

Öğrencilerin Çocukların Ölümüne Tepkileri

GLADYS N. BONNINE Çeviri: Gülten ÖZALTIN

Bir öğretmen, çocuk ölümlerinin öğrenciler üzerindeki etkisini, 32 öğrenciyle yapılan anketlerde ve görüşmelerdeki yanıtlardan yansıdığı şekliyle tartışmakta ve öğrencilere duyularıyla baş etmede nasıl yardım edilebileceğine ilişkin önerilerde bulunmaktadır.

“Ya benim çocuğum olsaydı?” “Panik derecesinde korkmuştum.” Bir çocuğumun olmasından korkuyorum.” Öğrenciler pediatri kliniği deneyimlerinde, sıklıkla bir çocuğun ölümünün ardından bu ve buna benzer şeyler söylerler.

Hemşirelik eğitimcileri, uzun zamandır bir çocuğun ölümünün hemşirelik okullarındaki genç erkek ve kadınlar üzerindeki travmatik etkisinin farkındadırlar. Yaşları ve gelişim dönemleri, kendi ailelerini kurmaya başlayacakları bir sırada bu genç yetişkinleri aile trajedilerine karşı incinebilir duruma getirmektedir. Öğrencilere, tüm sağlık çalışanlarının ana amacının hayat kurtarmak olduğu öğretilir. Bu nedenle, ölümcül hasta bir çocuğa bakım vermek ve anababalarıyla olumlu bir şekilde etkileşimde bulunmak bazı öğrenciler için becerebileceklerinin ötesindedir.

Pittsburg çocuk hastanesinde, pediatri hemşireliği dalındaki öğrencilerin programlarından sorumlu olan hemşireler, bu probleme ilişkin öğrencilerden birinci elden bilgi almaya karar verdiler. Öğrencilerin bir çocuğun ölümüne nasıl tepki verdiklerine ilişkin ayrıntı aradık; öğrencilere bu alandaki zorluklarında nasıl yardımcı olabilirdik; öğretmenler ve hemşirelik hizmetleri görevlileri aşırı kaygıyı önlemek için ne yapabiliyordu, ölümcül hasta çocukların bakımına ilişkin bir klinik toplantısı en iyi ne zaman programlanabilirdi ve ne gibi eski deneyimler genç öğrencileri ölmekte olan çocuklara bakım için hazırlamaya yardımcı olabilirdi.

Anket ve görüşme yoluyla 32 öğrenciden bir yıl boyunca veri topladık. Onlardan, mümkün olabildiği kadar serbestçe deneyimlerini betimlemelerini ve tepkilerini anlatmalarını istedik. Bazı öğrenciler birden fazla hastayı betimlediler ve bazı hastalar birden fazla öğrenci tarafından betimlendi.

Betimlenen 37 hastanın 8'i 1 yaşından küçüktü; 18'i 1-6 yaş arasındaydı; 5'i 6-10 yaş arasındaydı; 6'sı da 10-15 yaş arasında idi. Onüçü lösemiden, sekizi beyin tümöründen, 3'ü konjenital kalp hastalığından, 3'ü menenjitten ölmüştü. Aşağıdaki hastalıkların her birinden bir çocuk ölmüştü: Hoçkin, epilepsi, portal hipertansiyon, hidrosefali, pnomoni, septisemi, ürostomi, yanık, Letterer-Siwe hastalığı ve periarterit nodosa. Hastalık süresi iki gün ile beş yıl arasında değişmekteydi.

Öğrencilerin tepkileri büyük farklılıklar gösterdi. Ancak, öğrencilerin çoğu kendilerini anneyle özdeşleştirdiler, çocukların daha hayata başlamadan ölmelerinden büyük üzüntü duydular ve bu çocuklara en iyi bakımı vermek istediler. Kendilerine ilişkin olarak, korktuklarını çaresiz kaldıklarını, öfkelenediklerini ve karışık duygular içinde olduklarını söylediler. Hemen hemen hepsi bir çocuğun ölümüne şahit olmanın, bir yetişkinin ölümüne şahit olmaktan çok daha zor olduğunu söylediler.

Öğrenciler bize, anababaların çocukları hakkında konuşabildiklerinde veya hastalık öncesinde çekilmiş fotoğraflarını gösterdiklerinde canlandıklarını farketdiklerini söylediler. Anababaların çocukların aile çevrelerinde varlığını vurgulamaya, birbirleriyle ve bütünüyle grup olarak nasıl davrandıklarını açıklamaya gereksinimleri vardı. Anababalar, hastaneye yatmadan önce veya yatma sırasında çocuklar hakkında iyi birşeyler duymaktan memnun oldular.

Bazı öğrenciler, çocukların ne olup bittiğini anlayıp anlamadıklarını merak ettiler. Öğrencilerden biri, bir küçük kızın “sanki ne kadar hasta olduğunu biliyormuş gibi” evine dönmekten hiç söz etmediğini söyledi.

Öğrencilerin tepkilerinden bazı alıntı örnekleri:

İlk tepkim korku oldu, durumu yeterli biçimde ele alamıyacağım korkusu. Bu ilk tepki yatıştıktan sonra, herşey çok keder verici görünüyordu. Fakat sonra aileye sözcüklerle ve eylemle herhangi bir durumda daima umut olduğunu göstermesi gereken kişinin ben olduğumu farkettim.

Çocuğun ben yanlarında iken ölmemesi için dua ettim. Evdeyken onu merak ettim ve orada bulunmadığım bir zamanda ölmesi beni rahatlattı.

Duygularım karmaşıktı. Anababaya çok sempati duydum. Bu karamsarlık yaratan bir görüntüydü. O kadar güzel ve genç bir çocuktuk ki, orada oturdum ve sordum “Niçin?” ve Niçin bu değerli bebek?” Terminal aşamada panikteydim. Bazen onunla yalnız oluyordum, o sıralar soluk alması dursa ne yapacağımdan emin değildim. Kendimi onun her soluşunu sayarken buluyordum.

O öldükten sonra kendimi çok kötü hissettim, yapmam gerekirken yapmadığım herhangi bir şey olup olmadığını düşündüm. Bu, ölümle ilk deneyimimdi ve kötü çarpmıştı. Nöbetim (3.00-1100) bittiğinde uyuyamadım. Ne zaman gözümü yumsam küçük kızı yatağında yatarken görüyordum. Sabahın 4'üne kadar uyuyamadım, sonra da uyanıp durdum. Bu olaydan epeyce sonra kendimi kötü hissetmem durdu. Bu hiç unutamıyacağım bir deneyimdi ve olanların tüm ayrıntılarını ve yaptığım herşeyi hala hatırlıyorum.

Günler geçtikçe bebeğin gerçekten ölmesini diledim. Böyle hissetmem gerektiğini biliyordum, fakat çok çaresizdi, beyni ağır zedelenmişti ve anababası onu istemiyordu. Bir sabah çok ağırlaşmıştı ve ona bakım vermek için kendimi zorlamam gerekti ve tüm bunlar olurken duygularım hakkında suçluluk hissettim. Solunumu durunca, tekrar nefes almasını sağlamak için yapabileceğim her şeyi yaptım, fakat yararı yoktu. O zaman öldüğü için öfke

hissettiğimi hatırlıyorum. Şimdi bunun bir savunma olduğunu anlıyorum, çünkü ölmesini istemiştim ve suçluluk hissediyordum.

Bunu söylemek zalimce görünüyor, fakat onun acılarını uzatmak ve daha çok rahatsızlığa neden olmak için özel tedaviler ve ilaçlar vermelerinden ötürü doktorlara biraz öfke hissediyordum. Ardından düşüncemdeki ikilem ortaya çıkıyordu, olabildiğince uzun yaşayacağı her türlü fırsat ona verilmeliydi.

Dışarı koşup insanlara lösemiye bir çare bulmalarını söylemek istedim.

Orada öylece durup bakan, bekleyen ailelere kalbim burkuldu.

Ölüm sonrası bakım vermek beni sandığım kadar rahatsız etmedi. Onun ölü olduğunun farkındaydım, fakat yine de ona canlı imiş gibi banyo yaptırdım. Kefene sarıldığında midemde bir tuhaflık hissettim, çünkü bir insandan çok bir paket gibiydi. En kötü zamanım daha sonra onu morga götürdüğümüzde geldi. Onu bir metal sedye üzerinde büyük, soğuk bir bölmeye bıraktık. Döşemesi üzerinde kutular bulunan kasvetli küçük bir oda idi. Bu, yaşamımın sonuna kadar aklımdan çıkmayacak bir görüntü idi.

Öğrencilerin, onları bir çocuğun ölümüne hazırlayan daha önce bir deneyimleri olup olmadığını bulmak istedik. Bazıları kendilerine yardımcı olanın sadece kişisel, manevi bir bakış olduğunu söylediler. Bazıları da hemşirelik ve psikoloji derslerinin yararlı olduğunu söyledi. Bir öğrenci hemşirelik sanatı öğretmenin kendilerine “Her hastaya sanki yıllarca yaşayacakmış gibi bakın” dediğini söyledi. Pedyatri hemşireliği konusundaki klinik toplantıların yararı olduğu bildirildi. Çoğu hiçbir şeyin onları bir çocuğun ölümüne hazırlamadığını söylediler.

Bir çocuk öldüğünde kederlenmenin, çökkün olmanın, hatta ağlamanın normal olduğunu kabul ediyoruz. Ancak öğrenciler, en azından geçici olarak endişe ve uyku kaybı şeklinde zarar görüyorlar. Öğrencilerin betimlediği türdeki streslerin kalıcı hasar yapıp yapmayacağını saptamak bu küçük taramanın kapsamı dışındadır. İnsan, her öğrencisinin bir anne olarak nasıl uyum yapacağını merak ediyor. Gerektiğinden fazla endişeli mi olacak? Bilinçli olarak veya bir nedenle yaşamını çocuksuz mu geçirecek?

Bir çocuğun ölümü için ön hazırlık gereklidir. Öğretmenler bunu bir derste veya bireysel ya da grup toplantılarında yapabilirler. Eğer pediyatri hemşireliği, çoğuna olumsuz prognosis konmuş akut hasta çocuklar için olan bir hastanede öğretiliyorsa, öğrencilere bazı ölümlerle karşılaşmayı beklemeleri gerektiği söylenmelidir.

Anababalar çocuklar için en iyi fiziksel bakım istediklerinden, öğretmenler öğrencilerin ilaçları zamanında vererek, tüm ekipmanı en iyi çalışır durumda bulundurarak ve çocukları mümkün olduğu kadar temiz ve rahat tutarak yardımcı olduklarını görmelerini sağlamalıdır. Öğretmenlerin birim içinde daima ulaşılabilir ve destekleyici olmaları gereği açıktır.

Öğrenciler anababalarla iletişimde kendilerini yetersiz hissettiklerinden, öğretim üyeleri onlardan anlamlı sözler söylemelerinin veya felsefi sorunlara yanıt vermenin beklenmediğini belirtebilirler ve öğrencilere en iyi rollerinin anlayışlı dinleyiciler olduğunun farkına varmalarını sağlamada yardımcı olabilirler. City of Hope'tan gelen bir rapor, annelerin en iyi daha önce tanımadıkları ve bir daha asla göremeyebilecekleri kişilere tepki verdiklerini ortaya koydu. Bu anababa tepkisini anlamak, annelere yaklaşımlarında öğrencilere yardımcı olacaktır. Öğrenciler dinleyen ve kabullenen aracı kişiler olmayı öğrenebilirler, aynı zamanda kişisel problemlere yanıt verme veya onları çözme gereği duymadan bunu yapabilirler. İki küçük çocuk annesi olan bir öğrenci şunları yazdı:

Benim çocuğum olsaydı, birisiyle özellikle yabancı birisiyle konuşma gereği duyardım, çünkü böyle bir kişi benim problemlerimle fazla ilgili olmazdı.

Öğrencilere, anababaların fiziksel sağlıklarına ilişkin sözlerin uygun olduğunu öğretiyoruz, fakat fazla aşırıya kaçılmamalıdır. Aileler kendilerini en rahatlatan şeyleri yapmak durumundadırlar ve bu çocuğun odasında sürekli kalmak anlamına geliyorsa, kalmalarına izin verilmelidir.

Öğretmenler öğrencileri, din konusunda konuşmaya ve ailenin dinsel inançlarına ilişkin bazı şeyler öğrendikten sonra onların dini bir danışman konusundaki isteklerini sormaya teşvik etmelidirler. Bazen anababalara hastane kilisesinin yerini veya inançlarına uygun en yakın kilisenin yerini söylemek yeterlidir. Bir ikindi vakti bir öğrenci hastasının annesiyle hastane kilisesine gitti. Birlikte oturdular bir saat boyunca hiçbir şey konuşulmadı. Odaya döndüler ve çocuk akşam saat 6'da öldüğünde tüm gün olduğundan daha sakindi.

Her öğrencinin bu acılı dönemlerle baş etmesine ve bunlardan bir şeyler öğrenmesine yardımcı olmak eğitimdeki ve hizmetteki hemşirelerin bir işlevidir. Öğrenciye, derin duygulara yol açan deneyimler yaşamış olması nedeniyle daha güçlü, daha duyarlı bir kişi olmasında yardım edilebilir.

ÖĞRENCİLERE ÖLMEKTE OLANLARLA ÇALIŞMAYI ÖĞRETMEK

BERNIECE M. WAGNER **Çeviri Gülten ÖZALTIN**

Kansas Üniversitesinde hemşirelik öğrencileri klinik hemşirelik derslerine üçüncü yılda başlarlar. Bu aşamada onlara ölüm ve ölme üzerine yazılmış-hem roman türünde hem de makale türünde-ağır bir kitap listesi ödev olarak verilir ve sonra da ölüme ilişkin kendi tutum ve duygularını incelemelerine yardımcı olunur. Yazara göre sonuç, başka türlü kaçınabilecekleri çeşitli düşüncelerle öğrencileri karşı karşıya getirmez. Bu duygu yüklü konunun derste felsefi tartışması öğrencileri ölümlü vekaleten yüz yüze gelmeye ve hastalar ve aileleri ile gerçek deneyimlerinden önce kendi duygularını ele almaya zorlar.

1908'de Kansas Üniversitesinde iç hastalıkları profesörü ve Kansas City Eleanor Taylor Bell Memorial Hastanesinin başhekimisi olan Dr. George Howard Hoxie, *Practice of Medicine for Nurses* adlı bir kitap yayınladı. "Hemşirelik Tekniği" üzerine bir bölüm Hemşirelik Eğitim Okulu'nun müdürü Pearl L. Laptad tarafından yazıldı. "Ölüm Durumunda" alt başlıkla kısa bir paragrafta Laptad şunları yazdı: "hemşire ilk önce, eğer orada değilse doktora haber verir. Sonra da cesedi temizlemek ve odayı toplamak için nazikçe aileyi odadan çıkarmalıdır".

Bu kitap yayınlanalı yaklaşık 60 yıl oldu, fakat hemşirelik mesleği Laptad'ın kısa öz cümlelerinden öte bu kavramları genişletmek veya ölmekte olanlara bakım vermeye ilişkin beceriler geliştirmek için pek az şey yapmıştır. Profesyonel literatürde bu konuda bu kadar az şeyin yazılmış olması gerçekten gariptir. Ölümün, ölmekte olanlara bakım verenlerde uyandırdığı çaresizlik ve korku gözönüne alındığında, birçok hemşirelik müfredatının hemşireleri ölümcül hastanın bakımının fiziksel yönleriyle veya hastaların, ailelerin ve hemşirelerin duygularıyla baş etmeye hazırlamak için yalnızca göstermelik bir girişimde bulunduğunu görmek korkunçtur. Ancak şu anda çalışmalar sürmektedir: California Üniversitesinde Quint, Strauss ve Glaser, Milli Sağlık Enstitüsünün verdiği bir yardım ile hastane personeli, hemşirelik bakımı ve ölmekte olan hastalara ilişkin bir çalışma yürütmektedirler. Önraporlar bu çalışmanın, hemşirelerin tutumunun anlaşılmasına ve hemşireleri bu gibi hastalara etkili bakım vermeye hazırlamaya önemli katkı yapabileceğini göstermektedir.

Ölmekte olanların bakımına ilişkin kavramların, becerilerin ve tutumların öğretilmesi, öğretmenler içerik geliştirmeye çalışırken korkutucu ölçüde karmaşık olmaktadır. Öğretmen ölüm olayını en temel bileşenlerine kadar incelerken, bunun kesin ilkelerin ve kuralların tanımlanmasına meydan okuyan çok yüksek derecede bireysel bir insan deneyimi olduğunu kısa sürede farkeder. Sanki ölümlü her kişi sonsuza dek ve geri alınamaz biçimde bir birey olduğunu ilan eder ve gayretli bir biçimde toplumun ona verdiği "sokaktaki insan" tanımlamasına karşı koyar.

Tek bir ölüm olayını çevreleyen çok sayıda değişkene ek olarak, ölmekte olanı rahatlatmak ve bakım vermek için kendini sunan her kişi ölmeye ve ölüme ilişkin kendine özgü tutum ve duygularını da beraberinde getirir. Kültürel koşullanma hemşirenin duyguları, tutumları ve davranışına ilişkin bir tahmin edilebilirlik ögesi sağlar fakat duygusunun niteliği ve ifade örüntüleri onun benzersiz kişiliğinin damgasını taşır. Öyleyse,

hasta bakımının bu önemli yönüne ilişkin anlamlı müfredat geliştirmenin mantıklı bir başlangıcı, ortası veya sonu olmaması şaşırtıcı değildir.

Öğrencinin üzerindeki kültürel etkiler incelenmeli ve dikkate alınmalıdır. Toplumumuzdaki gençlik, yaşam ve sağlığa müthiş vurgu; ölüm gerçeğini reddetmemiz ve trajik etkisine karşı kendimizi yalıtma için yöntemler aramamız, tıp topluluğunun hayat kurtarmak ve uzatmak için zihinsel çabaları, bunların hepsi ölmekte olanlara ilişkin rolümüzü ciddi biçimde incelemeye karşı psikolojik bir başkaldırıya katkıda bulunurlar. Öğretme-öğrenme süreçleri geliştikçe, hem öğrenciler hem de öğretmenlerin kendilerini, uzun zamandır yerleşik ve kültüre dayanan değerleri ve tutumları yeniden ele almanın sancılı konumunda bulmaları olasıdır.

Kansas Üniversitesinde, öğrencilere ölümcül hastalara nasıl bakılacağını öğretme çabalarımız başkalarını da bir ölçüde ilgilendirebilir. İçerik ve yöntem ele alınırken, konunun öğretilmesine ilişkin bazı temel varsayımları tanımlamak mantıklı göründü. Bu nedenle şunlara karar verdik:

Birincisi, toplumumuzda insanların önemli bir bölümü evinin mahremiyeti yerine hastanede öldüklerinden öğrencilerin temel hemşirelik eğitimlerinin bir parçası olarak ölmekte olanın gereksinimlerine cevap verecek biçimde hazırlanmaları zorunludur. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelerin nadiren, eğer hiç değilse, ölmekte olanlarla karşılaştığı alanlar olduğunun farkına vardık; ancak temel programda bu konuya sistematik eğitimsel bir yaklaşımı haklı kılacak sayıda hemşirenin bu tür bakımla ilgilendiği kararına vardık.

İkincisi, ölmek yas ve anksiyeteye bağlı yoğun duygu uyandıran bir deneyim olduğundan, hemşire bunun davranışsal ifadelerini tanımayı ve buna saygı duymayı ve etkin biçimde ele almayı öğrenmelidir.

Üçüncüsü, bir gözlemcinin ölmekte olanın karşısında korkulu ve çaresiz olması insancadır, fakat hemşire deneyimde anlam buldukça, ölen kişi ve ailesi için destekleyici olan becerileri ve içgörüyü kazandıkça bu tatsız duygular dağılmaya yüz tutar.

Dördüncüsü, ölmekte olana şefkatli bakım vermede temel olacak gerekli içgörü ve beceriler yalnızca ölmekte olanın gereksinimlerinin uzun, oldukça sürekli fakat aynı zamanda aralıklı olarak ele alınmasıyla ve kişinin kendini tepki vermeye yetkili bir hemşire rolüne yaratıcı projeksiyonu ile edinilebilir.

Beşincisi, gerekli içgörü ve becerilerin edinilmesi, öğrencinin kendi öğrenmesinde temel sorumluluğu yükleneyeceği bir yöntem veya yöntemlerle geliştirilmesi gerekecektir. Bu tür öğrenmenin etkili olduğuna ilişkin belirtilerin yanı sıra, eğitilmiş öğretim üyesi sayısının yetersizliği karşısında da böyle bir yaklaşım daha pratik olur.

Quint ve Strauss, öğrencilere ölmekte olanlarla anlamlı, doğrudan deneyimler sağlamanın bazı güçlüklerine dikkat çekmişlerdir. Bir öğretmen sıklıkla, doğrudan deneyime taşıdığından fazla değer vermeyi çekici bulabilir. Bir öğrenciyi bağımsız problem çözmede uyarıcı rolü oynayacak bir problemle yüz yüze getirme düşüncesi caziptir ve doğrudan bir deneyimin aynı zamanda öğrencinin problem durumlarına kendi tepkilerini modelleyeceği deneyimli bir hemşirenin şahsında bir rol modeli sunması da umulur.

Fakat, hemşirelikte ölmekte olanların yaratıcı bakımlarının öğrenileceği rol modelleri bakımından sayıca yetersiz ve öğrencinin ölmekte olanla doğrudan karşılaşması, öğrenciden olgun biçimde tepki vermeye hazır olmadan bir tepki talep edebilir. Bu nedenle, ölmekte olanın bakımına ilişkin giriş deneyiminin, ölüm

konusunun ve ölmekte olana bakımın entellektüel bir araştırması olmasına karar verdik. Aynı zamanda, bu araştırmanın bir gerçeklik duygusuna bağlanması gerekiyordu, öyle ki, öğrencinin öğrendiklerini daha soyut düzeyden, daha sonra karşılaşılabilecek belirli problem durumlarına aktarması mümkün olsun.

LİTERATÜR TARAMASI

Başlangıçta, öğrenci literatürü tarar ve inceler. Başlamak için bir bibliyografya sağlanır. Bu bibliyografya baskın olarak, ölmekte olanın gereksinimlerine ve bu gereksinimlerin nasıl karşılandığına ilişkin bir şeyler ileten romanlardan ve popüler dergilerden ve fikir dergilerinden alınan makalelerden oluşur. Öğrencinin literatürü incelerken şu iki soruyu kafasında sürekli tutması istenir: Bu literatür ölmekte olan insanların ve ailelerinin gereksinimlerine ilişkin ne söylemektedir? Bu kişinin ve ailesinin hemşireden gereksindiği yardım hakkında ne gibi sonuçlar çıkarılabilir?

İkincisi, öğrenci bulgularını birleştiren ve belgeleyen bir rapor hazırlar. Örneğin, “İnsanların çoğunun hızlı biçimde, evlerinde, yatakta ve gece ölmeyi tercih ettiklerine ilişkin Dr. Herman Feifel’in bulguları hakkında” yazmayı seçebilir. Konuya daha geniş bir açıdan yaklaşmak isteyen bir öğrenci “ölmekte olan hasta için anlamlı insan ilişkileri kurmada hemşirenin rolü” konusunda yazmayı seçebilir. Konusu ne olursa olsun, ondan okuma parçalarını yoğun biçimde araştırması ve dikkat çeken noktaları ve anlamlı genellemeleri, hastaya bakım verme konusunda iyi düşünülmüş bir inceleme şeklinde geliştirmesi beklenir.

Öğrenciler çoğu kez listede bulunmayan referansları arar ve kullanırlar. Bir öğrencinin raporundan alınan aşağıdaki alıntılar, kişinin literatürü inceleyerek ve üzerinde düşünerek bağımsız olarak neler öğrenebileceğinin belirtisidir. Bu öğrenci raporunda, James Agee’in *A Death In the Family* kitabındaki Hannah Teyzenin destekleyici rolünün bir analizi dahil, birçok kaynağı kullandı.

Hannah... Mary’nin önünde durdu, bileklerini tuttu ve uzanan ellerine içtenlikle bakarak konuştu:...”Mary bağışlanma dilemek için bir neden yok. Tanrı hiçbir zaman yas tutmamamı, ağlamamamı istemez. Yaptığın şey tamamen doğal, tamamen doğru. Başka türlü yapsaydın insan olamazdın.”

Öğrenci şunları söyledi: *Hannah’ın yaptığı gibi hemşire, başkalarının önünde yasin normal ortaya çıkışının engellenmesinin ailenin üzüntüsünü yalnız kaldıklarında yoğunlaştırdığını anlamalıdır. Gözyaşı yas içindeki insanlara büyük ölçüde yardımcı olabileceğinden hemşire gözyaşı dökmekten veya ağlandığında orada olmaktan korkmamalıdır. Orada bulunmak aile için büyük rahatlık kaynağı olabilir. Atlantic Monthly dergisindeki bir makalede, eşini kaybettikten sonraki tepkilerini anlatan bir dul, gözyaşlarının iyileştirici değerinden yararlanmadığını söyledi. Duygularını şöyle anlattı:*

Çaresiz bir ağlama isteğim var, kaybımı öyle keskin biçimde hissediyorum ki, fakat aynı zamanda ağlamamın bir yararı olmadığını da biliyorum. İnsan hayatını yaşayıp, tamamlamalı.

Öğrenci şöyle sürdürüyor: *Hemşire, ağlamanın doğal yararlı bir duygusal boşalma olduğunu hissetmelerinde yas tutanlara yardımcı olmalıdır... Aile içinde duygusal boşalmayı sağlamanın bir diğer aracı onları serbestçe konuşmaya teşvik etmektir. Hemşire onların kendilerini ifade etme gereksinimine veya susma gereksinimine duyarlı olmalıdır. Hannah Teyze Mary’nin konuşmadığını sezdi ve başlangıçta kendi suskunluğundan utandı. Düşündü ki, “Sonuçta söylenecek ne vardı?” Hemşirenin her zaman birşey demesi gerekmez. Howard Whitman, “Üzüntü*

İçindeki Birine Nasıl Yardım Etmeli” başlıklı makalesinde, hemşireye oldukça uygun tavsiyelerde bulunmakta ve şöyle demektedir:

Eğer varlığınızın sıcaklığı arkadaşınızın konuşmaya başlamasını sağlıyorsa, aynı şeyi tekrar tekrar anlatsa da susun ve dinleyin. O size bilgi vermiyor olabilir, fakat yinelemesi gereken duyguları ifade ediyor. Dinleme yeteneğinize ilişkin endişe duymalısınız.

Öğrenci şöyle sürdürdü: *Hemşirenin söyleneni kabul etmenin dışında pek az şey yapması gerekse de, aile duygularını hemşire ile paylaşabildiğinde büyük bir rahatlama yaşayabilir. Bir dinleyici olmaksızın, aile kendini duygusal bakımdan tecrit edilmiş hissedebilir ve boşaltılması gereken duyguları bastırabilir.*

Öğrencinin okuduklarını kendi hemşirelik rolü ile ilişkilendirdiği ve bu rolü oldukça belirli iletişim tekniklerini içeren empatik bir uzanmayla bağlantılı olarak algıladığı açıktır. Bu teknikler konusunda özellikle kesin olmamakla birlikte kendine hemşirelik durumlarında literatürde karşılaştıklarına paralel olmasını istediği bir imge kurmaktadır. Eğer öğrenci bunu yapabiliyorsa, daha ileri gelişim için temel atmıştır.

Klinik hemşirelik dersinin birinci yılının ilk sömestresinin sonlarına doğru yürütülen bir dizi dersane tartışmaları öncesinde böyle bir rapor istenir. Öğrencinin gözardı edebileceği veya yalnızca yüzeysel çalışacağı bir konuyla çalıştığı gerçeğiyle baş etmek için bu pratik bir düzenlemedir. Bu konuyu öğretmek için ilk girişimlerimizde, öğrencilerden çoğunun ilk tartışma derslerine, ölüm ve ölme konusunda öğretmenle ve birbirleriyle anlamlı tartışmaya duygusal ve entellektüel açıdan hazır olmadıklarını gördük.

DERSANE TARTIŞMASI

Ürkütücülük duygusunu en aza indirme çabasıyla dersane tartışma saatleri bilinçli biçimde aralıklı tutulmuştur. Bu aralama aynı zamanda fikirlerin tasarlanması, değerlerin yeniden gözden geçirilmesi ve sınıf aralarında küçük öğrenci gruplarının raslantısal ve hazırlıksız tartışmalarına da olanak sağlar. Dersane tartışmaları birçok pratik ve felsefi problemi kapsar - Amerikan ölüm kavramının olgun olmadığı suçlamasının geçerliği, kültürel şartlanmanın ölmekte olanların ve ailelerinin davranışları üzerindeki etkisi, çocukların ölüm kavramı, ölmekte olan bir çocuğun anabasına nasıl yardım edileceği, hastanın yaklaşmakta olan ölümü hakkında konuşmasına izin verilmesi için gizli ricaların nasıl sezileceği, fiziksel ve kişilerarası ortamın aile için ne anlama gelebileceği, ötenaziye ve yaşamı uzatmaya ilişkin etik konular, sağlıklı yas tepkilerine olanak sağlamak için hastane çevresinde yapılabilecek yenilikler, vb.

Dersane tartışmaları, öğrencinin daha önce düşünmek için fazla acılı bulmuş olabileceği çeşitli düşüncelerle karşı karşıya gelmesine yardımcı olmak ve bunu düşünülmüş eylemler yerine hastalara ve ailelerine koşulların zorladığı sabit tepkiler oluşturmadan önce yapmasına yardımcı olmak için en yararlı yol gibi görünmektedir. Çok karmaşık veya duygu yüklü öğrenme görevlerinin, uygulamaya girişmeden önce bileşenleri inceleyen entellektüel süreçlerden sonra daha etkili biçimde öğrenildiğini varsaydık. Öğrenci kendinden beklenen hemşirelerin muhayyesinde çok değerli olan “güç kalesi” olmadan önce, vekaleten ölmekte olanlarla karşılaşır ve bazı duygularını kütüphanenin, kendi odasının veya öğretmenleriyle kişisel görüşmenin güvenliği içinde ele alır.

Bu öğretme yaklaşımının etkinliğinin *sistematik* biçimde ölçülmesine çalışmadık. Anketler yoluyla öğrencilerin ölmekte olanlarla daha önceki deneyimlerine ilişkin

bazı bilgiler ve öğrenme deneyimine ilişkin tepkilerini almaya çalıştık. Ölümcül hasta bakımı derslerinden önce toplanan anketler öğrencilerin yüzde 67'sinin ölen bir insanla hiç birlikte olmadıklarını gösterdi. Geri kalanların yarısı akraba ölümü görmüşlerdi. Bazı öğrenciler hemşire yardımcısı olarak çalıştıkları sırada hastaların ölümünü görmüşlerdi. Kısa dönemli klinik deneyimlerinde yüzde 71'inin ölümü yakın olan hastalarla teması olmuştu. Görüşmelerde ve sınıf tartışmalarında sorulan sorular ve ifade edilen endişeler bu deneyimin bazı öğrencilerde oldukça yüksek anksiyete yarattığının kanıtıydı.

DEĞERLENDİRME

Ders sonu değerlendirmelerinde, öğrencilerin ezici çoğunluğu, okuma veya yazmanın çetin çabalar gerektirmesine rağmen, ölmekte olan hastaların ve ailelerinin bakımında yükümlendikleri duyarlı ve destekleyici rolün içeriğindeki belirsizlikler ve anksiyetelerinin üstesinden gelmede daha yeterli olduklarını hissetmeye başladıklarını belirtmektedirler. İstenen raporun görece değerine ilişkin aşağıdaki ifadeler oldukça tipiktir:

“Onunla karşılaşmadan önce bu konuyu gerçekten düşünmemizi sağlar.”

“Ölüme ilişkin duygularımı anlamama yardımcı oldu ve hastalara ve ailelerine daha iyi yardım etmemi sağladı.”

“Bu ödev olmasaydı problemi enine boyuna düşünmüş olmazdım.”

“Tatsız bir konuya ilişkin duygularımızı gözden geçirmeye zorlandık. Durumla yüz yüze gelmek zorundayız.”

64 öğrenciden yalnızca ikisi olumsuz yanıt verdi. Birisi raporuna başlamadan önce kendi hedefinin açık olmadığını söyledi. Diğerleri ise, bunun “yetersiz” bir deneme olduğunu işaretledi, fakat açıklama getirmedi.

Öğrencinin gerçek bir durumla karşılaştığında nasıl davrandığına ilişkin bazı izlenimler öğrencilerin daha sonraki derslerde yaptıkları yeniden kurgulanmış tepki çalışmalarından elde edilmiştir. Bu izlenimler, ölümcül hasta bakımına ilişkin problemlerde öğrencinin yapıcı biçimde tepki verme yeteneğinin memnuniyet verici derecede incelikli olduğunu göstermektedir. Öğrencileri doğrudan gözleyen öğretim üyeleri öğrencilerin yükümlenebildikleri roller konusunda genel bir hoşnutluk duygusu belirtmişlerdir. Öğrencilerin ele aldıkları durumlardan önemli sayıdakiler öğretim üyelerinden onay almış ve daha az sayıdakiler (fakat memnuniyet verici) öğretim üyelerinin şaşkınlığına ve doğrudan hayranlığına yol açmıştır.

Bu öğretme yaklaşımını, kesin ölçümlerin yardımı olmadan, haklı göstermeye çalışırken, bu programın mezunlarının sıklıkla müfredatlarının bu kesiminin değerine ilişkin söylediklerinden bahsetmek belki de yersiz değildir. Bazıları, ölmekte olanlarla uğraşırken yetersiz duygularının aşağı yukarı sürekli bir problem olarak kalmasına rağmen, öğrencilik deneyimlerinin bir sonucu olarak ölümcül hasta bakımının şaşkınlıklarıyla ve karmaşıklığıyla baş etmeye daha iyi hazırlandıklarına inandıklarını ifade ettiler.

Bu tür görgül kanıtların ışığında, bu yaklaşım yoluyla öğrencilerimizin “...doktor yoksa ona haber verme” aşamasının oldukça ötesine geçebileceklerine ve “cesedi temizlemek ve odayı toplamak için aileyi nazikçe odadan çıkarma” dan çok daha fazla şeyler yapabileceklerine inanıyoruz.

Watson MJ (1968) *Death-A Necessary Concern for Nurses. From Nursing Outlook 16: 47-48, Feb.*

Ölüm - Hemşireler İçin Gerekli Bir İlgi Alanı

M. JEAN WATSON

Çeviri: Gülten ÖZALTIN

Hemşirelerin ölümü anlayışı ve ölmekte olanlara bakım vermesi bir hemşirelik müfredatına eklenen özel içerik tarafından derinleştirildi.

Son yarım asırda bilimin dramatik hayat kurtarma buluşları nedeniyle dikkatler yaşamaya yönelmiştir - daha uzun ve uzatılmış aktivite ve gençlik süresince yaşam. Bugün ölüme, ölmeye, ötenaziye ve hatta kimin yaşayacağına daha yakından bakılmaktadır. İnsanlar yaşamın bu kadar çok kısmını - ve belki de ölümün kendisini - kontrol etmeyi öğrendikçe işin içine ahlaksal sorunlar giriyor.

Fakat ölümün, getirdiği yasın ve normal yas tutma sürecinin anlaşılması, bu korkulu doğal olguya sırt dönmeye eğilimli hemşirelerin içten ilgisini gerektirir. Hemşirelerin ölmekte olan hastalarla ve aileleriyle sık temaslarına rağmen, bu gibi hastaların bakımı hakkında öğrenme olanakları planlanmış bir tutarlılık göstermez. Ölüm bir gerçekliktir ve hemşirelik öğrencileri tarafından, örneğin önleyici sağlık öğretimi kadar anlayış gerektirir ve müfredatta planlanmış içerik ister.

Wyoming Üniversitesinde üçüncü yıl hemşirelik öğrencileri bütünleştirilmiş tıbbi-cerrahi ve pediatri hemşireliği dersinde ölüm içerikli bir dersle karşılaşmışlardı. Birinci sömestre öğrencilerinden ölüme ilişkin kişisel felsefelerini yazmaları ve araştırma için bir konu seçip bununla ilgili bir seminer vermeleri istendi.

Görev olarak verilen konular çeşitli makalelerden derlendi. Drummond ve Blumberg'in Los Angeles'teki California Üniversitesi Hemşirelik Okulundaki öğrenci hemşirelere verdikleri yetişkin sağlığı dersindeki ölüm konusuna yaklaşımları özellikle yararlıydı. Üçüncü yıl öğrencilerine verilen konu başlıkları şunlardı:

1. Ölüme karşı tepkilerin kültürel örüntüleri
2. Ölüme sosyolojik yaklaşım
3. Ölüme ilişkin dini inançlar
 - a) Katolik
 - b) Yahudi
 - c) Protestan
 - d) Diğerleri
4. Çocukların kendilerinin ölümüne karşı tavırları
5. Çocukların başkalarının ölümüne ilişkin yorumları ve tepkileri
6. Ölümün edebi sunumları
 - a) Socrates
 - b) Dante
 - c) Tolstoy
 - d) Diğerleri
7. Ölümün yasal doğurguları
8. Yaşam tanımınız-yaşam ne zaman sona erer ve gelecekte nasıl tanımlanacaktır?

Semineri açmak için, oyunculuk yeteneği olan yaratıcı bir öğrenci, bir yakınının ölümünden sonraki ilk saatlerde yastaki bir kişinin iç dünyasına ilişkin kendi kendisiyle

konuşmasını sundu. İçeriğin bir bölümü Jones'un kocasının ölümünden sonraki düşüncelerini betimlediği makalesinden geliştirilmişti. Öğrenciler kendi kendine konuşmaya yanıt verdiler ve yasa ilişkin içgörü kazanmış göründüler. Tüm öğrenciler araştırma ve düşünceleri ile hazırlıklı olduğundan tartışma aktif ve uyarıcı idi.

İlk tartışmadan sonra 20 dakikalık bir süre için sınıf küçük gruplara ayrıldı. Her grubun üyeleri farklı konuları araştırmışlardı, böylece ölüme ilişkin düşünce ve yaklaşım katkıları yapabildiler. Kendilerinden araştırdıkları farklı alanları kullanarak, ölmekte olan bir hastanın hemşirelik bakımını tanımlamada, planlamada ve yürütmeye birbirlerine yardım etmeleri istenmişti. Buna, bir durumu rol-oyunama veya kişinin ölümünü felsefi, edebi, dini ya da sosyolojik bakımdan yorumlama gibi istedikleri biçimde yaklaşıma cesaretlendirildiler. Aynı zamanda bir hastaya veya bir aile üyesine somut, kelimesi kelimesine bir yaklaşım geliştirmeleri de istenmişti.

Tartışmalardan sonra, gruplar neyi başardıklarını hissettiklerine ilişkin tüm sınıfa rapor verdiler. Raporlar ölümün kültürel yorumundan, başka toplumlarda nasıl görüldüğünden, Tolstoy'un *İvan İlyiç'in Ölümü* adlı eserinden alıntılarını vurgulayan edebi diyaloglara kadar uzanıyordu. Bir grup ölmekte olan hastalara bakıma ilişkin birbirlerinin felsefelerini öğrenmek için rol-oyunama uyguladı. Tüm ders boyunca doğal ve aktif tartışma vardı ve her öğrenci hastalarla ve ailelerle olan hemşirelik ilişkilerinde geçerli bilgiye teolojiden, sosyolojiden, edebiyattan ve psikolojiden fikirler ilişkilendiriyor görünüyordu.

Ölüm üzerinde daha çok düşünülmesi gerektiği hissedildi ve ikinci sömestrede konuya aynı öğrencilerin bazılarını kapsayan farklı bir yaklaşım benimsendi. Yine her öğrencinin farklı alanlardan yaklaşıldığı şekliyle, ölüme ilişkin literatürü taraması ve kişisel olarak ölüm veya ölmekte olan hastalara bakım hakkında kendisini ilgilendiren soruları vermesi istendi. Konu birinci sınıfta ele alındığı ve aktif biçimde tartışıldığı halde, öğrenciler ikinci sınıfta da aynı soruların bazılarını verdiler. Birinci sınıfa göre daha formel biçimde yapılan ikinci sınıfta, bir psikiyatrik sosyal çalışmacı, bir psikiyatrist, bir avukat, bir doktor, bir yahudi haham, bir protestan rahip ve bir katolik papazdan oluşan bir panel tartışması dinlendi. Panel psikiyatrik ruh sağlığı eğitimi olan bir hemşire öğretmen tarafından yönetildi. Ortaya atılan soruların bazıları şunlardı:

- Ölüm olduğunda neden insanlar saldırgan oluyorlar düşmanlıklarını başkalarına yöneltiyorlar?
- İnsan neden cesedi cenaze evinde görmek istemez?
- Çok hasta ve çok acı çeken birinin, sürünmeye devam etmesi yerine ölmesini "dilerseniz" günah mı işlemiş olursunuz?
- Dini açıdan bir kimseye öleceği söylenmeli midir, yoksa bu gerçek ondan saklanmalı mıdır?
- İnsanlar ölmekte olduklarını bilirler mi?
- Ölmekte olan bir hastaya ölümden söz etmek zordur. Bu konuda konuşmayanlarla birlikte olmak daha kolaydır. Ölüme bakmanın ve ölüm üzerine konuşmanın açık fikirli bir yolu var mıdır?

- Bir çocuğun ölümünü kabullenmek, yaşlı bir kişinin ölümüne göre daha zordur. Bazı kültürlerde insanlar çocuk ölümlerine sevinirken, bizim kültürümüzde bu neden tersinedir?
- Papazı ya da rahibi çağırmak hemşirenin sorumluluğu mudur? Bunu yapmak için aileden izin alması gerekir mi, yoksa bunu kendi başına yapabilir mi?
- Hemşire kendi ölümünü kabullenmede ne gibi rehberler kullanabilir?
- Toplumumuzdaki daha zayıf, olanakları sınırlı olanları korumak zorunda olduğumuza göre, yaşamlarına ilişkin karar hakkımız yok mu? Örneğin, profesyonellerce hiçbir zaman iyileşmiyecekleri bilinen “bitkisel hayattakiler” zaman, yer ve insan gücü şeklindeki harcamalarla kurumlarda yaşatılmaktadır. Niçin bu para eğitime, iyileşebileceklere yardıma, araştırmaya ve diğer yapıcı işlere kullanılmam?

SORULAR KIRILGANDIR

Sorular, ölüme ilişkin yetersizlik hissi ve içten ilgi gibi bazı duyguları belirtmektedir. Ölüm gibi böyle rahatsız, fakat kaçınılmaz bir olayın tartışmasına daha çok düşünce ve zaman ayrılmalıdır. Soruların çoğu nazik sorulardır ve çoğunlukla bunlar, her kişinin bireysel olarak uğraşması dışında yanıtız sorulardır. Panel tüm sorulara kesin yanıtlar sağlayamamakla birlikte, bazılarını tartıştı, fakat en değerli katkısının ölüme ilgilenmek için sunulan yeni çerçeve olduğu görülmektedir.

Panel tartışması ölüme felsefi bir yaklaşım sağladı-ölüm nedir ve gelecekte nasıl tanımlanacaktır. Tanımlar kalp atışlarının durmasından, 48 saat süreyle beyin dalgalarının olmayışına, kendilik bilincinin kaybına kadar açılım gösterdi. Avukat ölümün yasal tanımına ilişkin anlamlı şeyler söyledi, bu da kalp atışlarının sona ermesiydi. Belki de gelecekte bir yeniden tanımlamaya gereksinim olacaktı. Yaşamı uzatmak için bilimsel aletlerin artışı ve organ nakillerinde, nakil gerçek bedensel ve dolaşım sal işlevler sona ermeden yapıldığında artan başarı ışığında, bu tanımın yapılması özellikle gereklidir.

Psikiyatist, sözlerini ölmekte olan kişinin duygusal gereksinimlerine ve hemşirenin hastayı dinleyerek ölmeye ilgili korkuları ve böyle bir zamanda hissettiği birçok anksiyeteye ilişkin konuşmasına izin vererek yaptığı katkılara odaklandı. Hastaların sorunlarına bilimsel ve felsefi yanıtlar istemediklerini, endişelerini ifade etmeye ve hemşirenin kendileriyle ilgilendiğini bilmeye gereksinimleri olduğunu vurguladı.

Haham, yahudi hastaların bakımına ilişkin sorulara belirli yanıtlarla katkıda bulundu. Bu hastaların genellikle, kendilerini ölüme hazırlayabilmek için ne zaman öleceklerini bilmeleri gerektiğini söyledi. Avukat, hastaların işlerini halletme gereksinimleri olabileceğini belirtti. Nüfusun yüzde 50'den fazlasının vasiyetname bırakmadan öldüğünü ve ölmekte olan insan için kendisinin ölümünden sonra ailesinin sıkıntı çekmeyeceğini bilmenin, büyük bir rahatlık olabileceğinden bahsetti.

Hekim ölüm kaçınılmaz olduğunda bile, hemşirelerin ve doktorların şiddetli tedbirlere başvurduklarını ve böylece kişinin huzurlu ve saygın ölümünü engellediklerini söyledi. Hasta için neyin daha iyi olduğuna ilişkin hekimlerle hemşireler arasında daha iyi iletişimi önerdi. Hemşireler hastalarla sürekli birliktedirler ve hastanın verdiği sözel ve sözsüz ipuçlarına uyanık olmalı ve birlikte en iyi kararları verebilmek için bu bilgiyi hekimle paylaşmalıdırlar.

KESİN YANITLAR YOKTUR

Panel, hemşirelerin çoğu kez kötü donanımlı olduğu, sıkça uğraşmak zorunda oldukları uzun zamandır kaçınılmış bir konuya çok disiplinli bir yaklaşım sağladı. Bir hastanın son günlerini nasıl geçireceğinden temelde hemşireler sorumludur.

Ölüm gibi rahat olunmayan bir konunun nasıl sunulacağına ilişkin kesin yanıtlar yoktur, fakat hemşirelik alanında özellikle son yıllarda olduğu gibi bundan kaçınılmamalıdır. Sosyologlar bunun bir tabu konu olduğunu söylüyorlar. Berne, bir hemşirenin ölmekte olan hastalarla davranışını “Kaçınma Oyunu” veya Green’in atıfta bulunduğu “Sessizlik Oyunu” diye etiketleyebilir.

Sonunda eğer hemşireler hastalarının huzur içinde ölmelerine yardımcı olmadaki sorumluluklarını kabul ederlerse ölüm konusu ile ilgilenmek zorunda kalacaklardır. Bu büyük ölçüde kendi ruhunun derinlerine eğilmeyi gerektirir ve hemşire ölenlerle ilgilenebilmeden önce, yaşama ve yaşayanlara bakması gerektiğini keşfedebilir.

Mead M (1964) The Right to Die. Nursing Outlook 16: 22-25, Oct. 1968

Ölme Hakkı

MARGARET MEAD Çeviri:Gülten ÖZALTIN

İnsanların doğumları üzerinde kontrolleri yoktur. Kimden, ne zaman, nerede doğacaklarını veya kardeşlerinin kim olacağını seçemezler. Bilinçlendikçe her birimiz büyük ölçüde yaşamlarımızın ne olacağını saptayan değiştirilemez bir dizi koşulla karşı karşıya kalırız. Örneğin ikiz kardeşlerin anababalarını seçtiğine inanan Omaha Kızılderilileri gibi farklı düşünen uluslar olmasına karşın, insanın bu biyolojik başlangıcını değiştirme olanağı umarsız görünmektedir. Sonra da her birey için, varolan sosyal sistemin izin verdiği ölçüde özgürlük ve özerklik elde etmeye çalışırız. ABD’de böyle bir özerklik doğrultusunda hayli yol aldık. Kişinin kiminle evleneceği, çocuk sahibi olup olmayacağı, ne işe gireceği, nerede yaşayacağı akrabaların vetosu dışında konulardır ve bunları ekonomik kısıtlamaların da dışına çıkartmaya çalışıyoruz. Ve bugün doğan hemen hemen her çocuk yetişkinliğe erişecektir.

Fakat, tıbbi bilgi ve becerilerimiz, atalarımızın bizim şimdi yapabildiğimizden çok daha fazla şekilde ifade ettikleri bir özgürlüğü kısıtlamışlardır. Geçmişte insanların beyinleri çevreleriyle bilinçli bir ilişki kurmalarını sağlayamayacak hale geldikten sonra onları uzun süre yaşatacak yöntemler yoktu. İnsan, ailenin ve toplumun kaynaklarını tüketen pahalı bir bitki gibi aylarca veya yıllarca yaşama korkusuyla karmaşıklaşmayan ölüm beklentisiyle yaşlanabilirdi. Yaşatılan yaşlı bir insanı ancak yirmili yaşlarımda gördüm, orada hareketsiz yatıyor, kusursuz bakım görüyor ve ailenin gücünü tüketiyordu.

Bugün böyle bir olasılık yaşanan tüm Amerikalıların tepesinde demoklesin kılıcı gibi durmaktadır. Bu, kişiye kendisine bakan aile ve arkadaşları ile yeniden insani ilişkiler kurma ümidi olmaksızın “yaşatılma” korkusunu getirmektedir.

Bunun yanı sıra, hekimlerin ve hemşirelerin her insanda yaşına ve cinsiyetine, ırkına veya statüsüne bakılmaksızın son nefesine kadar yaşamı korumak yeminleri varolan tıbbi gelişmemizin temel bir parçasıdır. Bu yemin olmaksızın çağdaş tıbbi bakıma sahip olamazdık. Fakat bununla birlikte, ağır hastaların veya yaşlıların kendilerinin veya yakınlarının seçiminin çok ötesinde yaşatılmaları gibi yeni bir sorunla yüz yüze kalıyoruz.

Ne hekimlerden ne hemşirelerden çare bekleyemeyiz. Onlar kesin biçimde yaşam yeminine bağlı kalmalıdır. Fakat başka bir yol vardır. Eğer kişinin bilinci yerindeyse, bir ameliyatı veya kan verilmeyi ya da önerilen herhangi başka bir tıbbi girişimi reddedebilir. Ölümden yıllar önce, kişinin aklının başında olduğunu bildiren bir vasiyet yapmak nasıl mümkünse - kişinin hala akli başındayken - sadece başkalarına yük olacak, anlamsız bir yaşama yol açabilecek tıbbi girişimleri yasaklayan yasal bir bildirim yapması da mümkündür. Nasıl ki bir hekim bir hastanın ameliyatı reddetmesine saygı gösterirse, böyle usulüne göre hazırlanmış bir

belgeye de saygı gösterilmelidir. Bu bir kez yapılıncaya, yaşlılar yaşamlarını şüursuz bağımlılık korkusu olmaksızın yaşayabilirler.

Durum hala olumsuzdur; bu, kişinin yararlılığının bittiği noktayı seçme olumlu hakkı yerine, kurtarılmama hakkıdır. Çok eskiden, açlığa çok yakın yaşayan Eskimolar arasında aile grubunun yararlarına artık katkıda bulunamayan yaşlı bir insan onurlu ölmeyi seçebilirdi. Bugün yaşlı bir insanın değerini ekonomik katkısı ile ölçmüyoruz, fakat hala duygulu bir insan olarak katkısını yargılıyoruz. İnsanların yalnızca yaşatılmaya karşı tedbir alabilecekleri-çünkü, kendilerinden bir istek gelmedikçe, yaşatılmaya devam ettirilmelidirler-değil, fakat aynı zamanda ölmeyi de seçebilecekleri bir etik geliştirilebileceğine inanıyorum.

Varolan yaşlı insanlar bu seçimi yapamazlar. Bebekliklerinde ve çocukluklarında grip ve pnömoniye, kızıla ve difteriye karşı yaşamsal bir savaş verdiler-ve iyi savaşmayı öğrendiler. Çocukluk tehlikelerine karşı onları koruyan bu yaşama isteği o kadar güçlü ki ölemeyerek yıllarca yaşamaktadırlar. Aynı zamanda onların anlamsız yaşamayı sürdürmelerini izleyen çocuklarını da eğitmektedirler, öyle ki çocuklar onlar gittikten sonra yaşama sarılmamak için sessiz bir kararlılık oluşturmaya başlayabilirler.

Bugünün orta yaşlı insanların birçoğunun kaynakları ve gücü yaşlı insanların bakımı için tüketilmektedir. Bu yaşlı insanlar tümüyle bilinçli olsalardı şimdi yaşadıkları yaşam biçimini reddederlerdi. Bunu izleyen orta yaşlılar kendi yaşamlarına ilişkin bir tavır geliştirebileceklerdir. Onları canlı tutacak bir uzun ömürü iyi karşılayacaklar, fakat şahit oldukları ve onlara zarar veren insanca olmayan uzun ömürden bilinçli olarak kaçacaklardır.

Kalp nakillerine olan mevcut ilgi yeni sorular ortaya çıkarmaktadır. Eski yaşam ölçütünün-kalp atışı ve solunum-değiştirilmesi onun yerine geri dönülemez beyin ölümü konması önerilmektedir. Bu ölçütler kabul edilirse, toplumun yeniden tanımlanmasıyla yaşlanmakta olanların kabuslarından biri ortadan kalkacaktır.

Ötenazi dehşet veren bir düşüncedir. Yaşlılarına bakabilecek hiçbir toplum onları ölüme mahkum edemez veya onlara bakımı esirgeyemez. Yalnızca hala kendi planlarını yapacak kadar genç ve güçlü olduklarında bireylerin yapacakları eylemlerle, yüksek düzeydeki tıp ve hemşirelik bakımı ve tıp ve hemşirelik sorumluluğunu birleştirebiliriz. Bireysel bütünlüğe ve seçme hakkına olan saygımızla birlikte refahımız bize bakımı reddetmeyi olanaksız kılar.

Quint JC & Strauss AL (1964) Nursing Students, Assignments, and Dying Patients. Nursing Outlook 12: 24-27, Jan.

Hemşirelik Öğrencileri, Görevler ve Ölmekte Olan Hastalar

JEANNE C. QUINT & ANSELM L. STRAUSS Çev. Gülten ÖZALTIN

Hemşirelik öğretim üyelerinin ve öğrencilerinin ölmekte olan hastalarla ve ölümlerle ilgili problemlerine ilişkin sosyolojik bir yaklaşım.

Hastanedeki görevli hemşirelerle ölmekte olan hastalarla ilgili deneyimlerine ilişkin konuşulduğunda, bunun hemşirelik bakımının özellikle hoş giden bir kısmı olarak görülmediği veya istenmeyen bir durum olduğu anlaşılır. Birçok hemşire genel deyimle hastaların iyileşip evlerine gittikleri cerrahi bir servisi tercih ettiklerini söylemektedirler. Cerrahi tekniklerindeki değişikliklerin özellikle büyük şehir hastanelerinde yapılan tehlikeli ameliyat sayısını artırmış olması gerçeğine karşın bu imge hala geçerlidir.

Hastanede bir hemşirelik deneyimi olarak ölme ve ölüm görüntüsünü değiştiren yalnızca cerrahi değildir; başta gelen iki sağlık problemi kanser ve kalp rahatsızlığı hastaneye daha çok sayıda ölecek hastayı getirmektedir. Buna ek olarak, tanı ve tedavi tekniklerindeki son gelişmeler, ölümcül hastalıkları olan fakat henüz ölümden uzak olabilen birçok kişiyi hastaneye yatırmaktadır.

Ölmekte olan hastaların bakımı çok sayıdaki hemşirelik görevlerinden biridir ve bu tip bir görevin bu görevi yerine getirenlerde ne tür problemler çıkardığını araştırıyoruz. Ölüm, hastanenin bazı bölümlerinde diğerlerine göre daha sık olur; böyle değişik ortamlardaki ölüm oldukça farklı deneyimler gösterir. Aynı zamanda ölümlerine herkesin yas tuttuğu ve ölümünün kurtuluş olarak görüldüğü hastalar da vardır. Temelde, ölmekte olan hastalara bakım vermesi gerekenlerin bu deneyimle nasıl baş ettiklerini ve ölümlerle karşılaşırken ne tür tepkiler verdiklerini anlamaya çalışıyoruz. İlk bulgular, hastalara ve ailelere bu en duyarlı, en yaşamsal hizmetin asıl yükünü taşıyanın hastanenin hemşirelik bölümü olduğunu açıkça göstermektedir. Bu bulgu hastanenin 24 saat hasta bakım sorumluluğunu taşıyan bir bölüm için şartıcı değildir. Hekimlerin ölmekte olan hastalara karşı kesin sorumlulukları olmasına ve onlar adına belirli kararları almalarına karşın, hemşirelik görevlileri bu hastaların hemşirelik bakımını yönetmelidirler.

ÖLÜMLE DENEYİMDE ÇEŞİTLEMELER

Yeni mezun görevli hemşirelerle deneyimlerine ilişkin yapılan görüşmeler, ölmekte olan bir hastaya bakım hazırlığının standart olmaktan çok uzak olduğunu ve bazı durumlarda hiçbir hazırlık olmadığını belirtmektedir. Bu genç kişilerin anlattıkları öyküler ölümlerle hiç karşılaşmamaktan, çok sayıda ve yüksek yoğunlukta deneyim yaşamaya varan uçlar arasında bir açılım göstermektedir.

Ölüme ilişkin ne gibi adetler, inançlar ve uygulamalar öğretildiğini ve uygulamanın bu yönüne ilişkin öğrencilerin nasıl yönlendirildiğini öğrenmek için hemşirelik

okullarına yönelmemiz kaçınılmazdı. Birçok okulda öğretim üyeleriyle ve öğrencilerle konuştuk, öğretim üyelerini gösterdiği ilgi ve endişeden etkilendik. Bu nedenle bazı bulgularımızı bir önraporla bildirmek önemli görünmektedir, çalışma tamamlandığında daha ayrıntılı bir

rapor yayımlanacaktır. Bu makalenin amacı, öğrencilerin ölüm ve ölenlerle karşılaşma türlerini etkileyen bazı görev özelliklerine dikkati çekmektir.

Genel olarak, ölüme yoğunlaşan görece az öğreti bulduk. Öğretilenler hemşirenin yasal olarak veya manevi yönden sorumlu tutulacağı şeyler üzerine yoğunlaşıyor görünmektedir. Öğrenci karşılaşmaları değişkendir, fakat daha da önemlisi hemşirelik uygulamasının bu yönüne düzenli olarak az ilgi yöneltmiştir. Öğrencilerin çoğunun ölümle karşılaşmalarından rahatsız oldukları doğrudur, fakat daha sonra göreceğimiz gibi bazı deneyimler diğerlerine göre daha büyük etki yapar. Genel düşüncenin aksine ölümle tüm ilk karşılaşmalar travmatik değildir; bazılarının mücadeleye davet edici fırsatlar oldukları düşünülebilir. Bir hastayı kurtarmak için doktorla birlikte boşuna çabalayan bir öğrenci, bunu kendini kanıtladığı bir yaşantı olarak hatırladı. Hastayı kaybetmelerine rağmen, ellerinden geleninin en iyisini yaptılar; hemşire kendini “ilk kez gerçek bir hemşire gibi hissetti”. Ancak tüm öğrenciler bu kadar şanslı değildir, bazıları yıkıcı anılarla kala kalırlar.

Öğretim üyeleri öğrencilerin görevlerini belirlemede önemli bir rol oynarlar, fakat çoğu kez görev seçimlerinden kaynaklanan ikincil etkilerin farkına varmazlar. Okul programında öğrenci deneyiminin bu yönünü etkilemede can alıcı olan unsurları göremeyebilirler. Bu da anlaşılabilir bir şeydir, çünkü öğretim sorumluluklarının birçok yönüyle içiçedirler. Öğrencilerin, ölümcül hastaların problemleriyle ne zaman ve nasıl yüz yüze geleceklerini birincil olarak görev dağıtım sistemi belirler.

Bir okulun özel rotasyon örüntüsü, belirtilen hedeflerinden gelişir ve okutulacak dersleri belirlediği gibi, derslerin içinde kullanılacak rotasyon bloklarının türlerini de belirler. Öğrencinin bir mekanda harcadığı zamanın uzunluğu ve görev gününe düşen uygulama saatlerinin sayısı bakımından okullar oldukça farklılık gösterir, fakat rotasyon öğrenciler için bir konuda tutarlılık gösterir: iş çevresinin her değişiminde öğretim üyesi denetimi de değişir. Öğrencinin konumu, yeni öğretim üyelerinin beklentilerine ve tarz, tempo ve görevli ilişkileri açısından oldukça farklılık gösterebilecek iş durumlarının gereksinimlerine sürekli biçimde uyum sağlamaktır.

Göstermek istediğimiz şey, rotasyon örüntülerindeki farklılığın öğretim üyelerinin görevlendirmelerinin odaklarındaki farklılıkla birleştiğinde ölme ve ölüme ilişkin öğrenci için farklı sonuçlar verdiğidir. Örneğin, öğrencilerin hastalarla kısa temaslarındaki deneyimlerinin sonuçları, hastalara uzun süre baktıkları zamanki sonuçlardan farklıdır.

Belirtici özellik olarak, hızlı bir rotasyon sistemi bir mekanda kısa kalmayı ve hasta tahsisinde sık değişikliği getirir; yani öğrenci bu hastaların gereksindiği bakıma ilişkin teknik becerileri edinmek için kısa sürelerle birçok hasta ile temas kurar. Bu koşullar altında öğrenci bir hastaya sık bakım verebilir, fakat kendiliğinden ölmekte olan hastaya bakım vermesi nadiren görevinin bir parçasıdır. Gerçekte, hastanın ölümcül hastalığı erken bir aşamadaysa, öğrenci ölümün kaçınılmazlığından tümüyle habersiz olabilir. Bunun tersine, eğer hasta açık biçimde son günlerini yaşıyorsa, öğrencinin dikkati hemen hemen tamamen ölüme ve bu durumu nasıl ele alacağına odaklanır.

Çoğunlukla öğrenciler, ölümcül durumların çeşitli aşamalarında hastalarla çok sayıda temasta bulunurlar, fakat ilgileri öğretmenin verdiği göreve odaklanır, bunun da temeli ders ölçütleridir.

Bu rotasyon örüntüsü öğrenciyi ölme ve ölümün farkına varmaktan koruyabilir. Örneğin, bir hasta ile kısa süreli temas kişisel ilişki fırsatını azaltır ve gerçekten yaşamın bu son olayının yalnızca küçük bir parçasına şahit olan öğrenciyi ölme ve ölüme ilişkin duygulardan korur. Ancak, bu rotasyon sisteminin bazı özellikleri koruyucu değildir. Tıp ve hemşirelik personeliyle kısa temaslarından ötürü öğrenci, hastanın “kötüye gidiş” potansiyelinin tamamen farkında olmayabilir. Hastalara ilişkin bilgi konusunda personele güvenmek durumunda olan öğretmen bilmeden öğrencinin yeteneğini aşan bir görevlendirme yapabilir. Birinci yıl öğrencileri, araç-gereçle ilgili çok az deneyimleri olduğundan, ani gelmekte olan ölümle yüz yüze geldiklerinde bir “yetersizlik duygusu” veya “hareket edememe” yaşayabilirler.

Hızlı rotasyon sistemlerine göre öğrencileri bir yerde iki veya üç ay tutan ve onları sekiz saatlik uygulama periyodlarında görevlendiren rotasyon örüntüleri vardır. Eğer harcanan zamana bir öğrenme deneyimi olarak bakılıyorsa, öğrenci hastayla daha da uzun kalabilir. Birçok öğrenci başka bir servise rotasyona gittikten sonra eski hastalarını, özellikle sevdiklerini ziyaret için döner. Bütün bu uygulamanın ortak bir yanı vardır: öğrenci ile hasta arasında uzun temasa zemin hazırlarlar. Bunun başlıca sonuçlarından biri, öğrenciye güzel bir anı bırakabileceğidir, fakat hasta ölürse bu şiddetli bir biçimde travmatik de olabilir. Ölüm kavramı özellikle genç deneyimsiz öğrencilerin beklentilerinde yoktur ve onlara sürpriz olarak gelen fakat hastane hemşirelik görevlileri için sürpriz olmayan bir ölümle yıkılabilirler. Genel veya bölge hastanelerinin tıbbi veya cerrahi birimlerinde belli bir süre görevlendirilen öğrencilerin çoğu, ölümle karşılaşır. Bunun niçin gerekli olduğunu anlamak için şimdi hasta seçimine, ölme ve ölüme ilişkin öğretim üyelerinin öğretim odağına yönelim.

HASTA SEÇİMİ

Öğretmenin sorumluluğu bazı ders ölçütlerine uyan hasta seçimlerini yapmaktır. Bu onun akut dahiliye hastalarını, ameliyat olacak bireyleri veya doğumu yakın anneleri seçmesini gerektirebilir. Eğer ölümcül bir hasta seçerse, bu hastanın öğretmenin görevlendirme için aradığı bakım veya tedavi türünü gerektirdiği içindir; ölmekte olduğu gerçeği ikincil olabilir. Bunun anlamı, ölümle karşılaşmanın planlamadan çok rastlantısal olduğudur, çünkü öğretim üyeleri birincil olarak başka şeylerle ilgilidir. Görüşme yaptığımız bazı öğretmenler, önemli gördüklerinden öğrencilerine bakım için ölümcül hasta bulmaya çalıştıklarını, fakat bu deneyimi her zaman her öğrenci için garantileyemediklerini anlattılar. Terminal bakımdan kastedilen, ölümden hemen önceki ve ölümle sonuçlanan bakımdır. Ölümcül tanı konmuş birçok hasta öğrencinin bakımı için ayrılmasına rağmen, öğretmenler nadiren ölüm gerçeğine odaklanırlar.

Bir öğretmen neyin önemli olduğunu düşünürse düşünsün, kendisi de terminal bakımın düşük öncelikte olduğu bir eğitim sisteminin parçasıdır. Ölüme göreceli bir odaklanmama, öğretim elemanlarının hemşirenin yaşam kurtarma amaçlarına verdiği önemde görülür.

ÖLMEKTE OLANLARIN BAKIMINA İLİŞKİN ÖĞRETİM

Hemşirelik derslerinde terminal olgulara ilişkin öğretilen ölüm noktasına yakın bir hastaya bakım vermedeki hemşirelik uygulaması ile sınırlıdır. Öğretmenler, fizyolojik işaret ve semptomlardaki değişimleri gözlemek, uygun görüldüğünde rahibi çağırmak ve bu dönemde aileyi teselli etmek gibi eylemleri vurgularlar. Birçok okulda, bu ülkedeki üç ana mezhebi temsil eden rahiplerle yapılacak panel, ölüme ilişkin belli dini uygulamalar ve ritüeller hakkında bilgi sağlar. Hemşirelik sorumluluğu ve ölüme ilişkin sınıf tartışmaları sıklıkla son derslere doğru konmuştur ve bir veya iki oturumla sınırlıdır. Belki de daha da önemlisi ölmekte olanlara bakım titizlikle planlanmış bir öğrenci deneyimi değildir ve bir öğrenci ölüme hiç şahit olmadan okulunu bitirebilir.

Bu durumu hastanelerde ölmenin kestirilemez oluşuna dayanarak açıklamak çekicidir, fakat sistemin bu durumu olanaklı duruma getiren düzenlemeler yaptığını görmek daha yararlıdır. Genellikle hemşirelik uygulamasının esasları diye adlandırılan şeylere odaklanan başlangıçtaki hemşirelik derslerinde, öğretmenler böyle bir deneyim sağlayacak görevlendirmelere yönelirler. Hastanenin değişik bölümleri uygulama için kullanılır ve raslantısal türde öğrenmenin olduğu kabul edilir. Her öğretmenin kendi yetki alanı içinde görevlendirme seçiminde özerkliği vardır ve ölmekte olan bir hastayı kullanabilir veya kullanmayabilir. Bu gibi seçimler yapıldığında bu öğretmenin belli bir öğrencinin bazı işlemleri yürütmeye zorlu bir öğrenme durumuna gereksindiğini düşünmesinden ötürü olabilir.

Terminal bakım kendi içinde nadiren seçim için gösterilen nedendir. Öğretim üyeleri arasında en az temaslı sık rotasyonlu bir öğretim sistemi süreksizliği artırır ve bazı öğrencilerin ölümle doğrudan karşılaşmayı kaçırması şaşırtıcı değildir. Diğer yandan bu koşullar ölümle her türlü deneyime zemin hazırlayabilir ve bunların bazıları kelimenin tam anlamıyla öğrencilere kabus yaşatabilir.

Hasta seçimi ve rotasyon önemlidir, fakat başka görevlendirme özellikleri de ölmekte olanlarla öğrencinin temasını etkiler. Öğretim üyeleri öğrenci performansına ilişkin bazı beklentilerle görevlendirme yaparlar ve öğrencilerin bu beklentileri karşılaması beklenir. Geleneksel prosedüre odaklanmaya güçlü biçimde inanan öğretmenler hemşirelik bakım görevlerini ve iş örgütlenmelerini vurgularlar. Diğer aşırı uçta, ana vurguyu hemşire-hasta karşılaşmasının kişilerarası yönlerine veren öğretmenler vardır. Çoğunluk bu görüş açılarını değişik derecelerde birleştirirler. Burada söylemek istediğimiz öğrencilerin öğretmenin önemli gördüklerinden sorumlu tutulduğudur, fakat hakkında rapor vermek zorunda olmadıkları pek çok şey olur.

Öğretim üyelerinin önem verdikleri şeylere bakarak karar verirsek, ölmekte olanlara bakım vermek çok önemli değildir. Öğretmenlerin verilen bir tanının ölümcül sonucuna dikkati çekmek yerine, öğrenciyi o tanının anlamı hakkında karar vermekten sorumlu tutmaları yaygındır ve özellikle genç öğrenciler bu koşullar altında prognozunu farkında olmayabilirler. Yaygın bir öğretim örüntüsü hemşirenin, birkaç aylık ömrü kalmış olsa bile hastaya yardım etmek için neler yapabileceğini vurgulamaktır, fakat hastayla nasıl konuşulacağına ilişkin çok az yönlendirme yapılır. Ölüme ilişkin tartışmalar nadiren öğretim üyeleri tarafından başlatılır. Daha olağan beklenti, öğrencilerin servis toplantılarında hastalarla kişisel deneyimlerini tartışırken bu konuyu gündeme getirmeleridir ve bu genel tıp veya kardiyak cerrahi

gibi ölümün yabancı olmadığı birimlerde olur. Ancak bu ortamlarda bile öğrencinin ölmekte olan hastaya bakım verme hakkında öğrendiklerinin çoğu rastlantısaldir ve öğretmenin kararı dışındadır.

ÖLMEKTE OLAN HASTAYLA KONUŞMA

Öğrencinin, hasta hakkında öğrendiklerinin belli kısımlarını, ne yapmayı planladığını ve duruma nasıl tepki verdiğini öğretmenle tartışması beklenir. Öğretmenler, öğrencinin gelişmesini ölçmek için çeşitli araçlar kullanırlar. Bunlar, haftalık yazılı ev ödevlerini, özel projeleri, sınavları ve bireysel konuşmaları içerir. Öğretmenler belirli bir öğrenciye olanların hepsini bilemeyecekleri için, raporuna neleri dahil edeceğine karar vermede öğrencinin bir hayli serbestisi vardır. Her yerdeki öğrenciler gibi, hemşirelik öğrencileri de öğretmenlerinin önem verdikleri şeyleri vurgularlar.

Öğrenciler, hastalarına ilişkin birçok şeyi öğrenmekten sorumlu tutulmalarına karşın nadiren onlarla yaptıkları konuşmalardan sorumlu tutulurlar. Hastaların duygularını ifade etmelerine olanak sağlanması temel bir hemşirelik uygulaması sayılmıştır, fakat bunun nasıl yapılacağı genellikle öğrencinin kararına bırakılmıştır. Öğretmenler, hastalarla ve ailelerle konuşmalarda kullanılacak pek az hemşirelik uygulama normları tanımlamışlardır ve verilenler de kesin olmaktan uzaktır. Örneğin anababaya “yas tutma içinde yardım etmek öğrenciler ve öğretmenler tarafından bir pediatri ortamında bir hemşirelik sorumluluğunu betimlemek için kullanılmıştı; fakat bu anababalara nasıl yardım edileceğinin ayrıntıları kesin hale getirilememiştir. Özellikle psikiyatri öğretim üyeleri öğrenci-hasta ilişkilerine odaklanırlar ve öğrencilerin hastalarla etkileşimlerini analiz etmelerine yardım etmek için yazılı süreç kaydı kullanımını başlatmışlardır. Bu teknik diğer hemşirelik dallarında da kullanılmaktadır, fakat yalnızca nadiren öğrencilerin terminal hastalarla karşılaşma olasılıkları olan durumlarda kullanılırlar.

Hevesli genç öğrencilerin hastaları konuşmaya teşvik ettiklerinde öğrendikleri gibi, terminal hastalarla konuşma altüst edici sonuçlara yol açabilir. Hasta “Bende kanser mi var?” diye sorduğunda kim ne diyeceğini bilebilir? Öğrencilerin (ve genelde hemşirelerin) kendilerini rahatsız konuşmalardan korumaları şaşırtıcı değildir. Kesinlikle birinin yaklaşan ölümünden söz etmesine izin vermek yerine havadan sudan bahsetmek daha kolaydır ve öğrenciler hastalarla ve ailelerle konuşmalarında genellikle sağduyularıyla hareket ederler. Konuşmayı kontrol etmede doktorun otoriter konumunu yasal bir araç olarak kullanmayı erken öğrenirler; hastaya doktoruna sormasını söylemek sık kullanılan bir mekanizmadır.

Öğretmenler ölümcül hasta olanlar dahil hastalarla konuşmayı vurgularsa da, pek azı öğrencileri söylediklerinden sorumlu tutar. Öğretmenler bu problemde öğrencilerden daha rahat değillerdir ve bu konuyu ele almak için çok az hazırlıkları vardır. Genç bir öğretmenin dediği gibi: “öğrenciler yeni doğmuş bebeğini kaybeden bir anneye ne söyleyeceklerini bilmediklerini söyledikleri zaman onlara yardım etmede çaresiz hissediyorum çünkü ne diyeceğimi ben de bilmiyorum”. Bazı öğretmenler öğrencilerinin ölmeye ve ölüme ilişkin konuşmalarını analiz etmelerine yardımcı olmak için çaba harcarlar, fakat bu işin basit olmadığını görürler. Bunlardan biri şöyle dedi: “Rol-oyunmayı denedim ve başka şeyler denedim, fakat tam olarak

memnun değilim. Sanıyorum kısmen kendim de ölüme ilişkin duygularımı çözülmediğim için”. Öğretmenlerin kendilerinin hastalara ne diyeceklerini bilmedikleri zaman, öğrencileri hastalarla konuşmalarından sorumlu tutmak kolay değildir.

ÖLÜMLE DENEYİMLER

Ölmekte olanlarla konuşmak bir problemdir. Ölümle deneyim bir başka problemdir ve “büyük başarı” dan “bana olan en travmatik şey”e kadar değişen anılar bırakabilir. Bu gibi karşılaşmalar öğrencinin hayatında önemlidir ve mezun olduktan sonraki hemşirelik yaşamındaki iş seçimini etkileyebilir. Bir öğrenci deneyimlerinin “hastane hemşireliğinin tüm türlerinden soğuttuğunu” söyledi. Travmatik olaylar böyle etki taşıdığından, bunları ortaya çıkaran koşullara değinmek yararlı olabilir. herhangi bir öğrenci bir odaya girebilir ve bir hastayı ölü bulabilir ve bu tür bir karşılaşmada daima bir şok ve üzüntü ögesi vardır, fakat ölüm tek başına “travma”ya yol açmada yeterli değildir.

Ölümler ilk karşılaşma genelde oldukça güç olarak betimlenir, fakat bunun *travmatik bir anı olması* için başka koşullar var olmalıdır: (1) kişisel yetersizlik veya hareketsizlik ya da ihmal duygusu (kendilik-İlgisi); (2) hazır olmadığı bir görevlendirme (öğretmeni suçlama); (3) hasta ve ailesine kişisel bağlılık (uzun birliktelik); (4) hastanın öyküsüyle haşır neşir olma (onun yüksek sosyal değeri); (5) tıp ve hemşirelik uygulamalarında hayal kırıklığı; (6) hasta ile kişisel bağlantılar; (7) unutulamayacak bir görüntü, korkunç bir ölüm şekli; (8) beklenmeyen bir olay; (9) hastayı sevmemek; (10) doğrudan ihmal suçlaması; (11) bir yalnız bırakılmışlık duygusu.

Deneyim eksikliği birinci sınıf öğrencilerini yüksek ölçüde incinebilir kılar, fakat güç olaylar herhangi bir zamanda olabilir. Öğrencilerin bir çocuğun veya genç bir yetişkinin ölümünde büyük güçlük çektiği söylenir, fakat yukarıda sayılan koşullardan bazıları da aynı zamanda yoksa, bu mutlaka öyle olmaz. Verilen bir durumda, bu koşulların bir bileşimi belki de öğrencinin ölme veya ölümle deneyimini ona günlerce hatta haftalarca kabus göreceği bir deneyime dönüştürebilir.

Hemşirelik öğretmenlerinin kendileri de bir zamanlar öğrenci idiler ve kendi travmatik anıları vardı ve pek azının ölüme ilişkin ders verebilmesi veya bunu öğretmek istemesi şaşırtıcı değildir. Daha önemlisi, hemşirelik uygulamasının bu yönü genel müfredatta çok az ilgi çekmiştir. Hastane nüfusundaki ve uygulamalarındaki değişiklikler ölmekte olanlara bakımı temel bir hemşirelik görevi haline getirmektedir, fakat genç mezunlar bu durumları ele almada kendilerini “korkunç yetersiz” olarak betimlemektedirler. Belki de değişikliği başlatmanın bir yeri hemşirelik okullarıdır.

Bu tartışmayı, oldukça çok düşünce ve planlama olmaksızın bu öğretim problemi ile uğraşmaya karşı bir uyarı sözüyle noktalamak uygundur. Ölüm toplumumuzda kırılgan bir konudur ve nadiren açık biçimde tartışılır. Hemşirelik personelinin ölüme ilişkin “profesyonel konuşmaya” hazır oldukları veya bu konuşmada rahat oldukları hakkında pek az kanıt vardır. Ölmekte olan hastayla herhangi bir farklı

biçimde uğraşma girişimi, eğer beklenmiyorsa hem öğrenciler hem de öğretim üyeleri için rahatsızlık verebilecek beklenmeyen sonuçlar verecektir.

Bir öğrenci ne zaman bir hastayla duygu yüklü bir konuda konuşmaya başlarsa, düşmanlık biçiminde bir dirençle karşılaşması olasıdır. Bunu ele almak kolay değildir, çünkü öğrenci bir hemşire olarak kendini reddedilmiş ve başarısız olarak görür. Ölüme ilişkin tartışmaya kapıyı açmak müthiş bir duygu taşmasına yol açabilir ve bu beklenmeyen oluşumdan öğrenci altüst olabilir. Bir hastanın duygularını ifade etmesine *izin vermek* ten söz etmek başka şeydir, bunu gerçekleştirmesi için *ortam hazırlamak* başka bir şeydir. Olağan sonuç, bu tepkiyi beklemeyen eğitimsiz ”dinleyici” için yoğun rahatsızlıktır. Eğer hemşirelik öğrencisinin tutarlı ve destekleyici yardım alacağı bir yer yoksa, bu gibi olaylar aşırı derecede rahatsızlık verici olabilir.

Öğrencilerin hastalarla bu tür karşılaşma risklerine girmelerini istemeden önce öğretim üyelerinin bu problemle kesin biçimde yüz yüze gelmeleri önemlidir, çünkü özellikle ölmekte olanlar için hemşirelik sorumluluğunun odağındaki bir değişikliğin öğretmenler için de sonuçları vardır. Öğretim üyeleri önce kendileri bu çabayı göstermezse, öğrencilerin ölmekte olan hastaları ele almada farklı yöntemler öğrenmelerini bekleyemezler, fakat öğretmenleri yeniden eğitmek basit bir iş değildir. Ölüme ilişkin böyle farklı bir vurgu tüm müfredatta farklı bir odaklanma anlamına gelir. Bu, “terminal bakımı öğretmek” için tek bir öğretmeni görevlendirmekten farklı birşeydir.

Kendileri öğretim üyeleri olarak destekleyici dinleyici olarak hizmet vermeye hazır değillerse, öğrencilerin hastalarla “kendilerini tehlikeye atmalarını” bekleyemezler. Bu, öğrencilerin yardım istemelerini beklemekten daha fazlası anlamına gelir; öğretim üyeleri öğrencilerin güçlüklerini sezinlemelidir. Ancak bu tür sorumluluğu almak kolay değildir, çünkü hemşirelik öğretmenlerinin çoğu buna hazır değillerdir. Bundan başka öğrencileri “dinleme” zorlu görevini yükümlenen öğretmenler için tutarlı denetim ve rehberlik sağlanmazsa, böyle bir değişimi başlatma çabalarının başarılı olma şansı azdır.

Bir problemin varolmasına karşın bu problemin kolay bir çözümü yoktur. İnsanlar hastanelerde ölmeye, hemşireler de bunu göğüslemeye devam ediyorlar-fakat onlara yardımcı olacak çok az rehber var. Hemşirelikteki bu önemli güçlüğü kabul etmek için şimdikinden daha iyi bir zaman yoktur. Başlamanın bir yolu hemşirelik öğrencilerine daha iyi bir hazırlık sağlamaktır.

İntiharın Ardından Yaşam Var mı? İntihardan "Geride Kalanlar" İçin Sistemik İnanç Yaklaşımı

Wendy L. Watson, Debbie Lee Çeviri Gülten ÖZALTIN

Bir yakınının intiharından sonra geride kalanların yaşamları öfke, üzüntü, utanç, suçluluk, sağlık problemleri ve ızdırap verici sorularla yüklü olabilir. Bu rapor, geride kalanlara yardımcı olmak için Sistemik İnanç yaklaşımını sunmaktadır. Bir örnek vaka, geride kalanların yaşamlarında inançların etkisini canlandırmaktadır. Sınırlayıcı inançlara karşı çıkılıyor ve kolaylaştırıcı inançlar, terapötik mektuplar, müdahaleci sorular, ritüeller ve yansıtıcı ekipler gibi aile sistemleri, hemşirelik müdahalelerinin iyileştirici etkisiyle birlikte geliştiriliyor.
1993 by W.B. Saunders Company

İntihar sancısızdır. Birçok değişikliğe neden olur. (M.A.S.H.'in tema şarkısı)

İntihar, intihar edenin yakınları için acısız değildir ve intiharın yol açtığı birçok değişiklik arasında intihar edenin yakınlarının yaşadıkları değişimler vardır.

İNTİHARDAN SONRA GERİDE KALANLAR

Bir yakının-ne şekilde olursa olsun-ölümü, geride kalanlar için büyük bir kayıptır. Araştırmalar, geride kalanların yoksunluk dönemi sırasında artan duygusal sıkıntı ve sağlık problemleri riskiyle karşı karşıya kaldıklarını göstermiştir (Demi & Miles, 1988; Silverman, 1972). İştahta ve uyku örüntülerinde değişiklikler olur ve ilaç kullanımı (uyku hapları, kafein, alkol ve tütün) artma eğilimi gösterir (Rudestam, 1977). Normal yas tutma modeli, bir yakının kaybından sonra kendine gelmenin zaman aldığını ve tahmin edilebilir bir yas tutma örüntüsünden veya sürecinden geçerek gerçekleştiğini gösterir. İnanç odur ki, yas tutma süreci "etkili insan işlevi" için gereklidir ve bir biçimde ifade edilecektir" (VanDongen, 1988, p. 9).

Demi ve Miles (1988), intihardan sonra geride kalanlarla, başka tür ölümlerden sonra geride kalanları kıyasladıkları çalışmalarında, duygusal sıkıntı veya fiziksel problem sıklığında bir fark olmadığını buldular. Ölüm şeklinin, yas tutma sürecinin sonucunu kestiremediği sonucuna vardılar.

intihar yolu ile kaybı, geride kalanların damgalanma, öfke, Ancak, yasa tepkide farklılıklar saptanmıştır. Bir yakının utanç, suçluluk duyguları ve bunun sonucunda aileye getirdiği gerginlik nedeniyle, çok daha stresli bir olay olarak düşünülür (Cain, 1972; Solomon, 1982-83; Calhoun, Selby & Walton, 1985-86; McIntosh & Wrobelski, 1988; Calhoun, Selby, & Abernathy, 1984; Demi, 1978).

Suçluluk, intihardan sonra geride kalanların baskın tepkisidir. Suçluluk en sık olarak, geride kalanların intiharı önlemek için birşeyler yapabilecekleri inancından kaynaklanır (Cain, 1972; McIntosh & Wrobelski, 1988). Suçluluk aynı zamanda, ölenin geride kalanı terketmesine öfke duyulmasının kabul edilemez olduğu inancından da kaynaklanabilir (Van Dongen, 1988). Öfke, bir yakının intiharına yaygın bir tepkidir (McIntosh & Wrobelski, 1988). Öfke, geride kalanın sorduğu, ölenin kalana nasıl böyle

berbat bir deneyimi yaşatabildiği sorusuyla yansıtılır. Ölümden başka kimin sorumlu olduğunu sorgulamak, öfkenin başka bir ifade şeklidir (Van Dongen, 1990).

Archives of Psychiatric Nursing, Vol.VII, No.1 1993: pp.37-43

Sorgulama teması Van Dongen'in (1990) çalışmasında ortaya çıktı. Van Dongen temellenmiş bir kuram kullanarak, geride kalanların deneyimlerinin özünü temsil eden değişkenin "ızdırap verici sorgulama" olduğunu buldu. Sorgulama üzerine yoğunlaşma geride kalanların duygusal karmaşasından, bilişsel uyumsuzluğundan ve değişmiş sosyalleşmesinden belli oluyordu ve ölümün anlamı araştırılırken bir yaşamda kalma stratejisi olarak sayılıyordu: "Bunu nasıl yapabildi?" "Kendini neden öldürdü?" "Ben suçlu muyum?" "Onu durdurabilir miydim?"

Damgalanma ve reddedilme duyguları sıklıkla intihardan sonra geride kalanların deneyimlerinin bir parçasıdır. Bu gibi damgalanma ölümden hemen sonra polisle, adli tıpla etkileşimlerde ve basının olaya ilişkin olası yayınlarında yaşanabilir (Solomon, 1982-83). Çalışmalar, intihar kurbanlarının eşlerinin, diğer ölümlere göre çok daha fazla başkaları tarafından suçlandıklarını bildirmektedir (Calhoun et al.,1985-86).Bir intiharla ilgili damgalama arkadaşlarının ve akrabalarının geride kalan kişiden uzaklaşmasına yol açabilir ve böylece uygun sosyal desteği sınırlayabilir (Van Dongen, 1988; Rando, 1984). Tam tersine, dedikodudan ve başkalarının burnunu sokmasından kurtulmak için geride kalanlar da başkalarından kaçabilir (Silverman, 1972). Böylece, geride kalanlarla başkaları arasında karşılıklı suçluluk ve içe çekilme ve suçlama ve burnunu sokma ilişkisi birlikte gelişir.

İntiharın aile üzerindeki uzun süreli etkilerine ilişkin uzlaşmasız kanılar vardır. İntihar sonrası topluluk içinde yaşayan geride kalanları inceleyen Rudestam (1977), İntiharı izleyen 6 ay içinde "değerler gözden geçirilirken ve üyeler ortak bir kötü kaderi paylaşırken" aile ilişkilerinin güçlenme eğiliminde olduğunu bildirdi (p.169). Bunun tersine, Cain ve Fast (1972) bir çocuk rehberliği kliniğinde görülen aile üyelerinde oldukça çok patoloji buldu ve geride kalanların diğer nüfusa oranla intihar ve başka problemler riskine daha açık olduğu sonucuna vardı. Çalışmaların popülasyon ve yöntemlerindeki farklılıklar, sonuçlardaki geniş farklara katkıda bulunabilir. Aşağıdaki örnek vakada, geride kalanların intihara ilişkin deneyimleri ve intiharın aile üzerindeki etkisi, ailenin iyileşmesine ve yardım etmek için kullanılan müdahalelerle birlikte araştırılacaktır.

ÖRNEK VAKA

41 yaşında bir kadın olan Jane, Jane'in kızının ilaç tedavi merkezindeki bir danışman tarafından tedaviye gönderilmişti. Jane, nikahsız kocası Tom'un altı hafta önce Yılbaşı Gecesi intihar sonucu ölümüyle başetmede güçlük yaşıyordu. Profesyonel literatür tipik olarak intihar yoluyla yaşamına son verenleri "kurbanlar" ve "kurbanların" yakınlarını da "geride kalanlar" olarak etiketler. Ancak, Jane kendini bir "geride kalan" olarak görmüyordu, gerçekte kendini Tom'un intiharının "kurbanı" olarak görüyordu. Ödenecek faturalarla, yanıtlanacak acı dolu sorularla ve sevdiğinden yoksun bir yaşamla başbaşa kalmıştı.

Terapi Ortamı

Jane, Calgary Üniversitesinin Aile Hemşirelik Biriminde(FNU), 12 aylık bir dönemde 10 oturumda görüldü. FNU, kronik ve yaşamı tehdit edici hastalıklar gibi sağlık sorunları ve psikososyal problemlerde güçlük çeken bireylere, çiftlere ve ailelere yardım eden bir eğitim ve araştırma birimidir (Wright, Watson & Bell, 1990). Bir ekip yaklaşımı kullanıldı. Bu makalenin birinci yazarı, lisansüstü hemşirelik öğrencileriyle birlikte tek yönlü aynadan gözlem yaparak canlı klinik denetim sağlarken, bir lisansüstü öğrenci* Jane' le görüşme yaptı.

Sistemik İnanç Terapisi

FNU'de geliştirilen Sistemik İnanç Terapisi terapötik yaklaşımı, ailelerin sınırlayıcı inançlarına karşı çıkmaya ve birlikte kolaylaştırıcı inançları geliştirmeye odaklanır. Bu süreç yoluyla, problemlerin çözümlerini bulmayı ve açığa çıkarmayı davet eden aile güç ve kaynakları öne çıkarılır. Sınırlayıcı inançlar problemleri sürdürürler ve problemler tarafından sürdürülürler. Sınırlayıcı inançlar seçenekleri ve çözüm arama yeteneklerini kısıtlarlar. Bunun aksine, kolaylaştırıcı inançlar seçenekleri ve değişim yollarını arttırmaları.

Sistemik İnanç Terapisi çeşitli sağlık problemlerinde yararlı bulunmuştur (Watson, 1989a; Watson, Wright Bell, baskıda; Wright & Simpson, 1991). Sınırlayıcı inançlara karşı çıkan ve kolaylaştırıcı inançları öne çıkaran müdahaleler, sirküler soruları (Tomm, 1988), yeniden çerçevelemeyi, yansıtıcı ekibin kullanımını (Andersen, 1987) ve terapötik mektupları (White & Epston, 1989) içerir. "Eğer (ana problemlili inancın yerine geçecek inancı koyunuz) inansaydınız, ne farklı olurdu?" gibi varsayımlı sorular özellikle yararlı bulunmuştur.

Oturumların Özeti ve Müdahaleler

Birinci Oturum

Birinci oturumun hedefi Jane'i angaje etmek ve problemi tanımlamaktır (Watson, 1988). Genogramın tamamlanması ilgilendirmeyi kolaylaştırmada ve görüşmeye ilk yapıyı kazandırmada etkili bir yöntemdir (Wright & Leahey, 1984). Jane'in daha önceki evlilikten üç çocuğu vardı. Rob, 19 yaş; Megan, 17 yaş ve Kely, 15 yaş. 8 yıl önce boşanmıştı ve çocukları tek başına büyütüştü. İki yıl önce Tom'la tanışmıştı; 6 ay sonra da birlikte oturmaya başladılar. Daha büyük olan iki çocuk evde oturmuyorlardı, fakat Jane onların ilaç, alkol ve "illegal aktiviteler" le ilişkileriyle sürekli yakından ilgileniyordu.

Jane'in daha önce yaşadığı tek ölüm deneyimi, birkaç yıl önce şeker hastalığından ölen kardeşinin ölümü idi. Rolland (1987), ailenin geçmişteki başetme yollarının sıklıkla şimdiki yolları etkilediğini belirtmektedir. Jane geçmişte dertlerine "kapıyı kapattığını" ve onları unuttuğunu açıkladı. Ancak şimdi geçmişteki bu başetme yolunun şimdiki baskılayan sorunlarıyla başetmede yetersiz kaldığına inanıyordu. Tanımsız bir problem, çözümsüz bir problemdir denir (Herr, & Weakland, 1979). Hem "fark" sorusu "Şu sırada sizi en çok meşgul eden problem nedir?" hem de Wright'ın (1989)"tek soru" sorusu "Birlikte çalışmamızda tek bir soru sorabilseydin, bu soru ne olurdu?" hastanın endişelerini bulup çıkarmaya ve odaklamaya yardımcı olur. Jane'in sorusu, "Tom'un intiharıyla nasıl başedebilirim ve yaşamımı sürdürebilirim?"

Jane, Tom'un intiharını çevreleyen ayrıntıları gönüllü paylaştı. Worden'e (1982) göre hastaya kaybı güncelleştirmede yardım edilir ve ölüm hakkında ayrıntılı biçimde konuşarak hemşire terapist durumu kavrayabilir. Renk tonları, birbirini izleyen davranışlar ve günün belli zamanları Jane'in yaşamını halen ve derinden yöneten ölümün hikayesini birlikte dokudular. Görüntüler, sesler, kokular, tadlar, dokunuş ... Jane'in tüm duyuları yeni yılın ilk gününde Tom'u garajda arabasının direksiyonunda ölü olarak bulmanın dehşetli anısı içinde gömülüydü.

*1 den 8'e kadarki oturumlarda görüşmeci lisansüstü öğrenci Betty Neumeister'di. 9dan 11'e kadarki oturumlarda Debby Lee (ikinci yazar) görüşmeci oldu.

Çözümleri sınırlayan problemlerli inançlar. Jane'in hikayesi açığa çıktıkça, üzüntüsüne ve değişen yaşamına çözümler bulma yeteneğini kısıtlayan inançlar ortaya çıktı.

1. Tom'un intiharından ben suçluyum. Jane'in Tom'la aşk ilişkisi Tom'un içkisinden ötürü bozulmuştu. Yılbaşı Gecesi, Jane Tom'la birlikte parti yapma planını Tom'un aşırı içki içmesi nedeniyle iptal etti ve ona içkiyi terketmesini bildirdi çünkü, "bu son yılki gibi bir yıl daha geçiremeyiz!" dedi. Jane, Yılbaşı Gecesi evde kalsaydı veya eve erken dönseydi, Tom'un intihar etmeyeceğine inanıyordu.
2. Tom'un intiharının kurbanıyım. Yaşam romandan daha gariptir. Tom'un bir yıl önce piyangodan bir milyon dolar kazanmasına rağmen, ya da belki ondan ötürü, onun intiharının mirası birçok karmaşık parasal problemi içeriyordu, ne bir vasiyet ne de onu yürütecek kimse vardı. Jane, Tom'un ölümüyle olduğu kadar hayattaki eylemlerinin sonuçlarıyla da uğraşmak zorunda kalıyordu.
3. Ben başarısızım. Jane, çocuklarının ilaç suistimalinden, okulu asmalarından ve yasadışı eylemlerinden kendini suçluyordu.
4. Yapayalnız yaşlanacağım. Tom'un intiharı Jane'in ailesi içindeki hareketlenme ile aynı yaş ve aşamaya denk geldi. Tom'un tam kendi yaşamından çıktığı bir sırada çocukları da kendi bağımsız yaşamlarını kurmaya çalışıyordu.
5. Delireceğim. Jane'in Tom'un ölü bedenine ilişkin anıları onu çok rahatsız ediyordu. Ölümünden bu yana "Tom'un hayaletini" görmüştü. Hayattayken şaka olsun diye yaptığı gibi gardroptan fırlayıp onu korkutmasından korkuyordu. Bir gün garajda, Tom'un gövdesi sandığı bir şeye ayağı takıldı.
6. İntiharın sonuçlarıyla başetmek için doğru bir yöntem vardır. Jane sürekli olarak "doğru yapıp yapmadığını (intihar sonrası yaşamı) merak ediyordu. Yatak odasında mezardan gelen haçı saklamak "normal" miydi?
7. Soruların yanıtları başkalarında var. Jane'in yardım aramasını teşvik eden bu inanç, kolaylaştırıcı olarak görülebilir. Ancak bu inanç, Jane'i kendi düşüncelerine güvenmekten uzaklaştırdı ve ekibin Jane ile olabildiği kadar işbirlikçi ve hiyerarşi dışı olma gereksinimini artırdı.

İlk oturum boyunca Jane'in güçlü yanları övüldü ve deneyimleri normal yas tepkileri olarak doğrulandı.

Kolaylaştırıcı İnançlar. Jane'in yaşama yaklaşımını kolaylaştıran inançlar şunlardı:

1. İntihar etmiyeceğim. Ekip Jane'in intihar potansiyelini değerlendirdi. Jane bu konuyu daha önce Tom'un kızkardeşi ile tartışmıştı. Ekip "Problemlerinin ve yasının arasında bu günlerde yaşamı seçmene ne yardımcı oluyor?" müdahaleci soruyu sorduğunda, Jane çocuklarının kendisine ihtiyacı olduğuna güçlü biçimde inandığını ve doğrusu "intihar etmek için çok korkak" olduğunu bildirdi.
2. Tom yanibaşımda ve beni gözlüyor. Jane Tom'un "koruyucu meleği" olduğuna ve başetmesine yardımcı olduğuna inanıyordu. Schneidman (1985) geride kalanın ölene karşı sadakat ve sevgi duygularının, yoğun yas dönemlerinde yaşamını sürdürmesini sağladığını belirtmektedir.

İkinci ve Üçüncü Oturum

Jane, 15 yaşındaki kızı Kelly'nin yaşamı düzene girinceye kadar kendi yaşamını sürdüremeyeceğine inanıyordu. Jane ve Kelly ikinci ve üçüncü oturuma birlikte katıldılar. İkinci oturumdaki terapötik konuşmalardan hızla ortaya çıkan endişelerinin

yanyana konması intiharın aile üyeleri üzerindeki etkisine daha sistemik bir bakışı sağladı. Endişeleri şunları içeriyordu:

1. Kelly'nin geceyi erkek arkadaşının evinde geçirmesi(annenin endişesi)
2. Kelly'nin evde uyumak dahil, birçok konuya ilişkin korkuları (kızın endişesi)
3. Kelly'nin okul devamsızlığı (annenin endişesi)
4. Kelly'nin zihninin Tom'un intiharıyla meşgul olması ve bu nedenle başka hiçbir şey üzerine yoğunlaşamaması (kızın endişesi)
5. Jane'in Yılbaşı Gecesi eve erken gelerek Tom'un intiharını önleyebileceğine ilişkin ısrarlı inancı (annenin endişesi)
6. Kelly'nin, Tom'un ölümünden yalnızca Tom'un sorumlu olduğu inancı ("bunu Tom yaptı") ve bunu izleyen Tom'a karşı öfkesi ("yaşayacağı o kadar çok şey vardı ki, o mükemmeldi") (kızın endişesi)

Klinik ekibi düz ve dairesel sorular sorarak intiharın tüm aile üzerindeki etkilerini anlamaya çalıştı (Loos & Bell, 1990; Tamm, 1988).

1. *Bir aile olarak bu noktaya kadar intiharın hangi yönlerini tartıştınız?*
2. *İntihardan bu yana, Anne (Kelly, Megan, Rob) nasıl farklıdır?*
3. *İntihardan bu yana, Anne/Kelly/Megan/Rob için en büyük problem nedir?*

Bu sorular Jane ve Kelly'e Tom'un intiharını tek bir kişinin problemi olarak değil, tüm aileyi etkileyen bir sorun olarak düşünmeye çağrı idi (Gelcer, 1983).

Oturum sonu müdahalesi. Jane ve Kelly birlikte yükselen bir endişe siklusu geliştiriyorlardı; gerçekte birbirlerinin endişelenmesinden endişeleniyorlardı! Anne ile kız arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için, karşılıklı ve artan endişelenmeyi destekleyen birbirlerine olan dikkatleri isimlendirildi ve aydınlatıldı. Bu noktaya kadar ilgileri birbirleriyle konuşmalarında epeyce saklı kalmıştı. Mektup yazmak ailenin bağlantı kurmasının önemli bir parçası olduğundan, neler hissettiklerini ifade etmek için Jane ve Kelly'nin her biri kendisine birer "aşk mektubu" yazmaya davet edildiler. Mektuplar her kadına endişelerinin, isteklerinin ve yeteneklerinin öyküsünü ayrıntılı biçimde anlatma olanağı verdi. Kelly ve Jane mektuplarını üçüncü oturuma getirdiler. Kelly'nin kendine yazdığı iki sayfalık aşk mektubunun ilgi çekici bölümleri: Yardım alıncaya kadar yaşamının hep keder ve acı içinde olduğunu ve yardıma gereksinimin olduğunu ve olabildiğince yardım almak istediğini biliyorum. Seni seviyorum ve gündüz ve gece seni bu şekilde görmekten nefret ediyorum... Sen benim hayatımsın ve bunu ziyan etmek istemez-sin. Onu daha iyi kontrol etmek ve tüm acını hafifletmek için yardım istiyorsun...Daha fazla bekleme, yardımını ne kadar çabuk alırsan o kadar çabuk hayatına dönersin.

Jane'in kendine yazdığı iki sayfalık aşk mektubunun ilgi çekici bölümleri: Seni öyle çok özliyorum ki, yani "gerçek seni". Son zamanlarda aile problemleriyle, parasal durumunla zihnin o kadar çok meşgul ve endişelisin ki...tüm olup bitenlerle seni artık tanıyamıyorum. Lütfen saklandığın yerden çık.

Jane'nin mektubunu okurken ekip düşünceye daldı: Kişinin bir yakını intihar ettiği zaman o süreçte başka kim veya ne ölür, öldürülür veya kaybolur? Geride kalanın yaşama iradesi? Yakın kişi hayattayken onunla ilişkisinin geçerliliği? Geride kalanın kendine ilişkin deneyimi? Jane'nin mektubunun belirttiği gibi, Jane'nin Tom'un intiharına ilişkin deneyimi kendi kimliğini kaybetmeyi içeriyordu.

Üçüncü oturumun sonunda ekibin düşünce ve kanıları bir "yansıtıcı ekip" yoluyla sunuldu (Andersen, 1987). Jane, Kelly ve görüşmeci-hemşire tek yönlü gözlem aynasından seyrederken ekip üyeleri şöyle tartıştılar:

1. Jane ve Kelly arasında birlikte geliştiği algılanan sorumsuzluk ve aşırı koruma siklusu.
2. Kelly'nin "sorumsuzluk" eylemleri belkide Jane'i acı içinde "Tom kendini niçin öldürdü?" sorusundan uzaklaştırmada en iyi çabalarıydı, fakat bu çabalar Jane'nin "aşırı koruma" ve "aşırı sorumluluk" korkularını davet ediyordu.
3. Jane'nin aşırı koruyucu davranışları, belki de kızına daha iyi bir yaşam sağlamak için en iyi çabalarıydı, fakat Kelly'nin "boğulmuş ve güvenilmez" hissetmesine ve sorumsuz davranmasına yol açıyordu.

Ekip üyeleri tartışmalarını sürdürdükçe, ailenin güçlü yanları ve aile üyelerinin davranışları altında yatan olası iyi niyetler vurgulanıyordu. Ekip, hem annenin hem de kızın güçlü biçimde "yeni bir yaşam"a başlama isteklerinden ne kadar etkilendiklerini tartışıyordu. Kelly yerel bir hastanede bir Genç Yetişkin programına katılmak istiyordu. Ekip, Jane ve Kelly'nin ayrı ayrı terapi görmesinin yararlarını tartıştı. Jane'nin kayba ve ayrılığa çok duyarlı olabileceği bir zamanda belki de Kelly'nin özel programı annesinden özerklik ve bağımsızlık arayış biçimini yumuşatabilirdi.

Kelly'nin önünde konuşulan konulara Jane'nin uygun sınırlar koyabilme yeteneği ekibi etkilemişti. Ekip, bunun Jane'nin Kelly'e genç bir yetişkin kız evlat olmasına izin verme girişimi mi yoksa Tom'un yokluğunda Jane'e bir ortak ve arkadaş arama girişimi mi olduğunu merak etti. Jane'nin Kelly'e Genç Yetişkin programına hazırlık yapmada yardım yeteneği tartışıldı. Program çetindi ve birçok kuralı vardı. Belki de Jane iki veya üç ev kuralını sonuçlarıyla birlikte koyarak kızının programda başarılı olması için hazırlığına yardımcı olabilirdi. Terapi oturumundan sonra, Kelly'nin Genç Yetişkinler programına girişini kolaylaştırmak için görüşmeci anahtar sağlık bakım profesyonelleriyle telefon teması kurdu.

Dörtten Sekize Kadarki Oturumlar

Geri kalan oturumlara Jane tek başına katıldı. Dördüncü oturum Jane'nin Tom'la ilk tanışmasının 2. yıldönümünde yapıldı. Bundan sonraki beş oturumu kapsayan 11 haftalık dönemde birkaç "yıldönümü" oldu. Rando (1984) yıldönümlerinin geride kalan için zor olduğunu belirtmektedir, çünkü yıldönümleri kaybın güçlü anımsatıcısıdır. Jane kendi girişimiyle kendinin ve Tom'un birbirlerine verdikleri kartlardan bir albüm yaptı ve birlikteki yaşamlarına ilişkin resimler topladı. Albümü başkalarına göstermekten zevk alıyordu. Ölümünden önce olduğu gibi, Jane Tom'a mektup yazmaya devam etti. Her yıldönümünde Jane, Tom'un kızkardeşi ile birlikte Tom'un mezarını ziyaret etti. Bu gibi ritüeller, geçmişle bugünü bağlamak, devam eden ilişkileri ve yaşamın sürekliliğini onaylamak gibi önemli işlemlere hizmet ederler (Imber-Black, 1989). Ekibin aşağıdaki sorularıyla Jane kendi becerilerini düşünmeye ve gelecekteki yıldönümlerine hazırlanmaya davet edildi:

1. Bu yıldönümünde yaptıkların sana nasıl yardımcı oldu?
2. Kendine ilişkin bu vesileyle öğrendiklerin gelecek yıldönümlerinde sana nasıl yardımcı olacak?

Jane'nin "Benim için doğru yanıtlar başkalarında var" düşüncesine karşı koymayı sürdürmek için Jane'e ekip tarafından övgüler sunuldu. Bu gibi terapötik iltifatlar ailenin sağlıklı başatmesini pekiştirmeye, ailenin kendi problemlerini çözüp, terapi gereksiniminden kurtulmalarına yöneliktir (Wall, Amendt, Kleckner, & Bryant, 1989; Watson, 1989b).

Wright (1989), hastalar soru sormaya davet edildiğinde, hemşire-terapist ile hasta arasında daha az hiyerarşik bir ilişki gelişir ve daha çok inançların araştırılması ve yeni bilginin açıklanması sağlanır. Jane'nin sorduğu sorular, yaptıklarının çılgın davranışlar olup olmadığına ilişkin süren şüphesini belirtiyordu: "Tom'un mezarına bir paskalya kartı koymak çılgınlık mıdır?" Jane'nin korkuları, birçok sağlık profesyonelinin de bağlı olduğu sınırlayıcı inançla, yani "İyi yasa giden normal bir yol vardır" inancıyla besleniyordu. Ekip, profesyonel literatürü ve yas tutmanın bir tek doğru yolu olmadığını vurgulayan deneyimleri tartışarak bu inanca karşı çıktı. Jane'nin eylemleri "çılgın" çerçevesinden çıkarıldı, "iyileşme" çerçevesine aktarıldı.

İntiharından altı ay sonra Tom hala Jane'nin hayatında vardı. Ekip, birçok sağlık bakım profesyonelinin diğer bir sınırlayıcı inancından kaçındı-"iyi yas tutma, eşittir ölene güle güle demek". Klinik ekip, White'ın (1988), yas çözümlenmesi "güle güle" demekle değil, "merhaba" demekle kolaylaştırılır şeklindeki tutumundan destek aldı. White, derinden iyileştirici olanın, kaybedilen ilişkinin yas tutan kişinin yaşamına kesin olarak dahil edilmesi olduğunu söylemektedir. Jane'nin Tom'la süren ilişkisini öne çıkarmak için aşağıdaki sorular soruldu:

1. Şimdi kendinizde, Tom'un beğeneceği ne gibi şeyler görüyorsunuz?
2. Bu şeyleri düşünmek bugün size nasıl yardımcı olabilir?

Bu sorular Jane'nin Tom'un kendinde beğendiğini bildiği özellikleri öne çıkardı. Bu gibi araştırmalar, Jane'nin kendi kendisiyle yeni bir ilişki geliştirmesine yardımcı olacak güçlü yönlerini tanımasına yardımcı oldu.

Eakes GG (1985) Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. IX, No. 2 (April), pp.77-84.

Kronik Keder: Kronik Ruh Hastası Bireylerin Anababalarının Yaşanmış Deneyimleri

Georgene G. Eakes Çeviri: Gülten Özalıtın

Bu çalışma kronik ruh hastası çocukların anababalarındaki keder insidansını incelemiştir. Şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı konmuş yetişkin çocukların anababalarından oluşan 10 kişiye (dört çift ve iki anne) Burke/NCRCs Kronik Keder Anket Formu uygulandı (Caregiver Version). Bulgular 10 anababadan 8'inin kronik keder yaşadığını gösterdi. Bu üzüntüye ilişkin duygular en fazla sıklıkla anababaların betimlediği bitmeyen bakım verme sorumlulukları tarafından tetikleniyordu. Kronik keder belirtenler, çocuklarının hastalığına ilişkin bilgi vererek ve tedavi sürecine kendilerini de katarak sağlık profesyonellerinin kendilerine yardımcı olabileceklerini belirttiler.

Sosyal politika değişiklikleri, kurumsuzlaştırma ve tedavide ilerlemeler gibi çeşitli etmenler toplum içinde yaşayan ruh hastalarının sayısını artırmıştır. Bunun sonucunda, psikiyatrik hastalık tanısı konmuş bireylerin aileleri sıklıkla çeşitli bakım verme sorumluluklarını yüklenmek zorunda kalmışlardır. Ruh hastalığının aile üzerindeki yükünü aydınlatan çok sayıda araştırmaya rağmen ağır ruh hastası bireylerin ailelerin yaşadığı üzüntüye ilişkin sınırlı bilgi vardır. Kronik ruh hastası kişilerin bu rahatsızlıktan ölmeyecekleri doğrudur, fakat hastalıkları ile ilgili hem gerçek, hem de simgesel çok sayıda kaybı göğüslemektedirler. Sevilen kişinin kronik ruh hastalığı ile mücadele ederken, aile üyelerinin de bu stresleri ve kederleri yaşamaları beklenebilir.

Dementia ile yaşayan ailelerdeki üzülmeye sürecini inceleyen Kapust (1982), deneyimi "süregiden bir cenaze" ile kıyaslar. Ailenin güçlüklerine ilişkin gözlemleri sonucu şunlara dikkat çeker (p. 79):

Hastanın çalışma ve sevmeye yetisi gitmiştir. Yalnızca aşına davranış ve kişiliğin kırıntıları, aile için kayıp olanın keder verici anımsatıcıları olarak kalırlar. Sağlıklı eş ve aile, yaşamı süregiden bir cenaze gibi yaşarlar; bir zamanlar bildikleri kişi yavaş yavaş ölmektedir. Aile kayıplar için yas tutmaktadır, ancak bu yasta onlara yardımcı olacak normal ritüeller yoktur.

Kapust devamlı demanstaki hastalar ve aileleri için yas tutma sürecinin sağlıklı bir çözümlenmesi için gerekli psikolojik sonlandırma ve kabullenmenin olanaksız olduğunu söylemektedir.

Yakın bir zamanda Miller ve arkadaşları (1990) ağır ruh hastalarının ailelerinin çözümlenmemiş yaslarına ilişkin bir ön çalışma yaptı. Teksas Revize Edilmiş Yas Envanteri Ruh Hastalığı Versiyonu (MIV-TRIG) şizofreni tanısı konmuş 33 hastanın ailesine bipolar bozukluğu olan 25 hastanın ailesine uygulandı. Bulgular aile üyeleri arasında ölçülebilir yas yaşanmakta olduğunu ve yaşanan yasin bir yakının ölümü nedeniyle aile üyelerinin yaşadığı yasla kıyaslanabileceğini gösterdi. Kayda değer bir gerçek, bu çalışmadaki hastalar 2 yıldan fazladır hasta olmalarına rağmen aile üyelerinin mevcut yas duygularının geçmişteki duygularına göre daha yoğunlaştığını bildirmişlerdir. Araştırmacılar, bunun ölüm dışındaki yas durumlarının güçlüğünü yansıtan gecikmiş bir yas tepkisinin belirtisi olabileceğini ileri sürüyorlar.

Şizofren bireylerin kardeşlerindeki yas Titelman ve Psyk (1991) tarafından seçilmiş vaka çalışmaları sunusunda tartışılmıştı. Şizofreninin, "...yalnızca psikotik hastalar için değil, aynı zamanda akrabaları için de kavranamaz, ölüme benzer bir felaket"

olduğu sonucuna varmışlardır (s. 82). Ayrıca, yazarlar şizkofren hastaların kardeşlerinde üzüntü ve suçluluk duygularının kanıtlarına da işaret etmişlerdir.

Son olarak Atkinson (1994), şizofren yetişkin çocuğu olan anababalar arasındaki yası, ölüm ya da ağır kafa travması sonucu yetişkin çocuğunu kaybeden anabaların yası ile karşılaştırdı. Ruh hastası çocukların anababalarına MIV-TRIG uygulandı; TRIG'in orijinal versiyonu diğer anababalardaki yası değerlendirmede kullanıldı. Ek olarak tüm deneklere Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scala ve Michigan Drug and Alcohol Screening Scale uygulandı. Şizofren çocuğu olan anababaların başlangıç yas puanları, incelenen diğer anababalara göre anlamlı şekilde daha düşük olmasına rağmen, mevcut puanlar başlangıçtaki yas puanlarıyla kıyaslandığında istatistiksel yönden anlamlı bir artış görülmüştür. Başından yaralanan çocukların anababalarında, başlangıçtaki yas puanlarının anlamlı biçimde azaldığını görülmüştür. Çocukları ölen anababaların yas puanlarında daha da dramatik bir düşüş olmuştur. Miller ve arkadaşlarının (1990) bulgularına benzeyen bu bulgulara dayanarak Atkinson, şizofreni yoluyla çocukların kaybının anababalarda bir kronik yas örüntüsüne yol açtığını varsaydı.

Bu yazarların işaret ettiği gibi, kronik ruh hastalığına ilişkin belirsizlik, kayıp deneyimi kestirilebilen sonu olmayan bir durum yaratır-yası yaratan duruma çözümlenme getirmenin veya sona erdirmenin bir yolu yoktur. Süregiden kayıpla ilişkili olan yukarıda sözü geçen çalışmalarda hem gecikmiş yas hem de kronik yas şeklinde etiketlenen bu çözümlenmemiş yas, kronik keder yaşantısıyla tutarlıdır.

İlk olarak Olhansky tarafından 1962'de kullanılan "kronik keder" terimi kalıcı, periyodik ve ilerleyici nitelikte olan yaygın bir hüznün olarak tanımlanır. Olhansky bu olguyu geri zekalı çocukların anababalarında gözledi ve bunu hiç bitmeyen bir kaybın yasıyla karşı karşıya olan anababaların doğal tepkisi olarak gördü. Kronik kederin, Lindgren, Burke, Hainsworth ve Eakes (1992, p. 31) tarafından betimlenen önemli özellikleri şunlardır:

1. Kestirilebilir bir sonu olmayan bir durumda keder veya hüznün algısı
2. Keder veya hüznün döngüsellığı veya yinelenmesi
3. Keder ya da hüznün ya içten ya da dıştan tetiklenmesi ve akla kayıpları, hayal kırıklıklarını ve korkuyu getirmesi
4. Keder veya hüznün ilerleyici olması ve başlangıçtaki kayıp, hayal kırıklığı veya korku duygusundan yıllar sonra bile yoğunlaşabilmesi

Kronik keder terimi profesyonel literatürde geniş biçimde kullanılmasına rağmen, temeldeki kronik keder olgusu yirmi yıla yakın süre araştırılmadı. Ancak 1980'den bu yana birkaç çalışma hem fiziksel hem ruhsal rahatsızlıkları olan genç çocukların anababalarında kronik keder oluşumunu desteklemiştir (Burke, 1989; Damrosch & Perry, 1989; Fraley, 1986; Hummel & Eastman, 1991; Kratochvil & Devereux, 1988; Wikler, Wasow, & Hatfield, 1981). Bundan başka bu çalışmalar bu anababaların yaygın olarak yaşadıkları duygular listesini genişleterek, kronik keder teriminin ima ettiği hüznün ve kedere ek olarak öfke, korku, engellenme, çaresizlik ve yas tepkilerine özgü diğer duyguları da dahil etmişlerdir.

Sakat çocukların anababalarının dışındaki popülasyonlarda kronik keder oluşum potansiyeli Nursing Consortium for Research on Chronic Sorrov (NCRCS) kuruluncaya kadar araştırılmamıştır (Eakes, Hainsworth, Lindgren & Burke, 1991). Burada bildirilen pilot çalışmanın amacı kronik kederin ruh hastası çocukların anababalarında oluşup oluşmadığının araştırılmasıdır. Kronik keder operasyonel olarak yaygın hüznün ve/veya yasla ilişkili kalıcı, periyodik ve potansiyel olarak ilerleyici nitelikte olan diğer duygular şeklinde tanımlanır.

METODOLOJİ

Örnek

Yerel bir ruh sağlığı merkezinden sağlanan örnek, bipolar bozukluk veya şizofreni ile tanılanan birer yetişkin çocuğun anababaları olan dört çift ve iki anneden oluşuyordu. Görüşülen anababaların yaşları 54 ila 75 arasındaydı, ortalama yaş 62 idi. Sekiz denek Kafkasya, iki denek de Afrika kökenliydi. İkiisi tam-zamanlı, dördü de yarım-gün çalışıyorlardı, ikisi emekliydi, ikisi de ev dışında hiç çalışmamışlardı. Çalışmaya katılanların yarısı (5) 10 ila 25 bin dolar, 3'ü 30 ila 40 bin dolar, 2'si de 40 bin doların üstünde yıllık gelir bildirmişlerdi.

Hepsi erkek olan çocukların yaşları 27 ila 46 arasında (ortalama yaş 36.3) idi ve ruhsal rahatsızlıkları 4 ila 20 yıl öncesi tanılanmıştı. Yetişkin çocukların dördüne şizofreni, ikisine de bipolar bozukluk tanısı konmuştu. Altı yetişkin çocuktan üçü (32, 33 ve 46 yaşında) evde anababalarıyla oturuyorlardı. İkiisi, biri 38, diğeri 42 yaşında anababalarıyla aynı kasabada oturuyorlardı. Altı yetişkin çocuktan yalnızca ikisi çalışıyordu.

Prosedür

Burke/NCRCS Chronic Questionnaire Formu (Caregiver Version) bir görüşme klavuzu olarak kullanılarak, niteliksel bir araştırma yaklaşımı benimsendi. Açık-uçlu sorularla, kişinin çocuğunun ruhsal hastalığını ilk öğrendiğinde yaşadığı duyguları ve o duyguların yinelenip yinelenmediğini ve yineleniyse ne zaman yinlendiğini araştırdırıldı. Diğer sorular kullanılan baş etme stratejilerinin tanımlanmasına ve bu duyguları yaşarken yararlı ve yararsız diye algıladıkları etmenlere odaklandı. Geçerlik ve güvenilirlik enstruman üzerinde saptandı (Burke, 1989). Görüşme klavuzu Tablo 1'de sunulmuştur.

Yaklaşık bir saat uzunlukta olan ve ses bandına alınan görüşmeler araştırmacı tarafından sadece denek ve araştırmacının bulunduğu özel ortamlarda yürütüldü. Anababalarla ayrı ayrı görüşüldü. Çalışmaya katılanların hepsinden gönüllü katıldıklarına ilişkin yazılı onam alındı ve gizlilik için takma isimler kullanıldı. Görüşmelerin kelimesi kelimesine çözümleri kodlandı ve ortak temalar tanımlandı. Kronik kederin varlığı veya yokluğu, deneğin yanıtları operasyonel tanıma tepkileri kıyaslanarak saptandı. Araştırmacı ile NCRSC meslektaşının bağımsız sınıflamaları arası güvenilirlik 1.00 idi.

BULGULAR

Sıklık

Görüşmeye alınan on anababadan sekizi kronik keder gösterdi. Çocuklarının ilk tanısını almalarına ilişkin bir dizi yaşla ilgili duygular betimlediler ve zamanla bu duyguların değişen yoğunluk düzeylerinde yaşandığı çeşitli durumlar ve koşullar anlattılar. Kronik keder göstermeyen yalnızca iki anababa Afrikalı-Amerikalı çift idi. Çocuğun babasının bu ikinci evliliği idi, bu nedenle görüşmeye baba ve üveyanne alınmıştı. Görüşme süreci başlayıncaya kadar araştırmacı bu durumu bilmiyordu.

Kronik Keder Deneyimi

Çocukların tanısını ilk öğrendikleri zamanki duygularını anımsamaları istendiğinde anababalar şok, inanmazlık, yas, öfke, engellenme, hüznün, şaşkınlık ve umutsuzluk içeren sayısız duygu betimlediler. Kronik keder gösteren anababalar uzun bir süre boyunca bunların ve yas duygularının periyodik olarak yinlendiğini bildirdiler. Bu anababaların kronik keder deneyimlerinin kalıcı, periyodik, yaygın niteliğinin canlı bir

resmi 27 yaşındaki oğluna 5 yıl önce bipolar bozukluk tanısı konan babanın aşağıdaki yanıtında açıkça görülmektedir:

Beş yıl kadar oldu, böylece yas hafifleyen fakat bitmeyen bir duygu. Yas bir ölçüde hafifledi, fakat kesinlikle gitmiyor. Gece telefon çaldığında belki hastanededir diye endişe ediyorum. Bu yaşadığım sürece kalacak bir korku. Yas yüzeyde değil, derinlerde.

Çocuklarının tanısına ilk tepkilerini ve çocuğun hastalığı sırasında periyodik olarak yaşadıkları duyguları betimlerken anababaların en yaygın ifade ettikleri duygular öfke, engellenme ve şaşkınlık idi. Kronik keder gösteren sekiz anababadan beşi toplam 27 kez öfkeli duygularından sözettiler. Engellenme 4 anababa/13 aktarım) ve şaşkınlık (4 anababa/13 aktarım) duyguları ikinci en sıklıkla aktarılan duygulardı. Oğlunun hastaneye yatırılışlarından birindeki koşulları anlatan bir anneden aşağıya alınan alıntı tüm bu duyguları yansıtmaktadır:

John ve ben bu çocuğa ne olacağına ilişkin konuşuyor oluyoruz. Bizi iyice fakirleştirecek miydi? Onu hastanede tutmak ayda 1000 dolara maloluyor. Hastaneye gidip onu yemeğe çıkarırdık, 3 yaşındaki bir çocuğu çıkarmak gibiydi. Yaşamımızın sonuna kadar buna katlanıp katlanamayacağımızı merak ederdik. Bize ne olacak? Bunu hakediyor muyuz? Yeterince çaba göstermedik mi? Bu öfkedir. Niçin tanrım? Bunu hak edecek ne yaptım?

Kronik kederi olanlarda yinelenen duyguların yoğunluğu değişikti. Anababadan ikisi bunları ilk duygulardan daha yoğun olarak betimledi, birisi ise aynı yoğunluk düzeyinde olduklarını söyledi. Geriye kalan beş anababa için periyodik olarak yeniden yaşadıkları yas duyguları, ilk yaşadıkları duygulara göre daha az yoğundu.

Tetik Olaylar

Anababalar, kronik kedere özgü yasa ilişkin duyguların yinelenmesinin çok yönlü etmenlerle tetiklendiğini bildirdiler. Ancak, kronik kederli sekiz anababanın hepsi de “bitmeyen bakım sorumlulukları” şeklinde kategorize edilen durum ve koşulları tetik olarak aktardılar. Bunlar, ara verme olmayışı, aile yaşamına/diğer aile üyelerine etki, zamana/enerjiye aşırı talep ve mali yükü içeriyordu. Bakım verme etkinliklerinin şekli ve sorumlulukları çalışmaya katılanlar arasında farklıydı, fakat anababalar ruh hastası çocuklarının gereksinimlerini karşılamak için günde ortalama 4-5 saat harcadıklarını bildirdiler. Böylece, ortaya çıkan resim, çocuklarının ağır ve sürekli ruh hastalığı ile ortalama 12 yıldır her gün uğraşan geç, orta yaşta, oldukça sınırlı mali kaynakları olan anababalardır.

Yasa ilişkin duyguların yinelenmesine yol açan bitmeyen bakım verme sorumluluklarına toplam 27 atıf yapıldı. Bir anababanın aşağıdaki sözleri bu sorumlulukların özünü yakalıyor:

Hastalıkla zihnimizin uğraşması dışında gerçekte pek bir yaşantımız yok. Tam bir zihin uğraşı: birçok insan için günde 24 saat. Bu, korkunç, çok korkunç bir görev. Alzheimer'ın iyi tarafı gitgide kötüleşmesi, zamanla onları profesyonel bakıma gönderiyorsunuz. Bazı ruh hastalıklarında bu olmuyor. Bir nevi stabilize oluyor ve sürüp gidiyor. Bazı küçük çıkışlar ve inişler var. Çocuklarının tam-gün hastaneye kapatılacağı gün için dua eden anababalar biliyorum. Korkunç değil mi?

Bitmeyen bakım verme dışında duyguların yinelenmesine yol açan durumlar, yeniden hastaneye yatma gibi ele alma krizleri (5 anababa/9 bildirim), kendi durumlarıyla sosyal normlar arasındaki eşitsizliği görme (4 anababa/11 bildirim) ve

çocuklarının gelişimsel normlara ulaşmamasıyla yüzleşmeyi (3 anababa/13 bildirim) içerir.

Tablo 1. Burke/NCRS Kronik Keder Anket Formu (Bakımcı Versiyonu)

Size(isim)'e (hastalık adı) tanısı konduktan bu yana yaşadığınız bazı düşüncelere ve duygulara ilişkin bazı sorular sormak istiyorum. Hemşirelerin sizin gibi insanlara karşı daha duyarlı ve yardımcı olabilmeleri için sizin görüşlerinizi öğrenmek istiyorum.

1. (isim)'in (hastalık adı) olduğunu ilk kez nasıl öğrendiniz?
2. Bunu ilk öğrendiğinizdeki duygularınızı anımsayabiliyor musunuz? (Şu eklenebilir: Kafanızdan ne geçti?)
3.'nın durumuna ilişkin habere uyum sağlamada en çok ne yardımcı oldu?
4. Özellikle yardımcı olmayan bir şey oldu mu? (Cevap evet ise, lütfen bir örnek verin)
5.'nın durumuna ilişkin habere ilk tepkinizi düşünerek, o zamandan bu yana aynı duyguları (kişinin ikinci soruya verdiği yanıtta kendi sözcüklerini kullanın) yeniden hissetmenize yol açan bir olay oldu mu? (yanıt evet ise, 7-16 sorularını sorun, yanıt hayır ise 6 nolu soruyu sorun).
6.'nın durumunu düşündüğünüzde şu anki duygularınız nedir? (duygular kronik kederle tutarlı ise soru 7'yi sorunuz, değilse soru 14'de gidiniz).
7. Bu şekilde hissettiğiniz bir (soru 6'yı kullanıyorsanız "başka" sözcüğünü araya sokunuz) zamanı bana anlatabilir misiniz? (Şu eklenebilir: Koşullar ne idi? Duygularınızı betimleyebilir misiniz?)
8. Bazı bakım vericiler belirli olayların bu duyguları yeniden yüzeye çıkarmaya eğilimli olduğunu söylüyorlar. Bu duyguları hissettiğiniz başka zamanlar oldu mu? (Yanıt evet ise: Bunları bana anlatabilir misiniz?)
9. Daha sonraki yaşantıları'nın durumunu ilk öğrendiğiniz zamanki ile nasıl kıyaslıyorsunuz?
 - a. Genelde daha yoğun
 - b. Genelde aynı yoğunlukta
 - c. Genelde daha az yoğun
10. Bu duyguları hissettiğinizi başkaları biliyor muydu? (Yanıt evet ise: Nasıl biliyorlardı?)
11. Bu duyguları yaşadığımızda bazı insanlar özellikle yardımcı oldu mu? (Yanıt evet ise: Kimlerdi? Size yardımcı olan yaptıklarını hatırlayabiliyor musunuz?)
12. En az yardımcı olan kimlerdi? Ne şekilde?
13. Bir bakım verici'nın durumuna ilişkin kendini gerçekten çok kötü hissederse, daha iyi hissetmek için ne yapabilir?
14. Çalışmamın'na (durum) yakalanmış kişilere bakım verenlere gerçekten pratik öneriler yapmada yardımcı olacağını umuyorum. Onlara ne bekleyebileceklerine ilişkin neler derdiniz? Ne bilmeleri gerekecek?
15. Sizin gibi kişilere yardımcı olabilmeleri için hemşirelere veya diğer profesyonellere diyeceğiniz bir şeyler var mı?
16. Bir sonraki bölüme geçmeden sizinle bir noktayı kontrol etmek istiyorum. Bazı bakım vericiler'nın durumunu öğrendiklerinde gerçekten üzüldüklerini ve zaman zaman aynı hüznü yeniden duymalarına yol açan bir şeyler olduğunu söylediler. Başka bakım vericiler ise böyle hissetmemişler. Sizin için hangi durum geçerlidir?

Bu görüşmeyi tamamlamak için, size ve ailenize ilişkin şimdi sormak istediğim bazı genel bilgiler var.

Baş Etme Mekanizmaları

Anababaların kronik kedere ilişkin yinelenen duyguların üstesinden gelmek için kullandıkları baş etme mekanizmalarını belirlemek için her bireye şu soru soruldu: "Ruh hastası çocuğu olan bir anababa duruma ilişkin kendini kötü hissettiğinde, daha iyi hissetmek için ne yapabilir?" Yanıtlar, kişilerarası (örn., başkalarıyla konuşma), duygusal (örn., ağlama), bilişsel (örn., olumlu düşünme) veya eyleme yönelik (örneğin, kendini meşgul etme) olarak sınıflandırıldı. Durumlarıyla baş etmede etkili stratejiler geliştirmenin önemini 33 yaşında şizofren oğlu olan bir anne en iyi ifade etti:

Bu çok ağır birşey. Şunu demek istiyorum, eğer taşımak için yüklenirseniz birazıyla baş etmeyi öğrenmek zorundasınız.

En sık kullanılan baş etme stratejileri bilişsel olarak etiketlendi (8 anababa/13 bildirim). Bir örnek 32 yaşındaki bir şizofrenin 60 yaşındaki annesinden elde edildi:

Bunu aklınızdan tümüyle çıkarmanızı sağlayabilecek bir şey olduğunu sanmıyorum, ancak yaşamınızdaki daha iyi şeylere yoğunlaşmanız gerektiğini düşünüyorum.

Sekiz anababadan altısı eylem yönelimli (19 bildirim) ve kişilerarası (11 bildirim) baş etme tekniği kullandılar. İlginçtir, duygusal nitelikli olarak sınıflandırılan baş etme stratejilerinden kronik kederlilerden yalnızca üçü söz etti (3 bildirim).

Yardımcı Olan/Olmayan Etmenler

Çocuklarının tanısına uyum sağlamaya ve kronik keder yaşantısıyla baş etmeye çalışırken, anababaların yararlı ve yararsız bulduğu etmenlere ilişkin bilgi de araştırıldı. Kronik keder belirten sekiz denekten beşi, ruh hastalığı tanısı konmuş çocuk sahibi olmayla baş etmede sağlık profesyonellerinin onlara nasıl yardımcı olduklarını bildirdiler (12 bildirim). Baskın olarak bu bildirimler, semptomları kontrol etmeye yardımcı olan ilaçların sağlanmasına atıf yapıyordu. Ancak, büyük çoğunlukla sağlık profesyonellerine olumsuz bakılıyordu. Kronik kederli anababaların sekizi de durumlarıyla baş etmeye çalışırken sağlık profesyonellerinin onlara nasıl yardımcı olmadıklarına ilişkin 55 örnek bildirdiler. Söylenenlerin çoğu, çocuklarının tedavisine ilişkin iletişim eksikliği ve/veya ilgi eksikliğine ilişkin problemlere atıf yapıyordu. Aşağıdaki alıntılar ifade edilen duyguların özünü kavramaktadır:

Profesyonel kişilerin tutumlarının bana en az yardımcı olduğunu düşünüyorum. Bana bizim katkılarımız o kadar da önemli değilmiş gibi göründü. Güya, 1 hafta ya da 1 ay sonra 30 yıldır tanıdığımız oğlumuzu bizden daha iyi bildiklerini sanıyorlardı. Bunun doğru olabileceğini düşünmüyorum

En baştan benim şikayetim şu idi: kişisel kayıtları bir ölçüye kadar mahrem tutmak zorundadırlar, fakat hastalığın kendisi hakkında çok daha yardımcı olabilirler. Değiller. Onu nasıl ele alabileceğimize ilişkin hiçbir bilgi vermiyorlar.

Sağlık Profesyonellerine Öneriler

Deneklere, kendileri gibi bireylere daha iyi yardım edebilmeleri için hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine ne gibi önerilerde bulunacakları soruldu. En sık söylenen eylemler *Öğretmen/Uzman* rolüne ait olarak sınıflandırılanlardı (sekiz katılımcının yedisi 8 örnek bildirdi). Bu kategorideki eylemler, pratik tavsiyeler sunmayı, doğru ve zamanında duruma özgü bilgi vermeyi içeriyordu. Buna ek olarak, anababalar bu bilginin açık ve dürüst bir şekilde iletilmesi gerektiğini düşünüyorlardı. Çok daha az sıklıkla olmakla birlikte *Empatik Varlık*, *Destek Kişi* ve *Kolaylaştırıcı* rollerini karakterize eden eylemler de bildirildi (her biri 2 anababa tarafından). Empatik Varlık rolü dinleme, zaman ayırma, duyguları tanıma ve güvence verme gibi davranışları içerir. Anababalığı ilerletmek, anababanın bilgisine saygı duymak, güçlü yönleri görmek ve pekiştirmek Destek Kişinin rolüyle ilişkilendirilen eylemlerdir. Kolaylaştırıcı rolü, uygun göndermeler yapmayı, bakımı düzenlemeyi ve destekleri değerlendirmeyi içerir.

ÖZET/SONUÇLAR

Özetlersek, bu çalışmanın bulguları kronik ruh hastası bireylerin anababalarının kronik keder yaşayabileceklerini göstermektedir. Gerçekten de, görüşme yapılan 10 anababadan 8'i kronik keder belirtileri gösterdi. Çocuklarına 4 ila 20 yıldır şizofreni

ya da bipolar bozukluk tanısı konmuş anababalar da aynı şekilde etkilenmişlerdi. Kronik keder yaşamayan yegane denekler Afrika kökenli bir baba ile üvey anne idi. Bu durum kronik kederi etkileyen kültürel ve/veya aile yapısına ilişkin etmenler olup olmadığı sorusuna yol açıyor. İlerideki araştırmalar bu ilgi alanına eğilmelidir.

Kronik kederin literatürde belgelenen kalıcı, sürekli niteliği de bu hastaların deneyimini simgeliyordu (Burke, 1989; Clubb, 1991; Damrosch & Perry, 1989; Eakes, 1993; Eakes, Burke, Hainsworth, & Lindgren, 1993; Hainsworth, 1994; Hainsworth, Eakes, & Burke, 1994; Hainsworth, Burke, Lindgren, & Eakes 1993; Hummel & Eastman, 1991; Lindgren et al., 1992; Olshansky, 1962; Teel, 1991). Bu özelliklerin canlı bir tablosunu aşağıdaki alıntı vermektedir.

Anababalar baş etmek için ne kadar şey yapabilirlerse bunun önemli olduğunu düşünüyorum. Ancak yıllarca hep aynı şeyi yaşadktan sonra hem anababa hem de çocuk için yerleşen doğal bir engellenme vardır; bunun kalıcılığı çok bağlayıcı olduğunda ...boyutları sizi herhangi bir duyguya sürükleyebilir.

Bu çalışmada, kronik keder belirten deneklerin çoğu (sekiz anababadan beşi) yasa ilişkin duygularını, çocuklarına ilk tanı konduğu zamana göre daha az yoğun olarak betimlediler. Bu bulgular Miller ve arkadaşları (1990) ve Atkinson'un (1994) bulgularının tersine bulgulardır. Görülen fark, bu çalışmadaki deneklerin çocuklarındaki ruhsal hastalıkla uğraşmalarının uzunluğuna (ortalama 12 yıl) bağlı olabilir. Miller'in çalışmasındaki hastalara tanı konalı 2 yıl olmuştu; Atkinson'un çalışmasına katılanlara tanı konmasının üzerinden ne kadar zaman geçtiği açık değildi.

Ruh hastalıklı yetişkin çocukların anababalarının öfke duygularının kronik keder yaşantısının içine nüfuz ettiğine işaret etmek önemlidir. Gerçekten de, anababalar bakım verme sorumluluklarını ve sağlık bakımı sisteminin güçlüklerinin üstesinden gelme çabalarını betimlerken bu duygular güçlü ve açık biçimde anlaşılıyordu. Kuramsal düzeyde öfkenin yas tutma sürecinin ayrılmaz bir parçası olduğunu teslim etmekle birlikte (Bowlby, 1980; Parkes, 1970), pratikte bu öfke duyguları ifadelerinin ruh hastası bir çocuğun anababasındaki bitmeyen yasin olası belirtileri olarak kabul edilecekleri şüphelidir. Cerney ve Buskirk'in (1991) işaret ettikleri gibi, yasa ilişkili olduğunda öfkeye şaşırtıcı ve biraz da uygunsuz olarak bakılmaktadır. Bu farkında olmayış, ruh hastası bireylerin aile üyeleriyle sağlık profesyonelleri arasında çok sık görülen düşmanca ilişkilere katkı yapabilir. Konu kesinlikle daha ileri düzeyde ele alınmaya değer.

Ruh hastası bir çocuğun anababası olmaya bağlı bitmeyen bakım verme, kronik kederin en yaygın tetiği idi. Çocukları ister evde yaşasın ister dışarıda, çalışsın ya da işsiz olsun, tüm bu anababalar çocukları için, bazı hallerde bunaltıcı olan, bitmeyen bir sorumluluk duygusu bildirdiler. Ruh hastası bireylerin ailelerince taşınan subjektif ve objektif yükü belgeleyen geniş araştırmalar (Cook et al., 1992; Fadden et al., 1987; Jacop et al., 1987; Jaennings, 1987; Lefley, 1987a; Lefley, 1987b; Lefley, 1989; Parks & Pilisuk, 1991; Maurin & Boyd, 1990) gözönüne alındığında bu bulgu tek başına şaşırtıcı değildir. Önemli olan bu anababaların bakım verme sorumluluklarını yas tutma süreçlerinin tekrar başlamasıyla ilişkilendirmiş olmalarıdır.

Kronik kederli tüm anababalar, kronik kederleriyle baş etmek için bilişsel baş etme stratejilerine güvendiler. Günlük yaşamaya çalıştılar, yaşamlarının olumlu yönleri üzerine yoğunlaşmaya ve özel koşulları altında olabildiği kadarıyla yaşamlarının kontrolünü ellerinde tutmaya çabaladılar. Bu bulgu, Hainsworth ve arkadaşlarının (1994) bilişsel stratejilerin kronik veya yaşamı tehdit edici durumlarla, tanı konan

bireylerin kullandığı kronik kederle baş etmede en yaygın baş etme biçimleri arasında olduğu bulgusuyla tutarlıdır. Hainsworth ve arkadaşları (1994) tarafından ve bu çalışmada kullanılan bilişsel baş etme betimlemesi, Parks ve Pilisuk'un (1991) cinsiyet ve bakım vermenin psikolojik bedelini inceleyen çalışmasında adı geçen "objektifleştirme" baş etme biçimine karşılık gelir. Olumlu çağrışımına rağmen, Parks ve Pilisuk bu baş etme biçimini kullananlarda artan bir depresyon düzeyi bulmaları ilginçtir.

Hemşirelik Doğurguları

Şimdiki araştırma çalışmaları, ruh hastası yetişkin çocukları olan anababaların deneyimlerini daha iyi anlamak için bir çerçeve sağlar. Anababaların sürekli kayıp ve çözümlenmemiş yas deneyimlerini, anlaşılmayı kolaylaştıracak müdahalelere kılavuzluk edecek bir çerçeve-kronik keder-içine oturtur. Gerçekten kronik keder, Lefley'in (1987a) ailede ruh hastalığı deneyimi betimlemesini yansıtır. Lefley'e göre, "yıllar boyunca süren kroniklik sırasında gelişen uzun süreli duygusal tepkiler genellikle kontrol edilebilen, fakat hiçbir zaman tümüyle yok edilemeyen bir tür kalıcı acıya dönüşür" (p. 6).

Bu çalışmada görüşme yapılan anababalar, hemşirelerden ve diğer sağlık profesyonellerinden neyi gereksindiklerini betimlerken çok açık sözlü idiler. Sağlık profesyonellerine sundukları önerilerin, sağlık sistemi içinde yaşadıkları güçlüklerle doğrudan ilişkili olması şaşırtıcı değildi. Anababalar dürüstçe ve doğru zamanda iletilen bilgi istiyorlardı. Bundan başka, çocuklarının tedavi planıyla belli düzeyde ilgili olmak gereksinimindeydiler, öyle ki çocukların hastalığının onların yaşamları üzerindeki etkisi bilinsin ve her gün karşılaştıkları sorunlarla baş edebilmeleri için tavsiyelerde bulunulabilsin. Yanıtlanması gereken soru, mahremiyet kuralları içinde ailenin için içine nasıl sokulacağıdır.

Anababaların, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin Öğretmen/Uzman rolünde işlev görmesine belirgin gereksinimi, çoğunun bilişsel baş etme biçimlerini kullanmasıyla tutarlıdır. Unutulmaması gerekir ki, araştırmacının en fazla neye ihtiyaçları olduğuna ilişkin bilgi almak için bütün yapması gereken basitçe sormaktır.

Kronik kedere, patolojik bir durum olarak değil, hiç bitmeyen kayba normal bir tepki olarak bakıldığı vurgulanmalıdır. Bir kayıp sonrasında, duygusal iyileşmenin olabilmesi için yas tutma sürecine katılımın gerekliliği geniş kabul görmektedir. Bu nedenle, burada kronik keder olarak tanımlanan periyodik yasin, ruh hastası bir çocuğun anababası olmak gibi sürekli kayıp durumlarında iyileştirici bir niteliği olabilir. Bunun tanınması, kronik keder yaşayanlara uygun destek ve onaylama sağlamaya doğru ilk adımdır.

Bitmeyen bakım verme sorumluluklarının ruh hastası yetişkinlerin anababalarında yasa ilişkin duyguların tekrar oluşmasını tetiklediğinin bilinmesinin, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin rehberlik ve yararlı görülen müdahaleleri yapmalarına yardımcı olacağı kesindir. Görüşme yapılan anababalar için, çocukların hastalığının onları nasıl etkilediğinin bilinmesi, ne ummaları gerektiğine ilişkin bilgi, çocuklarının tedavisiyle ilgilenmek ve çocuklarının hastalığını nasıl ele alacaklarına ilişkin ipuçları en çok sıklıkla istenen müdahalelerdi. Destek ve geçici rahatlama kaynaklarının tanımlanması ve bunları kullanmaya teşvik te yararlı olabilir.