



Travma Merkezleri için İyi Uygulama ve Yönetim El Kitabı

İşe Bağlı Stresin Yapısal Unsurları – Bakım Verenlerin Bakımı

Christian Pross
Eylül 2011



International Rehabilitation Council for Torture Victims
Borgergade 13, P.O. Box 9049, DK-1022 Copenhagen K, Denmark
Tel +45 33 76 06 00 | Fax +45 33 76 05 00 | irct@irct.org | www.irct.org

Travma Merkezleri için İyi Uygulama ve Yönetim El Kitabı: İşe Bağlı Stresin Yapısal Unsurları – Bakım Verenlerin Bakımı

Christian Pross, Eylül 2011

2011 © International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)

İşkence Kurbanları için Uluslararası Rehabilitasyon Konseyi (The International Rehabilitation Council for Torture Victims - IRCT) işkencenin dünyanın her yerinde önlenmesi için çalışan ve işkence kurbanlarının rehabilitasyonunu teşvik edip destekleyen bağımsız ve uluslararası bir sağlık çalışanları örgütüdür. IRCT'nin vizyonu işkencenin ortadan kaldırılması için ortak sorumluluk anlayışını benimsemiş bir dünyadır.

El kitabında dile getirilen görüşler yazarını bağlar ve dolayısıyla bunlar IRCT'nin resmi görüşü olarak kabul edilemez.

Borgergade 13
P.O. Box 9049
1022 Copenhagen K
Denmark

Telefon: +45 3376 0600
Fax: +45 3376 0500
E-posta: irct@irct.org
Web sitesi: www.irct.org

İçindekiler

Giriş	5
I. Bölüm - İyi Uygulama	6
1. Bakım verenlerin vasıfları	6
2. Liderlerin vasıfları.....	7
3. Tedavi yaklaşımı, sağaltım ortamı ve ekip çalışması.....	8
4. Organizasyonel meseleler	9
5. Yönetim kurulu ve hamilik	10
6. Bakım verenlerin bakımı.....	10
7. Süpervizyon	11
II. Bölüm - Travma Merkezlerinde İşe Bağlı Stres.....	14
1. Giriş	14
2. Travma merkezlerinin kültürü ve yapısal sorunlar.....	15
3. Bakım verenin travması – kaynak ve risk.....	18
4. Travmanın yeniden sahnelenmesi	18
5. İşe bağlı stresin önlenmesi	18
6. Yapılanma standartları	19
7. Son sözler	20
Kaynakça	22

Giriş

Psikotravma nispeten yeni bir alan. Son yirmi yıl içinde dünyanın her yerinde birçok travma merkezi kuruldu. Bunlar genelde sağlık alanında gelenekselleşmiş modellerin dışında tabandan kurulan ve ilk yıllarında tüm katılımcıların kollarını sıvayıp örgütü bolca idealizm ve şevk ile inşa ettiği yapılar. Maalesef öncülük aşamasında yapısal meseleler sıklıkla ihmal ediliyor. Geleneksel sağlık kurumlarında temel standart kabul edilen ölçü ve uygulamalar çokça atlanabiliyor: düzenli konferanslar, kayıt tutma, sabit çalışma saatleri, kimin ne zaman ne yaptığını gösteren bir çalışma çizelgesi, zaman yönetimi, bilgi alışverişi için kurumsallaşmış kanallar, içe dönük süreğen ve düzenli eğitim çalışmaları, tüzükler ve usullere ilişkin kurum içi kurallar, iş tanımları, personelin düzenli aralıklarla yönetim tarafından değerlendirmeye tabi tutulması, karar süreçlerinde saydamlık. Herkes işini elinden geldiğince iyi yapar, ancak bu temel uygulamaların yokluğu bolca sürtüşmeye, aynı işin birden fazla kez yapılmasına, yönsüzlüğe, kafa karışıklığına ve hayal kırıklıklarına yol açabiliyor.

Bu el kitabının birinci bölümü işkence ve politik şiddetin mağdurlarını destekleyen sağlıklı bir kurumun temel gereksinimlerine dikkat çekiyor: liderlerin vasıfları, tedavi yaklaşımı ve ekip çalışması, organizasyonel meseleler, yönetim kurulunun rolü, bakım verenlerin bakımı ve süpervizyon. Burada temel düşünce, saydam ve verimli işletilen süreçlerin yanı sıra yönetim ve personelin izlenip değerlendirilmesinin hem işin kalitesine, hem de bu merkezlerin kilit unsuru olan mağdurlara önemli oranda olumlu yansıtacağı savıdır.

İkinci bölümde örgütsel, terapötik ve kişisel meselelerin nasıl işe bağlı stres kaynağı olabileceklerine dair daha derinlikli ve bilimsel olarak temellenmiş bir analiz sunulmakta. Bu el kitabı bilimsel araştırmaların sonuçlarını hesaba katmakta ve yazarın bakım veren, merkez müdürü, IRCT konsey ve yürütme kurulu üyesi, klinik süpervizör ve kurumsal danışman rollerinde edindiği deneyimlere dayanmaktadır.

Yazım sürecinde benimle paylaştıkları yorumları için Monica Brendler, Boris Drozdek, Ton Haans, Lilla Hárđi, Johan Lansen, Eva-Lena Klefbeck ve Mechthild Wenk-Ansohn'a, editoryal katkıları içinse John Docherty'ye özellikle teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

I. Bölüm - İyi Uygulama

1. Bakım verenlerin vasıfları

Bu işin temel gereklerinden biri işkence mağdurlarına empatiyle ve dayanışma içinde yaklaşmak. Bu konuda yürekten gelen bir motivasyonla donanmamış olan ve kendini adamaksızın sadece geçimini sağlayacak bir iş arayanlar, bu alan için uygun birer aday sayılmazlar. Ancak fazlasıyla duyarlı olmak da tek başına yeterli bir vasıf değil. İşkence görenlere adanmış birçok merkez bizzat işkence mağdurları tarafından kurulmuştur. Elbette doğrudan zarar görenlerin, kendileri gibi mağdurlara yardım etmek konusunda herkesten fazla motive olması gayet doğal ve insani. Kişisel deneyim bu alanda güçlü bir motivasyon kaynağı ve itici bir güç. Bu insanlar, "normal" insanların bilgisizliği ve ilgisizliğinden sıklıkla ve haklı olarak şikâyetçi olan işkence mağdurlarına karşı özel bir duyarlılığa ve derinlikli bir anlayışa sahip. Diğer yandan mağduriyet öyküsü olan bakım verenler, başvurularla fazla yakınlaşıp özdeşleşme ve dolayısıyla profesyonel nesnelliği yitirip başvuru ve meslektaşlara kendi travmalarını aksettirme riski ile karşı karşıya kalmakta. Bu risk ancak bu kişilerin terapi ortamında bir tür özfarkındalık süreci yaşaması ve başvuruların travmalarına mesafe kurabilmesiyle azaltılabiliyor.

Birçok merkezde psikoterapist açığı var. Sağaltıcı çalışmaların çoğu uzman olmayanlar ve gönüllülerce gerçekleştiriliyor. Personelin bir kısmı sadece tıbbi bir formasyona sahip ve psikoloji eğitimi almamış oluyor. Ancak müfredatları kapsamında özfarkındalığı(1) geliştiren basit ve öğrenmesi kolay psikoterapi yöntemleri var: örneğin transaksiyonel analiz(2) ve Horowitz'e göre dinamik terapi(3). Çoğu psikoterapi yöntemi ve tekniği temelde Batı yönelimli, dolayısıyla bakım verenlerin ve başvuruların kültürlerine, bağamlarına ve eğitim seviyelerine uyarlanmaları gerekiyor. Birkaç örnek vermek gerekirse: öyküsel yüzleştirme terapisi (Narrative Exposure Therapy, NET)(4) ve psiko-eğitimsel çalışmalar(5). Tedavi merkezlerinin bulunduğu ülkelerde daha farklı orijinal terapi yaklaşımları da bulunabiliyor. Örnek olarak Şili'de diktatörlük döneminde geliştirilen tanıklık terapisi(6,7), Doğu kültürlerinde rastlanan sağaltıcı öyküleştirme(8) veya geleneksel sağaltım yöntemleri(9) sayılabilir. Bunların dışında grup terapi yaklaşımlarının da etkili olduğu görülmüştür(10-12). Terapi eğitimi için illa ki tıp ya da psikoloji okumuş olmak gerekmiyor. Sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, fizyoterapistler ve öğretmenler gibi başka mesleki arka planlara sahip insanlar da bu eğitimi alabiliyor.

Bu işe aday olan birinin yeterli vasıflara sahip olup olmadığını tek bir görüşmenin ardından anlamak olanaksız değilse de zordur. En iyi referanslar, eğitim sertifikaları, aralıksız ve mükemmel bir mesleki kariyer, kişinin iyi bir bakım veren olup olmayacağını belgelemeye yetmeyebilir, dolayısıyla iş akdi asgari yarım yıllık bir deneme süresi öngörmelidir.

Bir bakım verenin / terapistin en güçlü ve en önemli vasfı ve çalışma aracı kişiliğidir, çünkü kendisi başvuru için bir rol modelidir ve terapötik ilişki her şeyden önce insani bir ilişki. Bu nedenle adayın mesleki becerileri ve deneyimi dışında karakterine de bakılmalı: sıcakkanlı, duyarlı, empatik, güvenilir ve dengeli mi? Keyifli zaman geçirmeye değer verir mi, özel hayatında kendisini güçlendiren kaynaklara ve iş dışında normal bir yaşantıya, mizah duygusuna, durup dinlenme kapasitesine sahip mi? İş hayatlarının merkezi haline getiren ve büyük egolarını beslemek için bu odağa gereksinim duyan işkolikler, fanatikler

ve narsistler ortaya koydukları muazzam adanmışlık, şevk ve alanı güçlendirmeye yönelik sosyal ya da politik başarılarla çalışma arkadaşlarını etkileyebilir, ancak genelde aralarından iyi bakım verenler çıkmaz. Bunun nedenlerinden biri, başta kendilerine iyi bakmamaları.

Gönüllü alımında da ince elemekte yarar var. Ücretsiz çalışmaya hazır olan bir gönüllünün gösterdiği iyi niyet elbette değerli. Ancak kuruma gerçek bir katkısı olacak mıdır? Ne gibi yeteneklere sahip? Ekiyle uyumlu mu? Bazen gönüllüler bir yapıya yarardan çok yük getirebiliyor. Ayrıca gönüllülerin de sorumluluklarını tanımlayan bir sözleşmesi olmalı.

Bazı kültürlerde belli pozisyonlara aile bireylerini veya arkadaşları sırf yakın oldukları için getirmek adettendir. İşe uygun vasıflara sahiplerse ve yakınlıklarını suiistimal etmiyorlarsa sorun çıkmayabilir, ancak bu tercih daima kayırmacılık ve yolsuzluk risklerini de barındırır. Örneğin bir işe uygun olmadığı anlaşılan bir kişinin sırf müdürün akrabası olduğu için o pozisyonda tutulması ekip ruhunu ve çalışma motivasyonunu zedeler. Merkezin birincil önceliğinin başvurulara uygun bakımı sunmak olduğu gerçeğinden hareketle bir müdürün adil olması ve herkese eşit mesafede durması gerekir. Bir yakınının çalışma ortamını olumsuz etkilemesi durumunda müdürün eli kolu bağlanabilir ve kendini çelişen sadakat duyguları arasında sıkışmış bulabilir.

2. Liderlerin vasıfları

Doğuştan lider olanlara çok nadir rastlanır. Sağlık ve insan hakları alanlarında çalışan insanlar genelde yönetim becerilerine sahip değildir, ancak eksikler özel eğitimlerle kapatılabilir. Bir travma merkezinin açıkça tanımlanmış bir liderliğe ihtiyacı vardır. Başvuru hizmetleri ile ilgili yetkilendirilmiş bir klinik müdür ve mali işleri de kapsayan örgütsel işleyişle ilgili bir idari müdür olmalı. Liderlik bazı temel özellikleri gerektirir: dinlemeyi bilmek, alçakgönüllülük, ihtiyatlılık, olgunluk, yaşam deneyimi, istikrar, kararlılık, ikna kabiliyeti ve bilgelik. Bütün bu özellikler iyi birer anne ve babayı anımsatıyor, yani iyi liderlik tarzı olarak iyi ebeveynlik ilkesine dayanmalı. Bir travma merkezini yönetmek özellikle zordur, çünkü bu çalışma alanına özel olumsuz ve yıkıcı enerjiler merkezde yansımaları bulur ve lider tarafından bağlanmalıdır (containment). İyi bir lider, rolü gereği işlevsel hiyerarşiyi bulandırmadan "kötü şef" atıflarını taşımaya ve sevilmeyen kararlara sadık kalmaya hazır olmalı. Aynı zamanda ekip içinde filizlenen yaratıcı fikir ve girişimleri de teşvik etmeli, insanları rakip olarak görmektense gelişmelerine olanak sağlamalı, iktidarını kötüye kullanmamalı, ekip karşısında saydam, yönetim kurulu karşısında da hesabı verilebilir bir çalışma tarzına sahip olmalı. Lider, ekip üyelerinin performansını izlemeli ve çalışanlarla birlikte bunları düzenli aralıklarla değerlendirmeli. Olumlulukları pekiştirici ve övücü bir yaklaşımı olmalı, ancak yeterli vasıflara sahip olmayan birine ek eğitim almasını ya da başka bir işe girmesini de söyleyebilmeli. Bütün bu zorluk ve sorumlulukları tek başına taşımak olanaksızdır. Liderler sıklıkla "zirve çok ıssız" diye şikâyet eder. Gerçekten de rolleri gereği yüzleştikleri zorlukları çalışanlarla paylaşamazlar, herkesi hoş tutamazlar ve her an herkesin sorunlarını yüce gönüllülükle anlamalarını beklemek de doğru olmaz. Her insan gibi onların da sınırları vardır ve bunlara riayet etmeleri gerekir. Bu yüzden eş düzey

liderlerden kurulu bir grupla iletişimde olmaya ve danışmaya, dahası bağımsız bir liderlik koçundan düzenli destek almaya ihtiyaçları vardır.

Lider, bakım verenler ekibi için olduğu kadar başvurular için de önemli bir rol modeli. Kaotik ve disiplinsiz bir lider, ekip içinde de kaos ve dağınıklığı besleyecektir. Öfkesini kontrol altına alamayan asabi bir lider, korku ve güvensizlik duygularını engellemek yerine yayılmalarına neden olacaktır. Kendine iyi bakmayan aşırı özverili işkolik bir lider, ekip içinde de bakım verenlerin bakımını teşvik etmeyecektir.(13) Lider ayrıca çatışmaların çözümünde moderatör işlevini üstlenmeli, kendisi sorunun bir parçasıysa yönetim kurulu veya kurum dışından gelen bir uzlaştırıcı bu rolü devralmalıdır.

3. Tedavi yaklaşımı, sağaltım ortamı ve ekip çalışması

Başvuru kabul prosedürleri ve ortak tedavi yaklaşımı konusunda bir mutabakat olmalı, bir diğer deyişle travma anketleri vb. standardize tanısal araçlardan oluşmuş bir set, medikal, psikolojik, ailevi, sosyal ve travma öykü ve anamnezlerinin nasıl alınacağını belirleyen bir formül ve hangi durumlarda ne tür müdahalelerin benimseneceğine dair ortak bir yaklaşımda buluşmak gerekiyor. Medikal ve terapötik kayıtlar özenle tutulmalı. Yeni başvurular ve süregiden terapötik süreçler haftalık düzenli ve disiplinlerarası vaka toplantılarında konuşulmalı. Bunun yöntemi tüm vakaların her seferinde yeniden sunulduğu ve hastane koşullarında uygulanan tur usulü ya da zor veya acil vakaların ayrıntılarıyla öne çıktığı, odağı daha belirgin toplantılar olabilir. Vaka toplantısının başlıkları vakanın genel çerçevesini, tanısal bulguları, başvurunun sosyal durumunu, stres ve olası kaynakları ve kriz müdahalesi, danışmanlık, kısa veya uzun vadeli tedavi, sosyal, psikiyatrik veya psikoterapötik tedavi, fizyoterapi, grup terapi, aile ve topluluk temelli müdahaleler gibi farklı tedavi yöntemlerinin tartışılmasını içermeli(14, 15). Ayrıca yeni bir başvuru için tanışma/keşif (explorative) amaçlı oturumların sayısı, terapötik sürece dair düzenli değerlendirmeler ve tedavi için öngörülen olası son da gündeme alınmalı. İşkence görenler için sosyal ve ekonomik gereksinimler genelde daha acildir. Dolayısıyla sosyal destek, yani bir iş ve kalacak yerin bulunması, sosyal ağın kurulması, ev sahibi ülkede mülteci statüsüne kavuşulması, çocuklara anaokulu ve eğitim olanaklarının ayarlanması, psikolojik eğitim, istikrarın sağlanması ve güven tesisi daha öncelikli olup, travmaya odaklanan terapinin önüne geçebilir. Her halükarda bu sosyal destek faaliyetlerine destekleyici psikoterapötik müdahalelerle takviyede bulunmak gerekir(12).

Genelde bir başvuruyla birkaç kişi ilgilenir: hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, avukat, vs. Birbirlerine süreçle ilgili güncellemelerde bulunmalılar, bir el diğerinin ne yaptığını bilmeli. İlgili bilgilerin uygun alışverişini garantiye almak için özenli bir kayıt faaliyeti önemlidir. Bir başka yöntem bakım verenler arasında resmi ve resmi olmayan kanallar üzerinden sık bilgi alışverişi ve düzenli iletişim. Takım oyuncularıyla çalışmak "yalnız savaşçı"lar ve "kurtarıcı"larla çalışmaktan çok daha etkili ve tatmin edici olur.

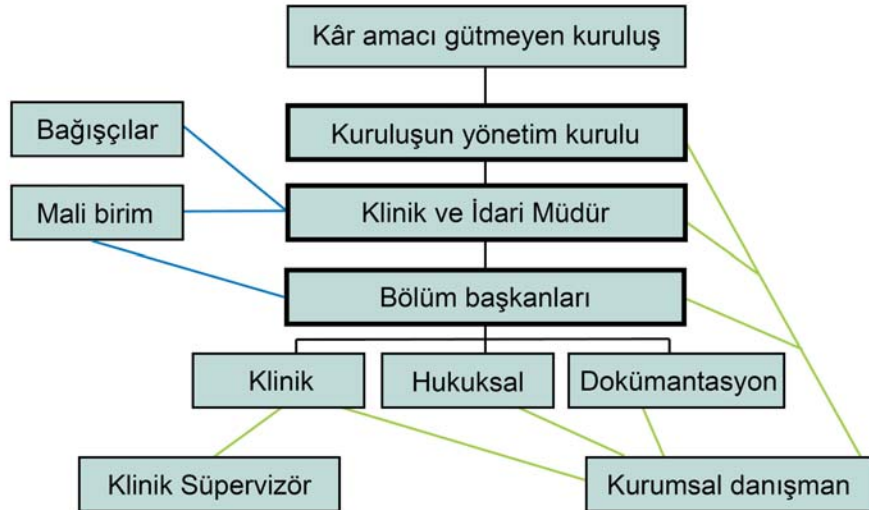
Bir merkezin iç mekân düzenlemesi ve atmosferi samimi ve dostane, sağaltıcı bir karakterde olmalı. Dökülen, pejmürde bir mekân genellikle kaotik, ihmalkâr ve umursamaz bir çalışma tarzının göstergesidir. Sınırlı kaynaklarla da, örneğin duvarlara resim asarak, sıcak renklere sahip perdeler tercih edip odaları temiz tutarak ve bekleme

odasında çocuklar için oyuncaklar bulundurarak başvuru ve çalışanların rahat edebileceği bir ortam yaratılabilir. Aynı şey iletişim için de geçerli: ne söylediğiniz değil, ama "nasıl" söylediğiniz önemli. Her şey telefona yanıt veren ve yeni başvuruları karşılayan çalışanlarla başlar. Başvuru hoş karşılanmış mı hissediyor, yoksa sıkıntı verdiğini mi? Çalışanlar arasındaki iletişim için de aynısı geçerli: merkezde karşılıklı saygı, özen ve hoşgörü kültürü mü egemen, yoksa rekabet, kıskançlık ve entrika mı?(16)

4. Organizasyonel meseleler

Kurallar ve işletme usulleri bir alanda öncülük yapan kurumlarda genelde sıkıcı ama kaçınılmaz birer gereklilik gibi algılanır. Oysa bir konsensüs temelinde merkezin gereksinim ve görevlerine uygun biçimlendirilmişlerse hayatı kolaylaştırır, zaman ve enerji tasarrufu sağlar, işbirliği ve iletişimin önünü açarlar. Tüzükler merkezin amaçlarını, misyonunu ve hedef kitleyi tanımlar. İç tüzükler bunların gündelik çalışma düzeni içinde nasıl gerçekleştirileceğine açıklık getirir. Örneğin günlük çalışma saatleri, iş takvimi, kimin neyi ne zaman yaptığı ve daha önce anılan kayıt tutma standartları, vb. ayrıntılar burada düzenlenir. Görevlerin ne olduğunu açıkça belgelemek üzere her ekip üyesi için iş tanımı ve standart iş akdi düzenlenmeli. Merkezde geçerli olan kurum içi hiyerarşiyi göz önüne seren, kimin kime karşı sorumlu olduğunu, hangi konularda karar verdiğini, emeğin nasıl bölündüğünü, kimin hangi işlerle yükümlü olduğunu, kararların hangi hatlarda verildiğini, iletişim ve bilgi kanallarının ne olduğunu resmeden örgütsel bir şema (bkz. şekil 1) çıkarmakta yarar var. Gönüllülerin sorumlulukları kadrolu çalışanlardan ayrı olarak açıkça tanımlanmalı.

Şekil 1 – Örgütsel şema örneği



Bazı kültürlerde mutabakat ve kuralları yazılı halde tutma alışkanlığı olmayabilir. Sorun şu ki, sözlü mutabakatlar unutulabiliyor veya taraflarca farklı anımsanabiliyor, dolayısıyla bir süre sonra kimse üzerinde anlaşılmanın tam olarak ne olduğunu bilemiyor ve disiplinsizlik, kural ihlali veya anlaşmazlık durumlarında ortada referans alınabilecek bir metin olmuyor. Dahası kültürüne göre zaman yönetimi de farklılaşabiliyor ve toplantı saatleriyle hizmet çizelgeleri daha esnek ele alınabiliyor. Biri geç kaldığı için bakım verenlerden oluşmuş bir ekip bir toplantıya başlayamıyorsa bu bir zaman ve kaynak (yani para) israfıdır.

Klinik uzmanların bütçe ve idari meselelere vakıf olmadıkları sık rastlanan bir durum olduğundan merkezin bir idari müdür çalıştırmasında ya da kaynaklar yeterli değilse en azından bir muhasebeci tutmasında yarar var.

5. Yönetim kurulu ve hamilik

Bir travma merkezinin kurumu temsil eden bir tüzel kişiliği olmalı. Bu bir vakıf, hayır cemiyeti ya da kâr amacı gütmeyen bir dernek olabilir. Yönetim kurulunun farklı arka planlara sahip ve kuruma gönüllü katkıda bulunan uzmanlardan (tıp, akademi, hukuk, maliye, iş dünyası, siyaset, sanat, medya, vs.) oluşması en idealidir. Yönetim kurulunun toplum içinde ağırlığı olan ve dolayısıyla merkeze moral ve siyasi destek sağlayabilen nüfuzlu kişilerden oluşması yerinde olur. Özellikle baskıcı rejimlerin egemen olduğu ve yetkililerden merkeze yönelik tehdit ve saldırıların görülebildiği ülkelerde kurumu koruyabilecek yönetim kurulu üyelerinin varlığı daha da önem kazanıyor. Rol karmaşası ve çıkar çatışmalarına meydan vermemek için yönetim kurulu üyelerinin şirkette pay sahibi olmaması ya da örneğin müdür ve personelin eşzamanlı yönetim kurulunda görev yapmaması gerekir. Yönetim kurulunun yetkileri arasında müdürü atamak ve işten çıkarmak, personel ve müdürün performansını gözlemlemek ve denetlemek, bütçeyi onaylamak ve harcamaları denetlemek sayılabilir. Ayrıca personel ya da müdür seviyesinde halledilemeyen çatışmalarda moderatörlük işlevini üstlenmek de yönetim kuruluna düşer. Birçok öncü kurumda işleyiş sorunlarının, gerilim ve çatışmaların hiç olmayan ya da yetersiz kalan bir yönetim kurulundan kaynaklı olarak aşılamadığı görülmüştür.

Bazı ülkelerde yönetim kurulları adetten değildir ve bu tür gönüllü çalışmalara zaman ve enerji vakfetmeye hazır bağımsız uzmanlar bulmak zordur. Bu durumda bir tür hamî, olasılıkla yurt ve/veya kurum dışından deneyimli bir profesyonel, kurumu destekleyip koruyabilir.

6. Bakım verenlerin bakımı

Bu, merkezlerin kuruluş yıllarında genelde görmezden gelinmiş bir meseledir. İşkence görenlerle çalışmak yüksek derecede tükenmişlik sendromu (burnout) ve şefkat yorgunluğu (compassion fatigue) risklerini barındırır. İşe bağlı stresin önemli bir kısmı yukarıda betimlenen muğlak iş tanımlarından kaynaklanır. İşleyişe ilişkin sorunlar çözüldüğünde çalışanların yaşadığı stres de çok önemli oranda azalacaktır. Ancak sağlıklı bir kurumda dahi çalışmanın zorlukları karşısında dengeleyici unsurlara gereksinim vardır

– her ekipte yapıcı ve yıkıcı öğeler bir arada bulunur. Liderler ve personel aşırı çalışma ve tükenme emareleri gösteren çalışma arkadaşlarına göz kulak olmalı. İnsanın iş dışında dinlenip canlanabileceği normal bir hayat sürdürmesi çok önemlidir. İşle ilgili yorucu ve yüklü konulara karşı özel hayat, çocuklar ve aileye kalkan olmak gerekir. Geç saatlere kadar ve hafta sonlarında da çalışan, işini eve götüren, izinlerinin tamamını kullanmayan, arkadaş, aile ve hobilerini ihmal eden ve işi takıntı haline getirip sürekli onun hakkında konuşan çalışma arkadaşları karşısında tehlike çanlarımız çalmalı. Kurum seviyesinde başvurularla çalışmayı dengeleyecek ya da bu rutine ara verdirecek etkinlik ve olanakların düzenlenmesi önemlidir. Örneğin “ruh sağlığı izinleri”, uzun süreli izinler, araştırma projeleri, sunumlar, yayın faaliyetleri, mesleki eğitimler, çalışma odağının rotasyonla değişmesi veya çalışma saatlerinin yarım güne çekilmesi. Böylece kişiye çalışma ortamındaki süreçleri işleme ve sindirmesi için mesafe, alan ve zaman yaratılmış olur.

Bakım verenler özel hayatlarında genelde çeşitli özbakım kaynaklarına ve koruyucu baş etme stratejilerine sahiptir. Liderlerin bunları teşvik etmesi gerekir (bkz. tablo 3). Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), iş dışı sosyal yaşama yeterli zaman tanınmamasını ve işin ötesinde bir kimliğin yaratılamamasını burnout sendromunun gelişimine yol açan etkenler arasında değerlendiriyor. TİHV, bakım verenlere yarım zamanlı çalışmalarını ve kendilerine yeterli özeni göstermelerini, yani iyi uyumalarını, iyi ve dengeli beslenmelerini, spor yapmalarını, az kafein tüketmelerini ve sosyal etkinliklere katılmalarını öneriyor. TİHV ayrıca bakım veren ile işkence gören arasındaki rol dağılımını açıkça tanımlamaya yardımcı olan ve özdeşleşme, aktarım ve karşı aktarım süreçlerinin gözlemlenmesini olanaklı kılan süreğen süpervizyon çalışmalarını da savunuyor(17).

Süpervizyon gerçekten de özbakım için temel bir unsur, çünkü bakım verenlere iş yükü altında boğulmamaları, profesyonel mesafeyi kaybetmemeleri ve alanın içinde kaybolmamaları konusunda yardımcı olur. Personelin kültürünü ve özgün gereksinimlerini temel alan bir bakım verenlerin bakımı programı tasarlanmalı ve bu programa uygulamanın devamlılığı için tüzük maddeleri arasında yer verilmeli(18).

Bakım verenler başvurular için birer rol modeli oldukları gerçeğinin farkında olmalı. İşkence görenler hayatlarında bir tür normallik sağlayabilmek ve yaşadıkları travmatik deneyimin karanlık gölgesine karşı sevinme, gülme, sevmeye ve zevk alma kapasitelerini geri kazanma çabasıdır. Eğer merkez, çalışanların gündelik hayatın küçük zevklerinden uzak durduğu ve sadece kötülüğe karşı savaştığı soğuk, gri ve asık suratlı bir yerse, bakım verenler başvuruların yaşama dönük çabasını teşvik etmemiş olacaktır.

7. Süpervizyon

İşkence öyküleri dinlemek hiçbir bakım verenin kendi başına omuzlamaması gereken bir yükür. Bu zorlu deneyimin başkalarıyla (günlük olarak çalışma arkadaşlarıyla ya da zaman zaman kurum dışından bir klinik süpervizörle) paylaşılması gerekir. Günümüzde klinik süpervizyon medikal, psikiyatrik ve psikososyal bakım çalışmalarında artık standart uygulamadan sayılmakta. Klinik süpervizyon nedir? Sözcük orijinal Anglosakson kökü itibarıyla gözlemlenme, denetleme ve yönlendirme unsurlarının bir liderlik işlevi içinde harmanlanmasını ifade ediyor. Bir klinik süpervizör ise bir müdür ya da yönetici değildir.

Bunun yerine (süpervize ettiği) bakım verenlere yaptıkları işin kalitesini yükseltmek üzere önerileriyle destek olan ve genelde deneyimli terapistler arasından seçilmiş kurum dışı bir danışmandır. Süpervizyon, kurum ve kişilerin gelişimine katkı sağlar, karşılıklı etkileşimleri ve örgütsel etkenleri göz önüne serer ve bakım verenler ekibi içindeki iletişim ve işbirliğini geliştirir. Ekip üyeleri böylece terapi ve ekip çalışması sırasında ortaya çıkan sorunlara birlikte eğilir ve ortak çözüm arayışına girer. Süpervizyon, bir süpervizörün çalışanlara sunduğu bir yönerge ya da eğitim değildir.

Bireysel süpervizyon

Birebir görüşmelere dayanır. Bir süpervizör ve bir ekip üyesini veya aynı başvuruyla ilgilenen birkaç ekip üyesini (örneğin sosyal hizmet uzmanı ve psikolog) kapsayabilir. Ekip üyesi, süpervizöre vakasını ve hangi soruna ilişkin danışmak istediğini aktarır. Süpervizör, vaka süpervizyonu dışında işe bağlı stres veya bireysel mesleki gelişimle ilgili kişiye özel koçluk da yapabilir.

Vaka odaklı grup süpervizyonu

Grup süpervizyonu özellikle birbirinden bağımsız çalışan bakım verenler, yani hem farklı kurumlarda, hem de farklı başvurularla çalışan hekim, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanları için çok uygundur. Grup ideal olarak 4 ila 7 bakım verenden oluşur. Grup süpervizyonunun bir avantajı bakım verenler arasında karşılıklı desteğe olanak sağlaması ve dolayısıyla süpervizöre duyulan gereksinimi hafifletmesidir. Ayrıca rol yapma ve aynalama gibi çoklu işlemlere sahip tekniklerin uygulanmasına da elverişlidir. Kapalı bir ekiple de bu tür bir süpervizyon yapılabilir.

Ekip süpervizyonu

Ekip süpervizyonunda süpervizörün görevi iletişim, işbirliği, gerilimler ve çatışmalar gibi sorunlar üzerinde çalışmak isteyen bir ekibe danışmanlık yapmaktır. Odak noktası tartışılacak vakalardan ziyade kişilerarası ilişkiler, çalışma ortamı, hiyerarşiler, rekabet, ittifaklar, fraksiyon ve "çöplük" kavraları. Ekip süpervizyonu yaratıcı ve üretken bir çatışma çözme ortamının gelişimine katkı sağlayabilir.

Kurumsal danışmanlık

Bu örnekte bir kurumun lideri, örgütsel yapılanma, kurum kültürü ve kimliği, hedefler ve stratejiler üzerinde ekibi ve yönetimle çalışmak üzere bir danışman davet eder. Çalışmanın ana odakları iş bölümünü netleştirmek ve geliştirmek, görev ve yetkilerin paylaşılması, işletme usulleri, karar ve iletişim hatları, hiyerarşilerin açıkça tanımlanması, müdür yetkesinin belirlenmesi ve kimin kime karşı sorumlu olduğudur. Bireysel, grup ya da ekip süpervizyonunda ortaya çıkan sorunlar sıklıkla yapısal noksanlıklara bağlıdır ve uzman bir danışmanın yardımıyla yürütülecek bir kurumsal dönüşümle kısmen çözülebilmektedir.

Süpervizyon, koçluk ve danışmanlıkla ilgili temel kurallar

Süpervizör kurum dışından gelen, kurumla örneğin personel olarak herhangi bir çıkar ilişkisi ve çalışanlarla kişisel bir bağı olmayan bağımsız bir uzman olmalı. Ancak tarafsız bir "yabancı" konumundaki biri süpervizyonda ortaya çıkan sorunları ve süreçleri profesyonel bir gözle izleyip değerlendirebilir. Bir müdür ya da ekip üyesi aynı zamanda hem kişisel, hem iş gereği yakın olduğu çalışma arkadaşlarının süpervizörü olamaz.

Süpervizyonda paylaşılan tüm meseleler kesinlikle mahremdir, çünkü bunlar başvurularla ilgili hassas medikal ve psikolojik veriler ve bakım verenlerin kişisel sorunlarını içerebilir. Süpervizyon, ekip üyeleri ve süpervizör arasında karşılıklı güven ve kabulü gerektirir. Dolayısıyla sürece deneme mahiyetinde birkaç oturumla başlanmalı, böylece taraflar birlikte çalışmak üzere uyumlu olup olmadıklarına daha rahat karar verebilir.

Ekip üyeleri ve süpervizör diğerlerinin işini takdir etmeli ve herkes birbirine saygılı ve özenli davranmalı. Öneri ve eleştiriler aşağılayıcı ya da cezalandırıcı bir tarzda dile getirilmemeli. Mutlak bir "doğru" ya da "yanlış" yoktur ve amaç ortaklaşa kafa yorup öğrenmektir.

Süpervizyonun sıklığı ve süresi ile ilgili mutabakat, süpervizörün görev tanımı ve alacağı ücret kendisini işe alan kurum, süpervizör ve çalışanlar arasında imzalanacak bir kontratla belirlenmeli(19,20).

II. Bölüm - Travma Merkezlerinde İşe Bağlı Stres

1. Giriş

İşkence görenlerle çalışmak ciddi zorlukları olan ve bakım verenler için de riskler içeren bir görev. Travma alanında faaliyet gösteren kurumlarda çalışan bakım verenlerde görülen ileri derecede burnout ve işe bağlı stres ile ilgili bazı araştırmalar bulunmaktadır(21-25). IRCT ağının ilk yıllarında bu sorunlar ya resmen yok sayıldı, ya da marjinal kabul edildi, oysa bunların personelin performansını ve iş kalitesini olumsuz etkilediği gayet aşikârdı. IRCT konsey üyelerinden June Lopez, Elizabeth Marcelino ve başkaları karşı aktarım sorunlarını ve bakım verenlerin bakımını ilk defa 1994 yılında, Filipinlerin Tagaytay kentinde gerçekleşen İşkence Görenlerin Tedavisi ve Araştırmalarına İlişkin Uluslararası İstişare Atölyesi'nde gündeme getirdiler.(26) IRCT'nin 1999 yılında Hindistan'ın başkenti Yeni Delhi'de gerçekleşen VIII. Uluslararası Sempozyumu'nda bazı konuşmacılar bakım verenlerin bakımı ile ilgili bir oturumda personelde aşırı yüklenmeler sonucu gözlemlenen sinir krizi, depresyon, işe kapanma ve anksiyete yaşantılarını gündeme taşıdı. Koruma önlemi olarak ise düzenli ruhsal bakım ve bakım verenlere yönelik süpervizyon önerdiler.(27) O zamandan bu yana bu konuda bir şey yapılması gerektiğine dair bir bilinç oluştu ve IRCT'nin 2006 yılında Berlin'de gerçekleşen IX. Uluslararası Sempozyumu'nda kilit başlıklar arasında ikincil travma, bakım verenlerin bakımı ve klinik süpervizyon da yer aldı.(28) Sonrasında bazı IRCT merkezleri ekipleri için düzenli süpervizyon sunmaya ve kurumsal danışmanlık hizmeti almaya başladı ve çatışmaların giderilmesi, stresin azaltılması, çalışma ortamındaki atmosferin iyileştirilmesi, iş tatmini ve daha verimli bir iş düzeni konularında olumlu sonuçlar aldı.(29)

Yukarıda sözü edilen araştırmalar genelde doğrudan kişisel ilişki düzlemine, yani bakım veren ile başvuru arasındaki dinamiğe odaklanıyor. Bazıları travmatik materyalin terapistte nasıl "buluştuğunu" betimliyor ve bu süreci "temsili travmatizasyon" ("vicarious traumatization")(22), "şefkat yorgunluğu" ("compassion fatigue")(21) veya "ikincil travmatik stres"(25) olarak adlandırıyor. Cordelia Vakfı'ndan Lilla Hárdi'ye göre "dinlemek empatinin en önemli karakteristiği ve travma bu empati bağı üzerinden bakım verenin bilinçdışına sızıyor. Dolayısıyla bizler travmayı 'başvuru yerine' atlatıyoruz. Sıklıkla kendimizde travma sonrası stres bozukluğunun hafif semptomlarını saptayabiliyoruz: anksiyete, depresyon, çaresizlik, flashback, 'normal' yaşama karşı yabancılaşma, disosiyatif epizodlar, paranoid düşünceler, sinizm, karamsarlık, ucu açık 'yardımcı' rolü, mağdurun öfkesi/yası ile aşırı özdeşleşme, fail ile özdeşleşme, suçluluk duyguları, teyakkuz hali, sosyal işlev bozukluğu, güvensizlik, varoluşsal panik."(30)

Yeni araştırmalar işe bağlı stres gelişiminde sosyopolitik çevre kadar kurum içi yapısal ve örgütsel noksanlıkların da önemli bir rol oynadığını gösteriyor.(31-33) Buna göre bakım verenlerin motivasyonu ve performansı kurumsal dönüşüm ile yükseltilebilir.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV) işe bağlı strese yol açan bir dizi çevresel faktör bildiriyor: işkence görenlerin yeniden gözaltına alınma tehdidi karşısında kötüye gitmesi, işkence görenlerin olumsuz yaşam koşulları, işkence görenlerin bakım verenlerden

olanakların ötesinde beklentiler geliştirmesi, işkence görenlerin ve bakım verenlerin yaşadığı sosyal tecrit, yetkililerin bakım verenlere yönelik fiziki saldırıları ve tehditleri. Sonuç olarak bakım verenler burnout sürecini ivmelendiren yorgunluk, yalnızlık, güvensizlik, motivasyonsuzluk, yabancılaşma, suçluluk duyguları, yetersizlik ve güçsüzlük semptomlarından yakınıyor.(17)

Almanya’da mültecilere yönelik travma merkezleri ile ilgili bir araştırma yapan Gurriss’in tespit ettiği işe bağlı başlıca stres kaynakları ise başvuruların aşırı travmatik deneyimleri, mültecilerin travmatik yaşam koşulları, ekip ve yönetim ile ilgili çatışmalar ve başvuruların tedavisinde tatmin edici başarının sağlanamaması.

Gurriss, tedavi başarısının temel faktör kabul edildiği bir model geliştirdi. Buna göre travma ile çalışmanın önemli olduğuna inanan, ancak sadece sınırlı sonuç alabilen bakım verenler, işe bağlı stres karşısında yaralanmaya daha açık ve yıkıcı veya olumsuz ekip süreçlerine daha duyarlı oluyor. Gurriss ayrıca terapistin şahsi travma deneyiminin terapiye olumlu veya olumsuz yansiyebileceğine de dikkat çekiyor. Özellikle psikoterapötik eğitimlerini tamamlamamış bakım verenlerin olumsuz etkilenme riski daha yüksek (ayrıca bkz. “3. Bakım verenin travması...” (34,35).

2. Travma merkezlerinin kültürü ve yapısal sorunlar

Geçtiğimiz 25 yıl boyunca işkence görenlerin tedavisi amacıyla IRCT ağı içinde kurulan merkezlerin çoğunun arkasında insan hakları konusunda kendini adanmış aktivistler ve profesyoneller var. Kurucular genel olarak çok güçlü ve karizmatik kişiler arasından çıktı. Bunlar yeni bir alana girişimcilik ve misyonerlik ruhuyla atılırken, örgütlerini ayak sürüyen bürokratlar ve toplumda süregiden inkâr ve umursamazlık tutumları karşısında kurup savunan öncülerdi. Bu merkezler böylesi bir tutku, şevk ve direngenlik olmasaydı asla başarılı olamazdı. Kurucular bir örgütün nasıl kurulup idare edileceğine dair toplumda gelenekselleşmiş kural ve formaliteleri fazla önemsemedi. Aksine, muhalif kimliklerine uygun olarak bunları reddedip yeni modeller geliştirdiler. Tabandan güç alan, idealizmi ve şevki ile çalışma arkadaşlarına da esin kaynağı olan bir öncü kültürünü biçimlendirirken bir tür “balayı” atmosferi de yarattılar: samimi ve dostane bir çalışma atmosferi, teklifsiz ilişkiler ve genel olarak iş takibi ve hesap verilebilirliğe fazla odaklanmayan bir ortam. Bu “balayı” fenomeni birkaç yıl sürebilir ve kurum başlardaki sınırlı boyutuna ve programına sadık kaldığı sürece gayet iyi de işleyebilir(33). Kâr amacı gütmeyen örgütlerle ilgili araştırmalar yapan sosyologlar, büyümenin ve görevlerde görülen çeşitlenmenin bir süre sonra daha fazla iş bölümü ve etkin yönetim becerileri gerektirdiği sonucuna vardı. Öncü kültüründen profesyonel idareciliğe uzanan bu kaçınılmaz dönüşüme genelde acı verici bir kriz eşlik eder(36,37).

Yukarıda betimlediğimiz karizmatik kurucunun özellikleri örgütün doğduğu yıllarda vazgeçilmez önemdeyken, kurumsallaşmış bir yönetim anlayışıyla çatıştıkları ölçüde bir engele dönüşebiliyor. Bu çatışmayı yaşayan kuruculara göre böylesi düzenlemeler baskıcı ve yabancılaşma yaratan oturmuş kurumların ve devlet bürokrasisinin şer dünyasına ait. Devlet baskısına karşı mücadele içinde biçimlenmiş insanlar her türlü hiyerarşiyi reddedip, “dış dünyadaki soğuk yönetim anlayışı” ile insan hakları hareketi içindeki duyarlılık kültürü arasında kutupsal bir ikilik yaratmaya eğilimli oluyor. Onlar için kurallar

ve standart prosedürler, zorlama ve özerklik kaybı anlamına geliyor. İşte bu nedenlerle de sıklıkla örgütlerinin profesyonelce idare edilen bir sağlık kurumuna dönüşmesine engel oluyorlar.

Her ne kadar demokrasi ve eşitlik bayraktarı olsalar da, bazı karizmatik kurucular muhalefeti pek kaldıramaz. Kendilerinden ve misyonlarından zerre kuşkuları olmadığı için kendilerini yerine göre eşsiz ve vazgeçilmez görebiliyorlar, dolayısıyla da "kendi insanları" tarafından dile getirilen kuşku ve eleştirilere karşı daha hoşgörüsüz oluyorlar.

Böylece insan hakları örgütleri açısından tipikleşmiş spesifik bir soruna geliyoruz. İnsan hakları örgütleri ve travma merkezlerini kuranlar için temel bağ kurma yollarından biri despotizm ve diktatörlük altında palazlanan hiyerarşilere karşı mücadeledir. Bir diğer deyişle bu mücadeleyi yürüten insanlar her türlü hiyerarşiyi, iktidar kullanımını ve liderliğin kendisini tehlikeli suiistimal ve baskı araçları olarak algılama eğiliminde oluyor. Ancak politik mücadele için doğal ve olumlu bir itici güç olan bu algılar, sağlık alanı ve terapi ortamı için uygun olmayabilir. İnsanların bulunduğu her grupta hiyerarşiler oluşur: gençlere karşı yaşlılar, daha deneyimli ve eğitilmiş olanlara karşı yeni başlayanlar, akademik formasyonu olanlara karşı alaylılar, vs. Eşitlikçi bir ekibin görünürde özgürlükçü olan ilişki ağı içinde de kaçınılmaz olarak gayri resmi iktidar odakları oluşacaktır. Örneğin belagati güçlü olanlar veya mütevazı ve sessiz çalışma arkadaşlarına göre daha uzun ve yüksek sesle konuşanlar ortaya çıkacaktır. Görünürde hiyerarşisiz bir ortamda türeyen örtük iktidar, belli kural ve rollerle yapılandırılmış bir ortamdaki resmi iktidara göre kötüye kullanım riskini daha fazla barındırır. Örtük iktidar karanlıkta iş görür. O dokunulmazdır, saydam değildir, sınırları bir kurallar sistemi içinde belirlenmemiştir ve bir yönetim kurulu ya da denetim mercii karşısında hesap verme mekanizmalarına sahip değildir. Haliyle kamusal olarak denetlenen resmi bir iktidarın kötüye kullanımına nazaran örtük iktidarın kötüye kullanımını fark ve ifşa etmek de çok daha zordur. Hiyerarşisiz ortam miti iyi niyetli bir hiyerarşinin aynen iyi ebeveynlik gibi koruyucu bir işlevi olduğu gerçeğini göz ardı eder. Ebeveynler küçük çocuklarını büyük kardeşlerine karşı korur, aynen bir liderin daha zayıf veya genç ekip üyelerini baskın veya daha yaşlı olanlara karşı koruduğu gibi.(33)

Bu alana içkin bir başka sorun fail ile mağdur arasındaki aşırı kutuplaşmadan doğan gerilim. İşkence karşıtı çalışmalara katılanlar için dışarıdaki düşman, yani işkenceci, aşırı derecede zalim ve güçlüdür. Başvuruya işkence edenin gölgesi her danışma ve terapi oturumunda az ya da çok mevcuttur. Bu durum ekipler ve kurumlar üzerinde ağır bir etki bırakabilir. Bir yandan dışarıdaki düşman kurum içinde güçlü bir bağın canlı tutulmasına vesile oluyor, diğer yandan ise dünya algısının ak ve kara olarak ayrışması, yani dış dünyayı kötü ve düşmanlı görüp, ekip içi dünyayı uyumlu ve iyi ("onlar"a karşı "biz") görme eğilimini körükleyebiliyor. Bir olasılıkla bakım veren ile başvuru arasındaki ilişkinin bir yansıması ve söz konusu algının sonucu olarak içerideki uyuşmazlıklar kolaylıkla birer tehdit ve ihanet olarak olumsuzlanabilir. Mağdurun ızdırabı ve çektiği bakım verende yoğun empati duygularını tetikliyor. Bu duygular bakım verenin mağdurun tarafında olmak ("iyi" olmak) konusunda kendine dönük ahlaki beklentilerinin yoğunluğuyla ilişkili. Kariyerini düşünmek, iyi bir maaş istemek, izin günlerinin tamamını kullanmak ve fazla mesaiden kaçınmak gibi bencil ("kötü") dürtüler başka çalışma alanlarında tartışma konusu dahi değilken, bu alanda ayrıştırılıp bastırılıyor. Mağdur ve dava ile özdeşleşmek

konusunda yoğun bir baskı var. Ne var ki, mağdurlar/başvurular bakım verenlerle kurdukları ilişkide aşırı talepkâr, saldırgan ve istismarcı olabiliyor. Terapi sırasında yaşanabilen aktarım ve karşı aktarım süreçlerinde başvuru failin, bakım veren ise mağdurun pozisyonuna sürüklenebiliyor. Bu fenomen bakım verenlerin ekip içi çatışmaları fail/mağdur stereotipi içinde değerlendirdikleri paralel süreçlerde aynalanabiliyor (örneğin: güçlü, suçlu (“kötü”) lider, biçare, masum (“iyi”) çalışana karşı ve tersi). Birini bir ekip içi çatışma sırasında fail gibi davranmakla suçlamak (ki bu sıklıkla yaşanan bir şeydir), o kişinin ciddi olarak zarar görmesine ve dışlanmasına neden olabilir. Tablo 1 işe bağlı stres ile ilgili en sık görülen yapısal noksanlıkları yansıtıyor(33).

Tablo 1: Yüksek derecede stres ve çatışma yaşanan kurumlarda görülen yapısal noksanlıklar

Sınırların gözetilememesi
Başvurularla aşırı özdeşleşme, profesyonel mesafenin kurulamaması
Profesyonel yönetim ve iyi liderliğin eksikliği
“Çöplük kavgası”na tutuşan örtük liderler
Eşitlikçi ekip miti
Hantal, zamana yayılan karar alma süreçleri
Rol ve yetkilerin belirsizliği
“Ambülans kovalamaca” ya da telaşlı, koordine olmayan müdahaleler ve etkinlikler
Profesyonel kalite standartlarının yokluğu
Olmayan ya da yetersiz terapötik eğitim
Terapötik konsept noksanlığı
Çok sınırlı ya da hiç sağlanmayan klinik süpervizyon
Başvuruların travmatik dünyasının yeniden sahnelenmesi
Liderlerin koçluk hizmeti almaması
İşkolizm, özsömürü, olmayan ya da eksik özbakım
Olmayan yönetim kurulu ya da YK, fiili yönetim ve ekibin harmanlanmasıyla doğan çıkar çatışmaları

Bu bulguların bazıları Lilla Hárđi'nin bakım verenlerin bakımı üzerine hazırladığı makalede de yansımaları buldu: “Başvurunun travma öyküsüne maruz kalıp kendisi travmatize olan bakım veren, girdiği regresyon sonucunda ilkel ve ham savunma düzeneklerini harekete geçiriyor. İnkâr güvensizlikle sonuçlanırken, yansıtma ‘düşman hükümet’ olarak ifadesini bulan çarpıtılmış bir imgeleme yol açabiliyor. Bakım veren kendini mağdur ya da fail ile özdeşleştirirse dış dünyayı ‘yardımcılar’ ve ‘düşmanlar’ olarak bölebiliyor. Bu süreçle sağlıklı baş etmenin en iyi ‘psikolojik aracı’ kendi regresif davranışlarımızı olgun savunma düzenekleri yardımıyla fark edip işlemek. En iyi sınır bekçileri ise süblimasyon (üretken veya yaratıcı etkinlikler) ve mizah. Destek ve eleştirileriyle yoldaşlık eden bir ekibe dahil olmak da önemli. Ekipler travma yükünü paylaşan ‘konteynir’ işlevini de üstlenir. En iyi ‘sınır bekçileri’ iş arkadaşlarıdır.”(30)

3. Bakım verenin travması – kaynak ve risk

Pross & Schweitzer araştırması(33) kapsamında görüşülen bakım verenlerin yüzde otuz biri travma geçmişleri olduğunu ifade etti. Travma alanında çalışan bakım verenlerle ilgili başka araştırmalarda da benzer sonuçlar görüldü(23,34,38). Bu terapistler “maruz kalmamış” olanlardan daha empatik olabilir (bkz. Bölüm I.1), ancak bu hipotez henüz ampirik olarak kanıtlanmadı(39) ve tersi de iddia edilebilir: “maruz kalmış” terapistler başvuruların öykülerine fazla dahil olup, onlarla özdeşleşme riski altında nesnelliklerini kaybederken kendi travmalarını başvuru ve iş arkadaşlarına aktarırlar. Çeşitli araştırmaların gösterdiği üzere, bakım verenler şahsi travma öykülerini terapötik eğitim sırasında özfarkındalık süreçleri içinde işleyip halletmedikçe, ekip çatışmaları açısından büyük bir risk faktörü söz konusudur(33-35,40). Türkiye İnsan Hakları Vakfı, bir işkence mağduru ile benzer bir travma yaşamış olan bir bakım verenin kendini mağdur ile özdeşleştirebileceğine, bu durumun da bakım verende post travmatik semptomlar tetikleyebileceğine dikkat çekiyor(17).

4. Travmanın yeniden sahnelenmesi

Yukarıda anılan yapısal noksanlıklarla malul kurumlardaki atmosfer, başvuruların travmatik dünyasının yeniden sahnelenmesiyle şekilleniyor. Korku ve tehdit algısı genel havayı belirliyor, ortamda sanki gizli servisin gölgesi hissediliyor, fail-mağdur ilişkileri yeniden üretiliyor ve takıntılı bir halde ayrıştırıcı tutumlar ile şiddet tırmandırılıyor (örneğin iş arkadaşlarının iyi ve kötü, dost ile düşman olarak kategorize edilmesi). Dahası ortam iftira, karalama, günah keçisi arayışı, kurban etme refleksleri ve muhalif görülenlerin ihracıyla iyiden iyiye kesifleşen hoşgörüsüz ve dogmatik bir sekterliğe sürüklenebiliyor. Kurumdaki kaotik, yapılandırılmamış ve öngörülemez ortam, başvuruların her türlü yapılandırma ve denetimden noksan kalmış travmatik dünyasını yansıtıyor; aynen mağdurun failin insafına terk edildiği durumlardaki gibi bir dünyayı...(33)

5. İşe bağlı stresin önlenmesi

Her ne kadar yukarıda sayılan stres kaynakları işkence karşıtı çalışma alanına içkin unsurlar olsa da, stres seviyesini düşürmek için bunları sınırlamanın ve sonuçlarıyla baş etmenin yolları var. Birçok bakım veren yaptıkları işin zorluklarıyla baş etmelerini kolaylaştıran geniş bir özkaynak ve etkinlik repertuarından örnekler vermekte.

Terapistlerin sıklıkla andığı baş etme stratejileri şunlar: (terapötik eğitim sırasında işlenen) şahsi travma öyküsü, başvurulara empati, adaletsizliğe karşı mücadele, politik aktivizm, kamusal angajman, medya çalışması, fon bulma faaliyeti, mesleki tatmin, çalışma arkadaşları arasında dayanışma ve fikir alışverişi, süreğen mesleki eğitim, araştırma, yayın faaliyeti, eğitim verme, gerçekçi hedefler, pragmatik yaklaşım, dogmasızlık, ahlaki baskılardan azade bir duruş.

Spesifik özbakım stratejileri arasında mesaiyi yarı zamanlı bir işle sınırlamayı, mesleğin farklı alanları arasında rotasyon, “ruh sağlığı izinleri” ve bu çalışmaya içkin karanlık içeriklere karşı antidot işlevi görecek bir mizah anlayışı öneriliyor (bkz. tablo 2).

Çatışma ve stres seviyelerinin düşük olduğu kurumlarda liderler bu tür koruyucu stratejileri destekler ve teşvik eder(33). Saakvitne ve ark. burada sayılan birçok kaynağa dayanan özbakım stratejileri ile ilgili eğitim modülleri hazırladı(41). Reddemann da benzer konseptler geliştirdi(42).

Tablo 2 bakım verenlerin işte karşılaştıkları zorluklarla baş etmek ve işe bağlı stresi engellemek üzere geliştirdikleri kaynakları ve araçları yansıtıyor(14,30,35,41,43,44).

Tablo 2 – Bakım verenlerin özbakım çerçevesi ve kaynakları

Aşırı çalışmadan kaçınma
(Kişi başına) Vaka alımının sınırlanması
Empati ve profesyonel mesafe arasında denge kurma
Eve iş götürmeme
Düzenli izin kullanımı, "ruh sağlığı izinleri"
İşe bağlı sorunların çalışma arkadaşları, süpervizör ya da koçla paylaşılması
Günlük akışın dışında ekip olarak yeni projeler ve uzun vadeli stratejilerin konuşulabildiği buluşmalar
Gerçekçi hedefler, pragmatizm – daha az idealizm ve daha az göz alıcı "dünyayı kurtarma" hayalleri
Kamusal angajman ve politik çalışma
Profesyonel düzlemin politikaya göre öncelikli olması
Süreğen mesleki eğitim
Araştırma fırsatları ve uzun süreli eğitim izinleri
İkincil kazanç sağlayan "hasta"lara aldanmamayı öğrenme
Hobilere ve dinlenmeye zaman ayırma
Aile ve dostlara zaman ayırma
Müzik, sanat, edebiyat, sinema, tiyatro
Mizah anlayışının korunması
Spor ve doğa
Oyun oynama
Meditasyon, gevşeme teknikleri
Ruhani ve felsefi yaklaşımlar
Uyuşturucu maddelerden uzak durma – alkol, kafein, tütün
Ekip kültürü, partiler, ortak mutfak, hafta sonu gezileri
İyi ebeveynlik yapabilen liderlerin koruması ve bakımı
Toplumsal kabul görme, sanatçı ve kanaat önderleri gibi "ünlü"lerin desteği

6. Yapılanma standartları

Yukarıda sayılan tüm nosyonları göz önünde bulundurunca kurumsal yapılanma için aşağıdaki standartlar kılavuzluk işlevi görebilir (bkz. tablo 3).

Tablo 3 – Travma merkezi yapılandırmasında standartlar(33)

İyi ebeveynlik ilkesine uygun olarak yetkileri açıkça tanımlanmış iyi liderlik
Görev ve sorumlulukların paylaşılması
Rol ve yetkilerin açıkça tanımlanması
Karar alma ve hesap verilebilirlikte saydamlık
Personel katılımının mesleki beceriye göre belirlenmesi
Düzenli vaka toplantıları
Sabit çalışma saatleri, hizmet çizelgesi, zaman yönetimi
Bilgi alışverişi için tanımlı kanallar, kurum içi iletişim sistemi
Tüzük, kurum içi usul kuralları, iş tanımları
Personelin yönetim tarafından düzenli aralıklarla değerlendirmeye tabi tutulması
Sınırların gözetilmesi
Başvurulara duyulan empati ile profesyonel mesafe arasında dengenin kurulması
Net ve anlaşılır başvuru kabul süreçleri
Sınırlandırılmış vaka yükü
Başvuruya olanak ve sınırların açıklanması – saydam ve bilgilendirilmiş onam ile çalışmak aşırı beklentilerden kaynaklı hayal kırıklıklarını azaltır
Yeni ekip üyeleri ve liderlerin özenle seçilmesi (karakter ve mesleki yeterlilik)
"Etkilenmişlik", yani şahsi travma geçmişi başlı başına bir vasıf sayılmaz
Bakım verenler için öz farkındalığa da odaklanan terapötik eğitim
Süreğen ve geniş çaplı mesleki eğitimler (yeni yöntemlerin öğrenilmesi)
Ortak tedavi yaklaşımı ve terapötik konsept
Kurum dışından sağlanan klinik süpervizyon
Liderler için koçluk ve yönetim eğitimi
Bakım verenlerin bakımı programı
Kurumu ve lideri denetleme faaliyetini üstlenmiş, çıkar çatışması yaşamayan bağımsız uzmanlardan oluşmuş yönetim kurulu

7. Son sözler

İşkence mağdurlarının rehabilitasyonu alanında çalışan ekipler ve kurumlarda görülen ve yukarıda değinilmiş olan birçok zorluk bu çalışma alanına içkindir. Genelde bu zorluklar verilen emeğin karşılıksız kalmadığı heyecan verici bir öncülük döneminin ardından ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkar. Bu durum afflama, kaygı, yerinde sayma ve hayal kırıklığı duygularına yol açar. Teklifsiz, herkesin aile gibi olduğu öncü kültüründen daha profesyonel bir şekilde yönetilen bir kurum kültürüne geçiş genelde gerilim ve çalkantılara sahne olur, ancak illa ki örgütün gerilemesine ve yıkımına yol açmak zorunda değildir. Geçişin kendisi örgütü kurup geliştirmenin gerekli ve kaçınılmaz parçası. Her kriz aynı zamanda fırsatlar da sunar. Bunu akılda tutmak kaygıları azaltıp strese direnci ve sabrı arttırabilir. Ekip ve vaka süpervizyonunun yanı sıra kurumsal danışmanlık ve kurum dışı danışmanların sunacağı eğitimler, bu sorunların çözümüne katkıda bulunurken örgütü tekrar rotasına oturtup daha tatminkâr bir çalışma ortamı sağlayabilir.

Alışık oldukları çevreleri tümüyle yıkıma uğrayan, dehşet içinde kalmış başvurular için travma merkezleri bir tür sığınak veya güvenli liman işlevi görebilmeli. İşkence ve cinsel şiddet gibi insan eliyle gerçekleştirilen zulmün mağdurları sıklıkla insanlığa duydukları temel güveni yitirirler. Onlar için artık dünyada iyicil bir şey yoktur. Bir failin insafına kalırken aşırı keyfiyet, düzenin mutlak yokluğu ve başlarına ne geleceğini katiyen öngöremeyip belirleyemeyecekleri gerçeğini yaşadıkları için güvensizler, endişeliler ve kafaları karışmış durumda. Başvuru-terapist ilişkisi içerisinde terapist bir başına verilmiş tüm hasarları tamir edemez. Terapistin empatik çalışma arkadaşlarından oluşmuş bir ekibin desteğine, işinin ehli ve deneyimli bir liderin koruması ve desteğine ve ayrıca kurum dışından gelen bir süpervizöre ihtiyacı vardır. Bakım verenlerin ve alanda çalışan ekiplerin travmayı bazı açılardan yeniden sahnelemeleri kaçınılmaz; ki bu başvuruların yaşadığı sorunları anlamak için değerli bir kaynak da olabiliyor. Merkezin bir bütün olarak başvurular için destek, güvenlik ve koruma sağlayan sağaltıcı bir atmosfer sunması da aynı derecede önemli. Kurum, başvurulara yaşamlarının kontrolünü yeniden ele alma şansı sunabilmeli. Bu nedenlerle bir travma merkezinin istikrarlı ve anlaşılır bir şekilde yapılandırılmış olması hem başvurular, hem de bakım verenler açısından hayati önemde. Yapılandırma noksanlığı ve kaotik bir ortam ekiplerde stres ve çatışma ortamını besler, dolayısıyla kurumun işlerliğini aksatır. Dahası, bu sorunlar bakım verenlerin destek verebilme kapasitesini zayıflatır ve nihayetinde işkence görmüş başvurulara zarar verir(33).

Kaynakça

1. Moore SD, Slife BD. The Self-Awareness process in the effective psychotherapist. In: Annual Convention of the South-Western Psychological Association (33rd New Orleans, LA). New Orleans, LA: 1987. p. 1-15.
2. The International Transactional Analysis Association [Internet]. Available from: <http://itaaworld.org/>
3. Horowitz M. Stress Response Syndromes: Character Style and Dynamic Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 1974 Dec;31(6):768-781.
4. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 1st ed. Göttingen/Cambridge: Hogrefe; 2004.
5. Liedl, A, Schäfer, U., Knaevelsrud C. Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2010.
6. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. The American journal of orthopsychiatry. 1983;53(1):43-51.
7. van Dijk JA, Schoutrop MJA, Spinhoven P. Testimony therapy: treatment method for traumatized victims of organized violence. American journal of psychotherapy. 2003 Jan;57(3):361-73.
8. Ahmad S. The Healing Power of Storytelling. In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity. Baltimore: JHU Press; 2001. p. 112-125.
9. Junior BE. Psychotherapie mit Kindersoldaten in Mosambik: auf der Suche nach den Wirkfaktoren. 1st ed. Maastricht: Shaker; 2007.
10. Curling P. The effectiveness of empowerment workshops with torture survivors. Torture. 2005;15:9-15.
11. Manneschmidt S, Griese K. Evaluating psychosocial group counselling with afghan women: is this a useful intervention? Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2009 Jan;19(1):41-50.
12. Droždek B, Wilson JP. Uncovering: trauma-focused treatment techniques with asylum seekers. In: Drozdek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 243-276.
13. Manfred F.R. Kets de Vries. Leaders, Fools and Impostors: Essays on the Psychology of Leadership. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey Bass; 1993.
14. Gurriss NF, Wenk-Ansohn M, Maercker A. Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. p. 477-499.
15. Wenk-Ansohn M. Treatment of torture survivors - influences of the exile situation on the course of the traumatic process and therapeutic possibilities. Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2007 Jan;17(2):88-95.
16. Aroche J, Coello M. Ethnocultural considerations in the treatment of refugees and asylum seekers. In: Drozdek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 53-80.
17. HRFT (Human rights foundation of Turkey). Care for caregivers [Internet]. 2002;:7. Available from: www.irct.org

18. Cottrell D. Supervision. *Adv. Psychiatr. Treat.* 1999;5::83-88.
19. Lansen J, Haans T. Clinical Supervision for Trauma Therapists. In: Drozdek B, Wilson JP, editors. *Broken Spirits*: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. Brunner-Routledge; 2004. p. 317-354.
20. Elizabeth L. Holloway. *Clinical supervision: a systems approach.* 1st ed. Thousand Oakes: 1995.
21. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23.* 1st ed. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.
22. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress.* 1990 Jan;3(1):131-149.
23. Kassam-Adams N. The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: Stamm BH, editor. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.* Baltimore: The Sidran Press; 1995. p. 37-48.
24. Lansen J. What does this work do to us? In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. *At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity.* Baltimore: JHU Press; 2001. p. 198-211.
25. Stamm BH. *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators.* 1st ed. Baltimore: Sidran Press; 1999.
26. June C. Pagaduan Lopez, Elizabeth Protacio Marcelino. Torture survivors and caregivers: proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues. In: *Proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues.* Quezon City: Center for Integrative and Development Studies, University of the Philippines and the University of the Philippines Press; 1995. p. 357.
27. Westcott S, editor. Care for caregivers. In: *Torture – A Challenge of the Health, Legal and Other Professions.* abstracts of papers presented at the VIIIth International Symposium. New Dehli: 1999. p. 121.
28. Schweitzer S (comp), editor. Providing reparation and treatment, preventing impunity. In: *IX IRCT International Symposium on Torture.* -. Copenhagen: IRCT; 2006. p. 32.
29. Foundation C. Care for caregivers: self care strategies and other methods for work, care and carehandling. *Torture.* 2007;17(2):175-177.
30. Hardi L. Workplace Wellness, Care for Caregivers - Hungarian experiences with the caregivers of refugees.
31. Smith JM. Listening to trauma. Therapists' countertransference and long-term effects related to trauma work [Internet]. 2009 [cited 2011 Oct 7];:189. Available from: <http://repository.uhn.ru.nl/handle/2066/76695>
32. Pross C. *Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen.* 1st ed. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag;
33. Pross C, Schweitzer S. The Culture of Organizations Dealing With Trauma: Sources of Work-Related Stress and Conflict. *Traumatology.* 2011 Jan;16(4):97-108.
34. Gurriss NF. *Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.* 2005;

35. Deighton RM, Gurriss N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of traumatic stress*. 2007 Feb;20(1):63-75.
36. Heimerl-Wagner P, Meyer M. Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management. In: Badelt C, Meyer M, Simsa R, editors. *Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 209-240.
37. Zauner A, Simsa R. Konfliktmanagement in NPOs. In: *Handbuch der Nonprofit-Organisation: Strukturen und Management*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 405-418.
38. Wilson JP, Thomas RB. *Empathy in the treatment of trauma and ptsd*. 1st ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
39. Munroe JF. Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. In: *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Luthersville: Sidran Press; 1995. p. 211-229.
40. Florentine J, Iris-Tatjana K, Thomas E. Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2009;38(4):250-261.
41. Saakvitne KW, Gamble S, Pearlman LA, Lev BT. *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. 1st ed. Baltimore: The Sidran Press; 2000.
42. Reddemann L. Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. *Erfahrungen und Hypothesen*. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*. 2003;1(1):79-85.
43. Birck A. Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. *Traumatology*. 2001 Jun 1;7(2):85-90.
44. Smith AJM, Klein WC, Stevens JA. "en wij proberen te luisteren . . ." Reacties van therapeuten op traumatische ervaringen van hun patienten. ["and we try to listen..." Reactions of therapists to trauma experiences of their patients]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2000;43:7-19.