

DERLEME

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YIKICI DAVRANIŞ VE MOBBİNGİN ÖNLENMESİ: İYİ İLETİŞİM UYGULAMALARI

Nurettin TEKİN*

ÖZ

İşyerinde mobbing, bir amirin veya bir iş arkadaşının bedensel ve zihinsel bütünlüğüne karşı acımasız ve etik dışı davranışları olarak nitelendirilir; Sağlık hizmetlerinde mobbing nedeniyle mesleki ilişkiler bozulursa, bu durum hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin sağlığını tehdit edilebilir. Bir hemşire, günde işyerinde ortalama 11 zorbalık eylemine maruz kalmaktadır. Mağdurların en kötü kâbusları, kimliklerinin ve karakterlerinin karalanması ve itibarlarının zarar görmesidir. Yıkıcı davranışlar sağlık profesyonellerinin iletişim kurmasını ve birlikte çalışmasını engellediğinde, bu durum hasta güvenliği tehdit eder. İletişimi desteklemek için sözel olmayan ipuçlarını kullanarak sözel ipuçlarının yanlış yorumlanmasını önlemek için akıllı bir yaklaşımdır. Güven, mükemmel iletişimin temel bir bileşenidir ve etkili iletişim bunun üzerine kuruludur. Mükemmel iletişim büyük ölçüde empatiye bağlıdır. İlişkiler ve güçlü yönler, insanların empati kurma yeteneğini etkiler.

Mobbing ve yıkıcı davranışlar, sağlık ekibinin etkinliğini hem açık hem de gizli yollarla baltalayabilir. Otoriter liderlik tarzı ve sindirici iletişimin sık kullanımı, stresli bir çalışma ortamıyla birleştiğinde, sağlık hizmeti kuruluşlarında işyeri zorbalığına katkıda bulunan ana faktörlerdir. Bu çalışma, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda kişilerarası iletişim düzeyinde belirli unsurların mobbinge nasıl katkıda bulunabileceğini göstermeyi amaçlamıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre, üstler ve astlar arasındaki kişilerarası ilişkide sözlü veya sözsüz iletişim olarak gerçekleşen yıkıcı davranışlar içeren bir zorbalık şeklidir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, mobbing, sağlık, yıkıcı davranış, işyeri zorbalığı.

Mobbingin Önlenmesinde İyi İletişim Uygulamaları

PREVENTING DESTRUCTIVE BEHAVIOR AND MOBBING IN HEALTH SERVICES: GOOD COMMUNICATION PRACTISES

ABSTRACT

Mobbing in the workplace is characterized as cruel and unethical behavior against the physical and mental integrity of a supervisor or a colleague; If professional relations are disrupted due to mobbing in health services, this situation may threaten the health of both patients and health professionals. A nurse is exposed to an average of 11 acts of bullying at work per day. Victims' worst nightmares are their identities and characters being defamed and their reputations damaged. When disruptive behaviors prevent healthcare professionals from communicating and working together, this threatens patient safety. It is a smart approach to avoid misinterpretation of verbal cues by using non-verbal cues to support communication. Trust is an essential component of great communication, and effective communication builds on it. Excellent communication largely depends on empathy. Relationships and strengths affect people's ability to empathize.

Mobbing and disruptive behavior can undermine the effectiveness of the healthcare team in both overt and covert ways. Authoritarian leadership style and frequent use of intimidating communication, coupled with a stressful work environment, are the main contributing factors to workplace bullying in healthcare organizations. This study aimed to show how certain elements at the level of interpersonal communication can contribute to mobbing in healthcare institutions. According to the findings of this study, it is a form of bullying that includes destructive behaviors that occur as verbal or nonverbal communication in the interpersonal relationship between superiors and subordinates.

Keywords: Health communication, destructive behavior, mobbing, workplace bullying

*Sağlık Hizmetleri İletişim Bilim Uzmanı, Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, e-mail: tekin_nurettin@hotmail.com

ORCID ID: orcid.org/0000-0001-6257-258X Geliş tarihi: 18.04.2022, Kabul tarihi: 24.04.2022

Mobbingin Önlenmesinde İyi İletişim Uygulamaları

GİRİŞ

Literatür incelendiğinde, mobbingin “taciz, tiranlık, yıkıcı veya negatif davranış, işyerinde şiddet, işyeri terörü/şiddeti, yıldırma, psikolojik şiddet vb.” gibi benzer tanımlarla ifade edildiği görülmektedir ve terminoloji ile ilgili bir sorunla karşılaşılmaktadır. Genel bir tanım yapmak gerekirse mobbing, hiyerarşik bir üst veya iş arkadaşı tarafından uzun bir süre boyunca kişinin bedensel ve zihinsel bütünlüğüne karşı kişinin işini de tehlikeye atacak veya çalışma ortamını bozacak şekilde tekrarlayan saldırgan ve ahlaka aykırı eylemler olarak tanımlanabilir.

Çoğu durumda, zorbalık, bir kişinin bir başkası üzerinde kontrol sahibi olduğu, örneğin patron ve astları arasında olduğu gibi durumları tanımlamak için kullanılır (1). İşyeri zorbalığı iki türe ayrılır: 1) yakın veya açık olarak gerçekleşebilen kişi kaynaklı zorbalık ve 2) işle ilgili zorbalık. Bireylere karşı zorbalık, söylentiler yaymak, sözlü taciz, ısrarlı eleştiri, asılsız suçlamalar ve sosyal izolasyon şeklinde olabilir. İşle ilgili zorbalık ise, aşırı iş izleme (gözleme) davranışı, tutarsız (aşırı) iş yükü ve işin yanlış değerlendirilmesi şeklinde karşımıza çıkabilir. Oysa ilişkiler bağlamında, işyerinde zorbalık üç türe ayrılır. İlki, dikey zorbalık; yöneticilerden çalışanlara (yukarıdan aşağıya) doğru zorbalıktır. İkincisi, yatay zorbalık; aynı pozisyondaki bir veya daha fazla iş arkadaşının bir bireye yönelik bu davranışta (zorbalık) bulunmasıdır (Örneğin, bir iş arkadaşının başka bir iş arkadaşına çarpması gibi). Üçüncüsü, otorite konumlarındaki ast zorba bireylerin sergilediği yukarı doğru zorbalık (2).

Bir grup insan tek bir kişiye karşı benzer davranışlarda bulunduğu bir tür mobbing meydana gelir (3). Tüm bu olayların ortak bir yanı vardır: sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerde, hasta ve personel sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilecek bir bozulmaya yol açabilirler.

"Örgütsel İletişimin Yıkıcı Tarafı" (4) adlı yeni kitabında "Duygusal Zorbalık İş Başında: Ahlaki Duyguları Bastırmak" bölümünü yazan psikoloji profesörü olan Waldron, örgütlerde yetkili konumdaki güçlü bireylerin sorumlu duygusal davranış sergileme konusunda özel bir yükümlülüğü olduğunu ifade etmektedir (4). Bu bölümde Waldron, duygusal tiranlığı, bir

organizasyonun güçlü üyeleri tarafından duyguların yıkıcı, kontrol edici, adaletsiz ve hatta zalim olarak algılanan şekillerde manipüle edilmesi olarak tanımlamaktadır (4). Waldron, gözdağı verme, alay etme, duygusal şantaj, yıldırma (direnci aşındırmak için duyguların kullanılması), yeniden çerçeveleme (başkalarının duygusal deneyimlerini yeniden tanımlama) ve basitçe işyerinden duyguları yok etmeyi içeren duygusal tiranların taktiklerini tartışmaktadır (4).

Herhangi bir endüstride, özellikle sağlık sektöründe, etkili iletişim kritik öneme sahiptir. Sağlık hizmeti iletişiminin zayıf olmasının sonuçları yıkıcı olabilir. Kötü iletişim işletmelere zarar verir, ancak sağlık sektöründe hastaların sağlığı üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. Açık bir iletişim eksikliğinden kaynaklanan yanlış teşhisler ve diğer tıbbi hatalar kolaylıkla hastaların ölümlerine veya önlenemeyecek ciddi sağlık komplikasyonlarına yol açabilir. Sağlık hizmetlerinde iletişim eksikliği, sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan bakımın kalitesi kadar hastanın klinik sonuçları üzerinde de önemli bir etkiye sahip olabilir. Etkili ve verimli iletişim, hastaların mümkün olan en iyi bakımı almasını ve klinik sonuçların iyileştirilmesini sağlamanın yanı sıra, sağlık bakım maliyetlerinin de azaltılmasına yardımcı olur.

Bir işyerinde mobbing sorunu olup olmadığı, üst ile onun astları ve diğer çalışanlar arasındaki kişilerarası iletişimin geliştirilme biçiminde gözlemlenebilir. Yıkıcı davranışların mağdurlar üzerinde hem kısa hem de uzun vadede etkisi vardır. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda kişilerarası iletişim düzeyinde belirli unsurların mobbinge nasıl katkıda bulunabileceğini göstermektir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE YIKICI DAVRANIŞLAR

Yıkıcı davranışlar arasında öfke patlamaları, başkalarının sözünü kesme, kabalık veya sözlü saldırılar, fiziksel tehditler, yıldırma, cinsel taciz, sözlü taciz, aşağılayıcı ifadeler, haksız yere eleştirel ifadeler, bilgi vermeme, dedikodu veya diğer sosyal olarak yanlış davranışların tümü sayılabilir (11).

Johnson ve Rea (5) araştırmalarına katılan 249 acil servis hemşiresinin % 27,3'ünün işyerinde yıkıcı davranışa maruz kaldığını bildirmiştir. Bu davranışlara maruz kalanların yarısından fazlası yıkıcı davranışları sergileyenlerin yönetici veya m¼d¼r olduğunu bildirirken, d¼rtte birinden fazlası faillerin sorumlu hemşireler olduğunu bildirmiştir (5). Benzer şekilde, Yıldırım (6) araştırmasında, T¼rkiye'de ankete katılan 286 hemşirenin %21'inin işyerinde zorbalığa uğradığını ve bu zorbalık eylemlerinin %39'unun y¼neticiler tarafından gerçekleştirildiğini ifade etmiştir (6).

İşyerinde zorbalığın sağlık end¼strisinde cinsel tacizden d¼rt kat daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir (7). İstatistiklere g¼re, sağlık çalışanları, iş arkadaşları, amirler, hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve ¼zerlerinde farklı d¼zeylerde yetkiye sahip diğer kişiler de dahil olmak ¼zere, ilişki kurdukları çok çeşitli kişiler nedeniyle g¼nl¼k olarak mobbinge maruz kalmaktadır (8). Mobbinge maruz kalan insanlar stresli ve h¼srana uğramış bir şekilde hem fiziksel hem de zihinsel problemler yaşayabilir. Mesela, hemşirelerin mobbing nedeniyle işten ayrıldıkları rapor edilmiştir (9).

Portekiz'de yapılan bir araştırma, her hemşirenin iş yerinde ortalama olarak 11 yıkıcı davranışa maruz kaldığını g¼stermiřtir (10). Mağdurların karşılaştığı en yıkıcı davranış biçimleri, iletişimin engellenmesi ve işyerinde itibarın zedelenmesidir. Hemşireler, kendilerini mobbinge uğratan kişilerde şu saiklerden bahsetmişlerdir: Haset veya kıskançlık, kişileri boyun eğmeme ya da şantaja boyun eğmeme konusunda suçlama, yeni çalışma y¼ntemlerinde veya bakış açılarında itaatk¼r ve yenilikçi davranmama veya girişimci olmamak gibi suçlamalar y¼neltme (10). Mağdurların neredeyse yarısı işyerinde mobbing sonucu sağlık sorunları yaşadığını iddia etmektedir (10).

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Yıkıcı Davranışların Özellikleri

Mobbing bağlamında yıkıcı davranışlar, herhangi bir başka sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirilen ve sağlık ekibinin performansını riske atan hem açık hem de gizli eylemleri kapsar. En sık bildirilen yıkıcı davranış t¼r¼ duygusal ve s¼zel istismardır (11). Hemşireler, genellikle diğer hemşirelerden gelen s¼zl¼ tacizi ağırlıklı olarak bildirmişlerdir (12). Bu

davranışlar arasında tehdit edici veya taciz edici dil kullanımı, küçük düşürücü veya aşağılayıcı yorumlar, birini personel ve hastalar dâhil olmak üzere başkalarının gözü önünde küçük düşürme, iğrenerek gözlerini devirme, kötü mesajlar gönderme, başkalarına yardım etmeyi reddetme, konuşma girişimlerini görmezden gelme, eşyaları fırlatma, başkalarını korkutma ve fiziksel olarak saldıran ekip üyelerini saymak mümkündür (11). Doktorlar, hemşireler ve idareciler dahil olmak üzere hastane personelini ve ayrıca çeşitli sağlık hizmeti alanlarından profesyonellerin incelendiği bir araştırmada, katılımcıların % 77'si hekimler arasında yıkıcı davranışlar gördüklerini ve % 65'i hemşireler arasında yıkıcı davranışlar gördüklerini belirtmişlerdir (13). Diğer bir çalışmada, hemşirelerin hekimlere göre daha yüksek oranda (% 51,9'a karşı % 49) yıkıcı davranışlarda buldukları gösterilmiştir (11).

Doktorların sağlık çalışanlarına gözdağı vermesinin hasta bakımını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (14). Gizli veya göze çarpmayan eylemler, hem hastalar hem de çalışanlar için aynı derecede zararlı olabilir (1, 15). Tüm bu eylemler, bir işyerinin temelini oluşturan işbirliği ruhunu baltalar. Açık saldırganlığın en belirgin olanı, fiziksel veya sözlü şiddet içeren biçimleridir (16). Ameliyathanelerde, cerrahların cerrahi ekipman fırlattıkları veya geceleri acil bir durumda aradıkları için hemşirelere kızdıkları bilinmektedir. Hekimler, sağlık sistemindeki konumları nedeniyle, yıkıcı davranışlar söz konusu olduğunda genellikle dikkatin hedefi konumundadır. Ancak hemşireler ve her türden diğer sağlık çalışanları da bu suçlara ortak olabilir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Yıkıcı Davranışların Kökenleri

Ford ve diğerleri (17), çatışmayı "beklenen ihtiyaçların nasıl karşılanacağına ilişkin farklılıklar, genellikle duygusal gerilim ve ilişkisel ayrılık ya da çatışmacı davranışlarla kendini gösterme" olarak tanımlamıştır (17). Hekimler ve hemşireler arasındaki çatışma, yıkıcı davranışların en yaygın kaynağıdır (18). Beklentilerin karşılanmadığı herhangi bir duruma, örneğin ekipman veya personelin hazır olmadığı ve işlerin doğru bir şekilde

yerine getirilmediği durumlarda çatışma ortaya çıkar (19). Bu güç çatışmalarının farkında olmak, yıkıcı davranışları tersine çevirmeye yardımcı olabilir (20). Bu nedenle, mobbingin olası nedenleri araştırılırken güç ve otorite kavramları dikkate alınmalıdır.

Hekimlerin yıkıcı davranışlar sergilemesinde, göz dağı önemli bir rol oynamaktadır (21). Hekimler, bu yıkıcı davranışlarının farkında bile olmayabilirler. Dolayısıyla bu davranışlar, hekim bunu fark edene kadar değişmeyecektir. Sıklıkla, hekimlerin bu yıkıcı davranışları fark edilmeyebilir ya da hastane için gelir getirici statüleri nedeniyle diğer personele göre hekimlere daha hoşgörülü davranılabilir (21,22). Günümüzde sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının ve bireysel sorumluluğun artan önemi nedeniyle, artık hekimler yıkıcı davranışlara yol açabilecek özerklik kaybı yaşamaktadır (21).

Hemşirelerin kendi aralarındaki yıkıcı davranışlar, hekimlerden farklı olarak kısmen hemşirelerin sağlık bağlamında geleneksel olarak çok az güce sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir ve yatay şiddet genellikle ezilen grup davranışıyla ilişkilendirilmiştir (23). Ağırlıklı olarak kadın mesleği olan hemşirelik, uzun bir süre hekimlerin, erkek yöneticilerin ve marjinal hemşire yöneticilerin egemenliği altında ezilmiştir (24).

Yıkıcı davranışlardan kaynaklanan hayal kırıklığı, kişinin iş arkadaşları ve meslektaşları arasındaki çatışmalarda yaygın bir durum olarak kendini göstermektedir (24). Bu döngü cinsiyetten de etkilenmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, cinsiyete dayalı taciz (cinsiyet temelinde eşit olmayan muamele olarak tanımlanır) söz konusu olduğunda, erkek hemşirelerin, erkek hekimler tarafından kadın hemşirelere göre daha iyi tedavi edildiklerine ve erkeklerle dostluk kurduklarına inandıkları tespit edilmiştir (25).

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Yıkıcı Davranışların Etkileri

İletişim ve ekip çalışmasındaki aksaklıklar nedeniyle, yıkıcı eylem ve davranışlar hastaları riske atabilir. Sağlık çalışanlarının esenliği ve işlerini etkin bir şekilde yapma kapasiteleri, yıkıcı davranışlar tarafından tehlikeye

atılmaktadır. Hemşirelerin memnuniyet ve moralinin, hekimlerin yıkıcı davranışlarından olumsuz etkilendiği bulunmuştur (9). Stres ve hayal kırıklıkları gibi psikolojik ve davranışsal bozukluklar ile hemşire-hekim ilişkisinin bozulması arasında bir ilişki vardır (13). Bu eylemlerin tehdidi altında olan sadece hekim ve hemşire ilişkisi değildir. Hemşirelerin hasta veya hekim zorbalığından çok kendi meslektaşlarının yıkıcı davranışları tarafından strese girdikleri tespit edilmiştir (24). Aynı araştırmaya göre, zorbalığa uğrayan hemşirelerin, önündeki iki yıllık süre zarfında görevden ayrılmayı "çok olası" veya "kesinlikle" olarak bildirme olasılıkları, zorbalığa uğramayan hemşirelerin iki katı, görevden ayrılmaya "biraz muhtemel" olarak bildirme olasılıkları üç kat daha fazladır (24).

2. YIKICI DAVRANIŞLARI ÖNLEMEDE İYİ İLETİŞİM UYGULAMALARI

İşyerinde etkili iletişim hayati önem taşır ve kişilerarası daha iyi bağlara yol açabilir. Diğer kişiler tarafından mesajın daha net algılanabilmesi için açık uçlu sorular sormak, aktif dinleme, empati ve kararlılık gibi stratejilerin kullanılması gerekmektedir. Etkili iletişim ve iyi kişilerarası etkileşimler birbirleriyle doğrudan bağlantılıdır, ancak bu etkileşim çeşitli faktörlerden de etkilenebilir. Etkili iletişime yardımcı olabilecek veya engel olabilecek birkaç faktör vardır: Bunlara cinsiyet, kuşak farklılıkları, çevre, meslek dayanışması, işbirliği, açıklık ve dürüstlük gibi şeyler dahildir (26).

İletişimde başarıyı etkileyen faktörlerin en önemlilerinden biri cinsiyettir. Cinsiyetin iletişim üzerindeki etkisi hakkında çok sayıda kitap yazılmıştır (27, 28). İletişimde cinsiyet farklılıkları erken yaşlarda bile gözlemlenmektedir: Kızlar daha dolaylı konuşurken ve daha az talepte bulunurken, erkekler daha doğrudan konuşur ve daha fazla talepte bulunur (27). Kadınlar bir uyum duygusu yaratmak için konuşur ve sözcükleri duygularını ifade etmek ve yakınlık kurmak için kullanırlar. Kadınlar mahremiyeti korumak için iletişim kurarken, erkekler bağımsızlık kurmaya çalışır (28). Erkekler genellikle spor veya iş hakkında konuşurken, kadınlar ilişkileri ve duyguları hakkında konuşur; dolayısıyla konuşulan içerik ve bağlamlar bile farklılık göstermektedir. Benzer şekilde, beden dilinin de farklı

cinsiyet çağrışımları vardır. Kadınlar birbirlerine daha yakın dururlar ve sözlü olmayan iletişimi doğrudan kullanırlar. Erkekler ise sözsüz iletişimi dolaylı olarak kullanır ve mesafeyi korurlar (28). Her iki iletişim stili de faydalı ve etkili olsa da, cinsiyetlerin tipik olarak sergilediği farklılıkları tanımak ve bunlara uyum sağlamak çok önemlidir.

İletişimi etkileyen diğer bir faktör nesiller arasındaki farklılıklardır. Her kuşağın yaşam deneyimleri ve değerleri açısından doğal farklılıkları vardır. Bu da farklı iletişim tarzlarına yansiyarak etkileşimlerde kolaylıkla yanlış anlamalara yol açabilmektedir (29). Bu yanlış anlamalardan bazıları, bir sorunu çözmek için hiyerarşik bir yaklaşım sergilemek ile ilgili olabilir. Bu nedenle, bir meslektaşın veya çalışanın doğduğu kuşağı bilmek, etkileşim ve iletişim stillerinin anlaşılmasını kolaylaştırabilir (29).

2.1. Temel İletişim Becerileri

Temel iletişim becerilerini kullanarak kusurlu iletişimden nasıl kaçınılacağı konusunda çok sayıda kitap ve makale yazılmıştır. Bu durum bize bu alanda zengin bir literatür bilgisine ulaşmamızı sağlamaktadır. Bu temel iletişim becerileri şunları içerir (30–32):

- Dinleme,
- Açık uçlu soru sorma,
- Kapalı uçlu soru sorma.
- Açıklayıcı soru sorma,
- Başka sözcüklerle ifade etme,
- Kolaylaştırıcılar kullanma,
- Sözel olmayan iletişimi değerlendirme,
- Sessizlik.

2.1.1. Dinleme

Dinleme, bir konuşmada birine yanıt vermenin önemli bir parçasıdır. Dinleme, iletişim kurulan kişiye odaklanmayı gerektirir. Göz temasını sürdürmek ve iletilen mesajı anlamaya veya yorumlamaya çalışmak, iyi dinleme becerilerinin örnekleridir. İnsanlar, genellikle mevcut konuşmaya

odaklanmak yerine, daha sonra kendilerinin söyleyeceklerinin düşünmek ile meşgul olmaya çok daha yatkındır (33, 30, 31).

2.1.2. Açık uçlu sorular sorma

Etkili bir iletişim, açık uçlu soruların kullanılmasına bağlıdır. Bu sorular, basit bir "evet" veya "hayır" ya da kısa bir kelime ile cevaplanamayacak sorulardır. Açık uçlu sorular, genellikle çok çeşitli olası yanıtları ve bilgileri ortaya çıkarmak için kullanılır. Ayrıca, bu tür sorular, karşımızdaki kişilere gösterdiğimiz özen konusunda güven sağlar. Açık uçlu bir soruya verilen yanıt geciktiği zaman, genellikle kapalı uçlu bir soru bu boşluğu doldurur ve neredeyse bu durumdan kaçınmak insanlar için oldukça zordur. Bunun nedeni, ya soruyu soranın yanlış anlaşıldığına dair endişeye kapılmasına ya da soruyu soranın güvensizliği nedeniyle kontrolün kendisinde olduğunu karşı tarafa hissettirme çabası olabilir (30, 31, 34, 35). Oysa, etkili iletişim bağlamında özellikle bu durumdan kaçınılması gerekmektedir.

2.1.3. Kapalı uçlu sorular sorma

Açık uçlu sorular, ek bilgi toplamak için faydalı olsa da, gerçek bilgileri elde etmek için kapalı uçlu sorular gereklidir ve özellikle kriz zamanlarında kapalı uçlu sorular kritik öneme sahiptir. Kapalı uçlu sorular, açık uçlu sorular yorumlarla bir araya getirildiğinde iletişim oldukça başarılıdır. Ancak, birincil iletişim yöntemi olarak kapalı uçlu sorular tercih edilmemelidir (30, 31, 26, 34, 35, 32, 33).

2.1.4. Açıklayıcı soru sorma

Açıklayıcı sorular, diğer bir açık uçlu soru türüdür. Buradaki amaç, konuşma sırasında karşı tarafın daha önce elde edilen bilgilerle ilgili daha ayrıntılı bilgi toplamaya ve ek ayrıntılar sağlamaya teşvik edilerek ve ödüllendirilerek görüşmeden daha fazla bilgi elde etmektir. Bilgi yönetimindeki en yaygın gaflardan biri yönlendirici sorular sormaktır, bu

nedenle yönlendirici sorulardan özellikle kaçınılmalıdır. Yönlendirici soru sorma, beklenen bir yanıtı ima ettiği için yanlış veya yanıltıcı bilgilerle sonuçlanabilir (33, 32).

2.1.5. Başka sözcüklerle ifade etme

Başka sözcüklerle ifade etme, orijinal mesajı alır ve anlamı yorumlayarak onu dönüştürür. Böylece, karşı tarafın bilişsel anlamı detaylandırmasına ve geliştirmesine yardımcı olur. Bu tekniği etkili bir şekilde kullanmak için, kelimeleri dinlemek ve mesajın yorumunu yeniden ifade ederek tekrar kontrol etmek çok önemlidir (33).

2.1.6. Kolaylaştırıcılar kullanma

Kolaylaştırıcılar, iletişim kurulan kişinin ek bilgi paylaşmaya devam etmesini teşvik eden ifadeler, sorular veya eylemlerdir (32, 33, 35). Duruma bağlı olarak, başı sallayarak, gülümseyerek veya "hmm-hmm", "devam et", "nasıl yani?" veya "sonra?" gibi ifadeler söylenebilir. Bu kolaylaştırıcıları kullanma, belirli bir yön veya odak sağlamadıklarından dolayı kişinin iletişim ve bilgi alışverişi sürecine devam etmesine yardımcı oldukları için hayati önem taşır (35).

Yeniden ifade etme: Yeniden ifade etme, söylenenlerin karşı taraftaki kişiye tekrar edilmesini içerir. Bu, ana konudan uzaklaşan mevcut konuşmanın tekrar rayına oturması veya dikkatin yeniden ana konuya odaklanmasına yardımcı olmak için harika bir tekniktir. Özellikle, karşı taraf aşırı genelleme yapıyorsa veya konuşma ana bağlamından saptıysa yeniden ifade etme oldukça yararlıdır. Yeniden ifade etme karşı tarafın endişelerini iletmesine veya bu endişelerini detaylandırmasına fırsat verir (36). Yeniden ifade etme, başlangıçta garip gelebilir, ancak dikkatli kullanıldığında çok etkili olabilir.

Yansıtma: Yansıtma, bir tür yeniden ifade etme şeklidir. Yansıtma için, konuşma sırasında ifade edilen duygulara odaklanmak gerekir. Bir mesajın duygusal niteliklerine odaklanmak, mesaj alıcısının içeriği duygusal yönlerle ilişkilendirmesine yardımcı olur. Aşırıya kaçmayan düşünceler, birkaç

kelimeyle kısaca ifade edilebilir. İlk başta, genellikle zordur ancak, diğer becerilerde olduğu gibi, pratik yapmak mükemmelleştirir (33, 32).

2.1.7. Sözel olmayan iletişimi değerlendirme

Ustalaşılması gereken en kritik yeteneklerden birisi de, sözel olmayan iletişimi değerlendirme yeteneğidir. Çünkü iletişimin çok daha fazlası, sözel olmayan inceliklerle gerçekleşir ve "Mesajın içerik düzeyi" olarak adlandırılır (33). Yüz ifadeleri, göz hareketleri, jestler, duruş ve proksmiklerin tümü bu sözel olmayan davranışların örnekleridir. Yüz ifadeleri, kişilere duygularını değerlendirmede ve mesajın doğru iletilip iletilmediğini belirlemede yardımcı olan ipuçlarıdır. Karşı tarafın kafası karıştığında veya iletilen mesajın tam olarak anlaşıldığından emin olunmadığında, ifadeler sıklıkla yeniden nitelenmelidir. Örneğin, depresyon sıklıkla bir kişiyi göz temasını, duruşunu ve hızlı veya yavaş vücut hareketlerini sürdürme yeteneği ile ölçülür. Sözlü ipuçlarının sık sık yanlış okunması nedeniyle, sözel olmayan göstergeleri kullanarak doğrulama yapmak çok önemlidir (33).

2.1.8. Sessizlik

Geliştirilebilecek bir diğer iletişim becerisi de sessizliği kullanabilme becerisidir. Göz teması veya küçük bir baş sallama eşliğinde birkaç saniye veya daha uzun süren sessiz duraklamalar, kişileri konuşmaya devam etmeye ikna edebilir. Ek olarak, konuşmacının duygularını yansıtması veya ifade etmesi için zaman tanır. Sessizlik tedbirli bir şekilde kullanılmalı ve asla potansiyel olarak tehlikeli durumlarda kullanılmamalıdır. İlk başta garip gelebilir ve daha önce belirtildiği gibi kapalı uçlu soru sorma yoluyla boşluk kapatılmaya çalışılabilir (35).

2.2. Etkili İletişimi Etkileyen Faktörler

Bu çok basit beceriler nispeten göz önüne alındığında, insanlar neden etkili bir şekilde iletişim kuramazlar? Belki de bunun temel nedeni, iletişimde rol alan diğer birçok önemli yapının da yanı sıra araya giren

hiyerarşi, güven, kendini ifade etme, empati, karşılıklılık ve bağlam gibi bazı faktörlerdir (34).

2.2.1. Hiyerarşi

Algılanan güç ve otorite hiyerarşisi, iletişimi etkileyen faktörlerden biridir. Bazı sağlık profesyonellerinin diğerlerinden daha fazla yetkiye sahip olduğu algısı nedeniyle, çalışanlar bazı kritik bilgileri iletmemeyi tercih edebilir. Bu nedenle güven duygusu, hiyerarşinin etkisini en aza indirmeye yardımcı olabilir.

2.2.2. Güven

Güven, iyi iletişimde hayati bir kavramdır. Bireylerin güven düzeyi, etkili iletişim kurma yetenekleriyle yakından ilişkilidir. Güven, başka bir kişinin doğruluğuna ve bütünlüğüne güvenme kapasitesi olarak tanımlanır (31). İki tür güven dikkate alınmalıdır: genel güven ve özel güven. Bir sağlık profesyoneli, bireyleri açıkça karşılayarak genel güveni kazanabilir (31, 30). Bazı sağlık profesyonelleri daha güvenilirdir, bazıları ise daha şüpheli ve temkinlidir. Özel güven, bir ilişkide belirli bir kişiyle ilişkilendirilen güvendir. Örneğin, önceki olumsuz deneyimler yüzleşmeyle sonuçlanmışsa, kişi patrone şüphe duyabilir. Bununla birlikte bazı davranışlar bireyin güven duygusunu geliştirmesine yardımcı olabilir. Çalışanlar, karar verme ve problem çözme süreçlerine ne kadar çok dahil edilirse, güven düzeyi de o kadar artar (30, 31, 34). Kibirli, manipülatif ve otoriter bireyler güveni sarsma eğilimindedir. Güven, spontane, şefkatli ve problem çözme faaliyetleri yoluyla inşa edilir. Sorun çözme sırasında değerlendirici iletişimden ziyade betimleyici iletişim kullanmak, güven oluşturma tekniklerinden biridir (37).

2.2.3. Kendini ifade etme

Kendini ifade etme, iletişimi kolaylaştıran bir diğer uygulamadır. Konuşma, ağırlıklı olarak hasta merkezliyse, kişisel bir deneyim, tutum veya duyguyu ifade etme örnekleri, diyalogun gelişmesine ve artmasını

sağlayabilir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcı adına kendini aşırı ifade etme, dikkati sağlık hizmeti sağlayıcısının ihtiyaçlarına odaklaması nedeniyle terapötik iletişimi bozabilir.

2.2.4. Empati

Empati, iletişimin etkinliğine katkıda bulunan bir diğer faktördür. Arnold ve Boggs (38) empatiyi "bir kişinin başka bir kişinin duygularını uygun şekilde tanıma ve anlama kapasitesi" olarak tanımlamıştır (38). Empati, duygusal, bilişsel ve iletişimsel boyutları kapsayan çok yönlü bir kavramdır. Sağlık profesyonelleri için empatik iletişim, iş arkadaşları, çalışanlar ve yönetim ile olumlu kişilerarası etkileşimlerin gelişmesiyle sonuçlanır. Aynı zamanda empati, bir başkasının duygularını deneyimleme kapasitesidir (38). Empati şu üç unsurdan oluşur:

- Empati anlayışını iletme,
- Karşı tarafın hissettiklerini etkili bir şekilde hissetme,
- Karşı tarafın bakış açısını bilişsel olarak değerlendirme.

Bu bileşenler, dinleme ve duyma, açıklama ve onaylama, ayrıca anlamayı değerlendirme ve paylaşma gibi sağlık profesyoneli eylemlerine çevrilebilir (38). "Empati" terimi "sempati" ile birbirinin yerine kullanılmamalıdır. Empati, başka birine duyulan sempati veya üzüntü ile aynı şey değildir; deneyimleme ve anlama eylemidir (33). Kuşkusuz, kişiler arasındaki empatik bağın derecesi, ilişkinin türüne ve ilgili güç düzeyine göre değişmektedir. Bir sağlık profesyoneli başkalarının duygularını bilişsel olarak anlamak için ne kadar çok girişimde bulunursa, etkili bir iletişim o kadar olasıdır (38).

2.2.5. Karşılıklılık

Karşılıklılık, iletişimde kritik olan ek bir fikirdir. Karşılıklılık bir etkileşim tarzı olmakla birlikte, kişilerarası ilişkilerin iletişim yoluyla geliştirilmesine katkı sağlayan bir unsurdur. Karşılıklılık, ortak problem çözme ile sonuçlanan bir başkasıyla bağlantı ve anlayış duygusu da dahil olmak üzere çeşitli özelliklerle tanımlanabilir. Bu, karşılıklı etkileşimden

kaynaklı bir paylaşılan deneyim veya paylaşılan bir tatmin duygusudur (39). Karşılıklılık, özerklik ve paternalizm arasındaki süreklilikte arasındaki kritik denge noktasıdır (40). Karşılıklılık, paylaşılan bir kontrol, kişisel sorumluluk ve tatmin duygusuyla sonuçlanır (40).

Karşılıklı ilişkiler asimetric olsa da, paylaşım karşılıklılığı bir olasılık haline getirebilir. Hastaların belirli bir olayı kavramasına yardımcı olmak için kişisel bilgileri (kendini açma) ortaya çıkaran bir sağlık profesyoneli, terapötik karşılıklılık sergilemiş olur. Bir başkasının bu farkındalığı, nihai olarak hasta ve sağlık profesyonelleri arasında dinamik bir iletişimin karşılıklı olarak gelişmesine katkıda bulunur (40).

2.2.6. Bağlam

İletişimin bağlamını dikkate almak çok önemlidir. Kişiler, konuşmanın bağlamına bağlı olarak farklı iletişim kurarlar. Bu duruma, bir mola sırasında koridordaki bilgi paylaşımı ile çekişmeli bir toplantının ortasındaki bilgi paylaşımı örnek gösterilebilir. Dolayısıyla, etkili iletişim açısından etkileşim kadar bağlam da çok önemlidir. Bu nedenle bağlam, karşılıklılık veya etkileşimlerde meydana gelen "alma ve verme" işbirliğinin temel direklerinden biri olarak tanımlanır (41). Bu ikilinin bağlantısının bir geleceği varsa, işbirliği daha olası hale gelir. Sahip olunan geçmiş ve karşılıklılığın sabit kalması gelecek tarafından belirlenir.

3. SONUÇ

İletişim kritiktir, çünkü bir mesajın veya bilgi parçasının bir kaynaktan diğerine aktarıldığı süreçtir. Söylenen kelimelerin ortak bir anlamı olduğu sürece iletişim mümkündür. Genel olarak, bu çalışma, sağlık hizmetlerinde iş veya kişisel bağlamda eleştiri, aşağılama ve alaycılık gibi sözlü veya sözlü olmayan iletişim yoluyla yıkıcı davranışların varlığını göstermektedir. Bir sağlık kuruluşu, kuşkusuz, aynı amaç için çalışan ve çalışma sırasında iletişimi kritik hale getiren, farklı sosyal ve profesyonel geçmişlere sahip farklı bireylerden oluşur. Genellikle bir yönetici veya patron, çalışanları ile uygunsuzluğa ve yıkıcı davranışlar veya zorbalık içeren

bir mesaja yol açabilecek olumlu kişilerarası iletişim geliştirmenin hassas öneminin farkında değildir.

Bu çalışma kapsamında yapılan değerlendirmelere göre; otoriter liderlik tarzı ve sindirici iletişimin sık kullanımı, stresli bir çalışma ortamıyla birleştiğinde, sağlık hizmeti kuruluşlarında işyeri zorbalığına katkıda bulunan ana faktörlerdir. Bu çalışmada mobbing, üstler ve astlar arasındaki kişilerarası ilişkide sözlü veya sözsüz iletişim olarak gerçekleşen yıkıcı davranışlar içeren bir zorbalık şeklidir. Bu tür işyeri zorbalığı, mağdurların ve diğer çalışanların önünde ifade edilmeye değmeyecek şekilde eleştiri, sert sözler ve aşağılayıcı bir dil kullandığında ortaya çıkar. Otoriter liderlik tarzı, sağlık hizmeti çalışma ortamında baskındır ve stresli çalışma ortamları, sağlık kuruluşlarında işyeri zorbalığının ana kaynağı haline gelmiştir.

Bir sağlık işletmesindeki işyeri zorbası, tipik olarak, baskın, sert, hırslı ve kolayca kıskırılan, personele birden çok kez sözlü olarak zorbalık yapan bir erkek lider veya patrondur. İşyerinde zorbalığın hedefi, daha önce zorbayla olumlu bir ilişkisi olan ve geçmişte hatalar yapmış bir çalışan iken, zorba kişilerarası bağları gererek hedefi yıldırıma devam eder. Benzer şekilde, itaatkar olmayan ve amirlerine tabi olan yeni çalışanlar, sert sözler ve aşağılayıcı dil kullanılarak sürekli olarak sözlü olarak sindirilecektir. İşyerinde zorbalığın yöneticiler ve çalışanlar arasındaki kişilerarası bağlantılara toleransı etkiler. Ek olarak, üstler ve astların kişilerarası iletişim ve etkileşimleri arasında bir ayrışmaya neden olur.

Kişilerarası iletişim gerçekleştiğinde, ilgili taraflar birbirine bağlanır ve birbirine bağımlı hale gelir. Bu, iletişim sonucunda amaçlanan veya beklenen etki ve tepki olarak yorumlanır. Böylece Kişilerarası İletişim, Kişilerarası İlişkilerin üzerine inşa edildiği ve yönetildiği temel yapı haline gelir. Kişilerarası İletişim, olumlu kişilerarası ilişkilerin gelişmesine neden olabilir ve bunun tersi de geçerlidir. İletişim sürecinde yer alan herkesin en iyi çabalarına rağmen yanlış anlamalar ve anlaşmazlıklar ortaya çıkabilir. Bir anlaşmazlık durumunda, karşılıklı yarar sağlayan bir anlaşmayı nasıl müzakere edeceğinizi bilmeniz önemlidir. Tüm iletişim girişimlerinde kazan-

kazan çözümünü ön planda olmalıdır, ancak bu nasıl başarılabilir? Tepki vermeme, çatışma yönetimi ve müzakere stratejisindeki ilk aşamadır (42).

Müzakere ancak her iki tarafın da diğerini öğrenmeye kararlı olduğu sevgi dolu bir ortamda başlayabilir. Duyguların kabulü, bu şefkatli ortamın tanımlayıcı bir özelliğidir. Daha önce açıklanan başarılı iletişim yeteneklerinin her biri gereklidir. Müzakere sürecinde açık iletişimin önemi göz ardı edilemez.

KAYNAKÇA

1. Bray C. Bullying nurses at work: theorizing a gendered experience. *Contemp Nurse* 2001; 10(1-2):21-9.
2. Longo J, Sherman RO. Leveling horizontal violence. *Nurs Manage* 2007; 38(3):34-7, 50-1.
3. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower* 1999; 20(1/2):70-85.
4. Lutgen-Sandvik P, Sypher BD. *Destructive Organizational Communication*. Routledge; 2010.
5. Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *J Nurs Adm* 2009; 39(2):84-90.
6. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16(8):1444-53.
7. Rowell PA. Being a "target" at work: or William Tell and how the apple felt. *J Nurs Adm* 2005; 35(9):377-9.
8. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 2004; 9(3):7.
9. Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(6):587.e1-4; discussion 587.e4-5.
10. Da Silva João AL, Saldanha Portelada AF. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *J Interpers Violence* 2019; 34(13):2797-812.
11. Hader R. Workplace Violence Survey 2008. Unsettling findings: employees safety isn't the norm in our healthcare settings. *Nurs Manage* 2008; 39(7):13-9.
12. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag* 2005; 13(3):242-8.
13. Rosenstein AH, O'Daniel M. A Survey of the Impact of Disruptive Behaviors and Communication Defects on Patient Safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2008; 34(8):464-71.
14. Mansfield E. Empathy: concept and identified psychiatric nursing behavior. *Nurs Res* 1973; 22(6):525-30.

15. Einarsen S. Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice / editors, Ståle Einarsen [and others]. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011.
16. Glasø L, Notelaers G. Workplace bullying, emotions, and outcomes. *Violence Vict* 2012; 27(3):360–77.
17. Ford N, Mills EJ, Zachariah R, Upshur R. Ethics of conducting research in conflict settings. *Confl Health* 2009; 3:7.
18. Weber D. Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician executive* 2004; 30:6–14.
19. Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002; 102(6):26–34.
20. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical care nurse* 2009; 29:74–83.
21. Moreno-Leal P, Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Jiménez-Ruiz I, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M et al. Disruptive Behavior at Hospitals and Factors Associated to Safer Care: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* 2021; 10(1).
22. Sataloff RT. Editorial. *Ear Nose Throat J* 2008; 87(7):364–5.
23. Doo EY, Choi S. Effects of horizontal violence among nurses on patient safety: Mediation of organisational communication satisfaction and moderated mediation of organisational silence. *J Nurs Manag* 2021; 29(3):526–34.
24. Farrell GA, Shafiei T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: a descriptive survey (the SWAB study). *Int J Nurs Stud* 2012; 49(11):1423–31.
25. Straus S. A study on physician bullying as gender harassment to female and male operating room nurses in Minnesota (part II); 2008.
26. Grover SM. Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work: The Foundation of Collaboration. *AAOHN Journal* 2005; 53(4):177–82.
27. Tannen D. Gender differences in topical coherence: Creating involvement in best friends' talk. *Discourse Processes* 1990; 13(1):73–90.
28. Tannen D. Talking from 9 to 5: How women's and men's conversational styles affect who gets heard, who gets credit, and what gets done at work / Deborah Tannen. New York: W. Morrow; 1994.
29. Zemke R, Raines C, Filipczak B. Generations at work: Managing the clash of Veterans, Boomers, Xers, and Nesters in your workplace / Ron Zemke, Claire Raines, Bob Filipczak. New York: AMACOM; 2000.
30. Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ* 2002; 36(11):1004–16.
31. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life* 2018; 11(2):119–22.
32. Yagiela L, Meert KL. Multilevel Communication Barriers and Promotion of High-Quality Communication in PICU. *Pediatr Crit Care Med* 2019; 20(9):893–5.
33. van Servellen G. Communication skills for the health care professional: Context, concepts, practice, and evidence. Third edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2020.

34. McCorry LK, Mason J. Communication skills for the healthcare professional. 1. ed. Philadelphia, Pa. [u.a.]: Wolters Kluwer; 2011.
35. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 7:CD003751.
36. Mata ÁNdS, Azevedo KPM de, Braga LP, Medeiros GCBS de, Oliveira Segundo VH de, Bezerra INM et al. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health* 2021; 19(1):30.
37. Nicotera AM, Mahon MM, Wright KB. Communication that builds teams: assessing a nursing conflict intervention. *Nurs Adm Q* 2014; 38(3):248–60.
38. Arnold E, Boggs KU. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses / Elizabeth C. Arnold, Kathleen Underman Boggs. Sixth edition. St. Louis, Mo.: Saunders; 2013?
39. Schweinfurth MK, Call J. Reciprocity: Different behavioural strategies, cognitive mechanisms and psychological processes. *Learn Behav* 2019; 47(4):284–301.
40. Henson RH. Analysis of the concept of mutuality. *Image J Nurs Sch* 1997; 29(1):77–81.
41. Axelrod R. The Dissemination of Culture. *Journal of Conflict Resolution* 1997; 41(2):203–26.
42. Fisher R, Ury W. Getting to yes: Negotiating agreement without giving in / Roger Fisher and William Ury ; with Bruce Patton, editor. Boston: Houghton Mifflin; 1981.
43. Maxfield D, Grenny J, McMillan R, Patterson K, Switzler A. The Seven Crucial Conversations for Healthcare 2005.
44. van Ess Coeling H, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2000; 14(2):63–74.