

DIE STERWENDE KINDJIE

JAN T. DE JONGH VAN ARKEL,

Senior Lektor, Dept. Praktiese Teologie,

Universiteit van Suid-Afrika

Wie een kind op weg naar de dood begeleidt, sterft zelf een beetje mee met zijn patiëntje. Tegelijkertijd krijgt hij door zijn eigen verdriet en wanhoop meer begrip voor de moeder van het kind. Niet alleen voor de ouders, maar ook voor de artsen, de verpleegsters, de verzorgers en de pastores is het moeilijk om het kind bij het sterven te helpen. Of wij deze taak aankunnen, hangt in wezen af van de vraag of wij zelf eerlijk ons standpunt bepalen ten aanzien van onze doodsangst en ten aanzien van onze neiging om de realiteit te ontkennen.

ELKEEN IS BETROKKE

Om oor die sterwende kindjie te praat is baie moeilik. Kind en dood pas nie bymekaar nie — dit is teenoorgesteldes, dit bots. 'n Kind is die simbool van verwagting, vervul met vitaliteit, die toekoms en die lewe. Die dood neem juis hierdie dinge weg en word gewoonlik met ouderdom en aftakeling geassosieer.

Die gevoelens wat gevolglik deur die dood van 'n kindjie opgeroep word, is baie sterker as wanneer 'n volwassene sterf. Die smart van agtergeblewenes is selfs meer intens as wanneer 'n eggenoot(-e) of 'n ouer sou sterf.

Geen menslike interaksie is moontlik sonder betrokkenheid nie. Rondom die sterfbed en in besonder by die sterfbed van 'n kindjie is daar nie plek vir afgetrokke toeskouers nie. **Die reaksies van mense** in die omgewing van die sterwende kindjie is deel van die sterwensproses en hul gevoelens en idees het of positiewe sorg of negatiewe verwaarlosing van die sterwende tot gevolg.

Elkeen wat in 'n sorgende verhouding met 'n sterwende kindjie en

sy familie te staan kom, moet hulle eie betrokkenheid, angste, vrese en dies meer, verstaan sodat daar so min as moontlik negatiewe projeksie plaasvind. Byna alle navorsers waarsku dat ons, ons siening en angs rondom die dood projekteer op die mense om ons. 'n Fenomenologiese siening van die doodsbeleving en sterwensproses van kindertjies sou totaal in die lug hang en geen waarde vir die sorg hê, indien ons nie elke keer eers hierdie vraag ten opsigte van elke betrokke aan die orde stel nie.

Tussen die versorger en die kind vind **wedersydse interaksie** plaas. Die versorging van 'n sterwende kind bestaan nie uit 'n *a priori* houding van 'n volwasse grootmens wat aan 'n kind met probleme leiding gee nie. Die interaksie vra dat ons sal moet kyk hoe die volwassene die kind sien en die kind die volwassene sien. Hulle moet, hoe ongelyk in status en hoe groot die ouderdomsgaping ookal is, mekaar as medemense sien.

Die betrokkenheid by 'n sterwende kindjie styg uit bo **professionele rolle**. Die kind hou hom nie by ons gewone rolklassifikasie by 'n siekbed nie. Hier is daar nie formele dokter-pasiënt, verpleegkundige-pasiënt, maatskaplike werker-pasiënt of hospitaalleraar-pasiënt verhoudings nie. Hierdie rolle word deur 'n kind maar net oppervlakkig gerespekteer. 'n Kind praat met 'n mens wat **beskikbaar** en **sensitief** is, wat sy amp ookal sou wees. Met die dominee praat hy oor die medikasie en met die dokter oor die hemel. Wie betrokke wil wees by 'n sterwende kindjie moet beskikbaar wees en mag nie gaan wegkruip agter die maskers van professionele taal, rol, afstand, rituele handeling en hospitaalroetine en gebruikte nie.

SUMMARY

The thought of a child dying appears as an antithesis and thus the feelings evoked by the dying child are stronger than when older persons are dying. Around the child's death bed there is no place for detached spectators and all become involved in caring for and supporting him. Caregivers also have a supporting responsibility towards the members of the child's family.

Communication with the dying child is an important aspect and attention must be given to the child's symbolic non-verbal language. Children know they are dying and want to communicate their feelings and fears.

When supporting the dying child his concept of death must be borne in mind. This concept is determined by, among other things, his stage of development, personality and experience. The helper must be prepared to move with the dying child in his growing awareness of what is happening to him.

Dit is natuurlik baie meer traumaties om nie op 'n afstand te bly staan nie.

Binne 'n hospitaalopset is dit van uiterse belang dat daar 'n hegte en oop spanverhouding tussen die verskillende helpers sal bestaan. Elkeen van die spanlede moet op hoogte gehou word van *waar die kindjie in sy verwerking van sy sterwensproses is*. Geen lid van die saalpersoneel kan afsonderlik die verantwoordelikheid dra nie. 'n Goeie spanbenadering is nodig ter wille van die kind maar ook vir die personeel. Hierdie metode is nodig selfs al sou die span besluit dat een of twee van die spanlede die verantwoordelikheid namens die ander moet dra om 'n hegte verhouding met die kindjie op te bou.



KOMMUNIKASIE MET DIE STERWENDE KIND

Die kommunikasie met 'n sterwende kind is natuurlik nie so eenvoudig nie. Dit is nie soseer dat die kind hom nie kan uitdruk nie, maar wel dat ons hulle nie verstaan nie of dat daar blokkasies aan ons kant is wat ons verhoed om met hulle kontak te maak.

Veral ouers het nog groter probleme hiermee. Weens hulle eie vrees vir die dood kan hulle nie kommunikeer waar die dood ter sprake is nie. Hulle emosionele betrokkenheid by hulle eie verlies (die kind) en die feit dat hulle met hul eie verwerking worstel en nog nie die kind kan *loslaat* nie veroorsaak dat 'n oppervlakkige, vriendelike verhouding gehandhaaf word, waarin slegs triviale en nie-relevante sake ter sprake kom.

By die kommunikasieproses is dit belangrik om rekening te hou met die feit dat simboliese taal by die sterfbed 'n baie groot rol speel — nog meer so by kinders. Twee tipes taal is algemeen: simboliese nie-verbale en simboliese verbale taal. Dit is meestal jong kinders van tussen 4 en 10 of 12 jaar wat gewoonlik die nie-verbale simboliese taal gebruik.

Dit is veral sigbaar in tekeninge wat hulle maak, prentjies wat hulle uitsoek en wat hulle aandag trek, hulle spel en optrede teenoor teddiebere en poppe en simboliese gebare wat hulle maak. Ouer kinders, adolescenten en volwassenes maak meer van verbale simboliese taal gebruik.

In 'n baie interessante artikel beskryf Dr. Gregg Furth hoedat hierdie simboliese taal in tekeninge van sterwende kindertjies na vore kom.

Nie-verbale handelinge kommunikeer gevoelens en gedagtes vanuit beide die bewuste en onbewuste funksionering. 'n Groot deel van 'n sterwende kind se wêreld draai om sy siek liggaam en daar is dan ook gevolglik baie verwysings hierna wanneer hy 'n tekening maak. In so 'n tekening kan ons besondere mededelings en emosies vind wat ons sensitief kan maak vir onvervulde behoeftes by die pasiënt of wat aanduidings van sy innerlike vrede kan wees. Die ontdekking van sy angste, begeertes of realisasies kan die versorgers rondom hom help om toepaslik te reageer en funksioneel hulp te bied vir sy besondere nood as sterwende.

Dr. Furth sê selfs dat die kind 'n *mediese rekord*, wat van groot waarde in sy behandeling kan wees, van homself, teken. Die skets wat hy maak kan 'n prent van sy eie fisiese sowel as psigiese toestand wees. Hier is net een waarskuwing: die onopgeleide persoon wat nie geleer het om tekeninganalise te doen nie, kan baie maklik sy eie onbewuste materiaal en idees in die prent projekteer of ook dit wat die interpreteerder reeds weet of vermoed *inlees*.

Moontlik is hulle taal die heel moeilikste om in die hulp aan sterwendes aan te leer. Ons mag dink dat hulle niks sê nie en dalk nie weet wat met hulle aan die gebeur is nie, of dalk bang is om te praat. Hulle is egter gedurig besig om boodskappe, verbaal en nie-verbaal, uit te stuur vir iemand wat sensitief genoeg is om dit met hul sintuie op te tel en daarop te reageer. Laat ons nooit die groot fout maak om te dink dat 'n kind nie weet dat hy/sy aan die sterf is nie. Kinders van 2 of 3 jaar het al by benadering 'n voorstelling van hul dood en dra dit in begryplike tekens oor.

So het 'n kindjie van vyf vertel hoe erg dit moet wees om in die gevangenis te beland en iemand sluit jou toe en stap met die sleutel weg. Die uitsigloosheid van die siekte van die kind laat hom so praat. In werklikheid is daar natuurlik geen gevangenis nie, maar wel net die graf wat by hom angs veroorsaak.

Elkeen wat al met kindertjies wat moontlik kan sterf gewerk het, hulle probeer verstaan het en ook duidelikheid gekry het oor sy eie angste en verlangens om een en ander aspek van die dood en sterwe te verdring, kan getuig hoe die kind vol verlange wag dat iemand met hulle oor hul gedagtes en gevoelens van vrees praat. Hoe kleiner die kinders is hoe meer het hulle nodig dat die volwassenes hulle met gesprek help.

Kübler-Ross spreek die hoop uit dat meer ouers bewus sal word dat kinders oor hul naderende dood kan en wil praat, dat hulle self hul ouers sal help om hul dood te verwerk en dat ons nie die onderwerp sal vermy nie, maar dit sal leer aan kinders jare voordat hulle sal sterf.

GESINSBETROKKENHEID

Geen kind is werklik onafhanklik nie. Die siekte van 'n kind affekteer **die hele gesin**. Die emosionele belegging wat ouers in hulle kinders gemaak het kan nooit onderskat word nie. In die kind en sy toekomst sien so 'n ouer (dikwels onbewus) sy eie hele toekomstige eksistensie.

'n Klein kindjie se ouers is natuurlik baie keer ook maar jonk en onervare in die hantering van lewensbedreigende situasies. Die outeur se ondervinding was dat baie van hierdie ouers self nog nooit direk aan die dood van 'n nabye persoon blootgestel was nie. Hulle is gevolglik nie goed voorberei om 'n slepende, bedreigende siekte en 'n geleidelike sterwensproses van hulle eie kindjie te hanteer nie.

Binne die gewone familieverhoudings en roetine is daar ook skielik 'n radikale ontwrigting. Indien die sterwende kindjie gehospitaliseer word kan dit wees dat die moeder die grootste deel van die dag by die hospitaal deurbring en bure en familie die sorg van die ander kinders en haar man moet oorneem. In ons uitgestrekte land gebeur dit baie keer dat die mediese versorging in een van die groot opleidingshospitale van 'n stad geskied terwyl die gesin op die platteland agterbly. Die ouers moet dan besluit of hulle die kindjie alleen in die hospitaal gaan laat en of die moeder moet saamgaan om hom

elke dag te besoek en te versorg. Gewoonlik is sy dan verplig om by familie of vriende in te woon of êrens alleen te loseer. Die sterwensproses is daarby 'n baie lang en uitgerekte tyd wat oor maande en soms jare strek. Die ontwrigting wat ter sprake is, geld nie maar net vir enkele weke nie.

Die uitwerking op die ander kinders kan baie ernstig wees. Die sterwende kindjie word die kernpunt van daardie gesin se bestaan. Die ouderdom van die ander kinders speel natuurlik 'n belangrike rol want dit sal bepaal wanneer hulle gesê sal word van die erns van die siekte en tot watter mate hulle in die sorg sal deel. Afgesien van die minder aandag wat hulle kry, vind hulle die ouers gespanne, uitgeput en ontsteld, terwyl hulle geduld en begrip minimaal is. Die geskille tussen die ouers kan minder weggesteek word en veroorsaak dat die huis met spanning gelaai is. Indien sulke kinders nie by die hulp en verwerking van die sterwensproses van hul broertjie of sustertjie ingesluit word nie, kan dit permanente skade by so 'n kind tot gevolg hê.

Ongelukkig kan daar nie verder aan hierdie saak aandag gegee word nie. Dit moet nogtans net baie spesifiek genoem word dat die aandag wat aan die familie (ouers, broers en susters) van die sterwende kindjie gegee word, nie bykomende sake is nie). Dit is deel van die sentrale verantwoordelikheid aan die sterwende kind en moet saam met die ander sorg hanteer word. Tot 'n groot mate lê die wins daarvan op die gebied van die voorkomende psigiatrie.

Wanneer die eerste diagnose van 'n ongeneeslike siekte gemaak word, is dit die ouers wat die eerste krisis beleef omdat hulle nie net die implikasies van die diagnose verstaan nie, maar ook die prognose.

So belangrik is die betrokkenheid van die familie by die sterwende kindjie dat dit algemeen gevoel word, dat indien hospitaalsorg nie vermy kan word nie, geleentheid geskep moet word sodat die moeder by die kind in die hospitaal kan bly en dat sy verantwoordelikheid neem vir 'n groot deel van die versorging.

Reg oor die wêreld begin die gebruik toeneem om, wanneer aktiewe behandeling nie meer voortgaan nie, die ouers aan te moedig om hul kindertjies huis toe te neem. Van die institusionele versorging word daar nou verskuif na 'n nuwe en gesonder benadering van versorging in hulle eie omgewing waar hulle omring is van hulle eie familie en in beheer is van hulle eie behoeftes en mense, wat nooit in 'n hospitaal so voorsien kan word nie.

Twee boeke het die afgelope tyd in die V.S.A. oor hierdie onderwerp verskyn. Hulle gee aandag aan verskeie praktiese sake wat vir beide professionele helpers en die familie van belang is. By die huis word die kindjie gemaklik gemaak op 'n bed of 'n bank in die familiekamer sodat hy/sy by al die aktiwiteite kan wees. So kan die kindjie in die laaste fase nog deel van sy gesin wees en nie die tyd in 'n vreemde hospitaal deurbring nie.

Tog is hierdie tuisversorging van sterwende kindertjies nie net 'n kwessie van verskuiwing van die hospitaal na die huis nie. Baie liefde, ondersteuning en samewerking van die mediese personeel is nodig om die ouers te help om by hierdie veranderde huislike omstandighede aan te pas, om die kindjie te kan hanteer en om hul vrese te oorbrug. Eenvoudige mediese tegnieke moet aan die ouers geleer word en hulle moet verseker word dat 'n nood-mediese span beskikbaar is vir hulp wanneer dié benodig word en dat besoeke op 'n gereelde basis deur lede van die span by die huis afgelê sal word. Op die oomblik word hierdie tipe hulp nog nie op 'n organiseerde grondslag in ons land aangebied nie en sal dit dus nog nie so effektief werk nie.

HOSPITALISERING

Sterwende kindertjies word gewoonlik op een of ander tyd gehospitaliseer. Die **hospitaliseringservaring** kompliseer die terminale fase. Om effektief tot hulp te wees is dit nodig dat die helper bewus is van watter aspekte van nood deur hierdie prosedure meebring

word. Die kind se reaksie op hospitalisasie word bepaal deur sy ouerdom, persoonlikheid, vorige toelatings, die intensiteit van sy siekte, die mate van voorbereiding vir die opname en die ondersteuningsmilieu waarop hy aanspraak kan maak. Die hospitalisasie veroorsaak dat hy van sy familie, skool en vriendekring geskei word. Sy bekende wêreld se inhoud en horison verander radikaal en hy word noodwendig gedwing om by hierdie nuwe en verwarrende omgewing aan te pas. Ouer kinders en kinders wat van tevore gehospitaliseer was, en vir wie dit nie 'n te onaangename ervaring was nie, word natuurlik minder ontstel. Veral vir die kindjie onder 5 jaar is die hele ervaring meer traumaties. Die sekuriteit van die enkel binding aan sy moeder word gedurende die tyd van aktiewe behandeling vervang met kontak met meer as 20 persone elke 24 uur. Min van hulle kan werklik as substitute vir die moeder optree indien die hospitaal nie daarvoor voorsiening maak dat die moeder die grootste deel van die dag by die kindjie kan deurbring nie.

Verpleegkundiges, medici en ander hospitaalpersoneel word later gewoon aan die hospitaal en sy roetine en bou geleidelik psigologiese verdedigingsmeganismes op waardeur hulle hulself beskerm teen die trauma waarmee hulle in aanraking kom. Dit kan baie maklik net hulle werkplek word. Die pasiëntjies aan die ander kant is nog nie gebrei deur allerlei dreigende lewensomstandighede nie, en het nog nie die nodige hanteringsmeganismes ontwikkel om sulke vreemde omstandighede en prosedures te hanteer nie. Dit alles moet dan ook nog gedoen word op 'n tyd-stip wanneer hulle fisiese en emosionele bronne tot die uiterste deur hulle terminale siekte belas is.

DIE KIND SE DOODSBEGRIP

Een van die belangrikste sake waarmee rekening gehou moet word is die kindjie se doodsbegrip. So kan ons tot 'n mate antisipeer watter tipe vrae gevra sal word en hoe die kindjie dink oor wat hy ondergaan. Die ontwikkelingsstadia wat hier gebied word is dié waarvoor daar redelik algemene ooreenstemming

tussen navorsers bestaan. Tog moet in gedagte gehou word dat ons hier met 'n mate van veralgemening te doen het en ons altyd gereed sal moet wees vir persoonlike variasies by kindertjies met wie ons werk. 'n Kind wat al 'n tyd lank bewustelik met sy siekte worstel en die bedreiging van 'n terminale siekte ervaar, is gewoonlik meer volwasse en sy begrip oor die dood is op 'n aansienlike hoër vlak as dié van sy gesonde vriende.

Om te bepaal hoe 'n spesifieke kind oor die dood dink is dit altyd goed om sekere inligting oor die kind beskikbaar te hê:

Die ontwikkelingsvlak is gewoonlik 'n kombinasie van ouderdom en volwassenheid.

Individuele persoonlikheid: die aspek wat 'n kind besonders of uniek maak sal altyd ook sy verwerking en siening van die dood beïnvloed.

Lewenservarings soos lang skeidings van een of beide ouers, verskeie veranderings van woonbuurt, persoonlike geskiedenis, dood in sy nabye familiekring en dies meer sal almal bydra tot persoonlike variasies tussen kinders.

• **Kommunikasie en ondersteuning:** wanneer 'n kind uit 'n gesin kom waar daar gewoonlik oop en gemaklik oor probleme gesels word en hy uit ervaring weet dat hy onder moeilike omstandighede deur sy familie ondersteun word sien hy baie meer kans vir die onbekende en bedreigende omstandighede wat hom omring. Kinders ontwikkel gesonde of ongesonde houdings teenoor die lewe en die dood deur die houding en reaksie van hulle ouers. Dit is van uiterste belang dat ouers toelaat dat hulle kinders blootgestel word aan alle aspekte van die lewe (insluitend die dood) en dat die ouers van krisiservarings gebruik maak om hulle kinders vir 'n gesonde beskouing oor die dood voor te berei. Kinders kom in aanraking met die dood in die sprokies wat vir hulle voorgelees word (rooikappie, doringrosie), T.V. en rolprente wat hulle sien, diere wat siek word en

vrek, of deur die dood van familieleden, vriende, broers en susters, 'n moeder en vader. In plaas van om hulle te probeer *beskerm* moet hulle so gou as moontlik op 'n verantwoordelike wyse met die dood in aanraking gebring word.

Meer en meer word daar gepleit vir 'n vroegetydige en verantwoordelike *doodsopvoeding* (death education) om kinders voor te berei vir die verwerking van die dood van mense rondom hulle of selfs hulle eie moontlike dood.

• **Kultuur:** kinders wat uit verskillende kulturele agtergronde (ook binne dieselfde samelewing) kom sal verskillende houdings teenoor die dood openbaar.

As basis vir die doodsbekouing van kinders word gewoonlik aangesluit by 'n ontwikkelingsmodel en meestal Jean Piaget se kognitiewe ontwikkelingsmodel wat aanvaar dat 'n kind se redenasievermoë afhanklik is van beide volwassewording en leer. Sosialisering speel egter ook 'n belangrike rol in die konseptualisering van die dood.

Baie kortliks opgesom kom dit alles neer op die volgende:

Tot op 3 jaar Daar is getuienis dat hierdie kindertjies nie werklik verstaan waarvoor die dood gaan nie maar tog al baie bewus is van die onaangename van skeiding en bang is om alleen gelaat en verlaat te word. Verskeie van die speletjies wat hulle speel dra ook simboliese of indirekte aspekte van die dood. Terwyl die kindertjies nie oorgesien word nie, is die ouers egter die middelpunt van aandag in soverre die verwerking van die dood ter sprake is.

Tussen 3 en 5 jaar is die sogenaamde pre-operationele fase waarin die ego-sentriese gees van die voorskoolse kind gereflekteer word. Die dood word gewoonlik vergelyk met slaap of gesien as tydelik. Die grense tussen fantasie en feit is vloeibaar sodat baie dinge vir so 'n kindjie moontlik is. Die onrealistiese siening van die dood word tot 'n groot mate deur sprokies versterk. Alhoewel kindertjies van hierdie ouderdom tog treur oor verliese en die dood begryp hulle nog nie die finaliteit en onomkeerbaarheid van die dood nie.

Van 5 of 6 tot ongeveer 8 jaar kom ooreen met die stadium van konkrete take in Piaget se teorie. Dit is ook die tydperk van die *wetenskaplike* wanneer kinders talle vroeë oordele en die wêreld vra. In hulle doodsbegrip toon hulle 'n groeiende bewussyn van die wyse waarop die wêreld werk. Hulle begin nou beseft dat die dood finaal is. Baie keer word die dood gepersonifiseer as 'n kragtige monster. Kinders is baie keer op hierdie stadium veral bekommerd oor die moontlike skending van die liggaam deur dood.

Na die negende jaar begin 'n meer volwasse begrip gestalte aanneem. Die dood word nou al meer as onontduikbaar en universeel beskou. Dit kry ook 'n baie meer persoonlike karakter: dit is nie maar net iets wat deur buitestaanders gedoen word nie (behalwe in geval van 'n ongeluk) maar eerder die gevolg van 'n natuurlike, interne vernietigingsproses wat een of ander tyd met almal gebeur. Dit is veral op hierdie stadium wat werklike emosionele reaksie op die dood getoon word.

BEGELEIDING

Dit is van groot belang om altyd aan te neem dat 'n sterwende kindjie tot 'n groot mate beseft dat hy/sy aan

Tabel 1: Stadia van bewuswording van die erns van siekte by kinders

Stadia in die proses van verkryging	Verandering van selfkonsep
Diagnose	Gesond
Dit is 'n ernstige siekte	Ernstig siek
Ken name van middels en newe-effekte	Ernstig siek maar sal gesond word.
Doel van behandeling en prosedure verstaan	Altyd siek maar sal gesond word.
Sien siekte as 'n reeks van terugslae en remissies (minus dood)	Altyd siek maar sal nooit gesond word nie.
Sien siekte as reeks terugslae en remissies (plus dood)	Sterwend.

die sterf is. Daar moet altyd gewaak word teen *mutual pretense awareness* wat verwys na 'n situasie waarin elke party (kind en helper) weet van die dreigende dood maar teenoor die ander voorgee dat hy nie weet nie. Die begeleiers moet uiters sensitief wees vir subtiele aanduidings van wat die kind weet en altyd so eerlik as moontlik probeer optree.

Vir elkeen wat al aktief met sterwende kindertjies gewerk het, is die vraag of hulle gesê moet word dat hulle sterf byna nie ter sake nie. Hulle weet gewoonlik wat aan die gebeur is en het 'n vermoë om openlik daaroor te praat.

Die navorsing wat dr. Myra Bluebond-Langner gedoen het gee hier

baie interessante gegewens. Sy het sekere stadia van bewuswording van die erns van die siekte by kinders geïdentifiseer. Dit word in Tabel 1 voorgestel.

So soos met alle sterwende mense moet die helper ook *saam* met die siek pasiëntjie beweeg en bly in sy groeiende begrip van wat met hom aan die gebeur is. Op hierdie pad is daar geen kortpad nie. Vir mens en menslike begrip moet die dood van 'n kindjie altyd na 'n groot absurditeit lyk. Hier is geen eenvoudige oplossings nie. Clichés het hier geen waarde nie. Dit is alleen deur die genade van God dat ons met hierdie raaiselagtige spieël kan saamleef, wetende dat sy genade vir ons en die sterwende kindertjies genoeg is.

VERWYSINGS

- Marielene Leist. (1981) *Kinderen en de ervaring van de dood*. Antwerpen. Patmos. p. 111
- Kenneth J. Doka. (1980) Pastoral counseling to the dying child *Journal of Pastoral Counseling*, XV, 2, Fall-Winter 1980, p. 34; Judith Stillion & Hannelore Wass. (1979) Children and Death in *Dying — Facing the facts*. redakteur Hannelore Wass. New York: McGraw-Hill. p. 221.
- J. van Eys. (1977) Caring for the child who might die. In *Dying and Death: A clinical guide for caregivers*. Redakteur David Barton, Baltimore. Williams and Wilkins. p. 222
- Elizabeth Kübler-Ross (1981) *Living with death and dying*. New York. Macmillan. pp. 16-17; Bianca Gordon. (1974) Een interdisciplinêre benadering van het sterwende kind en zijn gezinsleden. In *Afscheid van een kind. Handreiking bij stervensbegeleiding*. Redakteur Lindy Burton. Nijkerk: Callenbach. p. 171.
- Stillion & Wass. *op cit.* p. 210
- Kübler-Ross. *op cit.* p. 19
- Gordon. *op cit.* p. 174.
- Kübler-Ross. *op cit.* p. 19.
- Gregg M. Furth. The use of drawings made at significant times in one's life. In E. Kübler-Ross. *op cit.* pp. 63-94.
- Leist. *op cit.* p. 105
- Kübler-Ross. *op cit.* p. 61
- Van Eys. *op cit.* p. 223.
- Stillion & Wass sê ook: *The past two generations are the first in known history which many middle-aged adults have not experienced the death of an immediate family member*, *op cit.*, p. 210.
- Van Eys. *op cit.* p. 222
- Gail M. Giacalone & Eileen McGrath. (1980) The child's concept of death. In redakteur B. Mark Schoenberg, *Bereavement counseling: a multidisciplinary handbook*. Westport, Conn. Greenwood Press. pp. 206-207.
- Kübler-Ross. *op cit.* p. 3; Martha P. Elliot. Parent care: Total involvement in the care of a dying child. In Kübler-Ross, *op cit.*, pp. 95-159; Giacalone & McGrath. *op cit.* p. 206.
- M.B. Langer (1978) *The private worlds of dying children*. Princeton N.J. Princeton University Press.; I.M. Martinson *Home care of the dying child*. New York. Appleton-Century-Crofts. (1976).
- H.P. Venter. Die siek kind in die moderne hospitaal. In redakteurs D.W. de Villiers en J.A.S. Anthonissen. *Dominee en dokter by die siekbed*. Kaapstad: NG Kerkuitgewers, p. 80. (1982).
- Ake Mattson. Long-Term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaptation. In redakteur Rudolf H. Moos, (1977) *Coping with physical illness*. New York. Plenum Medical Book Company. p. 186; Doka *op cit.* p. 35.
- Moos. *op cit.* p. 233.
- Robert Kastenbaum. Death and development through the lifespan. In redakteur Herman Feifel. (1977) *New meanings of death*. New York. McGraw-Hill. p. 21.
- Die boek van Marielene Leist behandel in openvolgende hoofstukke die invloed op 'n kind van die dood van 'n dier, 'n familied, 'n vriend en kameraad, broertjies en sustertjies, die moeder, die vader en beide ouers. Sy bespreek dan hoe 'n kind gehelp moet word om hierdie ervarings te verwerk. *op cit.*
- Beverly F. Croskery. (1979) *Death education: attitudes of teachers, schoolboard members and clergy*. Palo Alto R. & E. Research Associates. Sien ook Robert E. Kavanaugh. (1972) *Facing death*. Los Angeles. Nash Publishing. p. 129; Dale V. Hardt. (1979) *Death, the final frontier*. Englewood Cliffs, N.Y. Prentice Hall.
- Stillion & Wass. *op cit.* p. 214. Fredrika M.J. de Villiers (1977) *Sterwensbegeleiding*. Johannesburg. Perskor-Uitgewery. p. 8. Hardt. *op cit.* pp. 2-11.
- Kathy Charmaz. (1980) *The Social reality of death*. Reading. Addison & Wesley. p. 71.
- Sien Stillion & Wass *op cit.* pp. 212-214; Doka. *op cit.* p. 36-37; Charmaz. *op cit.* 71.
- Barney G. Glaser & Anselm L. Strauss. The ritual drama of mutual pretence. In redakteur Edwin S. Shreidman. (1980) *Death: current perspectives*. Palo Alto Mayfield. 2nd Ed. pp. 161-171.
- Kübler-Ross. *op cit.* pp. 52 & 61.
- Myra Bluebond-Langner. Meanings of death to children. In Feifel. *op cit.* p. 53-54.