

STERWE, DOOD EN ROU AS 'N GESONDHEIDSPROBLEEM

Frederika M. J. de Villiers

Professor en Hoof, Departement Verpleegkunde, Universiteit van die Noorde

SUMMARY

It is clear that the progress in medical technology, the increasing awareness of psycho-social aspects in the health services, the humanistic emphasis on patient care, changes in the family structure, the hospitalisation of the dying patient and the increasing relationship of the health personnel in the death situation, all resulted in an increasing identification with dying, death and mourning as health care problems. These tendencies have reached a level which created a need for the development of effective approaches in respect of the case of man in the throes of death. The acceptance of the responsibility not only for the care but also for the accompaniment of dying persons and their loved ones, has become a necessity, because dying, death and mourning actually are health problems.

RELIEF

TEREG wys Barton (1977 : 6) daarop dat "Dying is rapidly becoming an institutionalized process. Changes in society and family structure, along with the hospital-based availability of modern life-saving and life prolonging procedures, have moved the dying process towards the institutional setting."

Dus vanweë sosiale verandering en wetenskaplike en tegnologiese ontwikkeling op mediese gebied, dui alles daarop dat die verpleegster in die toekoms met meer in plaas van minder probleme waarin die dood die sentrale kern sal wees, gekonfronteer sal word, en wel om die volgende redes: (Quint, 1967 : 12-13)

- * Mense leef langer. Volgens Barton (1977:4) het die lewensverwagting toegeneem van ongeveer 47 jaar in 1900, tot oor 70 jaar in 1967. Nie net die lewensverwagting het gestyg nie, maar daar het ook belangrike verskuiwings in die mortaliteitsyfers plaasgevind in sekere groepe. In 1900, was oor die 50% van geregistreerde sterftes kinders onder 15 jaar, terwyl 17% sterfgevallen in die 65 en ouer groep voorgekom het. Teen die einde van 1960, het 67% sterfgevallen in die ouderdomsgroep van 65 en oor plaasgevind en dood in die jonger groep het merkbaar verminder.
- * Veroudering van die populasie bring 'n toename in kroniese siektes mee, soos bv. kanker en hart-toestande.
- * Weens verbetering in simptomaties mediese behandeling, is pasiënte se lewensomstandighede verbeter en hulle lewensverwagting verleng, omdat siektetoestande wat vroeër spoedig fataal sou wees in 'n hoë mate oorwin is.
- * Weens veranderinge en vooruitgang op mediese en tegnologiese gebied en die hoë lewensverwagting van die mens, moet verpleegsters tans in sommige kliniese afdelings groot getalle pasiënte versorg wat sterwend is.

* Wetenskaplike en tegnologiese ontdekkings het 'n diepgaande effek op behandeling van sterwende pasiënte deur die ontwerp van tegnieke en masjiene wat gebruik word om die lewe te verleng. Die probleem van die sterwensmoment het meer gekompliseerd geraak weens die lewensreddende maatreëls en orgaanoorplantings; dit lei ook weer tot komplekse en moeilike besluite. Vergelyk beslissings oor voortsetting of staking van resussitasie en oor toepassing van eutanase.

* Die moderne nukleêre gesin wat meer geïsoleerd en mobiel is, soek ondersteuning van vriende, bure en sosiale inrigtings wanneer iemand van die gesin siek is "rather than abundant relatives living in close proximity as in the past. Dying at home in the company of familiar faces and surroundings has given way to dying in institutions amidst a complex array of caregivers, machinery, social organizations, and administrative protocol." (Barton, 1977:6)

Dus die samelewing deleger toe-nemend die verantwoordelikheid vir die versorging van die sterwende mens en sy dierbares aan die hospitale. "These findings indicate that increasing numbers of health-care professionals are placed in close approximation to dying persons and death." Hierdie sorgverleners moet noodwendig die beskikbare tegnologie benut, en terselfdertyd humanistiese sorg verleen. Hulle moet ook kennis en vaardigheid ontwikkel om hulle in staat te stel om die sterwende persoon en sy familie te versorg "and to deal with constant exposure to reminders of their own finitude." (Barton, 1977:6).

'n Terugblik laat ons onwillekeurig saam met Barton (1977:7) stem dat "advances in medical technology and increased awareness of psychosocial issues in medical care, the humanistic emphasis in patient care, on increased awareness of finitude, changes in family structure, the institutionalization of dying, and increased

proximity of health-care personnel to the death situation have all resulted in an increased identification of dying and death as health-care problems. These trends have reached a level that creates a need for the development of effective approaches to care in the area." Die konstituering van 'n atmosfeer wat die aanvaarding van die verantwoordelikheid vir die versorging van sterwende mense en hulle dierbares deur die hospitale sal verbeeld het 'n noodsaaklikheid geword. Sterwe, dood en rou "are indeed health-care problems." (Barton, 1977:7).

Vanweë sosiale veranderinge en die wetenskaplike en tegnologiese ontwikkeling op mediese gebied het "dood" 'n nuwe betekenis as 'n verplegingsprobleem aangeneem. Weens die kliniese en onderwyservaring, gesprekke en onderhoude met verpleegsters, (geneeshere, predikante, maatskaplike werksters) en familieledes van sterwende pasiënte, en aanduidings in bestaande literatuur, is tot die gevolgtrekking gekom dat die verpleegsters nie behoorlik voorberei word om probleme wat met begeleiding van sterwende pasiënte en met ondersteuning van hulle familieledes geassosieer is, te hanteer nie. Daar word meer klem gelê op die tegniese voorbereiding van studenteverpleegsters vir die versorging van die pasiënt in sy sterwensnood as op die begeleidende hulp wat ewe noodsaaklik is. Die verpleegsters is self dikwels ontsteld deur hulle eie onbekwaamheid in die hantering van die sterwende mens en sy dierbares. (De Villiers, 1977:6)

Dus, aangesien die verpleegster in die moderne komplekse hospitale toenemend met sterwende pasiënte en hulle familiebetrekkings gekonfronteer word, en vanweë die publiek se eise vir beter gesondheidsorg en vir ekspansie en verbetering van verpleegdienste, het dit dringend noodsaaklik geword dat die verplegingsdimensie in begeleiding van sterwendes en ondersteuning van hulle dierbares indringend ondersoek word.

***N TERUGBLIK OOR DIE VERPLEGINGSWÊRELD EN STERWENDE MENSE**

Dat baie verpleegsters in hospitale swak voorbereid voel om die probleme van sterwende pasiënte te hanteer "and derive little personal satisfaction from these assignments, suggests that schools of nursing have provided insufficient training — particularly in the 'hows' of performing the delicate psychological tasks associated with the dying process." (Quint, 1967:10, vgl. Sugden, 1975: 106).

Te oordeel na die inhoud van standaardverplegingshandboeke bevat dit relatief min omtrent die begeleiding van sterwendes. Die inhoud van die boeke wentel hoofsaaklik om die lewensreddende aspekte van die verpleegpraktyk. Indien 'n hoofstuk wel aan die sterwende pasiënt bestee word, sentreer die inhoud spesifiek wel op die praktyk wat verpleegsters moet implementeer wanneer die pasiënt naby die punt van dood is, en die prosedures wat volg in die uitlê en verwydering van die lyk. (De Villiers, 1977:30).

Net soos die wye samelewing waarvan dit deel is, het die verplegingswêreld geringe aandag aan die sosiale en psigologiese aspekte van die dood bestee. In plaas daarvan is gekonsentreer op die tegniese aspekte van wat die verpleegster behoort te doen wanneer pasiënte sterf. (DuGas, 1972:441; Quint, 1967:11) Stevens (1974:255) vat dit as volg saam: "Death is the last page in the earthly story of all living things. This is a fact that we accept intellectually, yet many of us can't do it emotionally. In our efforts to sustain life, we can conscientiously observe the diet, the medication, the activities, the emotional needs of our long-term patients until they are approaching the end. When they get that far, when they need our complete support and ultimate care, they often get the very least. Why?"

Gedurende die na-oorlogse periode is verpleegonderwys egter grootliks beïnvloed deur die groeiende geestesgesondheidsbeweging. (Quint, 1967:17) Roe & Sherwood (1973:2) is van mening dat: "Nursing is returning to the time when the giving of comfort to a person involved body contact and communication, and there was less reliance on medication."

Vanaf ongeveer 1955 het artikels in verpleegsterstydskrifte die psigologiese aspekte van versorging van sterwende pasiënte begin beklemtoon. (Norris, 1955 -1214 - 1217). Hierdie toenemende belangstelling in dood is nie uniek aan verpleging nie, want 'n geleidelike toename in artikels en boeke oor dood en sterwe, word ook in die tydgenootlike sosiale en mediese literatuur gevind. Baie van die publikasies reflekteer 'n toenemende besorgdheid oor die morele en persoonlike aspekte geassosieer met 'n veranderde profiel van die dood. (Quint, 1967:12).

Sosiale veranderinge en wetenskaplike en tegnologiese vooruitgang op mediese gebied in die twintigste eeu het probleme wat verwant is aan die dood toenemend vir verpleegsters en geneeshere gekompliseer. Dit het ook 'n diepgaande effek op behandeling van sterwende pasiënte vanweë die ontwikkeling van tegnieke en masjiene wat gebruik kan word om die lewe te verleng. Die bepaling van die sterwensmoment het ook weens lewensreddende maatreëls meer kompleks geraak. Lewensverlengingstoerusting verleen aan die geneesheer tans groter kontrole oor die uitstel van die pasiënt se dood, maar lei tegelykertyd tot kompleksere en moeiliker besluite wat geneem moet word. Vergelyk die beslissing oor voortsetting of staking van resussitasie, en die probleem van eutanase. (Stevens, 1974:256).

Quint (1967:13) verwys ook na die merkbare toename in gebruik van heroïese maatreëls by veral die jonger geneeshere. "Hercic measures are the speedy and all-out efforts made to stave off death when one of the body's vital systems suddenly fails, e.g. the heart stops beating and external (internal) cardiac massage is applied." Die probleem van lewensverlenging wanneer herstel nie langer moontlik is nie, het ernstige afmetings aangeneem en geneeshere word toenemend gekonfronteer met besluite in hierdie verband. (Stevens 1974:256) Palmer (1976:26) wys ook daarop dat 'n

geneesheer kan aan 'n pasiënt sê dat daar niks meer is wat hy vir hom kan doen nie, maar 'n verpleegster bereik nooit so 'n fase nie.

Dit blyk uit voorgaande dat die versorging van sterwende pasiënte in die afgelope jare 'n hospitaalfenomeen van toenemende kompleksiteit geword het en dat "nurses are faced with many situations which are both problematic and distressing." (Quint, 1967:15). Dit word bevestig deur Sugden (1975:106). "Coping with the dying patient is a disturbing problem and one which is regrettably encountered frequently." (Verg. ook De Villiers, 1977).

Die hoë waarde wat aan lewensreddende verantwoordelikheid in verpleging en in die hospitale geheg word, het 'n milieu geskep waarin herstel en lewensredding 'n primêre doel is. Die studentverpleegster betree die milieu van professionele praktyk met reeds gevestigde houdings, waarin die dood as taboe onderwerp geld. (Robinson, 1972:65) Direkte konfrontering met sterwende pasiënte bring hulle van aangesig tot aangesig met die werklikheid van die dood en presipiteer gedagtes en gevoelens wat ontstel. (Sugden, 1975:106) Die neiging om van hierdie situasie, wat persoonlik bedreigend is, te onttrek, word ondersteun deur die waardesisteem in verpleging — "the high value accorded to life-saving activities reinforces the societal value of avoiding the reality of death." (Quint, 1967:229) Quint (1967:229) wys ook verder daarop dat beide die hospitaalkultuur en die onderwyspraktyk van baie dosente in verpleging ondersteun die voorrang van herstel as doeleinde "without concomitant direction for attaining the distinctly different goals of helping people to live while dying." Hierdie sisteem van waardes wat die bewaring van lewe beklemtoon, en dood as 'n aanduiding van mislukking sien, is deel van die gesondheidsprofessie in die algemeen. (Schoenberg, 1969:55) Dit word vir verpleegsters deeglik ingeskerp om in terme van herstel te dink. "Traditionally, doctors and nurses have committed to the preservation of life with all the means at their disposal." (Stevens, 1974:256)

Die samelewingspatroon van "swye" oor dood word in die mediese en verplegingspraktyke gereflekteer. Quint (1967:234) wys ook daarop dat die gesprek as komponent van verplegingspraktyk "has been presented to the student in generalized rather than specific terms, with a few exceptions." Daar word eerder geneig om die geneesheer se gesagsposisie te gebruik om sekere interaksies met pasiënte te vermy. Wasserman (1968:18) is ook van mening dat wanneer 'n sterwende pasiënt 'n gesprek oor sy dood probeer aanknoop, is verpleegsters en geneesheer geneig om in professionele taal, wat vir die pasiënt onverstaanbaar is, te begin praat, of hulle glip behendig weg na 'n bespreking oor die weer of iets ewe onbelangriks. Dikwels word 'n lastige vraag na die dokter verwys, en as dit klaarblyklik 'n direkte, eenvoudige vraag was, besef die pasiënt dat die ontwyking onheilspellend is.

Robinson (1972:68) is ook van mening dat "Nursing education has not prepared the practitioner for verbal contact with dying patients. Emphasis has traditionally been on techniques, not on the process of dying. The

nurse is rendered helpless when her task orientation cannot modify the patients' condition. She has not been prepared to intervene meaningfully through verbal exchange . . . All these factors engender extreme discomfort in the nurse."

Verpleegsters is oor die algemeen daarvan bewus dat hulle gesprekke met sterwende pasiënte kritiese gebeure is, wat die pasiënt se lewe dikwels op 'n belangrike wyse beïnvloed. Die voorafgaande dui op die noodsaaklikheid daarvan dat die dosent (saalsuster, ens.) bewus moet wees van die emosionele betrokkenheid van studentverpleegsters. Die verpleegster moet veral toegerus word om 'n gesprek te voer met pasiënte wat openlik oor hulle naderende dood wil praat, want "Communication is the key issue. It is the bridge between nurse and patient. It prevents withdrawal and isolation." (Quint, 1967:236) Roe & Sherwood (1973:2) wys daarop dat die sterwende pasiënt "needs a nurse who can break into his terrible isolation . . ."

IMPLIKASIES WAT HIERDIE PROBLEEM VIR DIE VERPLEEGBEROEP INHOU

Oor die problematiek van die dood is in die afgelope dekades dramaties besin, selfs vër buite die grense van die mediese en verplegingsprofessie deur bv. teoloë, psigoloë, sosioloë, filosowe, fisioloë en maatskaplike werkers. Elkeen poog om te bepaal wie die aangewese persoon is om die sterwende pasiënt en sy dierbares te begelei en te ondersteun.

De Klerk (1971:13) sien byvoorbeeld die verpleegster as die moederfiguur in die konteks van die sterfbed. "Haar begeleiding is veral dié van sorgende nabyheid en aandag, gepaardgaande met die 'kleine dialoog' rondom bemoediging en 'n beskikbaarheid om in enkele sinne te reageer op die vraende besig wees met die sterwe. As sy maar net liefdevol in al sy fisiese behoeftes voorsien en hom help om sy waardigheid te behou, is dit genoeg". Skryfster is egter van mening dat dié siening van De Klerk eensydig is en neerkom op 'n verskraling van die verpleegsters se taak in begeleiding van sterwende pasiënte wat net die 'fisiese versorging' en 'kleine dialoog' gereduseer word.

Smuts (1975) wys daarop dat die verpleegster meer as enigiemand anders in dié posisie verkeer om aan die sterwende bystand te verleen, maar dat sy hierin gekortwiek word. Vergelyk empiriese navorsing deur De Villiers (1977), asook ander verplegingsliteratuur wat hierdie stelling bevestig deurdat sy nie akademies behoorlik voorberei word en ook 'voel' nie.

Die ontoereikendheid in die akademiese voorbereiding in die versorging van sterwendes en die ondersteuning van hulle dierbares is akkumulatief in die kliniese instruksies of rolmodelle wat in staat is om studente te begelei in hulle taak. Gevolglik word dit aan hulle eie kennisbronne oorgelaat wanneer hulle gekonfronteer word met sterwende mense en hulle familie.

Houdings van verpleegsters ten opsigte van die dood is dat dit onvermydelik en 'n angswekkende deel van die lewe is. Baie van die angs word veroorsaak deur die onvermoë omdat die manier en tyd van dood nie gekontroleer kan word nie. Navorsing (vgl. De Villiers, 1977,

Epstein, 1975, ea) toon dat verpleegsters veral troos en ondersteuning in hulle geloof rondom 'n sterfbed vind. Onderwys is 'n kragtige middel tot die ontwerp van die houding van verpleegsters ten opsigte van sterwende pasiënt en hulle familie. Vrees en angs vir die dood verminder met toenemende akademiese voorbereiding en herhaalde versorging van sterwendes. Dit is net so belangrik dat daar administratief ruimte geskep word vir die toepassing en implementering van die ekspressiewe funksie van die praktyk.

Ten spyte van die proliferasie in literatuur met betrekking tot sterwe, dood en die rouproses, "the topic remains taboo or is viewed as "soft data" and of questionable relevance. Clearly, a topic may be highly visible and still be taboo . . . Visibility in itself, does not necessarily mean that the knowledge and skill related to an area have been integrated into the care-giving process . . . Likewise, a large body of knowledge about an area may be available and the application of that knowledge be limited." (Barton, 1977:3) Tereg wys Barton (1977:3) verder daarop dat "Commentary is no substitute for the development of actual approaches to problems in care." Dus terwyl frases soos "sterwe en dood", "sterf met waardigheid", "sterwensbegeleiding", ens. deur die hospitale kan weergalm en sodoende die nodige fokus en klem daarvoor voorsien. "The critical issue remains one of integrating approaches to care for dying persons and their families in actual care situations." Om teenoorgesteld op te tree is om hierdie dimensie te isoleer en dit apart te hou van die hoofstroom van verpleging (en mediese praktyk). "Without integration of the knowledge into an approach, there is the danger that the topic and its many ramifications will become like the dying person — often isolated and set apart on the periphery of care."

Tereg wys Epstein (1975:3) ook daarop dat die besit van kennis met betrekking tot 'n ander onderwerp, alleen die begin van wysheid en vaardigheid is. "Before students and health personnel can use the available information, a connection must be made between that information and the interactive situation between personnel and dying patient." Onderrigmetodes van groot belang is rolspel, die eksemplariese modus, die simulasietegniek om oefening in vaardigheid te voorsien. (vgl. De Villiers, 1977, vir meer besonderhede).

SLOTGEDAGTES

Aangesien sosiale veranderinge en wetenskaplike en tegnologiese ontwikkeling op mediese gebied daarop dui dat verpleegsters in die toekoms met meer eerder as minder probleme gekonfronteer sal word waarin die 'dood' die kern sal wees, is dit noodsaaklik dat voor-sorgmaatreëls getref sal word vir innovasie van die onderrigprogram van studentverpleegsters, asook verpleegpraktisyns in die kliniese situasie. Selfs die bes voorbereide dosent mag waarde vind in re-oriënterende innovasieprogramme wat besondere aandag bestee aan die etiese problematiek en veranderde verant-

woordelikhede wat verpleegsters moet aanvaar in ondersteuning van die sterwende mens en sy dierbares-in-nood.

Tereg wys Epstein (1975:186) daarop dat die antwoord of oplossing van die probleem nie thanatoloë is nie; dit is 'n neiging waarteen gewaak moet word, want wanneer 'n leemte in die professionele funksionering ontdek word, bestaan daar altyd 'n moontlikheid om 'n spesialis te skep. Verpleegsters is in kontinue interaksie met sterwende pasiënte en hulle dierbares en kan hulle nie in reserwe hou vir die besoek van 'n spesialis thanatoloog.

Dit is 'n besliste feit dat geen lid van die multidissiplinêre span hierdie werk vir hom alleen kan reserveer nie, maar ook nie mag negeer nie. Skryfster onderskryf die multidissiplinêre benadering want elke lid se spesifieke bydrae en bepaalde perspektief sal bydra tot effektiewe terapeutiese sorg. Deur insig te hê in die verskeie bydraes sal die versorgers help om die beskouing van verskillende dissiplines te integreer in die "overall process of caring for dying people and their families, thereby moving toward achieving the concept of supportive collaboration." (Barton, 1977:XI)

Dit is dus duidelik dat die vooruitgang in mediese tegnologie, die toenemende bewuswording van psigososiale aspekte in die gesondheidsdienste, die humanistiese klem in pasiëntsorg, veranderinge in die gesinstruktuur, die hospitalisering van die sterwende pasiënt, en die toenemende verwantskap van gesondheidspersoneel in die sterwensituasie het alles resulteer in 'n toenemende identifikasie van sterwe, dood en rouprosesse as "gesondheidsorgprobleme." Hierdie tendense het 'n vlak bereik wat 'n behoefte geskep het vir die ontwikkeling van effektiewe benaderings ten opsigte van die versorging van die mens-in-systerwensnood. Die aanvaarding van die verantwoordelikheid, nie net vir die versorging, maar ook vir die begeleiding van sterwende mense en hulle dierbares het 'n noodsaaklikheid geword, want sterwe, dood en rou is inderdaad gesondheidsorgprobleme.

BIBLIOGRAFIE

1. Barton, D. 1977. Dying and death. A clinical guide for caregivers, Baltimore, Williams & Wilkins.
2. De Klerk, W.J. 1971. Die psigologie van sterwe. Potchefstroom, P.U. vir C.H.O.
3. De Villiers, Fredrika, M.J. 1977. Verplegingsdimensie in begeleiding van sterwendes — 'n Didaktiese studie. (D. Ed.) proefskrif, Potchefstroom, P.U. vir C.H.O.
4. Du Gas, Beverly, W. 1972. Kozier-Du Gas, Introduction to patient care, 2nd ed. London, Saunders.
5. Epstein, Charlotte, 1975. Nursing the dying patient. U.S.A. Reston.
6. Norris, Catherine, N. 1955. The nurse and the dying patient. American Journal of Nursing, 55:1214-1217, act.
7. Palmer, I.O. 1976. Discussing death. Nursing Times, 72(7):261, Feb.
8. Quint, Jean, C. 1967. The nurse and the dying patient. New York — Mc Millan.
9. Robinson, Liza, 1972. Psychological aspects of the care of hospitalized patients, 2nd ed. Philadelphia, Davis.
10. Roe, Ann & Sherwood, Mary. 1973. Nursing in the seventies. New York, Wiley.
11. Schoenberg, B. 1969. The nurses education for death. (In Kutscher, A.H. red. Death and bereavement. New York, Thomas. p. 55-73).
12. Smuts, A.J. 1975. Psigoterapeutiese sterwensbegeleiding. Pretoria. Ongepubliseerde verhandeling (M.A.) Universiteit van Pretoria.
13. Stevens, Carolyn, B. 1974. Special needs of long-term patients. Philadelphia, Lippencott.
14. Sugden, J. 1975. Psychology in nursing. London, Heinemann.
15. Wasserman, H.P. 1968. Die verpleegster en die dood. Die S.A. Verplegingstydskrif, 35(9): 33-34, Sept. 35(10) 24-27 Okt. 35(11) : 18-21, Nov.