nün 02/06/2017 tarih ve 81760218/044/E.889 sayılı yazısına istinaden; Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi ve İl Ambulans Komuta Kontrol Merkezi Başhekimliğine bağlı 112 Komuta Kontrol Merkezinde görevli Acil Tıp Teknisyeni Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR'in, 112 çalışanlarına yönelik "Şiddete Maruz Kalma Durumunun Beş Faktör Kişilik Özelliği ve Duygusal Zeka Boyutu ile 112 Çalışanları Üzerinde Değerlendirilmesi" hakkındaki araştırma projesini yüz yüze anket uygulama metodu ile yapmasını,
Olularınıza arz ederim.

Orhan BATTIR
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

.../.../2017

Yrd.Doç.Dr.Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
İl Sağlık Müdürü

Beyhekim Mah.Kazım Karabekir Cd.No:14 SELÇUKLU-KONYA

Faks No:Fax:(0332)3517268

e-Posta:saliha.baskose@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Fax: 0332 3517268- Ayrıntılı Bilgi için irtibat: Tel:03323511832-1186(dahili)S.BAŞKÖSE/
e-posta:konya.egitim@saglik.gov.tr.

Bilgi için:Saliha BAŞKÖSE

Unvan:ŞEF

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d12fc185-5f18-480c-8cb8-9a7eb7772ec8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK C: Anket Formu

112 ÇALIŞANLARINDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, DUYGUSAL ZEKÂ VE ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Değerli Katılımcı;

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı bünyesinde yürüttüğümüz “Şiddete maruz kalma durumunun beş faktör kişilik özelliği ve EQ boyutu ile 112 çalışanları üzerinde değerlendirilmesi” başlıklı çalışmamız, 112 çalışanın kişilik özellikleri, EQ boyutu ve şiddete karşı kendini koruyabilmesi konusunda öneriler oluşturulabileceği açısından önem taşımaktadır. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından derlenen bilgiler gizli tutulacaktır. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR

Araştırmacı

I.Sosyo-demografik özelliklere ait sorular

Cinsiyetiniz 1 Erkek 2 Kadın

Yaşınız?

Mesleğiniz 1-ATT2-PARAMEDİK3-SAĞLIK MEMURU4-HEMŞİRE

Eğitim Durumunuz 1-LİSE2-ÖNLİSANS3-LİSANS4-Y.LİSANS

Medeni Haliniz 1-EVLİ 2-BEKÂR

Çocuk sahibiyse kaç çocuğunuz var?

Kadronuz nedir? 1-6572-SÖZLEŞMELİ

Toplam hizmet süreniz kaç yıl?

II. Şiddete Maruz Kalınmasına ilişkin sorular

1. 112’de çalıştığınız süre boyunca şiddete maruz kaldınız mı?

1 Evet 2 Hayır

2. Hangi tür şiddete maruz kaldınız?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1 Yüksek sesle bağırma 1 Hakaret 1 Tehdit 2 Silahla ya da Kesici aletle zarar verme 2 Üzerine yürüme 2 Eşyaları fırlatma 2 İtme 1 Küfür

2 Tekmeleme veya vurma 2 Yumruklama 2 Zorla tutma 2 Tokat atma

3. Karşılaştığınız şiddet karşısında hissettiğiniz duygu nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kızgınlık Üzüntü Şaşkınlık Hayal kırıklığı Çaresizlik Korku

Güçsüzlük Neden Ben? Diye sorgulama Utanma

4. Gösterdiğiniz davranış nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Sakinleştirmeye çalıştım Karşılık verdim Kaçtım

Yasal işlemleri başlattım Rapor aldım

Şiddete uğradığımı yazılı olarak ilgili birimlere rapor ettim.

III. Kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik

sorular.(6,7,8,9,16,17,18,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,42 ve 43 numaralı sorular terstir.)

			Çok uygun	Biraz uygun	Karar sızım	Uygun değil	Hiç uygun değil
DIŞA DÖNÜKLÜK	1	Toplantıların gözdesiyimdir.(+)					
	2	İnsanların arasında kendimi rahat hissederim.(+)					
	3	Konuşmayı genelde ben başlatırım.(+)					
	4	Toplantılarda değişik insanlarla konuşabilirim.(+)					
	5	İlgi odağı olmaktan rahatsızlık duymam.(+)					
	6	Çok konuşmam.(-)					
	7	Arka planda kalmayı tercih ederim.(-)					
	8	Dikkat kendi üzerime çekmekten hoşlanmam.(-)					
	9	Yabancıların arasında genelde sessizimdir.(-)					
	10	Söyleyecek çok şeyim yoktur.(-)					
UYUMLULUK	11	İnsanlarla ilgilenirim.(+)					
	12	Başkalarının duygularını anlayıp paylaşıyorum.(+)					
	13	Yumuşak kalpliyim.(+)					
	14	Başkalarına zaman ayırırım.(+)					
	15	Başkalarının duygularını hissederim.(+)					
	16	İnsanları rahatlatırım.(+)					
	17	Aslında başkalarıyla pek ilgilenmem.(-)					
	18	Başka insanların problemleriyle ilgilenmem.(-)					
	19	Başkalarına pek ilgi duymam.(-)					
	20	İnsanlara hakaret ederim.(-)					
SORUMLULUK	21	Her zaman hazırlıklıyım.(+)					
	22	Detaylara dikkat ederim.(+)					
	23	İşleri hemen hallederim.(+)					
	24	Düzeni severim.(+)					
	25	Bir plan takip ederim.(+)					
	26	İşimde titizimdir.(+)					
	27	Görevlerimden kaçırım.(-)					
	28	Genellikle eşyaları yerlerine koymayı unuturum.(-)					
	29	Kişisel eşyalarımı etrafta bırakırım.(-)					
	30	İşleri karmakarışık yaparım.(-)					

DUYGUSAL DENGE	31	Kolayca kendimi baskı altında hissedirim.(-)					
	32	Moralim çabuk bozular.(-)					
	33	Her şeye endişelenirim.(-)					
	34	Kolayca huzursuz olurum.(-)					
	35	Ruh halim çok sık değişir.(-)					
	36	Ruhsal dengem sık değişir.(-)					
	37	Çabuk rahatsız olurum.(-)					
	38	Çoğu zaman kendimi keyifsiz hissedirim.(-)					
	39	Genelde rahatımdır.(+)					
	40	Nadiren kendimi keyifsiz hissedirim.(+)					
GELİŞİME AÇIKLIK	41	Kelime hazinem zengindir.(+)					
	42	Olayları zihnimde canlandırırım.(+)					
	43	Mükemmel fikirlerim vardır.(+)					
	44	Olayları anlamada hızlıyım.(+)					
	45	Zor kelimeler kullanırım.(+)					
	46	Soyut fikirlerle ilgilenmem.(-)					
	47	. Fikirlerle doluyumdur.(+)					
	48	Soyut fikirleri kavramakta zorlanırım.(-)					
	49	Hayal gücüm kuvvetli değildir.(-)					
	50	Olaylar üzerinde düşünerek vakit geçiririm.(+)					

IV. Duygusal zekâ durumunu belirlemeye yönelik sorular.(Aşağıdaki değerlendirmeleri ‘X’ işareti koyarak cevaplayınız.)		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2.	Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden					
3.	Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4.	Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5.	Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirlere.					
6.	Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını					
7.	Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu					
8.	Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını					
9.	Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10.	Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11.	Hissettiğim duyguların farkında olurum.					
12.	Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13.	Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan					
14.	Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15.	Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16.	Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17.	Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18.	Beni mutlu edecek uğraşlar bulmaya çalışırım.					
19.	Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların					
20.	Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21.	Ruh halim iyiyken sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22.	İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam.					
23.	Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırılmaz.					
24.	Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25.	Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz.					
26.	Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27.	Hissettiğim duyguların farkındayım.					
28.	İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29.	Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi					
30.	İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31.	Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım.					
32.	Bir kişi bana hayatındaki önemli bir olaydan bahsettiğinde ben de aynıını					
33.	Duygularımda ne zaman bir değişiklik olsa aklıma yeni fikirler gelir.					
34.	Sorunları çözüm biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35.	Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız					
36.	Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak					
37.	İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38.	İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı					
39.	Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40.	İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için					
41.	Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım.					

8. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1987 Konya doğumludur. 2007 yılından itibaren 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görev yapmış ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezinde çalışmaktadır. 2013 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünden mezun olmuştur.

Evli ve 2 çocuk annesi olan yazar, Sağlık yönetimi ve Acil Sağlık Hizmetleri alanında akademik çalışmalarına devam etmektedir. Ayrıca iyi düzeyde İngilizce bilmektedir.

Ayşe KAYIKÇI ÖZDEMİR