

DIE PSIGOLOGIE VAN SIEKWEES
MET
SPESIALE VERWYSING
NA DIE
VERHOUDING PASIËNT-VERPLEEGSTER

M. du Toit

Verhandeling ingedien ter gedeeltelike
nakoming van die vereistes vir
die graad Magister Artium in die
Departement Psigologie aan die
Potchefstroomse Universiteit vir
Christelike Hoër Onderwys.

Potchefstroom

Januarie 1974

DANKBETUIGING

Allereers my innige dank aan die Allerhoogste vir geleentheid aan my beskik vir verdere studie en die genade, krag en vermoëns om hierdie verhandeling te kon voltooi.

Aan die volgende persone en instansies wat die voltooiing van hierdie verhandeling moontlik gemaak het, my opregte dank en waardering:

Prof. dr. W.J. de Klerk wat aanvanklik as studieleier opgetree het vir hulp en bekwame leiding.

Dr. M. Brink wat as hulp-studieleidster opgetree het en toe die leiding oorgeneem het. Aan haar is ek besonder dank verskuldig vir geduld, opoffering en opregte belangstelling.

Die superintendente, matrones en saalsusters van die Vanderbijlparkse en Vereenigingse provinsiale hospitale vir toestemming en vriendelike samewerking om die nodige veldwerk te doen.

Sonder liefde, hulp en belangstelling van my gesin, familie en vriende sou hierdie navorsing nie moontlik gewees het nie. Vir al die ongerief wat veral my gesin moes verduur, wil ek my opregte waardering betuig.

INHOUDSOPGAWE

Bladisy

		ORIËNTERING
(ix)	1.	Probleem en doelstelling
(xi)	2.	Die beplanning van die studie
		HOOFSTUK I
		ANALISE VAN DIE PSIGOLOGIESE BELEWING VAN SIEKWEES
1	1.	Navorsing reeds gedoen
4	2.	Kompendium van die psigologiese beleving van siekwees
4	2.1	Karakteristieke periodes van alle siektes
5	2.2	Die psigologiese tendense in siekte
5	2.2.1	Die siekbedsituasie
7	2.2.2	Konfliksituasie van die sieke
9	2.2.3	Regressiepatroon wat in die siekte werk
10	2.2.4	Psigiese verskynsels wat algemeen by siekes aangetref word
11	2.2.5	Disinhibering
11	2.2.6	Die stemmingslewe word aangetas
12	2.2.7	Siekte en dood word ontwyk
14	2.2.8	Siekte en geloof
17	2.2.9	Die beleving van pyn
17	2.3	Karakteristieke van die hospitaalsituasie
18	2.3.1	Desorganisasie van leefwyse
19	2.3.2	Spanning
20	2.3.3	Terugtrekking

Bladsy

21	2.3.4	Regressie
21	2.3.5	Geloofslewe word aangetas
22	3.	Die positiewe waarde van siekte
22	3.1	Katarsiswerking van siekte
23	3.2	Die kleiner dinge in die lewe van die sieke
23	3.3	Die sin van siekte
25	3.4	Die sin van lyding
27	3.5	Die sin van dood
28	3.6	Die sin van genesing

29	4.	Samevatting
----	----	-------------

HOOFSTUK II

ANALISE VAN DIE PSIGOLOGIESE VERHOUDINGSBELEWINGE VAN DIE PASIËNT

31	1.	Inleidend
32	2.	Die verhouding pasiënt-verpleegster
32	2.1	Watter eienskappe verwag die pasiënt by die verpleegster
33	2.2	Die verpleegster as tussenpersoon
35	2.3	Die rol van die verpleegster by die sterfbed
36	2.4	Eienskappe van die pasiënt-verpleegster-verhouding
38	2.4.1	Fasette van die aspek van dienslewering in die pasiënt-verpleegsterverhouding
45	2.5	Die moeilike pasiënt en die verpleegster
46	2.6	Die verpleegster as moederfiguur

Bladsy

49	2.6.1	Beskouing van die moederrol wat die verpleegster aanneem
54	2.7	Enkele aktuele probleme wat voorkom in verpleging
59	3.	Die verhouding pasiënt-geneesheer
59	3.1	Eienskappe wat deur die pasiënt by die geneesheer verwag word
61	3.2	Die geneesheer as vaderfiguur vir die sieke
62	3.3	Die kontak van die sieke met sy geneesheer
65	3.4	Die roeping van die arts
67	4.	Die verhouding pasiënt-medesiekes
69	5.	Die verhouding pasiënt-pastor
69	5.1	Die figuur van die pastor
70	5.2	Die verwagtingsbeeld van die sieke ten opsigte van die pastor
72	5.3	Taak van die pastor by die sterfbed
73	6.	Die verhouding pasiënt-besoeker
73	6.1	Die verhouding van die pasiënt met sy familie
75	6.2	Die sieke en sy besoekers
75	6.2.1	Die instelling van die besoeker ten opsigte van die sieke
77	6.2.2	Die reaksie van die sieke ten opsigte van die besoeker
78	6.2.3	Die voordele van besoek
79	7.	Samevatting

Bladsy

		HOOFSTUK III
		'N HOUDINGSOPNAME IN VERBAND MET DIE VERPLEEGSTER AS MOEDERFIGUUR
83	1.	Inleiding
83	1.1	Doelstelling
84	1.2	Metode van ondersoek
86	1.3	Likert se metode van gesummeerde skattings
87	2.	Samestelling van die houdingsvraelys
87	2.1	Uitgangspunt
88	2.2	Algemeen
88	2.3	Die kenmerke van 'n moeder as onder- bou vir formulering van stellings
90	2.4	Groepering van eienskappe
91	3.	Die voorlopige houdingsopname
91	3.1	Proefpersone
92	3.2	Toepassing
92	3.3	Metode van verwerking
93	3.4	Bespreking
93	4.	Die finale houdingsopname
93	4.1	Proefpersone en toepassing
94	4.2	Metode van verwerking
94	4.2.1	Punttoekenning
94	4.2.2	Vergelyking van resultate
96	4.2.3	Bespreking van die resultate
98	5.	Toepassing van die houdingsvraelys op 'n kontrolegroep

Bladisy

99	5.1	Proefpersone en toepassing
99	5.2	Metode van verwerking
100	5.3	Bespreking van die resultate
102	6.	Samevatting
		 HOOFSTUK IV
104		FINALE SAMEVATTING EN AANBEVELINGS IN VERBAND MET VERDERE NAVORSING
108		SUMMARY
110		BIBLIOGRAFIE
		 LYS VAN TABELLE
97		Tabel 1
		Persentasies hoog en laag behaal deur manlike en vroulike pasiënte in die agt groepe ingedeel volgens karaktereenskappe van die verpleegster
101		Tabel 2
		Persentasies hoog en laag behaal deur die pasiëntegroep en die kontrolegroep in die agt groepe ingedeel volgens karaktereenskappe
115		BYLAE
		Bylae A
		Vraelys gebruik vir houdingsopname

Bladsy

121

Bylae B

Totale tellings behaal in items deur dame pasiënte afgetrek van totale tellings behaal deur manspasiënte om die tekens van verskille vas te stel.

123

Bylae C

Totale tellings behaal in items deur kontrolegroep (nie-pasiënte) afgetrek van totale tellings behaal deur pasiëntegroep om die tekens van verskille vas te stel

ORIËTERING

1. Probleem en Doelstelling

„Het leven op een eiland van twee vierkante meters is een avontuur waarvan gezonde mensen nooit de geheimzinnige verschrikkingen en de geheimzinnige weelden zullen begripen" (Bremer, Hfst. I, 1964).

Wat beteken dit om siek te wees? Die terrein van siekwees is so omvattend en in 'n sekere sin onoorsigtelik, dat die gebied van ondersoek afgegrens moet word. By die stel van bogenoemde vraag, word daar in 'n studie soos hierdie nie 'n mediese antwoord verwag in die sin van 'n anatomiese of fisiologiese beskrywing nie, maar wat dit beteken om siek te wees vanuit 'n psigologiese oogpunt. Die aandag word gefokus op die bestaan van die sieke self, op die veranderinge wat intree in die belewingswêreld van diegene wat genoodsaak is om 'n tyd lank in die bed deur te bring. 'n Psigologiese beskrywing moet dus gegee word van die siekbed, veral waar die siekte van so 'n aard is dat die sieke weet, vrees of vermoed dat die hoop op genesing twyfelagtig is.

Siekwees en siekte is so 'n eg menslike probleem, dat dit al die onderwerp van talle studies was. Vanuit mediese, pastorale, sosio-ekonomiese, wysgerige, sosiologiese, maatskaplike en ander oogpunte is dikwels al beskrywings en verklarings van siekwees gegee. Min aandag is egter nog aan die psigologiese aspekte van siekwees in die praktyk geskenk, hoewel die pasiënt se belewinge,

ook in die hospitaal, tot die wese van sy siekte behoort. Van psigiatriese en klinies-psigologiese kant word hoe langer hoe duideliker die psigiese komponente in siekword en siekwees aangetoon, sodat 'n psigologiese beskrywing daarvan daartoe sal bydra dat behandeling altyd gerig moet wees op die geheel, dié totaliteit van die siek mens as sodanig.

Ten spyte van groot getalle pasiënte wat jaarliks in die Republiek van Suid-Afrika in hospitale en tuis verpleeg word, is daar nog maar weinig navorsing in dié verband gedoen. Afgesien van artikels wat van tyd tot tyd in mediese en verplegingstydskrifte verskyn, is daar sover vasgestel kan word, min of geen publikasies in Afrikaans wat oor dié onderwerp handel nie.

Die algemene doelstelling van die studie is om na aanleiding van navorsingsbevindings 'n kompendium van die psigologiese beleving van siek wees saam te stel. Aangesien die mens altyd in verhouding tot andere staan en die stelling wat hy teenoor siekte en siekwees inneem grootliks beïnvloed word deur die figure om die siekbed, sal die verhoudingsbelevinge van die pasiënt ook beskryf word.

Die verpleegster het 'n bepaalde, dikwels besonder belangrike betekenis in die lewe van die sieke. In die literatuur is daar egter nog relatief min navorsing gedoen in verband met die pasiënt-verpleegster verhouding, dus is dit van belang om in meer besonderhede hierop in te gaan. Die meer besondere doelstelling van die studie is dan om spesiaal te verwys na die pasiënt-verpleegster verhouding. Deur middel van 'n houdingsvraelys wat deur

pasiënte voltooi moet word, sal 'n houdingsopname gedoen word om na te gaan tot watter mate die verpleegster as 'n moederfiguur deur die pasiënt beleef word.

2. Die beplanning van die studie

In die eerste hoofstuk sal aan die hand van 'n literatuur-oorsig die psigologiese belevinge wat uit siekwees voortvloei, bespreek word. Omdat daar in dié studie meer in die besonder verwys word na die pasiënt in die hospitaal, sal enkele algemene karakteristieke van die hospitaalsituasie beskryf word. Hoewel siekwees noodwendig sekere negatiewe gedragspatrone presipiteer, het siekte ook positiewe waarde. Die sin wat siekte, lyding, dood en genesing vir die siek mens inhou en sy behoefte aan sinduiding, sal kortliks aangedui word.

Aangesien ook die verhoudingsbelevinge van die pasiënt voortvloei uit die hele psigologiese beleving van siekwees, sal die verskillende siekbedverhoudings in die tweede hoofstuk beskryf word. Soos genoem, sal spesiale aandag in die studie gegee word aan die pasiënt-verpleegsterverhouding. Omdat sy egter nie geïsoleerd staan in haar funksievulling ten opsigte van die pasiënt nie maar deel uitmaak van 'n hele groep mense wat bydra tot die belevingswêreld van die sieke, sal ook die geneesheer-, medesiekkes-, pastor- en besoeker-pasiënt verhoudings bespreek word.

In die literatuueroorsig word daar deur verskeie outeurs die bewering gemaak dat die verpleegster vir die pasiënt 'n moederfiguur is. In die veranderde belevingswêreld waarin die sieke hom bevind, verwag hy onbewustelik

geborgenheid en versorging van die verpleegster, net soos 'n afhanklike kind van sy moeder. Aan die hand van 'n houdingsopname in die derde hoofstuk sal nagegaan word in watter mate die hipotese verband hou met die werklike situasie waarin die volwasse pasiënt in die hospitaal verkeer. 'n Kontrolegroep bestaande uit volwasse nie-pasiënte sal in die ondersoek betrek word. Hulle response sal aanduidend wees van die verwagtingsbeeld wat daar bestaan ten opsigte van die verpleegster soos gesien deur mense wat nie in 'n siekbedsituasie verkeer nie.

Die verhandeling sal afgesluit word met 'n samevattende oorsig van die hele studie en aanbevelings in verband met verdere navorsing.

HOOFSTUK I

ANALISE VAN DIE PSIGOLOGIESE BELEWING VAN SIEKWEES

1. Navorsing reeds gedoen

Siekte word deur die woordeboek gedefinieer as 'n ongesonde toestand van liggaam of gees (Webster's Dictionary 1967). Houts (1967, p. 36) definieer siekte as enige organiese beskadiging wat met langsame of skielike aanvang, 'n akute en/of langtermyn aanpassing in familielevelle teweegbring.

Siekwees kan vanuit verskillende oogpunte beskou word. Of dit as 'n proses, 'n toestand, of 'n rol gesien word, hang af van watter perspektief dit benader word. Suchman (Wu, 1973, p. 6) stel voor dat siekte vanuit die mediese perspektief gesien moet word as 'n proses, vanuit die sosiologiese as 'n status met regte en verpligtinge, en vanuit die psigologiese perspektief as 'n gebeurtenis wat 'n reaksie ontlok: daar ontstaan 'n wisselwerking tussen die deelnemer en diegene wat op hom inwerk.

Die psigologie van siekwees is alreeds deur verskeie outeurs vanuit verskillende oogpunte nagevors en beskryf. Die menings van enkele belangrike outeurs word kortliks genoem.

Vir Aggebo lê die kuns van siekwees en die omgaan met siekes daarin dat daar 'n sintese ten grondslag lê vir die

wisselwerking van die invloed wat van die gesonde op die sieke uitgaan, en omgekeerd. 'n Invloed wat in hoë mate bepaal word deur die houding waarin die mens, siek of gesond, teenoor ander: die naaste, homself en God staan en wat van groot belang kan wees vir die verloop van die siekte.

Bremer het 'n beskrywende, histories- en eksperimenteel-psigologiese ondersoek van die hospitaalsituasie gedoen. Hy praat van die historisiteit van die mens, wat impliseer dat die mens 'n wese is wat homself in tyd ontwikkel. Die mens het nie alleen 'n verlede en 'n toekoms nie, maar is deel van 'n historiese agtergrond; ook wat sy siekwees betref. Hy vra en soek antwoorde op die vrae: In watter wêreld kom die sieke wat in die hospitaal opgeneem word? Wat beleef 'n mens daar as pasiënt? In hoeverre is die hospitaal as verblyfplek bewoonbaar? Hoe lyk alles vir hom daar vanuit sy siekbed? Volgens hom is die hospitaal 'n minder vanselfsprekende menslike milieu en vra daarvolgens na 'n psigologiese analise en sintese.

In sy werk, „De wereld van de Zieke Mens" (‘n psigologiese benadering van siekwees) sê Ellerbeck dat daar twee faktore is wat die oorgang na die wêreld van siekwees bemoeilik: die skynbaar sinlose, en die onverwagte. Hoe sinvoller iemand se bestaan is, hoe meer beleef hy siekte as oorweldiging. Aan die ander kant, as gesondheid geen sin meer inhou nie, kan die geborge siekwees aan die lewe 'n doel gee. Die wêreld van die sieke is 'n eie wêreld, maar bly 'n menslike wêreld waar baie afhang van menslike verhoudinge, maar waar uiteindelik

persoonlike singewing deurslaggewend is.

Faber sien siekwees as 'n breë terrein wat onderverdeel kan word:

- . Eerstens as terrein van die mediese wetenskap wat die ondersoek na oorsaak, verloop en bestryding van verskillende siektes insluit.
- . Tweedens is siekwees 'n pastorale probleem.
- . Derdens kan siekwees gesien word as 'n psigologiese en in aansluiting daarby, as 'n pedagogiese probleem. Hier sal die ondersoek bestaan in die byeenbring van wat 'n mens aan of op die siekbed waarneem.
- . Vierdens is siekwees 'n eksistensiële en/of wysgerige vraagstuk. Dit gaan om 'n besondere wyse van menswees.
- . Vyfdens is siekwees ook 'n sosiale probleem.

Van den Berg beweer dat 'n psigologie van die siekbed onvolledig sou wees indien daar nie ook iets gesê word oor en tot diegene wat die sieke besoek nie. Siekbed en besoek hang onverbreeklik saam, selfs die manier waarop die sieke, veral die kroniese sieke, sy siekbed beleef, is afhanklik van die wyse waarop die besoeker sy kamer binnekom, die gesprek begin voer, stelling inneem, en vele ander kleiner dinge.

2. Kompendium van die psigologiese beleving van siekwees

Aan die hand van bogenoemde outeurs en andere, sal daar nou gepoog word om hulle bevindinge in 'n eie skema te rangskik soos die een beleving uit die ander voortvloei.

2.1 Karakteristieke periodes van alle siektes

Daar is periodes wat karakteristiek is van alle siektes, naamlik:

'n Oorgangsperiode van gesond na siek - skielik of baie langzaam. Hierdie periode word gekenmerk deur intense angs op 'n uiterlike en bewuste vlak, of op 'n dieper vlak wat verbalisasie moeilik maak.

'n Behandelingsperiode wat deur die meeste van ons geïdentifiseer word met die ondervinding van siekwees. Dit is die periode wanneer die aanslag van siekte geneig is om die familie te „ruk" na die bewussyn van sy betrokkenheid

'n Periode van herstel - die meeste verwaarloos van almal. Die individu moet 'n oorgang maak van sy tydelike rol van 'n afhanklike, ontvangende persoon, na die normale verantwoordelikheid van sy rol in sy familie en breëre assosiasie verband. Dit kan 'n moeilike tydperk wees, veral in die geval van die persoon wat baie sekondêre tevredenheid geput het uit sy siekte, of wat so ontevrede geword het met sy vorige rol dat hy geen behoefte voel om daarheen terug te keer nie (Houts, 1967, p. 36-44).

Die aard van siekte is 'n kontinue, dinamiese proses. Persone met dieselfde diagnose presipiteer verskillende ervarings in hulle siektes, dog die hieropvolgende psigologiese tendense is dié wat in 'n mindere of meerdere mate tog in alle siekwees manifesteer.

2.2 Die psigologiese tendense in siekte

2.2.1 Die siekbedsituasie

Gevoelens van onmag . Die begin van elke siekbed is 'n ruspunt, 'n tot stilstand roep vir die sieke. Die gewone lewe word vir die persoon afgesluit, daar kom vir hom 'n andersoortige lewe waarvan 'n mens dieaard nog nie ken nie, die leed en die lyding skerp vermoed maar glad nie 'n begrip van kan vorm nie, waarvan 'n mens die waarde so weinig ag dat aan sodanige lewe geen vorm gegee kan word nie. Die sieke is nie by magte om hierdie ander lewe te „leef" nie, maar hy „ondergaan" dit verslae, opstandig of selfs onvrugbaar-berustend. Dit is die ervaring van 'n algehele oorrumpeling waarin hy hom die gesonde toestand skaars kan voorstel.

Volgens Faber (1956, p. 44) sluit siekwees 'n vae ontmoeting binne die sfeer van die „Ek" in, 'n ontmoeting wat 'n dubbele sin het. 'n Mens ontmoet die siekte as iets wat 'n mens het en waarmee rekening gehou moet word as 'n mens sy daaglikse lewe wil voortsit. Maar 'n mens ontmoet by dieper besinning in die siekte ook 'n vyand wat hom bedreig. Dit is meer op 'n onverklaarbare wyse 'n mens self onmagtig voel. Dit is 'n mag, wat in staat is om 'n mens in sy bestaanswyse te vernietig.

Veranderde belewing van ruimte en tyd

Die sieke is nog deel van die daaglikse lewe, maar dit is vir hom beperk tot die slaapkamer, of nog meer korrek, tot die bed. Die hele bed is ook nie sy gebied nie: „De horizon is vernauwd tot op de rand van het bed en zelfs dit bed is niet geheel mijn domein; buiten de plaats waar ik lig, is dit bed koud en onaangenaam, het kussen verwelkomt mij alleen op de plaats, waar mijn hoofd ligt, elke verplaatsing in bed is een kleine verovering" (Van den Berg, 1970, p. 7). As die sieke uit die bed opstaan lyk dit vir hom alreeds of hy vreemde grond betree. Die tog na die toilet word 'n onwerklike reis.

Ook die tydelike horison is vernou. Die planne van gister verloor hulle gewig, belang en betekenis. Toekoms en verlede verloor hulle grense. Die sieke trek hom terug in die klein „nou" van die bed. Die deken, die telefoon, die skildery aan die muur kry 'n nuwe betekenis. Ook die klere van die sieke kry vir hom nuwe betekenis, want dit is voorwerpe wat behoort tot die buitewêreld. Die sieke voel 'n mate van simpatie vir die kledingstukke aangesien dit hulle gebruik verloor het (Van den Berg, 1970, p. 10).

Saam met die verandering van afstand ten opsigte van sy liggaam en die dinge in die buitewêreld, verander die ruimtebelewing van die pasiënt. Hy neig om homself meer met sy liggaam te identifiseer as in 'n gesonde toestand, wanneer hy meer onbewus is van sy liggaam. Kom sy liggaamlikheid ontstellend nader, wyk die materiële dinge tot

'n onbereikbare afstand. Hierdie toenemende afstand sal 'n waarnemer beïndruk as 'n terugtrekking van die sieke in homself of in sy liggaamlikheid.

2.2.2 Konfliksituasie van die sieke

Met homself

Wanneer 'n persoon tot die ontdekking kom dat die toegang tot die gewone gesonde lewe onherroeplik versper is, dring sodanige lewe hom met 'n nuwe belofte aan die sieke op, veroorsaak dit 'n intense emosionele belewing. Die wêreld word vir hom meer dierbaar as wat hy ooit wis dit was. Die klein daaglikse dingetjies lyk vir hom meer begeerlik en waardevol. Die sieke word ook met ongekende felheid herinner aan sy gesonde bestaan en dit is seker nie toevallig dat hy gedurende sy siekte sal dink aan die weë wat hy bewandel het nie. Terselfdertyd bekommer hy hom ook oor die weg wat voor hom lê. Die sekerheid van die dood maak die lewe springlewendig. Die sekerheid van 'n kroniese siekbed maak die gawe van gesondheid 'n geskenk. Die sieke ervaar dit met verbasing wat vir die duur van die siekte nooit heeltemal verdwyn nie (Van den Berg, 1970, p. 13).

Met die omgewing

Naas die konflik waarin die sieke met homself verkeer, verkeer die sieke ook in konflik met sy omgewing. Hierdie konflik word grootliks veroorsaak deur die gedrag van die gesonde persone wat die sieke besoek. Die gesondes skuif hom heel gou uit die wêreld van alledaagse bestaan. Na 'n week is die verbasing op die gesigte van die besoekers alreeds weg, terwyl juis daardie verbasing die

inhoud van die lewe van die sieke uitmaak. Na 'n maand is die vraag na die toestand van die sieke alreeds so konvensioneel soos die gebaar van die afhaal van die hoed en die ophang van die jas. Hulle verwag nie meer 'n antwoord nie en die sieke merk dit. Die besoeker kan dikwels daartoe bydra dat hierdie vervreemding vergroot tot vyandigheid (Ibid, p. 14).

Met die bed

Vir die gesonde is die bed die bydrae van die nag wat hom telkens met dieselfde mildelikheid ontvang. Vir die sieke hou die bed nie dieselfde belofte in nie, want dit is 'n duursame verblyf. Dit dui op 'n bestaan van 'n mens wie se lewe nie afwisseling het nie. Die bed met sy koel lakens het vir die gesonde 'n vars reuk, die bed van die sieke het die reuk van sy siek liggaam. Dit alles bring mee dat die sieke in opstand kom teen die bed, waartoe sy lewe beperk is (Ibid, p. 23).

Met sy siek liggaam

Die liggaam is die troue bondgenoot van die gesonde wat hom in staat stel om sy gees uit te leef. Tot op die oomblik van siekword „was” hy sy liggaam, maar hy kom nou tot die ontdekking dat hy 'n liggaam het. Hy ontmoet sy liggaam wat hy nie meer vanselfsprekend tot sy beskikking het nie (Buskes, 1964, p. 25). Die liggaam van die sieke verloor sy taak en word bleek en wit en die eeltplekke verdwyn wat normaalweg karakter aan die liggaam gee. Die sieke kom teen hierdie siek liggaam van hom in opstand.

2.2.3 Regressiepatroon wat in die siekte werk

Siekwees bring 'n sekere afhanklikheid mee - van die geneesheer, die verpleegsters, en vir baie gunste en gawes van die besoeker. Hy kan nie meer sy tyd indeel soos in die gesonde lewe nie, ander doen dit vir hom. Hierdie gevoel van passief te wees, brei gou uit oor die hele bestaan van die sieke (Faber, 1968, p. 33).

In ons samelewing is die versorging van die siekes normaalweg in die hande van vroue. Dit gee aan die verhouding 'n moeder-kind perspektief. In die psigologie van die siekbed kan ons dan sê dat die siekwees noodwendig 'n regressie na kinderlike gedragspatrone meebring (Schwartz, 1972, p. 229). Die verpligte bedlêendheid, versorging deur vroue en die belemmering om produktief te wees, wat normaalweg noodsaaklik is vir selfstandigheid, skep noodwendig vir die sieke 'n infantiele klimaat. Die „ek" kan nie gehandhaaf word nie, en daar bestaan heel gou ook die behoefte om na die infantiele stadium terug te keer. In die normale lewe sou dit ook na vore kom wanneer te veel struikelblokke in die weg van die „ek" frustrasie veroorsaak. Dit is dus 'n normale verdedigingsreaksie wat by die sieke volle geleentheid gebied word om te ontwikkel.

Aldus Faber (1968, p. 35) is regressie 'n kenmerk van 'n neurose, daarom kan ons dus ook praat van die neurose van die siekbed. Dit is egter vergesog om te beweer dat elke sieke neuroties is; die psigiese lewe van die sieke beweeg eerder tussen die pole gesond en siek.

Tesame met die ervaring van ongemak en pyn, verskaf die siekbed aan die sieke tog ook 'n groot bevrediging van bepaalde onbewuste wense. 'n Mens merk dan ook by baie siekes dat 'n gedeelte van sy persoonlikheid aan die siekbed geheg raak. Die infantiele situasie wat deur die siekbed geskep word, hou vir die sieke baie voordele in, naamlik hy word versorg, hy voel beskerm, hy dra geen verantwoordelikheid nie en hy hoef nie die alledaagse bekommernisse te verduur nie (Ibid, p. 41).

2.2.4 Psigiese verskynsels wat algemeen by siekes aangetref word

Aansluitend by die regressiepatroon wat in die siekte werk, word daar deur Faber (1968, p. 36-40) nog 'n aantal psigiese verskynsels by siekes waargeneem.

Siekes is dikwels op 'n kinderlike manier veeleisend en dit kom voor asof hulle verwag dat elkeen vir hulle moet regstaan. Aanvalle van afguns en woede - ook kinderlike gedragspatrone - word moeiliker onderdruk. Dit is opvallend dat die sieke ook meer liggeraak is as in sy gesonde lewe. Wanneer 'n besoeker of 'n brief soms langer wegbly as wat die sieke verwag, verval hy in 'n stemming van verlatenheid, of selfs van wanhoop.

Om hierdie rede speel die geskenk dan ook 'n groot rol in die lewe van die sieke. Die geskenk is vir hom die bewys dat daar nog aan hom gedink word. Ook vir die besoek geld dieselfde. Net soos dit vir die kind 'n angswekkende gedagte is om te dink dat sy ouers hom gaan verlaat of vergeet, so is dit ook vir die sieke.

Saam met die kenmerkende verskynsels wat siekwees produseer, gebeur dit ook dat bepaalde aangeleerde gedragspatrone wat in die jare van groei tot volwassenheid die eiendom van die mens geword het, hom ontval. Hierdie infantiele tekort aan bereidheid en vaardigheid om realiteit in die gesig te staar, bring mee dat die siekte dit moeilik vind om sy voornemens uit te voer.

2.2.5 Disinhibering

Dit gebeur dikwels dat siekes die inhibisies wat tydens opvoeding aangeleer is, kwytraak. Daar ontstaan 'n ongesonde sfeer van vertroulikheid omdat verdronge gevoelens dikwels teenoor 'n besoeker uitgespreek word. Hulle vertel ook dikwels die mees persoonlike dinge aan ander sodat dit nie seldsaam is dat hulle hulle later daarvoor moet skaam nie. Opmerkings oor die kos, verpleegsters en mede-pasiënte word vrylik uitgespreek. Aan die ander kant kom uitinge van spyt oor verkeerde handeling ook makliker as normaalweg, en die uitspraak van verdronge gevoelens het 'n terapeutiese waarde (Faber, 1968, p.36).

2.2.6 Die stemmingslewe word aangetas

Daar vind 'n vertedering in gedrag plaas. Ook dit is 'n kinderlike trek, tiperend van die siekbed. Die sieke raak makliker ontroerd - 'n gedeelte in 'n boek of 'n brief kan vir hom die hele dag maak of breek. Op 'n kinderlik-tere manier is hy dankbaar teenoor dié wat hom versorg.

'n Ander verskynsel is die neiging tot selfbeklag, wat by die sieke tog soms sterk onderdruk word. Dit is vir hom

'n gewetensaak, en hy het dikwels 'n skuldgevoel daaroor. Ook wanneer die sieke nie noodwendig mondelings kla nie, kan mens tog die neiging tot selfbejammering by hom opmerk in die manier waarop hy sit of lê. Dit is 'n metode om eensaamheid te oorwin - 'n vlug in die siekte in.

2.2.7 Siekte en dood word ontwyk

In gesonde dae word daar dikwels nooit met die mag van die dood rekening gehou nie - daar word geleef asof die dood nie bestaan nie. Nou word die mens siek en vir die eerste keer in sy lewe word hy met die dood gekonfronteer. Dood is 'n katastrofe (Van den Berg, 1970, p. 18) wat hom, onvolledig voorbereid, in die rug bespring. Omdat hy die dood nooit leer ken het as 'n simptoom en aspek van die lewe nie, weet hy nie watter kant toe met die dood nie. Hy leer dit nou uitsluitend ken as 'n simptoom en aspek van sy siekte, en omdat hy geen raad weet om die angs vir die dood te verwerk en te oorwin nie, verdring hy die angs.

Die moderne mens is 'n moeilike sieke - en 'n slegte siekebesoeker. 'n Moeilike sieke, omdat die siekbed aan hom 'n taak dikteer waarop hy nie gereken het nie, naamlik 'n konfrontasie met die kwesbaarheid van sy liggaam en met die verganklikheid van sy lewe. 'n Slegte siekebesoeker, omdat die gesonde nie bereid of in staat is om oor siekte en dood te praat nie, wat hy self uit 'n verkeerdelike begrip van selfbehoud uit sy lewe weggerok het (Ibid, p. 18). Faber maak die observasie dat die dood as't ware uit die gewone realiteit van die lewe verdryf

word - siekes word na hospitale gebring om daar te sterf, afgesterwes word „gebêre“, stoflike oorskot word „bijgewerkt“ (Faber, 1968, p. 69).

Faber maak ook die opmerking dat die mens in sy gevoelslewe ambivalent teenoor die dood staan. Enersyds vrees die mens die dood, andersins is daar verlangete in die doodsbelewing aanwesig (verlangete na die rus van die oer-toestand by die moeder) (Faber, 1968, p. 69).

Na aanleiding van die stelling dat siekte en dood ontwyk word, ontstaan daar die probleem of daar met die pasiënt gepraat moet word in verband met sy naderende einde indien die dokter oortuig is daarvan dat die siekbed van so 'n pasiënt sy sterfbed is. Hierdie probleem verg versigtige, sensitiewe en meelewende hantering.

Van den Berg (1970, p. 19) beweer dat die geneesheer wat nie die onderwerp met die pasiënt wil bespreek nie of andere verbied om dit te doen, ook 'n rol speel in die ontwyking van siekte en dood. Hy maak daardeur die dood die uiteinde van die siekte en nie die uiteinde van die lewe nie deur die klem te verskuif. As die sieke die reg ontnem word om sy naderende dood in oënskouwete neem, word hom die reg ontnem om sy lewe as 'n geheel te beleef.

Dit beteken egter nie dat elke sieke die waarheid van sy siekte klakkeloos moet aanhoor nie, want nie elke pasiënt kan die waarheid bevredigend verwerk nie. Die geneesheer moet die pasiënt nie mislei nie en ware antwoorde gee op sy vrae. Hoeveel die pasiënt wil weet, hang gewoonlik af

van sy persoonlikheid en lewensuitkyk, en moet hy dus dienooreenkomstig benader word. Dit verg sensitiewe evaluering van die kant van die geneesheer, aangesien die afdwing van kennis op 'n onwillige sieke sy persoonlikheid traumatiseer en ontwrig, sy verhouding met die persoon wat hom versorg bemoeilik en 'n onnodige las op hom plaas.

In sy stellingname teenoor siekwees en siekte, vind 'n mens dikwels 'n houding van ontkenning as vorm van verzet wat uitstrek tot alles en almal wat met siekte te doen het. Die negatiewistiese houding van menige pasiënt kan tot 'n primitiewe ontkenning van siekte teruggevoer word. Die pasiënt voel homself die middelpunt van 'n kollektiewe sameswering en die primêre terugtrekking in homself bepaal grotendeels sy gedrag: ontkenning, en waar laasgenoemde nie moontlik is nie, verzet en opstandigheid teenoor alles wat ontkenning verhinder (Ellerbeck, 1961, p. 50). Miskenning van die feite is sommige pasiënte se verdedigingsmeganisme tot behoud van 'n integrasie van die persoonlikheid.

2.2.8 Siekte en Geloof

Faber (1968, p.51) maak die stelling dat die sieke die mens se geloof kan ondermyn: die sieke word moedeloos of opstandig, stomp af of word onverskillig. Die teenoorgestelde verskynsel kan hom ook voordo: die sieke kom deur sy siekbed tot gelowigheid of verdieping van sy geloof. Die "ek" van die sieke word deur sy siekte op innerlike krag getoets, dan moet dit toon of dit oor voldoende krag beskik om dit te aanvaar en te verwerk.

Die sieke kan infantiel, onvolwasse op sy siekte reageer, of op 'n saaklike, reële manier. Dit kan op verskillende maniere manifesteer:

Die siekte word as iets onvermydeliks aanvaar. Die sieke voel hy mag of moet iets daaraan doen, maar vra nooit hoekom nie.

Die siekte word beleef as 'n uitdaging, as 'n appél waarop op 'n bevredigende manier gereageer moet word. Hy stel hom dus oop vir sy siek wees en sluit hom nie af nie. Hy probeer sy siek wees integreer. Ons kan dus onderskei: (a) 'n (onegte) geloof wat 'n mens help om 'n saaklike aanvaarding te ontvlug en die realiteit alleen maar draaglik te maak. By insameling van data, het Feifel (1959, p. 114) gevind dat daar implikasies is dat sekere persone wat die dood sterk vrees, 'n godsdienstige oogpunt as toevlug neem om vrese in verband met die dood te hanteer. (b) 'n Egte geloof wat leef in en met 'n saaklike aanvaarding en hiermee in sy siekwees as't ware 'n diepte dimensie ontdek. Vir die sieke wie se geloof 'n ware en lewende iets is, verdiep die betekenis namate die einde nader.

Daar is gevind dat die godsdienstige persoon, in vergelyking met die ongelowige, persoonlik meer bevrees is vir die dood. Die klem by die ongelowige, is op 'n vrees van onderbreking van lewe op aarde wat agtergelaat word. By die gelowige is dit tweeledig: bemoeienis met lewe na die dood, sowel as die beëindiging van huidige aardse ondervindings. Tournier sê dat vrees vir die dood nie 'n

gebrek aan geloof aandui nie (1953, p. 157). Volharding in die geloof is 'n bewus word van die mens se natuurlike verset van die lewe teen die dood, en die belydenis daarvan. In ruil vir hierdie belydenis ontvang 'n mens dan 'n bonatuurlike krag om die vrees te oorwin.

Die bekering wat dikwels op die siekbed plaasvind

Vanweë die onvolkomenheid en sondigheid van die mens is daar iets in die onbewuste lewe waarby die „ek” nie aansluiting kan vind nie, maar waaroor hy heen leef. Wanneer die persoon dan siek word, funksioneer die „ek” swakker, en die onbewuste drange vind makliker uiting. Die daaglikse belange om 'n mens mee besig te hou is nie meer daar nie, en die neiging om 'n beter mens te wees, wat reeds lankal bestaan, kom sterk na vore. Daarom word tekortkominge dikwels op die siekbed erken, en vergewing daarvoor word gevra. Dit bring in die siek 'n wonderlike gevoel van rus. Hy het homself beter leer ken en die onrusgewende afgereageer. Siek wees kan gevolglik ook met groot vreugde en geluk gepaard gaan (Faber, 1968, p. 46).

Daar is talryke gevalle van mense wat tot bekering gekom het op so 'n siekbed, en dit reggekry het om die voornemens wat hy geneem het, uit te leef. Dit moet egter nie uit die oog verloor word nie dat sodanige bekering op die siekbed in 'n infantiele situasie plaasvind en dit dus in heel ander omstandighede voltrek word as by 'n gesonde. Dit is die ervaring van baie predikante dat werklik duurzame bekering slegs die uitsondering is.

2.2.9 Die beleving van pyn

Die moderne mens sien in die pyn uitsluitlik een van die onaangename dinge, wat soos elke onaangenaamheid, so veel moontlik bestry moet word. Vrees vir siekte en dood is grotendeels vrees vir lyding en pyn.

Buytendijk onderskei twee gebiede by die beleving van pyn (1943, p. 187): Pyn as siekte waar die menslike natuur, ook die psigiese natuur op reageer; en pyn as uitdrukking van 'n eksistensiële nood, waar die persoon op antwoord. In sy vryheid teenoor pyn (pyn is 'n streng individuele aangeleentheid) kan die mens dan ook 'n tweërlei houding aanneem: Hy kan hierdie noodtoestand as 'n werklikheid ontken en pyn as steurende onlusgevoelens beskou wat hy moedig of gelate moet dra. Hy kan die nood erken en selfs aanvaar en dan weet, dat pyn die kenteken, die seël van 'n diepe verbondenheid met die wese van dinge en met die sin van die lewe is. Die persoonlike antwoord op pyn word uitsluitlik bepaal deur die deel hê aan die eksistensiële nood, waarin die mens met andere verkeer en wat openbaar word in sy pyn.

Aggebo (1959, p. 64) noem pyn „de prikkel van het leven”. Pyn is 'n bewussynstoestand, maar vul selde die hele bewussyn. Daar is nog plek vir verlangens, gedagtes, gevoelens en gewaarwordinge.

2.3 Karakteristieke van die Hospitaalsituasie

Aangesien daar verder in die studie meer in besonder toegespits gaan word op die pasiënt en sy verhoudings=

belewing in die hospitaal, is dit nodig om hier 'n paar algemene karakteristieke van die hospitaalsituasie toe te lig.

Dit is 'n sterk ambivalente situasie: afskrikwekkend en misterieus; bedreigend en beveiligend; dienend en heersend; heilsaam en krenkend (Bremer, 1964, Hfst. 4).

2.3.1 Desorganisasie van leefwyse

Een van die probleme waarmee die volwasse pasiënt dikwils te doen kry is die desorganisasie van leefwyse in die hospitaal. Vir iemand wat gewoon was aan 'n vaste lewenspatroon bring dit groot ontwrigting mee om in 'n hospitaal opgeneem te word: daar is die aanpassing aan 'n nuwe daaglikse roetine, nuwe kleure en geure, vreemde geluide en vasgestelde besoektie (Schoeman, 1970, p. 261).

Êrens op pad na sy bed begin hy sy identiteit verloor. Aan die ander kant, meer as in enige ander plek, word sy liggaam iets wat aan hom behoort. Tegelykertyd ervaar hy dat hy grotendeels met sy liggaam vereenselwig word, hoewel dit hom deur verskillende ondersoeke maksimaal onteien word.

Dit is 'n verwarrende situasie, waarin die pasiënt hom gebonde voel. Nie alleen die belemmering wat die siekte meebring beperk sy vryheid nie, maar die hele gang van sake belemmer hom in sy persoonlike gedragbepaling (Bremer, 1964, Hfst. 4).

Waar hy voorheen vir homself gesorg het, word hy nou 'n besitting. Daar word inbreuk gemaak op sy privaatheid - hy moet die mees intieme funksies in die teenwoordigheid van ander verrig. Ook die mees persoonlike van alle dinge, pyn en lyding, moet tussen 'n groep beleef word. Om andere te sien ly of sterf is nie aangenaam nie.

Iemand wat baie lewendig van natuur is, raak maklik verveeld; hulle wat gewoon is om deur mense omring te wees, raak eensaam.

Met die verandering van die intensionele verhouding ten opsigte van sy wêreld, verander ook die tydsbeleving vir die hospitaal pasiënt. Vir hom vertraag die stroom van die tyd, terwyl gebeurtenisse daarbuite versnelling toon.

Die verwarring van die hospitaalsituasie word verder in die hand gewerk deur gebrek aan voorbereiding van die pasiënt op dinge wat gaan gebeur en die gebrek aan verduideliking van wat met en rondom hom gebeur.

2.3.2 Spanning

Volwasse pasiënte beleef gewoonlik 'n aansienlike mate van spanning in 'n hospitaal. Vrees en bekommernis maak hom meester van die pasiënt, veral indien die pasiënt nie presies weet wat hom makeer nie. Selfs al weet hy wat verkeerd is, mag hy nogtans vrees vir moontlike komplikasies. Bekommerde pasiënte is onderhewig aan allerlei versteurings soos rusteloosheid, sweet maklik, ondervind belemmering van spierbewegings en doen maagaandoenings op.

Angs word ervaar deur pasiënte in die chirurgiese afdeling. Om 'n mens se beurt af te wag om na die teater gaan te word, kan soms baie spannend wees niesteenstaand voor-operatiewe behandelingsmetodes.

Spanning van 'n ander soort word beleef deur pasiënte wat as broodwinners optree en wat nie geregtig is op siekteverlof met vol betaling nie. Dit kan moontlik sy herstel vertraag of anders kan hy weer te gou gaan werk en sy liggaam nie behoorlik kans gee om te rus nie. Hier is dit veral die verpleegster wat veel kan doen om bekommerde pasiënte gerus te stel (Schoeman, 1970, p.261)

2.3.3 Terugtrekking

By volwassenes word dikwels twee groepe pasiënte aange-tref:

Daar is hulle wat baie praat oor hulle eie siekte asook oor die siekte van andere, en dit dra by om hulle spanning te verlig.

Dan is daar die teruggetrokkenes wat selde praat, in stilte verdra en gedurig met hulle eie probleme besig is. Die hospitaalsituasie skep natuurlik 'n baie gunstige atmosfeer vir terugtrekking en selfbejammering. Vir die grootste gedeelte van die dag is die pasiënt heeltemal alleen en besig met sy eie probleme en gedagtes; sy wêreld is feitlik beperk tot die vier mure van die hospitaal met homself as middelpunt. Selfbejammering mag daartoe lei dat die pasiënt eintlik te bang word om tot die normale lewe terug te keer (Ibid, p. 267).

Siekwees bemoedig 'n proses aan van selfabsorpsie en pre-okkupasie met liggaamlike sensasies, fisiese behoeftes en diep vrese, en as gevolg hiervan is daar 'n neiging tot geestelike isolasie. Daarby is daar niks wat 'n persoon so kan wegtrek van andere en dinge as pyn nie, aangesien dit aandag op homself gefokus hou. Al hierdie effekte van siekwees word versterk deur in die hospitaal te moet wees (Gillis, 1962, p. 162).

2.3.4 Regressie

'n Aanpassingsreaksie wat dikwels by volwasse pasiënte aangetref word, is dié van regressie. Soos alreeds genoem, is hierdie 'n vorm van ontvlugtingstegniek wat bestaan uit 'n onbewuste terugkeer tot 'n vroeëre stadium van ontwikkeling soos die infantiele stadium of vroeë kinderjare. Die volwassene gedra hom soos 'n kind en vermag dat die verpleegster alles vir hom moet doen. Die sieke neem nie sy toevlug tot regressie net om moeilik te wees nie, dit is 'n vorm van onbewuste ontvlugting uit die werklike situasie as gevolg van spanning wat ondervind word. Indien dit nie betyds korrek hanteer word nie, mag dit oorgaan in 'n vorm van neurose (Schoeman, 1970, p. 265).

2.3.5 Geloofslewe word aangetas

Met teleurstelling merk Buskes (1964, p. 28) op dat geloof by meelewende kerkgangers en lidmate op die oomblik van opname in die hospitaal weens ernstige siekte, in geen opsig funksioneer nie; nie in die vorm van vertrouwe, be-

rusting of opstandigheid nie. Dit is volstrek net afwesig. Hulle is leeg en die leegte stroom vol met angs.

3. Die positiewe waarde van siekte

3.1 Katarsiswerking van siekte

'n Innerlike reiniging word dikwels op die siekbed voltrek (al blyk dit later nie blywend te wees nie). Die "ek" funksioneer swakker gedurende siekte, alledaagse belange en probleme val weg en die verlange om 'n ander, beter mens te wees, word sterker.

Daar ontstaan 'n behoefte om helderheid oor 'n mensself te verkry. Laasgenoemde word verweselik veral deur ernstige gesprekvoering - so word eksistensiële vraagstukke dikwels verhelder. Deur tekortkominge te erken en vergewing daarvoor te vra, kom die sieke soms tot rus (Faber, 1968, p. 40).

Die probleem doen hom voor van hoe die mens reageer op die wete dat dood en aftakeling, wat soos hy wel weet onvermydelik is, nou in akute vorm in sy gesigsveld kom.

Hierdie wete kan afgeweer én aanvaar word. Afweer bestaan in 'n daaroor heen leef. Aanvaarding kan die karakter aanneem van 'n gelatenheid, voortspruitend uit die besef dat die onvermydelike aanvaar moet word, dog sonder verdere vooruitsigte vir die mens. Dit kan ook 'n gelowige aanvaarding wees: die wete dat 'n mens tot die verbond van God behoort en dat in hierdie verband siekte en dood geen definitiewe mag besit nie.

As 'n mens die krag vind om positief teenoor sy siekwees te staan, kom mens in aanraking met die „les van het lyden" soos Faber dit uitdruk (1968, p. 43). Deur middel van bogenoemde konfrontasie en deur die afstand tot die daaglikse lewe kry 'n mens dieper insig in die waardeverhouding van die verskillende terreine waarop mens beweeg. Hier sinspeel hy veral op dinge soos 'n mens se werk, die gesin, die mense wat 'n mens in die daaglikse omgang ontmoet, die wyse waarop 'n mens lewensprobleme oplos, en 'n mens se vryetydsbesteding. Alles kry in die stille ure van siekwees 'n ander perspektief.

3.2 Die kleiner dinge in die lewe van die sieke

Die sieke, wat nie vaskleef aan die herinneringe van sy gesonde dae nie, ontdek 'n nuwe lewe, waarvan die intensiteit hom verbaas. Hy word gevoelig vir die kleiner dinge wat normaalweg feitlik geen rol speel nie. Tog moet die gesonde wat as 'n reël meer in beslag geneem word deur groter, belangriker sake, erken dat dit juis die klein dingetjies is wat 'n mens se lewe kenmerk en betekenisvol maak. Hy ontwikkel 'n ekstra sintuig vir hierdie dinge. As sieke leer hy die ritme van die dag ken - die langsaam ligter word van die venster in die oggend, die warme stilte van die somermiddae maak hy sy besit, hy leer die ritme van die jaargetye ken (Van den Berg, 1970, p. 26).

3.3 Die sin van siekte

In ons siekwees word inderdaad die diepe nood van ons menswees openbaar, maar deur geloof word hierdie nood oorwin.

Met die oog op gesondheid kan die sieke die siekte aanvaar, saam met almal wat daarmee gemoeid is. Dit is egter nog nie aanvaarding van siekwees nie. Daar is 'n psigologiese sin te gee aan die siekwees self en dit kan tot verdere aanvaarding lei. Dit is onafhanklik van mediese opvatting en is die voorwaarde vir 'n menslike aanvaarding.

In die siekte word die eie wêreld van buite af en binne uit verander. Vir die sieke is daar die vraag of hy na omhoog gaan groei of na benede. Hy kan in hierdie veranderde wêreld sy eie lewe verder ontwikkel - die moontlikhede wat siekwees bied positief verwerklik en so afstand inneem teenoor die bedreiging van die siekte.

Vanuit die sin van sterwe moet ook die diepere sin van die siekte afgelei word. Siekte is die voorbode van die dood, ook as die mens genees word van sy siekte. Daarom hoort siekte ook by die lewe van die mens, en is die wêreld van die sieke nie 'n onmenslike wêreld nie, maar juis 'n beklemtoning van die bedreigde bestaan van die mens wat onder heerskappy van die dood staan.

Of die oorsake nou liggaamlik of psigies is, of die behandeling resultate oplewer of nie, wat die sieke self deurmaak kan altyd sinvol wees. Deur 'n gelowige aanvaarding kan sinvolheid verkry word wat bo die menslike uitgaan (Ellerbeck, 1961, p. 151). Na opstandigheid en worsteling met die lewenssin en Gods plan, kom 'n mens tot 'n nederiger lewenshouding en oorgawe aan die Heer van die lewe.

Die siek mens word voortdurend homself, juis deur realiteit onder oë te sien en die appél wat op hom gedoen word vanuit hierdie toestand, sinvol te beantwoord.

3.4 Die sin van lyding

„Nothing in the whole world is meaningless, suffering least of all" (Frankl, 1967, p. 87). Wanneer die mens te staan kom teenoor 'n on-ontvlugbare, onvermydelike situasie, as mens 'n lot moet aanvaar wat nie verander kan word nie, byvoorbeeld 'n ongeneeslike siekte, dán word die mens die laaste kans gegun om die hoogste waarde, die diepste betekenis, dié van lyding, te volvoer. Wat bo alles saak maak, is die houding wat 'n mens in-neem teenoor lyding. In die manier waarop 'n mens sy onvermydelike las op homself neem, lê betekenis opgesluit. Frankl propageer die gedagte dat elke mens in elke situasie en te eniger tyd dit moet soek wat sin en betekenis aan sy lyding en swaarkry gee (Frankl, 1967, p. 89).

Die oomblik wanneer lyding 'n betekenis vind, byvoorbeeld dié van opoffering, is lyding op een of ander manier nie meer dieselfde nie. Dit is een van die basiese beginsels van Frankl se psigoterapeutiese tegniek, logoterapie (Frankl, 1969, p. 179) dat die mens se vernaamste belang nie moet wees om plesier te vind of om pyn te vermy nie, maar om betekenis in sy lewe te sien. Daarom is die mens bereid om te ly, met die voorwaarde dat sy lyding betekenisvol sal wees. Hier kan gepraat word van 'n vlug in die lyding in.

Die mens se soeke na betekenis is 'n primêre krag in sy lewe. Hierdie betekenis is uniek en spesifiek in die sin dat dit net deur homself moet en kan verwesenlik word, slegs dan verkry dit 'n waarde wat sy eie wil tot sinduiding sal bevredig. Frankl beklemtoon die eenmalige, unieke, onvervangbare aard van die wese van elke mens, en sy vermoë tot selftransendensie. Hy is vry om bokant die vlak van die somatiese en psigiese determinante van sy bestaan uit te styg en word so in staat gestel om 'n standpunt in te neem, nie net teenoor die wêreld nie, maar ook teenoor homself en dus ook sy lyding.

Daar is situasies waar 'n mens geleenthede ontsê word om 'n mens se werk te doen of sy lewe te geniet, maar wat nooit uitgewis kan word nie, is die onvermydelikheid van lyding. In die aanvaarding van die uitdaging om moedig te ly, het die lewe 'n betekenis letterlik tot die einde. Met ander woorde die betekenis van die lewe is onvoorwaardelik want dit sluit selfs die potensiële betekenis van lyding in.

Gödan (1958, p. 174) is van mening dat dit met alle lyding in mens se lewe is soos met die materiaal wat vir die beeldhouer as grondstof dien. 'n Mens moet dit bewerk, iets moois daaruit maak vir homself. Dan staan 'n mens nie langer in die lyding nie, maar daarnaas, soos 'n beeldhouer langs 'n weerbarstige steenblok. En alle lee sal vir ons diensbaar wees, totdat die tyd eenmaal kom waarvan belof is, dat daar geen lyding meer sal wees nie.

3.5 Die sin van dood

Die mens staan teenoor homself, ook teenoor sy dood. Die vraag is: watter houding neem die mens in teenoor sy naderende dood? In die siekte lê 'n konfrontasie met die dood. Al wil die mens persoonlik geen houding inneem nie, word dit deur siekwees opgedring (Ellerbeck, 1961, p. 134).

Solank die dood nog net 'n moontlikheid is, kan pogings aangewend word deur die sieke om die moontlikheid te integreer, dit wil sê in die geheel van sy lewensvoering op te neem.

Wanneer die dood konkreet op 'n mens afkom, kom daar 'n nuwe element by. Nou is daar sprake van om die dood positief tegemoet te gaan. Die dood word as't ware getransendeer deur 'n ander orde wat in die dood werklikheid word en waarna die mens verlang. Die mens word dan gedaag om te reageer, om aktief te word. Sy strewe is dan nie sonder meer 'n heengaan, in die sin van weggly nie, maar 'n daad, 'n persoonlike reaksie.

Volgens Jung (Feifel, 1959, p. 3) is mens so oortuig dat dood net die einde van 'n proses is, dat dit nie tot hom deurdring om aan die dood te dink as 'n doel en 'n verwesenliking nie. Lewe is 'n energieproses. Soos elke energieproses, is dit in beginsel onomkeerbaar en is daarom ongetwyfeld gerig op 'n doel. Daardie doel is 'n toestand van rus wat gevind word in die dood.

'n Positivistiese opvatting is dat sterwe iets natuurliks is. Die idealisme beweer dat diegene wat groot en edel is, nie kan vergaan nie. Hierdie lewensgevoel word weerspieël in die klassieke tragedies. Byna alle volkere kom ooreen op één punt: die liggaam word definitief prysgegee, die geestelike siel is onsterflik.

Die Christelike sin van die dood: Waar alle persoonlike verhoudinge in die dood verdwyn, bly een persoonlike verhouding oor tot Hom, wat onder ons gekom het en heers in ewigheid. Deur Hom mag hy God Vader noem en is sterwe die opgaan na die Vaderhuis, waar baie wonings is, ook vir hom. Hy wat die lewe gee, neem terug vir 'n beter lewe. In hierdie werklikheid verloor die lewe wat verby is nie sy sin nie. Dit was die akker waar saad ontkiem en ryp geword het vir die oes.

Die mens weet dat hy sy taak slegs onvolledig vervul het - hy het skuld. Dood is die laaste kans om eie skuld uit te boet. Die besef van Christus se heilbringende dood wat almal verlos wat in Hom glo, verhoog die sin. Om hierdie sin in te sien, maak aanvaarding van lyding moontlik (Ellerbeck, 1961, p. 151).

3.6 Die sin van genesing

Siekte en dood is die simbole van die ontreddering wat ten gevolge van die sonde oor die wêreld gekom het. „Simbole” moet verstaan word nie as digterlike beelde nie maar as tasbare tekens wat verbonde is aan die gesimboliseerde saak.

Netso is in die Bybel genesing - elke genesing - die simbool van die verlossende genade, 'n manifestasie van die genade. Genesing van die siekte word altyd aangedui as 'n oorwinning van God: oorwinning wat God in Jesus Christus behaal het oor sonde en die dood. Genesing is altyd tegelyk liggaamlik en geestelik (Tournier, 1953, p. 199). Genesing is 'n taak wat die bekwaamheid en verantwoordelikheid van die mediese professie transendeer (Booth, 1962, p. 11-21).

4. Samevatting

Die psigologiese beleving van siekwees is alreeds vanuit verskeie oogpunte deur verskillende outeurs beskryf. Na aanleiding van 'n studie van hulle bevindinge, is dit duidelik dat hoewel elke mens sy siekwees op sy eie manier beleef, daar ook psigologiese tendense voorkom wat tot 'n mindere of meerdere mate in alle siekwees manifesteer.

Die siekbedsituasie waarin die siek mens hom bevind, bring konflikte mee met homself, sy omgewing, sy bed en sy liggaam waarvan die mens in sy gesonde toestand nie bewus is nie.

Versorging van die sieke wat grotendeels in die hande van vroue val, skep 'n infantiele klimaat wat noodwendig 'n regressie na kinderlike gedragpatrone meebring. Inhibisies wat tydens opvoeding aangeleer is, val weg en die sieke reageer op 'n infantiele manier op die soms angswekkende eise wat siekwees van hom verg. Wat vir die buite-standaard as infantiel voorkom, is eintlik 'n poging om aan te pas by die wêreld van siekwees.

Afgesien van die kenmerkende verskynsels wat siekwees produseer, word die mens ook in sy diepste wese geraak deur die belewing daarvan. Sy stemmingslewe word aangeskas en die mens word miskien nou vir die eerste keer met die dood gekonfronteer. Die standvastigheid van sy geloof word deur die aanslae van die siekte voor 'n toets gestel en pyn ervaar hy as 'n individuele aangeleentheid waarteenoor hy standpunt moet inneem.

Opname in 'n hospitaal bring ontwrigting van 'n vaste lewenspatroon mee en die pasiënt moet hom aanpas in wat hy as 'n sterk ambivalente situasie ervaar. Die hospitaalsituasie word ook gekenmerk deur sekere algemene gedragsverskynsels.

Hoewel siekwees met baie pyn, ongemak en emosionele ontwrigting gepaard gaan, het siekte ook positiewe waarde. Die katarsiswerking van siekte bring dikwels die verheldering van eksistensiële vraagstukke mee en as gevolg van die noodwendige afstand waarin die sieke ten opsigte van die alledaagse lewe verkeer, verkry hy dieper insig in die waardeverhoudinge van die verskillende lewensterreine.

Siekte, lyding, dood en genesing kry 'n ander perspektief vir die sieke, en sinduiding van bestaan bekamp regressie en bevorder 'n betekenisvolle lewe.

HOOFSTUK II

ANALISE VAN DIE PSIGOLOGIESE VERHOUDINGS- BELEWING VAN DIE PASIËNT

1. Inleidend

By die opbou van die eie wêreld van die sieke is daar deur middel van 'n voorlopige beskrywing uitgegaan van die eerste vitale veranderingsbelewensisse wat siekwees meebring. Vandaar is gekom deur die reaksievorme van ontkenning en vereenselwiging tot 'n menslike vorm van aanvaarding wat veral gerig is op die sieke in sy individueel siekwees. Nou gaan die figure om die siekbed in die beskouing betrek word. Siekwees het 'n skaar van mense opgeroep, wat elkeen op eie wyse die siekwees van die sieke beklemtoon en van hom 'n ander gedragswyse verwag as wat hy vroeër vertoon het.

Diegene wat deur die siekte in gedrang kom, tree eerstens hierdie wêreld binne uit hoofde van hul funksie wat presies omskryf kan word vanuit die behandelings- en versorgingsaspek. Maar sowel in die verhouding tot die sieke as daar buite, het hul nog 'n psigologiese invloed as figure in die wêreld van die siek mens. Dit is die taak van die psigologie om hierdie beïnvloedingswyse te belig en daardeur 'n verantwoordende gebruik daarvan moontlik te maak.

Soos aangedui, word daar in hierdie studie spesiaal verwys na die verhouding pasiënt-verpleegster. Aangesien hier-

die verhouding ingebed is in die konteks van die hele verhoudingsbelewing van die pasiënt, moet die ander verhoudinge ook in oënskou geneem word. Die verhoudingsbelewenisse word beskryf vanuit die raamwerk van die hospitaalsituasie.

2. Die verhouding pasiënt-verpleegster

2.1 Watter eienskappe verwag die pasiënt by die verpleegster?

Volgens studies deur Holt en Luborsky (Schoenberg e.a. 1968, p. 243) het die volgende twaalf eienskappe die grootste verband geblyk te hê met die verpleegster-pasiëntverhouding:

- . Die vermoë om warmte te toon.
- . Die vermoë om vertroue in te boesem.
- . Die vermoë tot empatie sonder oor-identifikasie met pasiënte.
- . Spontaniëteit
- . Gewilligheid om verantwoordelikheid te aanvaar.
- . Die vermoë om pasiënte te aanvaar ten opsigte van vyandigheid.
- . Die vermoë om spannende situasies te verduur sonder terugtrekking van haarself of baie ongemaklik te voel.
- . Die afwesigheid van aggressiwiteit teenoor pasiënte.
- . Die vermoë om reguit en ferm op te tree (met pasiënte, personeel en familie van pasiënte) in teenstelling met dominerende, oor-passiewe of aarselende optrede.
- . Sensitiwiteit in teenstelling met ongevoeligheid en wreedheid.

- . Verstandigheid in teenstelling met impulsiwiteit.
- . Die vermoë om effektief te kommunikeer.

In aansluiting by bogenoemde, kan bygevoeg word dat sy die eienskappe van onbaatsugtigheid, beskeidenheid, nederigheid, takt, getrouheid en standvastigheid moet hê om te voldoen aan die verwagtingsbeeld van die pasiënt. Bowenal moet sy egter liefde vir die sieke hê, want deur die liefde ontstaan meeleving (Aggebo, 1959, p. 96).

Dit is opvallend dat bogenoemde eienskappe ooreenkom met die eienskappe van die ideale moeder. Die geïnfantiliseerde pasiënt wat regressie ondergaan na kinderlike gedragspatrone, vind die moederfiguur in die verpleegster. Hierdie bewering sal verderaan meer volledig bespreek word.

2.2 Die verpleegster as tussenpersoon

Die funksie van die verpleegster kan tweeledig gesien word:

Sy sorg vir die sieke en verpleeg hom in sy siekwees. In die bespreking van die moederrol van die verpleegster sal daar stilgestaan word by hierdie eerste aspek van versorging.

Tweedens is sy die hulp van die geneesheer by die behandeling en genesing van die sieke.

Die verpleegster kan gesien word as die verlengstuk van

die dokter na die pasiënt. Daar is gevind dat die sieke gediend is met 'n tussenpersoon wat naby hom staan. Sy vertaal dikwels aan die pasiënt dit wat in die taal van die dokter vir hom onbegryplik is. Sy neem 'n deel van die kontak van die dokter met die sieke oor en bestendig dit, as dit dreig om deur moedeloosheid of opstandigheid verbreek te word. Ook kan sy waardevolle inligting aan die dokter verskaf in verband met individuele reaksies van pasiënte.

In beide dele van haar funksievervulling is sy 'n tussenpersoon. Dit vra ewewigtigheid om 'n tussenpersoon te wees in so 'n ingewikkelde geheel soos 'n hospitaal met sy hiërargiese struktuur (Ellerbeck, 1961, p. 95).

Na twee kante toe lê gevaar in die uitvoer van haar funksie:

Deur te afhanklik te wees van die sieke, te subjektief gemoeid te wees, kan afstandsverlies veroorsaak word.

Daarteenoor is daar die gevaar van haarself te sien as die spil waarom alles draai. Dit is hierdie tipe verpleegster wat infantilisme in die hand werk; sy behandel siekes as dom, lastige kinders.

Tussen bogenoemde twee uiterstes moet die regte lê, nie as labiele ewewig wat versteur kan word as een kant oorheers nie, maar as 'n sintese vanuit 'n beeld van haar taak. Die verpleegster staan op 'n snypunt van baie menslike verhoudinge: met die geneesheer en die hospitaal, met die pasiënte, met die sielsorger en selfs met die

familie van pasiënte. Haar funksie vra 'n baie soepel selfstandigheid, een van die vernaamste kenmerke van volwassenheid (Ellerbeck, 1961, p. 97).

2.3 Die rol van die verpleegster by die sterfbed

As daar nagedink word oor die voorafgaande gebeurtenisse en dié wat volg op die sterwe van 'n geliefde, kan menige situasie herinner word waar die verpleegster die sentrale figuur was.

Die verpleegster se probleme in verband met die dood van pasiënte verskil van dié van die dokter. Sy dien as die dokter se afgevaardigde aan wie die daaglikse taak toegesê word om aan die naasbestandes die daaglikse verslag van die ernstig sieke se toestand bekend te maak.

By die sterwende neem besoek van kennisse en vriende dikwels af en die pasiënt raak meer aan sy verpleegster verbonde. So 'n pasiënt raak hewig ontsteld as „sy" verpleegster deur 'n nuwe een vervang word.

Kommunikasie met die sterwende pasiënt en sy familie is nie beperk tot woorde nie: die teenwoordigheid van die verpleegster is dikwels noodsaaklik vir beide (pasiënt en familie). Die belangrikste deel van die werksaamheid van die verpleegster by die sterfbed is bloot om daar te wees. Om 'n hand uit te reik na die pasiënt kan die vernaamste daad van die verpleegster ten opsigte van die pasiënt wees. Daar is gevind dat die hoeveelheid kere wat sy inloer by die kamer, ongeag of sy ontbied is of nie, van die allergrootste belang is om die pasiënt op daardie wyse

te verseker dat sy daar is, dat dit haar aangaan en dat sy beskikbaar is (Schwartz, 1972, p. 356).

Sy bepaal die atmosfeer van die siekekamer, rig die gesprek daarin, en deur haar teenwoordigheid word selfs die intieme finale woorde tussen die pasiënt en sy familie beheer. Daarom is dit belangrik dat die bedroefde die verpleegster se reaksies ten opsigte van die dood en die sterwende pasiënt moet verstaan. Haar benadering mag die herinneringsbeeld wat die bedroefde met hom saamneem, baie sterk beïnvloed (Kutscher, 1969, p. 55).

Vir die verpleegster is 'n geval nooit "hopeloos" nie. Wanneer die geneeshere opgegee het, neem die verpleegsters van hulle oor. 'n Verpleegster kan nog altyd iets doen. Selfs die dood, die totale neerlaag van die geneeskunde, het nog sy eie ritueel en roetine vir die verpleging en bied geleentheid tot versorging, soms op 'n baie hoë niveau (Barnes, 1967, p. 57).

2.4 Eienskappe van die pasiënt-verpleegsterverhouding

Volgens Schoeman, (1970, p. 49) is die volgende die ver-
naamste kenmerke van die pasiënt-verpleegsterverhouding:

Die verpleegster staan eerstens in 'n baie persoonlike verhouding tot die pasiënt.

Sy kom persoonlik met hom of haar in aanraking en staan dus in 'n „gesig tot gesigsverhouding“. Dit is gevolglik belangrik dat sy kennis sal dra van algemeen

menslike gedrag insluitende 'n begrip van individuele verskille, persoonlikheidstipes, motiewe, spanning en algemene reaksiepatrone.

Ook moet sy kennis dra van die psigologiese gevolge van siekwees, sodat sy skynbare teenstrydighede by haar pasiënte kan ontdek en met die nodige takt kan hanteer. Sy moet elke pasiënt as 'n unieke persoonlikheid sien en hom as mens bejeën.

In die tweede plek het 'n mens hier te doen met 'n intieme verhouding.

Die verpleegster aanvaar die verantwoordelikheid vir die fisiese versorging van die liggaam van die pasiënt sowel as sy geestelike versorging. Intieme, persoonlike take word verrig, byvoorbeeld die was van pasiënte en voorsiening van toiletgeriewe. Daarby raak sy dikwels vertrouwd met intiem-persoonlike probleme wat pasiënte mag hê - sy word soms die „biegmoeder" van haar pasiënte.

Hierdie intieme verhouding mag nie ontaard in familiariiteit nie - sy moet onder alle omstandighede professioneel en waardig optree en alle hospitaalgeheime moet steeds bewaar word.

Derdens kry 'n mens te doen met 'n vertrouensverhouding. Net soos die pasiënt sy geneesheer moet vertrou, so ook moet hy altyd op die verpleegster kan reken. Vertroue moet nie net gaan oor werklike verpleging nie, maar ook moet dit gehandhaaf word ten opsigte van persoonlike aangeleenthede wat onder haar aandag mag kom.

Sonder 'n absolute geloof en vertrouwe in die kennis en bekwaamheid van die verpleegster, kan geen pasiënt gelukkig wees nie, dit geld ook vir die familie van pasiënte

2.4.1 Fasette van die aspek van dienslewering in die pasiënt-verpleegsterverhouding

Die aspek van dienslewering kom na vore na aanleiding van die beskrywing van die bogenoemde aspekte en sal aar die hand van 'n aantal vrae bespreek word.

Wat is die diens wat die verpleegster moet lewer?

Hierdie diens is diens aan die ander, die medemens, en sluit versorging en steungewig van die mens in in alle leeftydsgroepe, vanaf sy ongebore toestand tot die grysheid van sy ouderdom en sy laaste asemteue. Dit vra nie alleen tegniese vaardigheid nie, maar 'n omvattende kennis van die mens. Wie is dan hierdie mens, die ander, en hoe verskyn hierdie mens in die leefwêreld van die verpleegster?

Die veroorsakende faktore by die siekword van die mens is veelvuldig. Dit kan nie afgesonder word van 'n kaleidoskoop bykomende faktore wat siekte vir elke mens anders maak nie, spruitende uit die genetiese samestelling van elke mens, sodat die mens nie net psigies-geestelik nie, maar ook biochemies uniek is (Kotze, 1968, p. 9).

Hierdie uniekheid van elke mens moet deeglik in oënskou geneem word. Die verpleegster moet begrip van en insig in hierdie wesensbelangrike feit hê. Sy moet beseft dat

die mens nie net 'n liggaam het nie, maar dat die mens sy liggaam is en as totale wese tot haar gerig is vir hulp en steungewing.

Alhoewel die genetiese samestelling van die mens nooit verander nie, is hy op grond van sy geestelike dimensie openheid. Daarom is hy moontlikheid, en word hy altyd anders omdat die horisonne van sy moontlikheidswêreld steeds groter word. Dit is dan ook die geestelike dimensie van die mens wat hom in staat stel om te transendeer bo sy genetiese gegewenheid, afhange van sy fisiese en psigiese gestremdheid. Die verpleegster moet daarvan bewus wees dat elke mens intensioneel op sy eie unieke manier gerig is op sy wêreld, en dat hierdie gerigtheid van wesensbelang is by die siek mens.

Die mens staan altyd in verhouding tot die "ander", dus ook met sy sosiale en gesinsomgewing. Dit impliseer dat die arbeidsveld van die verpleegster nie net beperk is tot die pasiënt nie, maar dat sy betrokke is by die totale leefwêreld van die pasiënt wat sy gesinslede insluit. Kommunikasie met die familie gee dieper insig in en begrip van die persoonlikheid van die pasiënt, en faktore wat probleme kan skep in die hospitaal het dikwels sy oorsprong tuis. Die mens moet dus altyd in sy gesitueerdheid gesien word - in 'n gesin, godsdiensverband, werkskring, ensovoorts. Om die mens in sy situasie vir die hospitaal geïsoleerd te sien van bogenoemde, is om daardie pasiënt op te breek in fasette van sy menswees, en kan daar nie sprake wees van 'n vertrouensverhouding waarbinne 'n geestelike ontmoeting tussen die verpleegster en die pasiënt kan plaasvind nie (Ibid. p. 10).

In hul bemoeienis met mekaar is die verpleegster die leidende figuur. Haar taak is om 'n milieu te skep vir hulpverlening aan die pasiënt: 'n milieu van begrip, aanvaarding, verduideliking, gerusstelling, met ander woorde 'n veilige situasie waarin die pasiënt homself geborge voel by die verpleegster. Alleen dan sal die pasiënt homself intensioneel rig op sy herstel en homself oopstel vir terapie. Sy kan sodoende ook die grondlegger wees van 'n vertrouensverhouding tussen die geneesheer en die pasiënt.

Uit hierdie beskouing van die taak van die verpleegster word dit duidelik dat sy in haar hoedanigheid as bevraagde en moederfiguur in die beleweniswêreld van die siek mens, nie net suiwer tegnologiese kennis en vaardigheid moet hê nie, maar 'n kennis van die mens in al die dimensies van sy menswees naamlik liggaam-psyge-gees.

Waarom moet die verpleegster diens lewer?

Daar is herhaaldelik in die voorafgaande daarna verwys dat die verpleegster moet antwoord op haar taakgeroepenhed. Die vraag ontstaan nou, hoekom moet sy?

Die bevorderende en voorkomende geneeskunde se taak is om die mens te rig op die wil tot goeie gesondheid, en die mens tot die insig van eie verantwoordelikheid in die bevordering van sy eie gesondheid en dié van ander te lei. Hierdie leiding het 'n vormingskarakter en elke individu betrokke by die gesondheidsveld moet bewus wees, of bewus gemaak word, van sy of haar verantwoordelikheid in hierdie vormingsgebeure (Kotzé, 1968, p. 10).

Dit is in belang van die individu, sowel as van die algemene volksgesondheid, dat die voorkoming van siekte en die bevordering van gesondheid 'n sterk appellatiewe karakter sal hê vir alle terreine van die groot arbeidsveld van die geneeskunde. Dit is dus 'n uitdaging vir elke verpleegster, in watter hoedanigheid sy ook al praktiseer.

'n Kuratiewe geneeskunde in sigself is nie voldoende nie, die mens wat herstel van die een of ander fisiese of geestelike ongesteldheid moet ook voorberei word vir volwaardige diens in die samelewing as hy weer toetree tot hierdie samelewing waarvan sy siekwees hom geïsoleer het. Hier tree die rehabiliterende faset van gesondheidsdienste na vore. Dit moet hier in gedagte gehou word dat die mens in sy totaliteit ook 'n toekomsgerigte wese is. In sy siekwees voel die mens homself as bedreigde, omdat hy sy toekoms as bedreigd beleef. Die taak van die rehabiliterende gesondheidsdiens is om die pasiënt te lei tot gerigtheid op die oorblywende kragte van sy menswees, ook tot aanvaarding van sy eie verantwoordelikheid vir die toepassing daarvan. Sodoende kan die persoon weer sy wêreld tegemoet tree op waardige wyse. As die pasiënt hierin gefaal word, word sy menswaardigheid geskend, omdat elke mens die reg het op 'n sinvolle bestaan. Dit is die verantwoordelikheid van almal betrokke in die geneeskundige situasie, dus ook die verpleegster, om hulpverlening te gee en die mens nie van hierdie bestaansreg te ontnem nie.

Wanneer en hoe moet die verpleegster diens lewer?

Die verpleegster is „altyd daar“. Sy lewer diens vier-en-twintig uur per dag, en 365 dae per jaar. Sy is daar te

alle tye - in tye van vrede en welvarendheid, maar ook in tye van oorlog en rampe. Sy lewer haar diens aan die mensdom in lief en leed. Dit is 'n unieke verskynsel, wat gedeel word met haar deur die geneesheer, hoewel nie in dieselfde mate nie. Die geneesheer verskyn op 'n bepaalde tyd in die saal en met 'n bepaalde, duidelik omskrewe doel. Die verpleegster is egter deurlopend daar. Waar daar pasiënte is, word daar ook verpleegsters aangetrof; wat die pasiënte ookal benodig, word dit van die verpleegster verwag dat sy sal sorg dat hulle dit kry. Die werk van die verpleegster skyn veelsoortiger en minder duidelik afgebaken te wees as dié van al die ander hospitaal personeel (Barnes, 1967, p. 52). Wat van fundamentele belang is, is hoe sy hierdie diens lewer wanneer sy by die mens-in-nood is.

Henderson se opvatting van die verpleegster se unieke funksie, soos saamgevat in die "I. R. V. Grondbeginsels van die Verplegingsorg" is soos volg:

"Die unieke funksie van die verpleegster is om siek en gesonde mense te help om so te handel dat die herwinning of opbou van hul gesondheid (of anders vreedsame dood) daardeur bevorder word; om hulle by te staan in handeling wat hulle selfstandig sou kon uitvoer indien hulle oor die nodige krag of kennis beskik het; en hierdie hulp moet só verleen word dat dit so spoedig moontlik tot onafhanklike optrede sal lei" (Kotze, 1968, p. 11).

In die verplegingsituasie word twee hooffigure gevind, naamlik die verpleegster en die pasiënt, op weg na 'n

sinvolle verwerking van die pasiënt se siekwees aan die hand van steungewing en leiding. Sou die gebeure deur die dood beëindig word, dan sinvolle triomfering oor die dood (Frankl, 1967, p. 110). In hierdie op weg wees neem die verpleegster die leiding. Die leierskap impliseer vennootskap. Die verplegingsituasie is noodwendig 'n eksistensiële situasie, waarin die pasiënt genooi word om uit die gevangenskap van sy situasie as toekomsbedreigde te tree en bepaalde verhoudinge ten aansien daarvan te stig (Frankl, 1967, p. 12). In hierdie op-weg-wees is die verpleegster medeganger, en is dit nodig dat die pasiënt aktief betrokke sal wees in die herkonstruering van sy wêreld. Nie alleen is die sieke eksistensiel bedreigde nie, maar hy is gedwarsboomde in sy beplanning; hy het sy geborgenheid verloor - is dus steunsoekende.

Hierdie vennootskap waarin die verpleegster die leiding neem, kan eers tot stand kom nadat die verpleegster en pasiënt mekaar op geestelike vlak ontmoet het. Volgens Henderson moet sy „haar as't ware binne in die liggaam van elkeen van haar pasiënte plaas om hulle behoefte te leer ken" (Kotze, 1968, p. 11). Die pasiënt, van sy kant af, moet die gesagsuitoefening van die verpleegster erken en aanvaar, wat oorgawe van hom moontlik sal maak sodat hy homself bereid sal voel om hom met die verpleegster te waag. Op dié wyse is die stigting van 'n vertrouensverhouding tussen die verpleegster en die pasiënt moontlik.

Wie is hierdie mens wat 'n diens moet lewer?

In die bespreking van die rol van die medespeler in die wêreld van die pasiënt, kom die vraag onwillekeurig op

die voorgrond, naamlik wie is hierdie mens wat in haar bemoeienis met die sieke 'n maatskaplike diens moet lewe:

Travelbee (1966, p. 14) gee 'n baie raak definisie van die professionele verpleegster wat sekerlik moeilik verbeter kan word. Sy sê:

„A professional nurse practitioner is a graduate of a collegiate school of nursing whose aim is to assist students to learn a disciplined intellectual approach to patients' problems, and the therapeutic use of self”.

Die individu wat 'n gedissiplineerde intellektuele benadering huldig en gebruik, weet hoe om logies te dink, te redeneer, te bedink en te oorweeg. Dit impliseer dat die verpleegster 'n breë algemene opvoedkundige agtergrond in die natuur wetenskappe, sowel as die menswetenskappe moet hê.

Tesame met die gedissiplineerde intellektuele benadering word „the therapeutic use of self” deur Travelbee gekombineer as die twee ondeelbare, mees belangrike vermoëns van die verpleegster in haar dienslewering. Met die laas genoemde konsep word bedoel die vermoë van die verpleegster om haar persoonlikheid bewustelik te gebruik. Om hierdie vermoë te ontwikkel, moet die verpleegster die mens in sy wese ken, en ook so haarself. Albei hierdie vermoëns is iets wat in die wese en praktyk van die verpleegster 'n perfekte sintese of integrasie moet vorm. Dit is vermoëns wat geleidelik groei in die verpleegster, dit is 'n doelstelling waarop sy haar moet toespits met die

wete dat 'n leeftyd skaars genoeg is om hierdie sintese te bereik.

Die eise wat aan die verpleegster gestel word, is veelvuldig. As 'n mens dink aan faktore soos die ekonomie, die samestelling van die kultuurvlakke van die bevolking en die ander reeds genoemde faktore wat 'n invloed het op die verplegingsdienste en die aard van diens wat sy lewer in 'n groot arbeidsveld, kom 'n mens tot die besef dat hierdie mens 'n baie spesiale soort persoon moet wees, met 'n baie deeglike en breë voorbereiding. Sy moet die kennis hê om haar uitgebreide arbeidsveld te begryp, en ook die mens te ken in al hierdie situasies as betrokkenne daarin met soma-psige-gees.

2.5 Die moeilike pasiënt en die verpleegster

In elke hospitaal word pasiënte aangetref wat as „moeilik” bestempel word (Schoeman, 1970, p. 269). Dit kan pasiënte wees wat koppig is en weier om saam te werk; met niks tevrede is nie, gedurig kla en niks waardeer nie; dit kan persone wees wat van nature selfsugtig is, niemand iets gun nie en al die aandag vereis; of hulle wat bloot onbeleefd en aanstootlik is.

Hierdie soort optrede aan die kant van pasiënte maak dit soms baie moeilik vir die verpleegster om haar werk suksesvol te verrig. Sy mag so gefrustreerd raak dat sy in die versoeking kom om te bedank maar sy mag nie aan die frustrasie toegee nie. Sy mag selfs heeltemal ten onregte 'n minderwaardigheidsgevoel ontwikkel wat nie be-

vorderlik is vir doeltreffende verpleging nie. Die meeste verpleegsters verdra maar in stilte.

Die vraag is nou in hoeverre die pasiënt verantwoordelik gehou kan word vir sy optrede. Dit mag die gevolg wees van sy konstitusionele samestelling, 'n verkeerde opvoedin of siektetoestande en innerlike spanninge wat siekte meebring.

Die fout kan dalk by die verpleegster self lê. Sy mag iemand wees wat nooit verpleegster moes geword het nie, of iemand wat nie oor die nodige takt, simpatieke benadering en genoegsame gesonde menslike verhoudings beskik nie. Dit mag iemand wees wat nog nie genoegsame kennis en ervaring opgedoen het in verband met die hantering van moeilike situasies nie, of persoonlike frustrasies ondervind.

Schoeman (1970, p. 271) beweer dat die meeste probleme met pasiënte op interpersoonlike vlak geskied. Meestal is dit 'n saak van ongesonde menslike verhoudings wat egter van verwyderbare aard is. Hy beveel aan dat vriendelikheid, min sê maar baie doen, doeltreffendheid in die werke en 'n gevoel van sekuriteit gewoonlik die beste resultate lewer in die vestiging van 'n suksesvolle pasiënt-verpleegsterverhouding.

2.6 Die verpleegster as moederfiguur

Versorging van die sieke is dikwels in die hande van vrouens, waardeur daar 'n infantiele klimaat geskep word. Hier het 'n mens dan te doen met die infantiliserings- of regressie patroon wat hom in siekwees voordoet. Die

eerste mens in die ontwikkelingswêreld van die kind, is die moeder. Sy bevredig die vitale behoefte aan voedsel, warmte, versorging en liefkosing. Hierdeur skenk sy terselfdertyd geborgenheid en veiligheid van bestaan.

Die volwasse sieke kan miskien terug verlang na die onbesorgde lewensdrange van kindwees. Hy kan hom dan oorgee aan 'n onwerklike vereenvoudiging van sy wêreld. Die hospitaalsituasie as sodanig is eie aan 'n vroulike klimaat, soos huis en slaapkamer is vir die kind - dit is ook 'n verklaring van die regressie-meganisme. Vir die sieke, vir wie 'n toekoms-ontwerp nie dieselfde is as vir die gesonde nie, is 'n teruggryp na die verlede voor die hand liggend.

Siekwees skep dus die moontlikheid van 'n moeder-figuur. In die moederrol van die verpleegster is sy 'n verwagtingswekkende aanwesigheid waaraan die sieke hom toevertrou en waaraan hy alles oorlaat wat hy self nie meer kan doen nie. Die sieke kan so deur die saaklike sfeer van die hospitaal beïndruk word, dat hy in die versorging van die verspleegster beskerming soek; haar bewustelik as moederfiguur gaan beleef.

Die verpleegster kan baie doen om die pasiënt se houding ten opsigte van die hospitaal te verander. Die verplegingspersoneel wat verbonde is aan 'n hospitaal, reageer op 'n pasiënt se eerste en belangrikste behoefte om beter te word. Terwyl hulle alle mediese behoeftes behartig, skep hulle orde waar wanorde was, vrede waar paniek was. In die proses van mediese versorging, kom hulle te

staan voor ander aspekte. Hulle reguleer en organiseer elke ander faset van die pasiënte se lewens soos hulle dink die beste is, byvoorbeeld besoektye, etenstye, slaaptye, opstaantye, ensovoorts. Geen wonder dus dat die versorgende gestalte van die verpleegster vir die sieke moederlike trekke besit nie. Ook van die kant van die verpleegster word die verhouding in die kader van die moeder-kind-verhouding geplaas (Barnes, 1968, p. 292).

Ook die sieke self sien die verhouding blykbaar in 'n besondere lig. Van die verpleegster verwag hy iets anders as van die geneesheer of die gewone besoeker. Nie soseer informasie oor sy toestand of 'n gesellige praatjie nie, as wel die bereidheid om vir hom te sorg en na hom te luister by die voorlê van sy dikwels „kinderlike“ probleme. Hy soek dikwels steun by die verpleegster in sy onsekerheid oor hoe om teenoor die geneesheer of sy besoekers sy houding op die regte wyse te bepaal. Ook hier tref 'n mens 'n ambivalente houding (kenmerkend van die hospitaalsituasie) aan met 'n verset teen die vernedering van hierdie „onmanlike“ situasie (Faber, 1956, p.78) Teenoor die bedreiging van die hele hospitaalsituasie soek hy veiligheid by die verpleegster.

Opvallend in die skildering van probleme wat die sieke ondervind, is sy behoefte aan gemeenskaplikheid. Hy is bang om vergeet te word en nie meer te behoort nie - hy leef op die solidariteit van sy omgewing. Die verpleegster is op 'n ander manier as byvoorbeeld die geneesheer solidêr met die sieke. In teenstelling met die geneesheer wat kom en gaan, is sy meer permanent aan-

wesig en verteenwoordig sy so as moederlikefiguur veiligheid, rus en geborgenheid aan die pasiënt (Faber, 1968, p. 44).

Die verpleegster beoefen nie psigoterapie nie, maar werk tog op 'n soortgelyke wyse en dikwels baie effektief. Mense weet huidig meer van hoe siek liggaame gesond gemaak word en is nie meer tevrede om terug te lê en die geneesheer en verpleegster alles te laat doen nie. Hulle wil weet wat gebeur en wil hulle deel doen. Die verpleegpersoneel aan hulle kant, leer om hierdie houding te gebruik as terapeutiese middel (Barnes, 1968, p. 293). Al is die verpleegster moederlik is sy geen moeder van die sieke nie. Sy is 'n opvoeder in 'n sekere sin; slegs in die situasie van siekwees, omdat sy daar tuis is. In haar „huis" (verwysende na die hospitaal) ontvang sy 'n medemens, nie 'n kind nie.

As 'n verpleegster haar sou koester in die figuur van moeder of engel wat op haar geprojekteer word, skiet sy in haar taak teenoor die sieke tekort; hinder hom daardeur in die opbou van sy wêreld. Sy kan egter siekwees maak tot 'n toestand, waarin die siek mens kan lewe; waarin die werklikheid van die siekte nie verdring word nie, maar 'n situasie word wat aanvaar en verwerk, vrugbaar kan word in elkeen se lewe (Ellerbeck, 1961, p. 101).

2.6.1 Beskouing van die moederrol wat die verpleegster aanneem

Een van die doelstellings van 'n studie soos hierdie, is

om die verpleegster se kennis van die psigologiese faktore wat die pasiënt se ewewig affekteer, uit te brei, sodat sy haar verhoudinge met pasiënte effektief kan hanteer. Dit sal dus van waarde wees om die moederrol wat die verpleegster aanneem in die pasiënt-verpleegster-verhouding, meer in besonderhede te beskou.

In die lewensgang word verhoudinge daargestel met persone wat verskil in kwaliteit, intensiteit en die mate waartoe dit wederkerig is. Die verhoudinge tussen moeder en kind of vader en kind of tussen kinders onderling ontwikkel dikwels in die prototipes van die aard van verhoudinge wat 'n mens in latere lewenstadia aangaan. Moeder-kind verhoudings en vader-kind verhoudings verskil in kwaliteit maar mag dieselfde intensiteit besit.

Die rolle van die ouers verskil van dié van die kinders. Van ouers word versorging verwag, van kinders om dit te ontvang; van ouers word beskerming verwag, van kinders om afhanklik te wees. Die status van die ouers verskil van dié van hulle kinders. Status bepaal die regte en verpligtinge van elke deelnemer in 'n verhouding. Die status van die ouers maak hulle geregtig daarop om opdragte te gee en straf toe te pas. Die status van die kinders verplig hulle om te gehoorsaam en hulle te onderwerp aan gesag, maar gee hulle ook die reg om op kinderagtige, onverantwoordelike wyse te handel. Namate kinders ouer word verander rol en status in die ouer-kindverhouding en dit word dikwels vergesel van 'n aansienlike mate van konflik.

Verhoudinge tussen kinders onderling, en vriendskappe is verhoudinge waar die deelnemers se rolle dieselfde is en hulle gelykes is wat status betref (Altschul, 1969, p.275).

Hierdie voorafgaande bespreking is gedoen omdat daar in die literatuuroorsig verwys is na die moederrol van die verpleegster, die vaderrol van die geneesheer en die rol van broers en susters wat aan medesiektes toegedig word. Dit sal bydra om die regressiepatroon wat in siekwees aangetref word, beter toe te lig.

Wanneer 'n persoon 'n pasiënt word, word 'n spesiale rol en 'n nuwe status aan hom toegesê. Die rol van die pasiënt word dié van 'n afhanklike, vertrouende, onderdanige persoon, baie soos dié van 'n kind. 'n Pasiënt het 'n spesiale status omdat hy die belangrikste persoon in die hospitaal word, die persoon wie se bestaan die bestaan van die hele organisasie regverdig. Aan die ander kant, is die status van die pasiënt eintlik laag. Hy kan nie in sy eie reg funksioneer en besluite neem nie en het afgesien van verantwoordelikhede.

Die rol en status van 'n pasiënt is in werklikheid soortgelyk aan dié van 'n kind. Sy behoefte aan beskerming genoodsaak hom om die lede van die verplegingspersoneel in ouerlike rolle te plaas. Hy skryf aan hulle meerderwaardige status toe, en verwag van hulle soortgelyke gedrag as van 'n vader of 'n moeder (Ibid., p. 276).

Die verpleegster is die persoon wat dikwels die rol van 'n ouer aanneem; dikwels met voordelige resultate, maar

tog ook vergesel van nadele. Wat behels die moederrol van die verpleegster dan?

Dit behels outoriteit aan die kant van die verpleegster en onderwerping aan die pasiënt se kant. Die verpleegster onderneem sekere verpligtinge ten opsigte van die pasiënt. Dit is 'n eensydige verhouding. Die verpleegster is besor oor die welsyn van die pasiënt, nie haar eie nie; oor die gedagtes, gevoelens en probleme van die pasiënt, nie haar eie nie. In haar moederrol moet sy aanvaardend wees ten opsigte van die pasiënt, al is sy gedrag ook hoe onaantoonbaar. Haar aanvaarding moet onvoorwaardelik wees, maar tog is dit ook haar plig in die vervulling van haar moederrol om afkeur en teleurstelling te toon waar nodig. As 'n moeder gee sy aanmoediging en ondersteuning maar maak toegewings vir tekortkominge aan die kant van die pasiënt.

Die rol van moeder kan 'n groot mate van tevredenheid aan sowel verpleegster en pasiënt verskaf, so veel so dat die pasiënt egter verhinder kan word om sy afhanklikheid weer te ontgroeï. Goeie moedersorg moet voorsiening maak vir toenemende onafhanklikheid, maar die outoritêre houding van sommige verpleegsters maak dit moeilik vir hulle om dit in te sien (Ibid, p. 277).

Die moederrol van die verpleegster en die funksie van 'n regte moeder is egter op baie maniere verskillend van 'n

In die normale lewe vul die rol van die moeder dié van die vader aan. Konflikte tussen vader en moeder oor 'n

kind, en jaloesie tussen kinders oor hulle ouers is normale gebeurtenisse in familie verhoudinge. In 'n hospitaal is dit feitlik onmoontlik om soortgelyke driehoekige verhoudinge tot stand te bring. Die verpleegster moet dikwels die rol van vader en moeder vervul, van gesag sowel as beskerming gelyktydig. Dit maak dit vir haar moeilik om so aanvaardend te wees soos wat sy graag sou wou wees.

As 'n geneesheer die rol van vader aanneem, mag daar probleme opduik in die deel van ouerlike funksies. Die verhouding tussen die verpleegster en die geneesheer kan nooit so heg wees soos wat tussen 'n vader en moeder verwag word om te wees nie. Die argument word geopper dat die spesiale soort van liefde-haat verhouding wat somtyds tussen 'n geneesheer en 'n saalsuster bestaan, ontstaan as gevolg van die mededingende situasie waarin die pasiënte hulle plaas (Altschul, 1969, p. 277).

Die grootste probleme in die vervulling van 'n moederrol ten opsigte van 'n pasiënt hou verband met die verantwoordelikheid van die verpleegster teenoor 'n hele aantal pasiënte. Gewoonweg vervul slegs een persoon die rol van 'n moeder. Selfs al slaap sy, of is sy weg of siek, kan niemand anders haar plek inneem nie. Pogings aangewend deur gehuurde helpers of grootouers om haar te vervang kan nooit suksesvol wees solank die ware moeder bestaan nie. In 'n hospitaal is die moederrol beperk tot die diensure van die verpleegster. Ware moedersorg kom slegs tot 'n skielike einde deur die tussenkoms van die dood.

Die hospitaalverhouding tussen verpleegster en pasiënt word beëindig as die verpleegster besluit om weg te gaan, of as sy verplaas word na 'n ander saal. Hoe meer die verhouding tussen die pasiënt en die verpleegster ooreenkom met 'n moeder-kindverhouding, hoe meer emosioneel beseerend kan so 'n skielike beëindiging vir 'n pasiënt wees, veral in die geval van terminale of psigiatrisiese pasiënte (Ibid, p. 278).

Die ideale toestand sou wees dat die pasiënt se ondervinding van 'n moedersorgverhouding met die verpleegster 'n korrektiewe ondervinding moet wees. Onder haar toewagting en sorg moet hy gelei word tot selfstandige aanvaarding van homself as volwaardige mens in sy siekwees.

2.7 Enkele aktuele probleme wat voorkom in verpleging

Waar die pasiënt-verpleegsterverhouding in hierdie studie miskien vanuit 'n idealistiese oogpunt beskryf is, is dit toepaslik om ten slotte te wys op enkele probleme of leemtes wat voorkom in die opleiding van die verpleegster sowel as in haar dienslewering in die praktyk. Sodanige probleme kan 'n faktor wees wat veroorsaak dat die pasiënt-verpleegsterverhouding versteur word. Kennis van bestaande probleme kan bydra tot 'n beter begrip van die versorgings- en genesingskomponente in verpleging. 'n Goeie begrip lei weer tot die daarstelling van 'n beter pasiënt-verpleegsterverhouding.

Kotze (1968, p. 11) is van mening dat die voorbereiding van die verpleegster vir haar taak, tot 'n groot mate va

dag in ons land nog mank gaan aan 'n verskeidenheid essensiële vakgebiede, met, volgens haar, te veel klem op die fisiese, en te min aandag aan die psigies-geestelike. Die feit dat hierdie uiters belangrike bestanddeel as gering geskat word in die vorming van die verpleegster, lei daartoe dat sy in haar diensverskaffing 'n leemte in haar antwoord beleef as gevolg van 'n eie ongeborgenhed. Haar kommunikasie met andere word ook bepaal deur haar eie geborgenhed.

Barnes (1967, p. 53) opper die volgende probleme: Verpleegsters kan hulle nie so sterk afsydig hou van die probleme van die hospitaal soos die geneeshere nie, aangesien hulle deurlopend daar is terwyl die geneesheer slegs op bepaalde tye en met 'n bepaalde doel daar verskyn. Ook kan hulle nie die persoonlike probleme van die pasiënte negeer of enige onderskeid maak tussen hulle behoeftes op mediese en op menslike gebied gedurende siekte nie.

Die verpleegster is die sentrale figuur in die psigologiese wisselwerking tussen die pasiënte en die mediese personeel. Dit blyk dat die belangstelling en lojaliteit ten opsigte van aspekte van versorging op mediese, sosiale en emosionele gebied van die verpleegster haar in verskillende, skynbaar teenoorgestelde rigtings dryf.

Eerstens is daar die sterk drang na die geneeskunde self. Dit is algemeen bekend dat die hoofster van 'n saal dikwels meer weet van sommige aspekte van die geneeskunde as 'n geneesheer wat pas begin praktiseer, en

dat sy hom onoffisieël kan leiding gee. Tegelykertyd lei die tegniese bekwaamheid van die verpleegster op mediese gebied soms tot die beskuldiging van die kant van die geneesheer dat sy met hom probeer wedywer.

Die belangrikste gevaar waaraan sy blootgestel word deur haar belangstelling in die geneeskunde is nie die moontlikheid van 'n konflik met die geneesheer nie, maar die neiging om in haar omgang met pasiënte dieselfde houding van afsydigheid aan te neem as die geneesheer (ibid p. 54).

As pasiënte probleme het, wend hulle hul tot die verpleester. Daar is gevind dat pasiënte die neiging het om eers met al hulle moeilikhede na die geneesheer te gaan, maar gou leer hulle egter om slegs die streng mediese vrae vir hom te bêre en al die ander aan die verpleegster voor te lê. Veral in die lang eensame ure van die nag verwag pasiënte dat die verpleegster hulle ontboesemings moet aanhoor, dat sy moet deel in die persoonlike bekommernisse wat siekte vir hulleself en hulle familie meebring en dat sy verklarings van handeling op mediese en ander gebiede, wat hulle self nie begryp nie, moet verskaf. 'n Afsydige houding kan 'n goeie pasiënt-verpleegsterverhouding oneindig benadeel.

Verpleging bly in wese tog 'n handarbeid (ibid, p. 55). Hierdie funksie wat aan verpleging ten grondslag lê, die letterlike „hantering” van die sieke, die bring van liggaamlike gemak, kan slegs geleer word deur voortdurend in die praktyk te oefen. Die opleidingswyse van verplee-

sters is soortgelyk aan dié verbonde aan die opleiding vir 'n ambag. Sterk teenstand teen so 'n opleiding word soms ondervind by verpleegsters wat streef na 'n hoër status en 'n meer teoretiesgerigte opleiding propageer. Die probleem is dan tweedens dat verpleegsters voortdurend wegbeweeg na leidende en onderwysfunksies in die hospitaal (hulle gee bv. liever opleiding - dit bied 'n hoër status); na spesifieke verpleging (bv. die verpleging van pasiënte by die huis) en sosiale werk daar buite. Dit is die oorsaak dat hulle uit die sale en van die siekbed verdwyn. „Ons moet meer verpleegsters hê,” moet eintlik wees, „ons moet meer verpleegsters hê wat werklik verpleeg.” (Ibid. p. 56).

In verband met die pasiënt-verpleegsterverhouding laat Schoenberg (Kutscher, 1969, p. 56) hom as volg uit:

Aangesien die huidige praktyk 'n sterk indeling van werk in verband met die versorging van die pasiënt meebring, is baie van die tradisionele funksies van die verpleegsters en die geneesheer oorgedra aan ander. Dit het as gevolg 'n verwatering van die tradisionele een-tot-een verhouding van pasiënt en verpleegster. Die verpleegster het meer van die geneesheer se verpligtinge oorgeneem en terselfdertyd verantwoordelik gebly vir die siekekamerversorging. Baie van die verantwoordelikheid vir emosionele versorging is aan haar oorgedra, maar vergesel deur slegs minimale gesag en dikwels onvoldoende voorbereiding. Baie verpleegsters is onvoorbereid vir die sensitiewe taak van die herkenning en hantering van die emosionele behoeftes van pasiënte in verskeie omstandighede.

Hy voer aan dat daar egter onthou moet word dat die verpleegster haar opleiding begin gedurende haar laat adolessensie. Die eise wat aan haar gestel word by die inleiding in die professionele lewe is oorweldigend op 'n tydstip wanneer sy ook met eie probleme van vestiging van persoonlike identiteit (net soos die pasiënt) worstel. As die leerlingverpleegster die pasiënt se gedragswyse en behoeftes, selfs onuitgesproke, kan beseft en aanvoel, voel syself minder hulpeloos en onbevoeg. Die beseft dat sy die pasiënt geleentheid moet gee om sy gevoelens te lug, of deur tyd by hom te bestee om sy eensaamheid te verlig, kan baie gerusstellend wees.

Deur haar te identifiseer met die pasiënt, sal sy beseft, dat die pasiënt graag sy kalmte en waardigheid wil handhaaf. 'n Gevoel van vervulling word tot stand gebring as sy die pasiënt in daardie behoeftes bystaan deur toepaslik te reageer deur middel van empatie, konsekwentheid, betroubaarheid en deur emosionele beskikbaarheid te handhaaf.

Barnes (1968, p. 293) merk op dat een van die eienaardighede van die menslike natuur is dat sy waarneming meer gedomineer en gekleur word deur fantasie as werklikheid as hy siek is. So vind 'n mens dan in die pasiënt-verpleegsterverhouding dat hoe swakker die pasiënt, hoe sterker lyk die verpleegster vir hom; hoe banger hy voel hoe meer lyk die selfvertroue van die verpleegster vir hom. Hierdie waarneming het 'n twee-rigting werking: hoe banger, swakker en hulpeloser die pasiënt, hoe sterker, meer vol vertroue en behendiger voel die verpleegster. Soveel

so dat daar ongelukkig soms versuim word om na die pasiënt te kyk en te luister. Hier ontstaan 'n probleem van kommunikasie tussen die sieke wat hulp benodig en die gesonde wat dit moet gee.

Terwyl die verskillende take in die verpleging van pasiënte die verpleegster die kans bied tot emosionele voldoening, beteken dit ook 'n voortdurende spanning. Sy staan voor dié opgawe dat sy haar moet bewapen teen haar eie angste, en tog ontvanklik moet blyk vir dié van haar pasiënte.

3. Die verhouding pasiënt-geneesheer

3.1 Eienskappe wat deur die pasiënt by die geneesheer verwag word

„Weinig beroepen zijn zoveel besproken als dat van de dokter. Hij draagt de sleutel van dood en leven bij sich. Hij is om zo te zeggen de boekhouder van het leven. Hij heeft de diepte van de grootste problemen van het lichamelijke leven gepeild. En als hij een groot dokter is, heeft hij sich gewaagd in de diepten van de ziel en toegegeven dat hij zich tussen hemel en aarde beweegt" (Aggebo, 1959, p. 77).

Die geneesheer is nie analitiese psigoterapeut, sielsorger, of intieme gesinslid van sy pasiënt nie. Ook is hy nie loutere tegnikus nie. Maar van alles is hy tog iets, omdat hy met sy pasiënt wat hy as geneesheer dien, in „eenzelde" (Ellerbeck, 1961, p. 88) menslike werklikheid staan. Hy is voorkomend werksaam en skep voorwaardes vir gesondheid:

- . Hy moet as steeds studerende die man met vakkennis wees.
- . Hy moet 'n man met gesag wees.
- . Hy moet 'n natuurlike respek afdwing by die pasiënt.
- . Hy moet 'n nederige instelling hê jeens die natuur en Hippokrates onderskryf in die stelling: die geneesheer behandel, die natuur genees.
- . Hy moet trooster wees. Kan hy nie genees nie, kan hy in elk geval verligting gee.
- . Hy moet die pasiënt laat voel dat hy mede-lyer en mede-stryder is.
- . Die geneesheer moet nie aggressief optree teenoor pasiënte nie, maar simpatiek wees. Dikwels word daar 'n beroep gedoen op die humorsin van die dokter.
- . Hy moet genees, maarook versag. Hy moet die gawe hê van "the gentle touch" - die sagte hand. Hy moet aan pasiënte die waarheid kan vertel met "fluweel handskoene" aan (Aggebo, 1959, p. 85).

Nadat 'n vraelys deur 200 pasiënte voltooi is (Tournier, 1953, p. 164) het die volgende drie verwagtings eienskapp van die pasiënte teenoor die geneesheer, sterk na vore getree:

- . Daar word verwag dat hy werklik aandag sal skenk aan lyding.
- . Dat hy hulle sal behandel as menslike wesens en nie as proefkonyne nie.

. Dat hy hulle die waarheid sal vertel oor die aard van hulle siekte, die waarskynlike duur daarvan en die prognose.

Die verwagtingsbeeld van die pasiënt ten opsigte van die geneesheer soos hierbo beskryf, getuig van 'n baie idealistiese siening van die geneesheerfiguur. Daar moet egter steeds in gedagte gehou word dat die pasiënt se waarnemings en belewinge geskied vanuit die infantiele klimaat wat siekwees skep. Net soos wat die kind "ideale" eienskappe van sy vader verwag, net so verwag die pasiënt ideale eienskappe van die geneesheer wat vir hom die verpersoonliking van 'n vaderfiguur is.

3.2 Die geneesheer as vaderfiguur vir die sieke

Naas die moeder, verskyn die vader in die wêreld van ontwikkeling van die kind. In die eie wêreld van die sieke, is die beeld van die geneesheer die vorm waarin die onbewuste behoefte aan 'n vaderfiguur gestalte kry.

Die geneesheer kan, in sy bereidwilligheid en verantwoordelikheid, 'n vaderskap realiseer wat nie nadruklik hoef te wees nie, maar tog sterk werksaam is in sy mediese handeling. Dit roep by die sieke 'n afhanklikheid op wat nooit vernederend is nie. Na die mate waartoe die geneesheer self kindwees in sy volwassenheid opgeneem het, kan hy die sieke help om op volwasse wyse sy tydelike kindwees te aanvaar en so in die siekwees volwasse te word (Ellerbeck, 1961, p. 69).

In sy leidende rol as vaderfiguur, pas die geneesheer hom by mense aan; nie slaafs nie, maar leidinggewend. Hy moet menslike moontlikhede weet te skat. Sy kontak met die sieke moet hy kreatief maak deur self volwasse te wees en daardeur 'n beroep te doen op die volwasseheid van die pasiënt (Ibid, p. 88).

Soos reeds gesien, het die sieke in die hospitaal behoefte aan sekerheid en veiligheid. Hy soek sekerheid by die geneesheer in verband met die afloop van sy siekte, in teenstelling met die soeke na veiligheid by die verpleegster teen die hele hospitaalsituasie.

Die geneesheer word dikwels as vaderfiguur beleef, maar net soos die gewone vader-kindrelasie, is ook die geneesheer-pasiëntrelasie nie vry van aggressiewe aspekte nie (Faber, 1968, p. 30). Minder aggressiewe gevoelens word teenoor die verpleegster aan die dag gelê. Aggressie teenoor haar word op 'n ander manier openbaar, dit word mees na binne gerig en word as selfverwyte en skuldgevoelens sigbaar.

3.3 Die kontak van die sieke met sy geneesheer

Een van die mees karakteristieke eienskappe van die siekbed bestaan in die isolering van die sieke - hy word uit die gewone bestaan weggeneem. Die besoeker kan nie, al probeer hy ook hoe, hierdie „skeiding" ten volle oorbrug nie. Daar bestaan 'n kloof tussen die sieke en die gesond en hierdie kloof het 'n beangstigende diepte as die sieke weet of besef dat sy siekte dodelik is.

Hierdie kloof bestaan nie tussen die sieke en die arts nie; hy staan naas die sieke omdat sy beroep hom alreeds aan die rand van die stroom bring waaruit die lewe van die gesonde bestaan. Sy beroep verskil sodanig van alle ander beroepe dat die arts nie soos die gesonde volledig kan deelneem aan die lewe nie; hy verkeer as gesonde in 'n grensposisie tussen gesondheid en siekte, hy bevind homself selfs as gevolg van sy beroep in die ryk van die sieke - die vyand van die lewe. (Van den Berg, 1970, p. 45).

Die geneesheer weet "alles" van die menslike liggaam in teenstelling met ander mense wat as 'n reël baie min weet. Hy werk vanuit 'n ander gebied as die gesond- en direk-menslike, waardeur hy 'n benadering van die sieke ken wat vir die besoeker onbekend bly.

Dit verklaar waarom die arts in sy beroep 'n eensame figuur is. Hy doen alleen sy siekebesoek, hy kom orals binne maar is nêrens op besoek nie; nêrens is hy 'n gas nie (Ibid, p. 47).

Volgens Van den Berg (1970, p. 47) kom dit dan eerstens daarop neer dat die geneesheer naas die sieke staan in die belewing van kontak tussen pasiënt en geneesheer. Hy kom by die sieke sonder om 'n versperring aan te tref. Die arts is vir die sieke geen vreemde nie al het hy hom nog nooit gesien nie.

'n Tweede kenmerk van kontak tussen pasiënt en geneesheer omskryf hy (Van den Berg) as volg:

Die kontak tussen besoeker en sieke word gedra deur vriendskap of liefde - dit is 'n persoonlike, gevoelsmatige verhouding. Die verhouding pasiënt-geneesheer is nie gevoelsmatig nie. Dit is vir baie siekes om't ewe watter geneesheer hom kom besoek. Die eis wat aan die dokter gestel word, is 'n eis ten opsigte van sy kundigheid en vaardigheid. Wat die sieke werklik interesseer, is of die dokter wéét, veral as hy vermoed dat sy siekte ernstig is. Die kontak tussen sieke en arts is 'n kennende kontak

Die optrede van die geneesheer

Alle optrede van die medikus dui daarop dat hy 'n verklarnde vyand is van skaduwees. Ligte word letterlik oral vir hom aangeskakel. Hy is ook 'n vyand van dubbelsinnigheid. Hy soek na feite sonder ompaai. Sy vrae is duidelik en gee geen aanleiding tot misverstand nie. Die arts is 'n realis, hy staan met beide voete op die grond

Hierdie kennende (gnostiese) kontak mag egter nie misverstaan word in die sin van 'n koel, berekende, dorre en daardeur hartelose omgaan met die sieke nie. Inteendeel, die kenmerkende optrede van die geneesheer teenoor sy pasiënt is tegelyk 'n kontak van nabyheid. Die arts staan naas die sieke. Nie ondanks sy kennende optrede nie, maar juis daardeur (Ibid, p. 50).

Die medikus is die bondgenoot van die sieke teen 'n gemeenskaplike vyand. Hy is die vertroueling in die stryd teen siekte en dood, maar dit beteken nie dat hy sy professionele afstand verloor nie.

Die kontak tussen arts en pasiënt is 'n diep-menslike ontmoeting, waaruit verhoudinge voortvloei wat gekenmerk word deur woorde soos toewyding, verantwoordelikheid en dankbaarheid.

Eensyds is die sieke vir die arts 'n hulpbehoewende mens wat hom in vertroue tot die arts wend, andersyds is hy egter 'n voorwerp van die beoefening van die geneeskunde as wetenskap.

Die sieke roep in nood na die arts, wend hom vol vertroue tot die gewetensvolle deskundige van wie hy hulp en steun verwag. In die wedersydse deel van 'n geheim ontstaan 'n gesamentlike verantwoordelikheid. Dit skep 'n band wat weinig elders tussen mense bestaan. Op hierdie band beroep die geneesheer hom wanneer hy die sieke medeverantwoordelik stel voor die oplossing van die nood-situasie van siekwees.

Die medikus het die volle vertroue van die sieke nodig omdat hy moet weet, en om te kan begryp. Weet, omdat hy gegewens nodig het om 'n diagnose te kan maak en behandeling daarvolgens te rig; begryp, omdat hy insig moet hê in die waarom van die wyse van reageer van die sieke op sy siekwees (Rutten e.a., 1957, p. 112).

3.4 Die roeping van die arts

Hoewel die geneesheer se vernaamste taak dié van genesing is, kom die dood altyd aan die einde waaraan hy nie die sin kan of wil ontnem nie. Die arts is ook 'n sterf-

ling. Hy moet ook eendag ophou met sy diens aan die lewe. Sy diens aan die lewe, is juis dit wat sin aan sy geneesheer-wees gee (Ellerbeck, 1961, p. 88).

Siekte eindig ook nie net met genesing of dood nie, maar kan voortduur en kronies word; kan 'n blywende gebrek tot gevolg hê.

Dit is dus duidelik dat wanneer die arts nie meer genesing tot stand kan bring nie, sy taak nie afgehandel is nie. Die taak is voortaan net moeiliker, ondankbaarder, maar nogtans noodsaaklik. Die dokter moet die hulpbehewende help om hom te skik in die onvermydelike, hom so goed moontlik aan te pas, te stry vir die handhawing van sy plek in die samelewing.

In die geval van kroniese siekwees, verwag die pasiënt dat die arts werklik sal deel en meeleeft in sy lyding; dat hy daarin getrou sal bly tot die einde toe. Om mense te help om te lewe en te sterwe - daarin kan die sin van die hele geneeskunde saamgevat word (Tournier, 1953, p. 1

Tegniese versorging en persoonlike simpatie is nie genoeg nie - die roeping van die arts reik nog verder. Elke sieke dryf 'n pasiënt tot inkeer tot homself, tot 'n self-onderzoek, en ook daarvoor het hy 'n geneesheer nodig. Elke siektegeval het sy besondere betekenis, wat nou verbonde is met die algemene sin van siekwees. Slegs die pasiënt self kan daardie betekenis ontdek. Die geneesheer kan daarby egter help deur die pasiënt die geleentheid te gee om hom teenoor hom uit te spreek, deur hom met sy sorg en begrip te omring en soms ook te getuig van dit

wat hyself ervaar het. Daar is gevind dat as aandag gegee word aan die vertroulike mededelings van pasiënte, die geneesheer sonder uitsondering sien hoe hulle sinduiding vind in hulle siekte (Ibid, p. 176).

Soms kan die dokter, deur te getuig van sy eie geloof, 'n diepgaande invloed hê op sy pasiënt. Vir daardie artse, wat nie deur God geroep is om te "preek" nie, gaan dit meer om luister en begrip wat op sigself terapeutiese waarde het (Ibid, p. 179).

4. Die verhouding pasiënt-medesiekies

In verhouding tot die moeder- en vaderfiguur (respektiewelik verpleegster en dokter) kan die interaksies tussen pasiënte beskryf word as dié tussen broers en susters onderling waar daar meegeding word om die guns van die ouers.

Die gevoel van solidêr met mekaar te moet en wil wees speel in die verhouding tot mede pasiënte 'n groot rol. Ellerbeck (1961, p. 106) vergelyk 'n groep medesiekies met 'n groep reisigers - hulle is almal op weg, almal voel hulleself tydelik byeen. Hulle stel belang in mekaar se wedervaringe, beur mekaar op of toon konsiderasie teenoor mekaar. In 'n sekere sin kan die siekekamer vergelyk word met 'n kinderkamer waar struweling en afguns 'n rol kan speel, maar waar die ouers (geneeshere en verpleegsters) dieselfde aandag aan almal probeer skenk (Faber, 1968, p. 45).

Veral gedurende die herstelperiode, blyk kontak met die medepasiënte van groot belang te wees. Oor die algemeen word daar by pasiënte 'n sterk gerigtheid op en behoefte aan kontak aangetref wat slegs ten dele deur besoek vervul blyk te word. Hierdie kontakbehoefte is onafhanklik van leeftyd, stand of opleiding. Die pasiënt het 'n behoefte om met iemand anders as besoekers, wat dikwels slegs formele besoek kom aflê, te praat - hy wil sy hospitaal ervaringe déél. Dit is dan ook die verskil tussen diverse mense wat by die siekbed is of kom - daar is 'n lotsverbonde kontak tussen pasiënt en pasiënt, in teenstelling met die soms skrynende afstand tussen pasiënt en besoeker wat siekte meebring (Bremer, 1964, hfst. 3).

In die lotsverbondenheid met sy medepasiënte verloop die onderlinge kontak vlotter as wat die sieke gedink het moontlik is. In 'n groep siekes, is die dinamiek van die groep sterk bepalend vir die gedrag van die siekes. By vereenselwiging met siekte word daar gevind dat die groep korrigerend werk.

Die groep as geheel het reeds 'n eie stellingname teenoor die hospitaal, geneeshere en verpleegsters, dit het sy eie norme gevorm oor onderhou of nie van voorskrifte. Bowen dien heers daar 'n beeld oor siekwees en siekte. Van die groep gaan nou 'n drang uit na die sieke om aan hierdie beeld, wat die groep het, te beantwoord, om sy rol te speel ooreenkomstig met die groepsverwachting.

So 'n groep kan korrigerend, maar ook steurend werk. 'n Reeds verworwe ewewig kan onder invloed van die groeps=

gevoel weer verdwyn, maar so ook kan 'n onewewigtigheid opgehef word (Ellerbeck, 1961, p. 108).

5. Die verhouding pasiënt-pastor

5.1 Die figuur van die pastor

Daar kan alleen van die pastor in die hospitaal met vrug gepraat word as daar van die gedagte uitgegaan word dat in die hospitaal daar sprake is van 'n span. 'n Groep mense, wat elk hul eie taak by die siekbed het en daar elk 'n rol speel, maar terwille van die sieke moet besef dat 'n soort samespel bereik moet word.

Waar daar gepraat word van die „pastor“, word verwys na 'n geestelike sielsorger, 'n bedienaar van die evangelie binne die raamwerk van die een of ander kerkverband.

Die pastor word nie gesien in 'n gesagsposisie vanuit 'n infantiele oogpunt nie, en moet nooit as 'n figuur apart beskou word nie. Sy sorg is 'n sorg wat inpas in die geheel van al die ander versorging. Hy is in 'n sekere sin 'n kameraad, 'n ouere, wyse en sterkere vriend, 'n medewerker van geneeshere, verpleegsters en ook maatskaplike werkers. Hy staan tussen die mediese en verplegende personeel en pasiënte (Faber, 1968, p. 83).

Die pastor is een van die min figure wat bydra tot 'n verpersoonliking van die siekbedsituasie. Vir hom is die sieke nie 'n „beheerbare“ objek nie, maar 'n subjek, 'n medemens in 'n situasie waarin hy gehelp moet word om so volledig moontlik mens te wees.

5.2 Die verwagtingsbeeld van die sieke ten opsigte van die pastor

Beantwoord die sielsorger ook aan 'n onbewuste verwagtingsbeeld van die sieke soos gesien by die geneesheer en verpleegster? Ellerbeck (1961, p. 156) verduidelik bogenoemde vraag as volg:

In die siekte, louter gesien as leidend na die gesondheid, blyk daar nie direk 'n onbewuste behoefte aan 'n sielsorge onderkenbaar te wees nie.

'n Ambivalente houding word soms teenoor hom ingeneem: vermenging van onderwerping en opstand, van aantrekking en afstoting. In afwysing kan soms 'n egte regressiever-skynsel gesien word, maar ook in die omgekeerde, die skynbaar geheel oorgee aan sy leiding, kan in werklikheid 'n infantiele reaksie wees wat weinig te doen het met ware godsdienstigheid.

As hy sy funksie ken en vervul, kan die pastor die kragte van die onbewuste kanaliseer (soos genoem by arts en verpleegster). Daarby word bedoel dat hy rekening moet hou met kragte en gebruik maak daarvan vanuit die besef van die werklike nood waarin die sieke verkeer en wat hy nog nie kan verwerk nie, tensy op onaangepaste wyse.

In hierdie noodsituasie ervaar die sieke nie 'n onbewuste nie maar 'n eg menslike behoefte aan sielsorg. Omdat dit egter vir die sterwende so vreemd en allesomvattend is, vind dit dikwels onvoldoende uiting en vertoon ooreenkomst met infantiele behoeftes.

Die sieke voel hom skuldig; die sin van sy bestaan het hy nie verwerklik nie en in die aangesig van die dood moet 'n mens lewe en dood versoen. Wie kan hom nou help?

Die geneesheer, verpleegster, medesiektes, familie en kennisse staan almal ver. God, teenoor wie hy verantwoording moet doen, is ver en onbereikbaar. Die sieke verlang na 'n tussenpersoon wat hom tegemoet kan tree namens die Heer van lewe en dood (Ellerbeck, 1961, p. 158).

Die verwagtingsbeeld wat in die sieke leef van so 'n tussenpersoon, vind gestalte in die persoon van die pastor. Geen lid van die genesende span is beter toegerus om hierdie geestelike behoeftes die hoof te bied as hy nie. Sy rol spreek daarvan: deur middel van skriflesing, gebed, luisster, sy persoonlike houding (Horne, 1971, p. 51-55).

Die pastor word ook deur die sieke in die kader van behoefte aan gemeenskaplikheid en solidariteit ervaar. Hy is meestal welkom, al hou sy koms iets skrikwekkends in (verbind aan gedagtes van heengaan en skuld). Die pasiënt verwag en hoop iets van hom: sy aanwesigheid getuig van 'n behoefte aan eensgesindheid met die sieke. As predikant van die gemeente waaraan die pasiënt behoort, kan hy 'n vertroude en dierbare wêreld in die siekekamer bring. As onbekende hospitaal pastor is hy 'n metgesel van 'n oomblik wat van 'n ander wêreld as die wêreld van die oomblik weet.

Die sieke worstel dikwels met ingrypende probleme, hy moet aanvaarding leer van pyn, onsekerheid, verlies van lewensmoontlikheid, skuldgevoelens. Dit geluk hom nie altyd

om alleen met hierdie probleme klaar te kom nie - hy het behoefte aan uitpraat om tot verbeldering te kom. Hy wil graag gehelp word en leiding ontvang. Daar is min mense by wie dit moontlik is, maar van die pastor word verwag dat hy die verlangde hulp en leiding sal kan gee. Die sieke kan alleen gehelp word wanneer hy (dië sieke) aanvaar word in sy besondere situasie en nie bewus of onbewus gedwing of verwyt word nie (Faber, 1968, p. 45).

Die konkrete situasie van die pastor in die hospitaal bring probleme mee: eensyds word van hom verwag dat hy hom met die hospitaal identifiseer (d.w.s. hy moet "tuis" voel) terwyl hy andersyds deur sy taak en funksie 'n sekere distansie moet bewaar. Sy rol lê nie in die vlak van genesing of verpleging nie, maar hy moet daarin slaag om ewewig tussen distansie en identifikasie tot stand te bring (Ibid. p. 47).

5.3 Taak van die pastor by die sterfbed

Die pastor kom by die sterwende uit hoofde van sy amp, dit is sy opdrag teenoor daardie mens. Die psigologiese sy van die religieuse taak bestaan daarin dat die pastor die sterwende as medemens ontmoet, as gelyke in die on-gelykheid van sy taak. Dit vra van hom 'n innerlike houding wat uitgedruk moet word in sy gedrag.

Die pastor sien die sieke teen die agtergrond van sy bedreigwording deur die dood en wil daarteenoor die oorwinning van God oor die mag van siekte en dood verkondig. Sy hulp bestaan in die opwekking en versterking van ge-

loof en die toepassing daarvan op die situasie waarin die sieke in sy eksistensie geraak is - die eindsituasie van die lewe (Ellerbeck, 1961, p. 160).

Daar kan tot die slotsom gekom word dat pastorale werk in die hospitaal bo alles 'n probleem van verhouding is. Nie of die pastor teologies of psigologies geskoold is nie, beslis nie oor sy werk nie, maar of hy die eensaamheid van die siek- of sterfbed kan meevoel en insig het in die emosionele moeilikhede waarmee die sieke worstel. Hy moet kan aanvoel op watter manier ookal hy deur die sieke as simboolfiguur beleef word en op grond daarvan sy houding bepaal (Faber, 1968, p. 79).

6. Die verhouding pasiënt-besoeker

Besoekers is familie, vriende en kennisse, wat gewone kontak met die sieke wil handhaaf, ondanks die siekte. Daar moet 'n drumpel oorskry word - die drumpel na die wêreld van die sieke.

6.1 Die verhouding van die pasiënt met sy familie

Saunders beweer dat 'n pasiënt nog deel kan wees van sy familie wanneer hy opgeneem word in die hospitaal, en hy kan ook nie 'n deel wees wanneer hy nog tuis is nie (Pearson, 1969, p. 53).

Daar ontstaan 'n afstandsverlies tussen die sieke en die gesonde (soos alreeds genoem) vanaf die oomblik dat siekte intree. Die lewe stroom normaalweg verby, maar die sieke

neem nie meer deel nie. Dit is asof die mense, wat in sy lewe betekenis het, saam met hierdie stroom van hom af weggevoer word, en die wêreld van gesondwees word vir die sieke merkwaardig ver weg en vreemd. Die besoker kan, hoe na hy ook al aan die sieke staan, die verte en die vreemdheid nooit heeltemal ongedaan maak nie.

Kommunikasie hou op, veral in geval van 'n sterwende pasiënt, omdat mense dit vermy om oor siekte en dood te praat. Le Shan (Pearson, 1969, p. 55) praat van 'n figuurlike muur van glas wat opgestel word tussen die pasiënt en ander mense - hulle sien mekaar, maar bereik mekaar nie. Dit is asof daar 'n vakuum ontstaan rondom die pasiënt, wat gedeeltelik veroorsaak word deur die angstige familie. Angstig, omdat hulle nie wil hê hy moet „wêreld" verlaat, en dan juis onnatuurlik spontaan probeer optree. Da deur ontstaan spanning, wat die sieke in homself laat keer omdat hy dit verkeerdelik mag interpreteer as minimalisering van sy siektetoestand.

Twee basiese tipes gesigspunte kom na vore as 'n pasiënt bewus word dat hy sterwende is: een het betrekking op sy totale konsepie van dood gereflekteer in sy houdings en opvattinge - dit is 'n persoonlike gesigspunt. Die ander het betrekking op die aard van sy verhoudinge met sy betekenissvolle ander - dit is 'n interpersoonlike gesigspunt.

As 'n individu nie toegelaat word om sy interpersoonlike konflikte te verwerk voor sy dood nie, ervaar hy sy sterwensdae as drukkend, is dikwels skuldbeswaard en wrewelig, en verduur ontsettende eensaamheid vanweë sy

isolasie. As gevolg van sy veranderde gesteldheid van bewussyn, ervaar hy nuwe insae in sy verhoudings, en wens hy om dit te deel met sy betekenisvolle andere. Hierdie insae is dikwels belaaï met konflikontleding. As hy dit nie kan deel met sy geliefdes nie, ondervind hy diepe droefheid (Fisher, 1970, p. 3-8).

Die familie van hulle kant, weerhou juis inligting in verband met die ernstige aard van sy siekte van die pasiënt, omdat hulle meen hulle hom daardeur droefheid spaar. So-doende word die afstand tussen hulle al hoe groter.

Vir die familie van die sterwende word samesyn in die laaste dae en ure ongetwyfeld ryker en voller aan mooi herinneringe, indien die sieke van sy naderende dood bewus is en met gemoedsrus die skeiding tegemoet kan gaan (Aggebo, 1959, p. 261).

6.2 Die sieke en sy besoekers

Die kontak tussen die besoeker en die sieke word gedra deur vriendskap of liefde; dit is 'n persoonlike verhouding wat die besoeker na die siekbed bring. Die „eis" wat die sieke aan sy besoeker stel, bestaan in 'n appél wat gedoen word op die persoonlike band tussen hulle. Saamgevat, beteken dit dat dit 'n gevoelsmatige kontak is (Van den Berg, 1970, p. 47).

6.2.1 Die instelling van die besoeker ten opsigte van die sieke

Volgens Ellerbeck (1961, p. 114) word die individuele ver-

houding van die besoeker tot die sieke, medebepaal deur 'n aantal spesiale faktore:

Eerstens, die plek waar hy gaan besoek aflê. Gedesoriëerteerdheid is egter slegs 'n kort rukkie aanwesig deur die indruk van vreemdheid. Die besoeker moet die vreemde milieu waarneem en die aandag wat die omgewing eers vra, word deur die meer as gewoonlik oplettende sieke opgemerk.

Ook die tydsbeleving verander nie; besoek het 'n bepaalde tydsduur.

Besoekers neig dikwels om onder mekaar te gesels oor die sieke heen - daardeur word die afstand tussen die twee wêrelde nog meer benadruk. Een van die pynlikste ervarings van die siekbed is wanneer die sieke by herhaling bemerk dat hy die „voorwerp" geword het waaroor daar gepraat word (Van den Berg, 1970, p. 38). Die fout wat gewoonlik deur besoekers gemaak word, is om tot in die fynste besonderhede op die siekte en die behandeling in te gaan en die sieke gewoonlik dan met raad en advies te bedien waaraan hy, die sieke, geen nut of behoefte het nie. Dit laat hom meer intens ervaar dat hy nutteloos is.

Uitinge van afkeer van die siek liggaam kan net so pynlik wees. Alle mense het een of ander vorm van teësin vir siekte. Hy sal hierdie antipatie nooit openlik uitspreek nie tog kan dit gebeur dat hy hierdie teësin kenbaar maak deur ondeurdagte opmerkings. 'n Baie kenmerkende manier

om teësin vir siekte en siekwees aan te dui, bestaan in die beklemtoning van die eie gesondheid. Sommige besoekers kan dit nie nalaat om te straal van gesondheid in die kamer van die sieke nie; hulle voel nêrens anders so vitaal en lewenslustig as juis aan die sy van die sieke nie wat so erbarmlik te kort skiet aan daardie eienskappe (Van den Berg, 1970, p. 36).

Besoekers is goedgesindes wat besoek kom aflê. Hulle dra opgeruimdheid, welwillendheid, liefde en die versekering in dat die sieke van belang is en gemis word. Niemand mag op hierdie gevoel van menslike verbondenheid neersien nie; dit is van onberekenbare waarde vir die welsyn van die individu wat tydelik van die gemeenskap afgesny is.

Welwillendheid kan egter vermoeiend wees, want die ontvangers moet tog 'n mate van belangstelling probeer toon. Teenstrydig genoeg - dit is juis dié wat baie siek is wat die meeste gerusstelling in die saamhorigheid van veral die familie soek. Aanduiding van die verpleegpersoneel dat te veel besoekers die pasiënt vermoei, kan deur die besoeker verkwalik word (Verplegingstydskrif, Junie 1969, p. 5).

6.2.2 Die reaksie van die sieke ten opsigte van die besoeker

Die sieke verwag besoek. Hy wil ervaar dat hy nog by die ander tuishoort waar hy na waarde geskat en bemin word. Die besoek moet dit aan hom bewys; hy soek na opheffing van die twyfel in sy gemoed in die besoek.

Besoek laat hom deel in die sorg en probleme van die wêreld waaruit hy onttrek is. Die passiwiteit en magtelosheid van siekwees kan 'n sware las word by mense wat gewoon is daaraan om probleme aktief te benader.

Die sieke wil graag oor sy siekte praat; die besoekers weer dit af. Klein vreugdes in sy lewe wat hy graag met iemand wil deel, byvoorbeeld 'n blom in 'n stukkie tuin wat hy kan sien, interesseer die besoeker maar min.

Verwysing na sy siekte, soos: hoe kom hy tog aan die siekte, is dit in sy familie; ervaar hy as leedvermaak. Siekte word ook as straf beleef deur 'n: „Hy boet nou vir iets wat hy gedoen het" houding van die besoeker (Ellerbeck, 1961, p. 117).

Die besoeker, in teenstelling met die geneesheer wat verroud is met die sieke, is dié een wat vertroulike toegang tot hom het. Dit is egter selde moontlik dat daar vertroulike gesprekke met die sieke gevoer kan word, veral as hy in 'n gemeenskaplike saal lê. Gesprekke word dikwels oppervlakkig; opmerkings draai om die kern heen teen die verwagting in van die sieke wat behoefte mag hê aan dieper gesprekvoering as die alledaagse (Aggelso, 1959, p. 102).

6.2.3 Die voordele van besoek

Al die genoemde negatiewe faktore beteken nie dat daar geen besoek moet plaasvind nie, maar hulle word benadruk om die verskil tussen die wêreld van die gesonde en die sieke te verduidelik.

Ook die gesonde moet die uitdaging wat die sieke van vriend of familie stel, aanvaar. Dit kan die beste gebeur saam met die sieke. Al ly die eerste besoek onder hierdie foutiewe gedrag, volg daar meer ontmoetings. Die voordeel van besoek is juis dat die twee wêrelde in mekaar groei tot wins van die sieke en die besoeker.

Die verhouding tussen besoeker en sieke kan 'n asfmmetriese-verhouding genoem word - in hierdie situasie is hulle nie gelyk nie. Die besoeker voel homself die aktiewe weldoener: die sieke trek voordeel uit die besoek, hy word begenadig. Die sieke leer om te ontvang, ervaar die boodskap wat die gee van 'n geskenk uitdruk (Ellerbeck, 1961, p. 119).

Die sieke kan egter ook die weldoener word - dit is 'n ander vorm van asimetries. Sy geskenk is die uitdeel van geestelike besit wat miskien geen uiterlike teken laat nie, maar meer direk werk.

„De zieken hebben wij gekregen opdat wij nederigheid en liefde zouden leren” (Aggebo, 1959, p. 157).

7. Samevatting

Die wêreld van die sieke is 'n eie wêreld, maar dit bly 'n menslike wêreld waar baie afhang van menslike verhoudinge, maar waar uiteindelik persoonlike singewing deurslaggewend is.

In die pasiënt-verpleegsterverhouding is daar 'n verwagtingsbeeld van die verpleegster by die pasiënt aanwesig. Navoer-

sing het aangetoon dat die eienskappe wat die pasiënt van die verpleegster verwag, ooreenkom met dié van 'n ideale moeder. Die funksie van die verpleegster is tweeledig: sy sorg vir die sieke en verpleeg hom in sy siekwees; tweedens is sy die hulp van die geneesheer by die behandeling van die sieke. In beide dele van haar funksie-ervulling is sy 'n tussenpersoon waardeur hoë eise aan haar volwassenheid gestel word. By die sterfbed is sy 'n onmisbare toeverlaat vir die pasiënt sowel as sy naasbestandes; en selfs die dood met sy eie ritueel bied nog geleentheid tot versorging. Die verpleegster-pasiëntverhouding het verskillende kenmerkende fasette. 'n Gevoel van vervulling kan tot stand gebring word by beide deelnemer as sy die pasiënt, ook die „moeilike" pasiënt, kan bystaan in sy emosionele behoeftes in die vestiging van 'n suksesvolle pasiënt-verpleegsterverhouding.

Onderhewig aan die infantiliseringspatroon wat hom in siel wees voordoen, ondergaan die pasiënt regressie na kindelike gedragspatrone soos hulpeloosheid en afhanklikheid, en vind hy geborgenheid by die verpleegster as moederfiguur. Die verpleegster kan hierdie houding van die pasiënt as terapeutiese middel gebruik om hom (die pasiënt) te lei tot die wil tot genesing of gerigtheid op die oorblywende kragte van sy menswees.

In die opleiding van die verpleegster sowel as in haar dienslewering in die praktyk, kom daar aktuele probleme voor wat steurend kan inwerk op die pasiënt-verpleegsterverhouding. Kennis van en insig in sodanige probleme is noodsaaklik vir die daarstelling van 'n goeie pasiënt-verpleegsterverhouding.

Net soos in die geval van die verpleegster, is daar sekere eienskappe wat die pasiënt van die geneesheer verwag. Die gehinfantiliseerde pasiënt vind 'n vaderfiguur in die gestalte van die geneesheer. In sy leidende rol as vaderfiguur, soek die pasiënt sekerheid en veiligheid by die geneesheer in verband met die afloop van sy siekte. Die kontak tussen die geneesheer en die pasiënt is nie 'n gevoelsmatige verhouding nie, maar ook is dit nie 'n berekende hartelose omgaan met die sieke nie. Dit is 'n diepmenslike ontmoeting wat gekenmerk word deur toewyding, verantwoordelikheid en dankbaarheid. Tegnieiese versorging en persoonlike simpatie is nie genoeg nie, die roeping van die arts bestaan daarin om mense te help om sinvol te lewe en te sterwe.

In verhouding tot die moeder- en vaderfiguur, kan die interaksie tussen pasiënte beskryf word as dié tussen broers en susters onderling. Die dinamiek van die groep is bepalend vir die gedrag van die sieke in 'n groep siekes.

Die pastor moet nooit as 'n figuur apart beskou word nie - sy sorg pas in in die geheel van al die ander versorging. Die sieke verlang dikwels in sy noodsituasie na 'n tussenpersoon wat hom tegemoet kan tree namens die Heer van lewe en dood, en geen ander lid van die genesende span is beter toegerus om hierdie geestelike behoeftes die hoof te bied as die pastor nie. In die eindsituasie van die lewe (by die sterfbed) bestaan sy hulp in die opwekking, versterking en toepassing van geloof.

In die verhouding van die pasiënt met sy familie word daa dikwels kommunikasieprobleme ondervind omdat inligting weehou word (veral van die sterwende pasiënt). Indien 'n pasiënt toegelaat word om sy interpersoonlike konflikte te verwerk voor sy dood en dit met sy familie te deel, sal hy die naderende skeiding met groter gemoedsrus tegemoet kan gaan.

Daar is 'n gevoelsmatige kontak tussen die sieke en sy besoeker - dit is 'n persoonlike verhouding. Die sieke verwag besoek - dit moet aan hom bewys dat hy nog by die ander tuishoort en gemis word. Ongelukkig tree besoekers dikwels onoordeelkundig op en onderstreep so die gevoel van nutteloosheid wat die pasiënt alreeds ervaar. Nogtans is daar voordele verbonde aan siekebesoek - die twee wêreldes van siek en gesond groei in mekaar tot wins van die sieke en die besoeker. Die sieke leer om te ontvang, maar ook om te gee: sy geskenk is die uitdeel van geestelike besit.

HOOFSTUK III

'N HOUDINGSOPNAME IN VERBAND MET DIE VERPLEEGSTER AS MOEDERFIGUUR

1. Inleiding

Die verpleegster is 'n natuurlike toeverlaat vir die vervulling van die pasiënt se regressiewe en afhanklikheidsbehoefte kragtens die feit dat sy opgelei is om diens te verleen, altyd tot beskikking van die pasiënt is en veronderstel is om te verstaan. Meer nog, alhoewel onbewus aan die pasiënt en die verpleegster, sal hy neig om haar te sien as 'n soort van 'n substituutmoeder, en van haar sal hy die soort van response verwag wat hy van 'n ideale moederfiguur verwag.

Hierdie stelling is al dikwels in die bestaande literatuur oor siekte en siekwees onderskryf, maar min navorsing is nog gedoen om vas te stel of die pasiënt in die praktyk die verpleegster as moederfiguur ervaar of onbewustelik van haar verwag om die rol van 'n moeder te vervul.

Voordat die metode wat in die eie empiriese ondersoek gevolg is breedvoerig bespreek word, is dit wenslik dat die doel van hierdie ondersoek gestel word.

1.1 Doelstelling

Die doel van hierdie studie is om die hipotese dat die pasiënt die verpleegster as 'n moederfiguur beleef, empiries

te ondersoek en sodoende beter perspektief aan die pasiënt verpleegster verhouding te gee.

Die doel is nie om 'n vraelys te standaardiseer nie, maar slegs om aan die hand van empiriese gegewens bewerings of stellings soos gemaak in die literatuur, te staaf of te weerlê.

1.2 Metode van ondersoek

In die soeke na 'n toepaslike metode van ondersoek is die volgende oorweeg:

Die vorm van vrye of gesistematiseerde onderhoude. Die nadele hieraan verbonde is allereers dat 'n goeie rapport verkry moet word met pasiënte, wat moeilik is in die hospitaalsituasie. Aangesien die onderhoude buite besoektyd gevoer sal moet word, moet daar rekening gehou word met ander roetinebedrywighede wat inbreuk sal maak.

Onderhoude leen sigself ook nie goed vir gesistematiseerde verwerking en aanpassing aan die vereistes vir 'n psigologiese eksperiment nie.

'n Antwoordvraelys waar antwoorde ingevul moet word.

Die nadele hieraan verbonde is dat as die ondersoekter nie grotendeels bekend is nie, die gevaar bestaan dat vrye direk of indirek bepaalde antwoorde suggereer. Dit is bruikbaar hoofsaaklik waar die gevraagde sigself goed lees tot verbalisasie en die eie belewingswêreld word moeilik in woorde uitgedruk.

Daar moet met allerlei groepsverskille binne die populasie rekening gehou word soos geslag, leeftyd, maatskaplike status, opleiding, ensovoorts. Die eksperimentele ondersoek het juis ten doel om die ooreenkomstige, algemeen menslike beleving te verhelder.

Daar is besluit op 'n houdingsopname deur middel van 'n houdingsvraelys gebasseer op Likert se metode van gesummeerde skattings (Nunnally, 1967, p. 531). Houdingskale is spesiaal ontwerp om die intensiteit van gevoel (of anders gestel: die sterkte van 'n houding) van 'n individu te meet.

Die gesummeerde model is die skaal wat oor die algemeen baie bruikbaar is in die waardebeplanning van mense met betrekking tot psigologiese eienskappe. Gesummeerde skale het 'n aantal voordele bo ander metodes: Hulle is gebasseer op 'n aanvaarbare model, is relatief maklik om saam te stel; is gewoonlik betroubaar; kan aangepas word om baie verskillende soorte houdings te bepaal en het al in baie studies betekenisvolle resultate gelewer (Nunnally, 1967, p. 531).

Die metode van verwerking (wat later bespreek sal word) bied geleentheid vir die vergelyking van verskille of ooreenkomste van houdinge tussen eksperimentele en kontrole-groepe.

Die metode van antwoord is ook baie geskik in 'n ondersoek soos hierdie waarby siek mense betrokke is. Dit is nie 'n vermoeiende toets nie: slegs 'n merkje in 'n blokkie regoor die stelling wat die meeste ooreenstem met die per-

soonlike opinie van die proefpersoon is nodig, en die vraelys kan selfs in 'n bedlêende posisie ingevul word.

1.3 Likert se metode van gesummeerde skattings

Volgens Likert se skaaltegniek word daar begin met 'n groot aantal bewerings wat die kenmerke besit dat hoe gunstiger die individu se houding ten opsigte van die betrokke saak is, hoe hoër sy verwagte telling in daardie items sal wees.

Die bewerings word voorgelê aan 'n groep persone wat elke bewering moet beoordeel volgens sy eie houding ten opsigte van die betrokke saak. Die intensiteit van gevoel word uitgedruk deur by elke bewering aan te dui of die beoordelaar

sterk saamstem
 saamstem met
 neutraal staan teenoor die bewering
 verskil van
 sterk verskil

Die waardes toegeken is as volg

i) Vir gunstige bewerings

Stem sterk saam	Stem saam	Neutraal	Verskil	Verskil sterk
5	4	3	2	1

ii) Vir ongunstige bewerings

Stem sterk saam	Stem saam	Neutraal	Verskil	Verskil aterk
1	2	3	4	5

Elkeen wie se houding gemeet word se telling word dan verkry deur sy tellings (volgens bostaande stelsel) in al die afsonderlike items saam te tel.

Let op dat daar geen beoordelingsgroep vooraf nodig is om skaalwaardes vas te stel, voordat die skaal gebruik kan word nie.

Dit is egter tog nodig om uit die groot aantal bewerings waarmee begin word 'n keuse te maak van die beste items. Itemtellings word gekorreleer met die totale telling (die som van itemtellings), en items wat hoog korreleer met die totale telling word geselekteer vir die finale skaal (Shaw & Wright, 1967, p. 24). 'n Hoë totale telling dui dus aan dat 'n persoon ten gunste is van 'n saak, en 'n lae telling dat hy dit afkeur.

2. Samestelling van die houdingsvraelys

Aangesien daar geen bestaande vraelys in hierdie verband beskikbaar is nie, moes daar 'n eie vraelys opgestel word wat in die ondersoek gebruik kon word.

2.1 As uitgangspunt het die hipotese gedien dat die verpleegster vir die pasiënt 'n moederfiguur is. Nêrens is egter deur woord of suggestie laat blyk dat dit die doel

van die opname is nie sodat die proefpersone so onbevooroordeeld as moontlik kon antwoord.

2.2 Algemeen

'n Hele aantal voorlopige stellings is opgestel en nagegaan deur drie onafhanklike persone met ondervinding en kennis van die terrein van psigologiese ondersoekmetodes. Dit is gedoen ter wille van ondubbelsinnigheid, leesbaarheid en duidelikheid. Na enkele veranderinge is daar in die voorlopige vraelys 38 stellings gemaak, waarvan 28 positief en 10 negatief gestel is. Die negatiewe formulering van stellings werk die responsstyl van saam te steun^m teë. Op 5 positiewe stellings is negatiewe teenpole gegee, en twee teenpole is ook nie opeenvolgend namekaar geplaas nie.

2.3 Die kenmerke van 'n moeder het gedien as onderbou vir die formulering van die stellings.

Volgens die navorsing deur Vergote en sy span (tydskrif-artikel, 1969, mededeling deur prof. W.J. de Klerk) is die moederkwaliteite die volgende:

Die moeder is die persoon wat:

geduldig is

warmte bied

'n hartlike skuilplek verskaf

Liefdevol versorg

sal simpatiseer

teerheid vertoon

intimiteit verseker

vertroosting bied

net die beste eienskappe in 'n mens na vore laat kom

selfopofferende liefde betoon

sensitief staan teenoor die behoeftes van ander

haar kind met oop arms verwelkom

intuïtief handel

wagtend is

omsluitend is

beminlik is

'n Ander studie van Custers (ongepubliseerde verhandeling, 1964, Universiteit van Leuven) noem al die moederkwaliteite na empiriese ondersoek as volg:

innerlikheid

teerheid

diepte

geborgenheid

ontvangend

sorgend

affektief

dienend

intimiteit

geduld

deelnemend t.o.v. sorge

wagtend

omringend

helend

Volgens Medinus & Johnson (1969) is die kenmerke van 'n moeder:

- i) Sy het 'n gevoel van teerheid, waardering en simpatie;
- ii) Sy is sensitief vir behoeftes - fisies en emosioneel, al word dit nie altyd meegedeel nie;
- iii) Sy put vreugde uit haar taak van versorging;
- iv) Sy het agting vir die individuele mens;

- v) Sy besit die vermoë tot spontaneïteit;
- vi) Selfaanvaarding. Dus a) onafhanklikheid en selfvertroue om afhanklikheid van die kind te aanvaar; b) selfrespek: sy moet reëls kan formuleer en dit self nakom;
- vii) Realisme.

2.4 Groepering van eienskappe

Na aanleiding van die genoemde moederkwaliteite wat geïnkorporeer is die formulering van die stellings, is die persoonlikheidseienskappe van die verpleegster as volg gegroepeer:

- i) Gevoelsaspek: simpatie, begrip, empatie; 5 stellings (1, 2, 4, 7, 13).
- ii) Versorging, fisies sowel as geestelik; 3 stellings (3, 5, 12).
- iii) Verantwoordelikheid 2 stellings (11, 31).
- iv) Afhanklikheidsgevoelens van pasiënt ten opsigte van die verpleegster; 2 stellings (8, 9).
- v) Aanvaarding : 4 stellings (15, 17, 18, 35).
- vi) Persoonlikheidseienskappe van die verpleegster
 Kalmerend; 1 stelling (6).
 Volwasse objektiwiteit; 2 stellings (14, 16).
 Fermheid, dissipline; 5 stellings (19, 20, 24, 26, 27).
 Beskeidenheid, nederigheid, onselfsugtigheid; 1 stelling (22).

vii) Kommunikasie

Luister en verduidelik; 2 stellings (10, 25).

Gesels op vlak van die pasiënt; 1 stelling (23)

Inmenging; 1 stelling (28).

Vertroue; 3 stellings (24, 25, 29).

viii) Hantering van regressiepatrone

Afguns; 1 stelling (30).

Aanvaarding van fisiese aanraking; 1 stelling (32).

Veeleisendheid; 1 stelling (34).

Vervul behoefte aan basiese vertroue; 2 stellings (29, 33).

Opmerking

Een item kan soms meer as een groep verteenwoordig.

Verwys na bylae A vir finale vraelys.

3. Die voorlopige houdingsopname

3.1 Proefpersone

Die vraelys is opgestel vir voltooiing deur volwasse pasiënte. Vir die toepassing van die voorlopige houdingsvraelys is 'n proefgroep van 20 volwasse pasiënte in die Vanderbijlparkse Provinsiale hospitaal gebruik. Die groep het uit mans en vrouens bestaan, dus 'n heterogene groep. Die ouderdomsgrens is vasgestel op 18 jaar en ouer. Die tydperk van hospitalisasie is ook in aanmerking geneem - 'n pasiënt moes al ten minste 2 of 3 weke in die hospitaal wees, anders kan daar nie veel sprake van 'n verhoudingsbelewenis of 'n definitiewe mening ten opsigte van die ver-

pleegster wees nie. 'n Verdere vereiste was dat die proefpersone Afrikaanssprekend moes wees. Dit sou nie prakties wees om Engelssprekende pasiënte te betrek by die houdingsopname nie, aangesien die verduideliking en vertaling te omslagtig sou wees en daar genoeg Afrikaanssprekende pasiënte beskikbaar was.

3.2 Toepassing

In oorleg met die betrokke saalsuster is proefpersone geselekteer ten opsigte van ouderdom, tydperk in die hospitaal, taalgroep en gewilligheid tot samewerking.

Die vraelys is persoonlik aan elke proefpersoon gegee met die verduideliking dat die doel uitsluitlik is om navorsing te doen. Die meeste was gewillig en selfs entoesiasies om aan die versoek te voldoen, maar enkeles het duidelik skepties gestaan teenoor die aard van die vraelys. As gevolg van die direkte houdingsindrukke wat hulle moes verskaf ten opsigte van die verpleegsters, het hulle gemeen dat dit dalk inligting was wat tot hulle nadeel kon strek wat verdere verpleging in die hospitaal betref.

Niemand was bereid om die vraelys dadelik te voltooi nie. Sonder uitsondering het die proefpersone verkies om die vraelys tydsam deur te lees en later terug te gee. Die vraelyste is sodoende dan die volgende dag of enkele dae later weer versamel.

3.3 Metode van verwerking

Soos beskryf in 1.4, moes die proefpersone antwoord

volgens 'n 5-puntskaal met twee pole: sterk positief en sterk negatief. Punte is toegeken ten opsigte van grade van intensiteit van saamstem en verskil.

Itemontleding is gedoen. Persentasies per item is uitgewerk volgens hoë, neutrale en lae tellings asook vir uitgelate items.

3.4 Bespreking

Itemontleding het aangetoon dat van die 38 items, 2 items negatief gekorreleer het. Een item wat laag gekorreleer het sowel as die twee negatiewe items is weggelaat, dus is daar 35 items vir die finale houdingsopname gebruik.

Minstens 75% van die proefpersone het konsekwent geantwoord, en nie een item is meer as een keer weggelaat nie. Dit was nie nodig om te herformuleer nie, aangesien dit geblyk het dat die stellings duidelik genoeg verstaanbaar was vir die proefpersone.

4. Die finale houdingsopname

4.1 Proefpersone en toepassing

Vir die finale houdingsopname is 'n proefgroep van 60 pasiënte in die Verenigingse hospitaal gebruik. Dit is ook 'n provinsiale hospitaal. Presies dieselfde vereistes as vir die voorlopige proefgroep het gegeld: dit was 'n volwasse heterogene proefgroep, bestaande uit 30 manlike en 30 vroulike pasiënte. Ouderdomme het gewissel van 18 tot 60 jaar. Minimum tydperk van hospitalisasie was twee

weke en die proefpersone was Afrikaanssprekend.

Die toepassing is net soos in die voorlopige opname persoonlik gedoen. Elke proefpersoon het individueel 'n vraelys ontvang met die versoek om dit vir navorsingsdoelendes te voltooi. Die proefpersone wou meer tyd hê om die vraelys te voltooi en al die vraelyste is 'n paar dae na uitreiking versamel.

4.2 Metode van verwerking

4.2.1 Puntetoekenning

Na aanleiding van die Likert-metode is arbitrêre waardes toegeken aan elke respons. Vir gunstige (positiewe) items is 'n waarde van 5 toegeken vir „stem sterk saam“, 'n waarde van 4 vir „stem saam“, 'n waarde van 3 vir „neutraal“, 'n waarde van 2 vir „verskil“, en 'n waarde van 1 vir „verskil sterk“. Die waardes is andersom toegeken vir negatiewe items. Die houdingstelling is die som van die itemtellings. 'n Hoë telling is dus aanduidend dat 'n persoon 'n gunstige houding het ten opsigte van 'n saak, en 'n lae telling dat sy houding ongunstig is.

4.2.2 Vergelyking van resultate

Dit is belangrik om te onthou dat die interpretasie van Likert-tipe tellings gebaseer is op die verspreiding van monstertellings, met ander woorde 'n telling het betekenis slegs in verhouding tot tellings wat deur ander in dieselfde monster verkry is (Shaw & Wright, 1967, p. 25).

Ten einde te bepaal of daar duidende verskille bestaan tussen die houdingstellings van manlike en vroulike pasiënte is die Tekentoets gebruik. Hierdie nie-parametriese toets is gekies omdat die aard van die toetstellings nie voldoen aan die veronderstellings onderliggend aan die gebruik van byvoorbeeld die Chi-Kwadraattoets om die nul-hipotese te toets nie, en gevolgtrekkings is ook nie gebasseer op die eienskappe van die normale verspreiding sodat 'n parametriese toets gebruik kon word nie.

Die Tekentoets word so genoem omdat daar slegs van plus en minus tekens gebruik gemaak word eerder as van kwantitatiewe metings as data. In 'n geval soos hierdie waar daar slegs vasgestel moet word of daar verskille is en nie wat die grootte van verskille is nie, is hierdie toets geskik (Du Toit, 1969, p. 156; Siegel, 1956, p.68-75). Die toets maak nie veronderstellings in verband met die vorm van verspreiding van verskille nie, dit veronderstel ook nie dat al die proefpersone afkomstig is van dieselfde populasie nie. Die verskillende pare mag afkomstig wees van verskillende populasies wat ouderdom, geslag intelligensie, ensovoorts betref; die enigste vereiste is dat die afparing van elke paar moet geskied op grond van relevante veranderlikes van buite (Siegel, 1956, p. 68).

Die resultate was soos volg

Die tellings van die vroulike pasiënte (30) is van die tellings van die manlike pasiënte (30) afgetrek om die tekens van die verskille vas te stel (verwys na bylae B). Die proefpersone is afgepaar op grond van ouderdom.

Die z-waarde is met die volgende formule bereken.

$$z = \frac{u - m}{s}$$

(Du Toit, 1969, p. 159).

Die aantal pare (n), minusse (m) standaardafwykings (s) asook die ooreenstemmende z-waarde was soos volg:

$$u = \frac{n}{2}$$

$$n = 30$$

$$m = 13$$

$$s = 2,74$$

$$z = ,55$$

4.2.3 Bespreking van die resultate

By die gebruik van die Tekentoets word van die Nul-hipotese uitgegaan, naamlik dat daar geen duidende verskil bestaan tussen die houdingstellings van manlike en vroulike pasiënte nie.

Omdat $z = ,55$ minder is as 1,96, moet die nul-hipotese aanvaar word (op die 5%-peil) en die gevolgtrekking gemaak word dat daar geen duidende verskille bestaan in die houdinge van pasiënte van albei geslagte ten opsigte van verpleegsters nie. Die verpleegster vervul dus die rol van 'n moederfiguur vir die pasiënt.

Volgens die tabelle met $n = 25$, $m = 13$, blyk dit dat $p = ,655$ (d.w.s. nie 'n toevallige waarskynlikheid nie $> ,01$) en dat die nul-hipotese ook op die 1%-peil aanvaar moet word.

Die hoë tellings wat die vroulike sowel as die manlike pasiënte in die items behaal het, dui aan dat daar 'n baie gunstige houding ten opsigte van die verpleegster is. Die bewering dat die pasiënt die verpleegster as moederfiguur beleef, kan dus onderskryf word, gesien in die lig van die feit dat die moederkwaliteite as onderbou vir die vraelys gebruik is. Die volgende tabel dui persentasies aan wat vasgestel is vir die groepe van karaktereienskappe soos beskryf by die opstel van die vraelys:

Tabel 1

Persentasies hoog en laag behaal deur vroulike en manlike pasiënte in die 8 groepe ingedeel volgens karaktereienskappe

<u>Groepe</u>	<u>Vroulike pasiënte</u>		<u>Manlike pasiënte</u>	
	<u>% Hoog</u>	<u>% Laag</u>	<u>% Hoog</u>	<u>% Laag</u>
1. Gevoelsaspek	80,00	14,00	80,67	10,02
2. Versorging	82,22	11,11	74,74	16,67
3. Verantwoordelikheid	91,67	3,33	78,34	15,00
4. Afhanklikheidsgevoelens	90,00	8,33	90,00	8,33
5. Aanvaarding	93,33	3,33	84,17	7,50
6. Persoonlikheidseienskappe	86,67	6,33	75,33	15,33
7. Kommunikasie	90,95	5,71	79,52	10,48
8. Regressiepatrone	96,67	,67	80,00	12,00

Alhoewel hoë persentasies in al die groepe deur beide geslagte behaal is, is dit opmerklik dat die hoë tellings van die vrouens effens hoër was as dié van die mans, en die lae tellings effens laer. Die gegewens is te gering om definitiewe gevolgtrekkings te maak, en die statistiese toets

(nl. die Tekentoets) het aangedui dat daar nie duidende verskille bestaan nie.

'n Moontlike verklaring vir hierdie neiging kan egter gesoek word in die psigologiese verskille wat daar basies tussen man en vrou bestaan. Die kultuur bring ook mee dat daar sekere verwagtingsbeelde ten opsigte van gedrag by die geslagte bestaan. Die tradisionele sienswyse is dat die man meer geneig is tot aggressiewe optrede terwyl die vrou meer konformisties is en makliker aanpassings maak. Wat emosionaliteit betref, is daar gevind dat die man meer saaklik optree as gevolg van minder emosionele vatbaarheid as die vrou, terwyl sy meer gevoelsmatig handel as die man (Wiersma, 1968, p. 58).

Die hoë telling wat die vroulike pasiënte in groep 8 opgestel het (regressiepatrone) kan moontlik toegeskryf word aan die bewering dat die vrou meer emosioneel is as die man, en soos blyk uit die literatuuroorsig, word die stemingslewe aangetas wat 'n vertedering van gedrag, meebri en 'n neiging om terug te keer na vroeëre, kinderlike gedragspatrone. Die man sal meer geneig wees om in opsta te kom teen die „onmanlike“ klimaat waarin hy hom bevind en gee ook moeiliker uiting aan sy emosies as die vrou.

5. Toepassing van die houdingsvraelys op 'n kontrolegroep

Om vas te stel of die verpleegster 'n moederrol vervul vir die pasiënt in die hospitaal, is 'n houdingsopname gedoen by 'n heterogene pasiëntegroep. Dit is egter wenslik dat die houdinge van 'n nie-pasiëntegroep ten opsigte van

die verpleegster vergelyk word met dié van die pasiëntegroep. So 'n kontrolegroep sal aandui of daar duidende verskille bestaan tussen die beleving van die verpleegster in die situasie van siekwees en die verwagtingsbeeld wat die gesonde mens van haar het.

5.1 Proefpersone en toepassing

Dieselfde meetinstrument is aan 'n verteenwoordigende groep van 40 persone gegee. Dit was 'n heterogene groep bestaande uit 20 mans en 20 dames. Dieselfde vereistes soos van-tevore wat ouderdom en taalgroep betref het vir hierdie groep gegeld. 'n Ander vereiste was egter dat hulle ten minste die afgelope twee jaar nie in die hospitaal as pasiënte opgeneem moes gewees het nie, en dan minder as 'n week behandeling ontvang het nie. Hulle ouderdomme het gewissel tussen 19 en 53 jaar.

Die metode van toepassing was dieselfde. Vraelyste is persoonlik aan elke proefpersoon gegee en weer later versamel. Samewerking was goed en geen skeptisisme is gevind soos by die pasiëntegroep nie.

5.2 Metode van verwerking

Puntetoekening is gedoen presies soos beskryf by die pasiëntegroep. Die waardes toegeken aan elke item is bymekaar getel om 'n houdingstelling vir elke persoon te verkry. Die Tekentoets is gedoen waarvolgens die tellings van die kontrolegroep van die tellings van 40 persone van die pasiëntegroep afgetrek is net om die teken van die verskil vas te stel (20 mans en 20 damespasiënte) (Verwys na

Bylae C). Die proefpersone is afgepaar op grond van geslag en ouderdom.

Daar is van die 0-hipotese uitgegaan, naamlik dat daar geen duidende verskille bestaan tussen die houdinge van pasiënte en nie-pasiënte ten opsigte van die verpleegster nie en dat die twee stelle tellings net per toeval verskil.

Die resultate was soos volg:

Die aantal pare (n), minusse (m) standaardafwyking (s) en die ooreenstemmende z -waarde word gegee: Die z -waarde is volgens dieselfde formule as in 4.2.2 bepaal.

$$\begin{aligned}n &= 40 \\m &= 9 \\s &= 3,16 \\z &= 3,32\end{aligned}$$

5.3 Bespreking van die resultate

Omdat $z = 3,32$ meer is as $1,96$ moet die nul-hipotese verwerp word op die 5% peil en die gevolgtrekking gemaak word dat daar 'n duidende verskil bestaan tussen die houding van pasiënte en nie-pasiënte ten opsigte van die verpleegster as moederfiguur. Die nie-pasiënte het dus 'n minder gunstige houding teenoor die verpleegster as die pasiënte.

Volgens die tabelle geraadpleeg met $n = 25$, $m = 9$, blyk dit dat $p = ,115 > ,01$ (d.w.s. nie 'n toevallige waarskyn

likheid nie) en dat hiervolgens die nul-hipotese aanvaar moet word. Op die 1%-peil moet aanvaar word dat pasiënte sowel as nie-pasiënte dieselfde gunstige houding ten opsigte van die verpleegster huldig.

Die volgende tabel dui die persentasies aan wat behaal is deur die pasiëntegroep en die kontrolegroep in die verskillende groepe wat ingedeel is volgens eienskappe soos geïnkorporeer in die vraelys.

Tabel 2

Persentasies hoog en laag behaal deur die pasiëntegroep en die kontrolegroep in die agt groepe ingedeel volgens karaktereieskappe

<u>Groepe</u>	<u>Pasiëntegroep</u>		<u>Kontrolegroep</u>	
	<u>% Hoog</u>	<u>% Laag</u>	<u>% Hoog</u>	<u>% Laag</u>
1. Gevoelsaspek	80,34	12,01	71,5	16,5
2. Versorging	78,48	13,89	72,5	14,17
3. Verantwoordelikheid	85,01	9,17	70,00	13,75
4. Afhanklikheidsgevoelens	90,00	8,33	88,75	5,00
5. Aanvaarding	88,75	5,42	76,25	13,13
6. Persoonlikheidseienskappe	81,00	10,83	67,5	16,00
7. Kommunikasie	85,24	8,1	68,89	18,56
8. Regressiepatrone	88,34	6,34	74,00	18,00

Daar was 'n algemene tendens by pasiënte om hoër tellings in die gunstige items en laer tellings in die ongunstige items op te stel as die nie-pasiënte groep. Die pasiëntegroep was betrokke in 'n siekbedsituasie en dus meer

subjektief gemoeid as die kontrolegroep wat uit die aard van die saak meer objektief staan teenoor die saak. Die gevolgtrekking kan gemaak word dat siekwees 'n mens se belewingsgewaarwordinge verander en 'n ander perspektief aan sake gee as wat normaalweg die geval is.

Die laer persentasie wat deur die kontrolegroep in groepe 6 en 7 behaal is, is 'n aanduiding dat iemand wat nie in die situasie van siekwees staan nie, nie so afhanklik van kommunikasie en goeie gesindheid van die verpleegster is soos die sieke self nie.

Albei groepe het egter in groep 4 (wat betrekking het op afhanklikheidsgevoelens van die pasiënt t.o.v. die verpleegster) 'n hoë telling behaal. Hulle verwag van haar 'n bereidheid om te versorg, sy word gesien as 'n toeverlaat in nood. Daar bestaan dus 'n definitiewe verwagtingsbeeld van die verpleegster ook by mense wat nie siek of in die hospitaal is nie - sy word gesien as 'n versorgende, beskermende figuur, wat van die vernaamste kenmerke van 'n moeder is.

6. Samevatting

Die verskillende stappe wat gevolg is om 'n houdingsopname van pasiënte ten opsigte van verpleegsters te doen, is in hierdie hoofstuk beskryf.

Aangesien daar geen bestaande vraelyste beskikbaar was wat vir die opname gebruik kon word nie, moes daar eers 'n eie vraelys opgestel word. Likert se metode van gesummeerde skattings is as model gebruik. Daar is van die

hipotese uitgegaan dat die pasiënt die verpleegster as moederfiguur beleef en as onderbou vir die houdingsvraelys het die eienskappe van die ideale moeder gedien.

Nadat die vraelys bestaande uit stellings of bewerings opgestel is, is 'n voorlopige houdingsopname eers by 'n klein pasiëntegroepie gedoen om die bruikbaarheid daarvan te bepaal. 'n Finale opname is daarna by 'n groter pasiëntegroep in 'n provinsiale hospitaal gemaak. Die tellings wat deur hulle behaal is, is verwerk en volgens 'n nie-parametriese metode is die nul-hipotese getoets.

As kontrolegroep is daar 'n verteenwoordigende groep van 40 nie-pasiënte gebruik om die verskille wat daar mag bestaan tussen die houdinge van siek en gesonde mense ten opsigte van die verpleegster, te ondersoek.

Die houdingsopname het bevredigende resultate gelewer en die hipotese dat die verpleegster 'n moederfiguur is in die pasiënt-verpleegsterverhouding kan onderskryf word op grond van empiriese bevindinge. Ook by nie-pasiënte bestaan daar 'n verwagtingsbeeld ten opsigte van die verpleegster waarvolgens daar aan haar moedereienskappe toegeken word.

HOOFSTUK IV

FINALE SAMEVATTING EN AANBEVELINGS IN VERBAND MET VERDERE NAVORSING

Siekwees is 'n universele verskynsel wat ervaar word deur mense in alle samelewings. Dit is iets wat van die begin van die tyd af al saam met die mens is. Soos geboorte, dood, werk en speel, is siekwees 'n aanvaarde deel van die mens se lewe. Daar word oor gepraat, van gehoor en dit word gesien in alle kompartemente van die samelewing, en tog is die aard van die beleving daarvan vaag en nie dikwels helder omlyn nie. Hierdie studie is aangepak met die doel om op grond van beskikbare navorsingsgegevens sowel as 'n eie opname 'n beskrywing van die psigologiese beleving van siekwees te gee. Omdat die mens nooit as geïsoleerd gesien kan word nie, maar altyd in verhouding tot die "ander" staan, sou die siekbedverhouding geïnkorporeer word in die beleving van siekwees. Aansluitend by hierdie algemene doelstelling, was die meer besondere doelstelling van die studie die beskouing van die hipotese dat die pasiënt die verpleegster as moederfiguur beleef en daar sou spesiaal verwys word na die pasiënt-verpleegsterverhouding.

In die literatuuroorsig is eerstens verwys na die menings wat enkele outeurs oor die psigologie van siekwees uitgespreek het. Verskillende individue heg verskillende betekenisse aan die beleving wat by siekwees te bespeur is, en nie twee individue beleef hulle siekte, selfs al is dit in dieselfde diagnostiese kategorie, op dieselfde manier nie.

Tog is daar sekere psigologiese tendense wat algemeen in alle siekwees voorkom, en vervolgens is 'n kompendium saamgestel van die belewinge aan die siekbed. Die siekbedsituasie bring konflikte mee in die lewe van die sieke, en regressie na kinderlike gedragspatrone met al die aspekte wat daarmee saamgaan, is 'n prominente waarneembare tendens. Die mens se diepste lewe bly nie onaangeraak deur siekte nie, en probleme in verband met sy geloof en die dood tree op die voorgrond van sy beleweniswêreld.

Watter vorm die siekte ookal aanneem, word daar gevind dat die volwassene op een of ander manier reageer op hospitalisasie, dus is enkele algemene karakteristieke van die hospitaalsituasie bespreek. Die sieke is deurgaans besig om 'n eie wêreld op te bou wat voortbeweeg van die eerste vitale verandering wat siekwees meebring, deur die reaksievorme van ontkenning en vereenselwiging tot 'n menslike vorm van aanvaarding van sy siekte. Die sin van siekte, lyding, dood en genesing gee betekenis aan die lewe van die sieke in sy veranderde beleweniswêreld.

Waar die aandag in die eerste hoofstuk veral gerig is op die individuele-siekwees van die sieke, is die figure om die siekbed in die volgende hoofstuk in die beskouing betrek. Ook die verhoudingsbelewinge van die pasiënt vloei voort uit die hele psigologiese belewing van siekwees. Die verhoudingsbelewenisse is beskryf vanuit die raamwerk van die hospitaalsituasie. Die figure in die wêreld van die siek mens is enersyds daar omdat hulle 'n sekere funksie het om te vervul, hetsy dié van behandeling, versorging, pastorale sielsorg of siekebesoek; andersyds het hulle

ook 'n psigologiese invloed op die wêreld van die sieke wat nie te skei is van blote funksievervulling nie. Die verpleegster as moederfiguur, die geneesheer as vaderfiguur, die medesiektes, die pastor en die besoekers wat familie en vriende insluit, is in oënskou geneem en die wyse waarop die sieke die invloed van genoemde persone ondergaan, is beskryf.

Daar is gewys op enkele aktuele probleme wat voorkom in verpleging wat steurend inwerk op die pasiënt-verpleegster verhouding. Kennis van sodanige probleme mag lei tot betersig in die hantering en vestiging van 'n goeie pasiënt-verpleegsterverhouding.

In die literatuuroorsig word die hipotese gestel dat die verpleegster 'n moederfiguur vir die pasiënt is. Aangesien daar in die studie spesiaal verwys word na die pasiënt-verpleegsterverhouding, is daar deur middel van 'n houdingsopname nagegaan tot watter mate hierdie stelling onderskryf kan word. 'n Houdingsvraelys met die ideale moederkwaliteite as onderbou, is opgestel en op 'n klein aantal proefpersone in die hospitaal toegepas. Daarna is 'n finale opname by 'n groter hospitaal pasiëntegroep gedoen asook by 'n kontrolegroep bestaande uit 'n verteenwoordigende nie-pasiëntegroep. Die bevindinge was dat die pasiënt die verpleegster wel as moederfiguur beleef; en dat daar ook by nie-pasiënte 'n verwagtingsbeeld van die verpleegster bestaan waarvolgens daar aan haar moeder-eienskappe toegeken word.

Om mee af te sluit, sal gewys word op enkele verdere navorsingsmoontlikhede, wat met die verloop van hierdie

studie na vore gekom het.

- . In hierdie studie is daar toegespits op die pasiënt in die hospitaal. Siekwees tuis kan ondersoek word, aangesien daar definitiewe verskille bestaan wat meegebring word deur die opname in 'n hospitaal.
- . Slegs die volwassene as pasiënt is betrek by hierdie studie. Die kind, die adolessent, die bejaarde, die liggaamlik gestremde en die geestesranke as pasiënt het elkeen karakteristieke wat eie is van die spesifieke leeftydsefase of tipe pasiënt wat navorsingsmoontlikhede bied.
- . Psigosomatiese siektes kan ingesluit word by 'n studie van die psigologiese beleving van siekwees.
- . Spesiale gevalle verdien nadere ondersoek, byvoorbeeld die operasiegeval, die kankerpatiënt, die tuberkulosepatiënt, die ortopediese patiënt en andere.
- . Die hipotese dat die geneesheer as vaderfiguur deur die pasiënt in die geneesheer-pasiëntverhouding beleef word, kan gestel word.
- . Die geldigheids- en betroubaarheidsbepaling van die houdingsvraelys behoort op 'n volledige grondslag gedoen te word sodat dit as meetinstrument kan dien vir verdere studies in hierdie verband.

SUMMARY

THE PSYCHOLOGY OF BEING ILL WITH SPECIAL REFERENCE TO THE PATIENT-NURSE RELATIONSHIP

The psychological experience of being ill has already been described from different viewpoints by various researchers. Their work has made it clear that although everybody experiences illness in his own unique way, there are certain psychological trends to be found in all illness.

In the first chapter a compendium has been compiled of the typical characteristics of being ill. Regression to childlike behaviour patterns is a defence mechanism often applied by the patient. Whatever form his illness takes, each adult will tend to react in some way to being hospitalised. As the patient in this study is described within the frame of reference of the hospital situation, some characteristics of the hospital situation have been discussed.

The patient is constantly building a world of his own, from the first vital feelings of difference which illness brings about, experiencing reactions of denial and identification before coming to a human form of acceptance of his illness. Being ill also has positive value, and illness suffering, death and recovery can mobilize a will to meaning in the life of the person who is ill.

Whereas attention has been focused in the first chapter

on the individual in his experience of being ill, the figures around the sickbed have been observed in the next chapter. These figures or persons are there because they have certain duties to perform, whether it is treatment, nursing care, pastoral care or visiting the sick. On the other hand, they also have a psychological influence on the world of the ill that cannot be divided from duty performance. The nurse in a mother role, the doctor in a father role, the fellow patients, the pastor and the visitors, who include family and friends, have been described. The manner in which they influence the patient has been looked at. Special reference has been made to the mothering role which the nurse assumes in the patient-nurse relationship. Certain problems which arise in nursing can disturb a good patient-nurse relationship. Knowledge of such existing problems may contribute towards the establishment of a better relationship.

In the third chapter the hypothesis that the nurse is experienced as a mother figure by the patient, has been empirically examined. A questionnaire with the ideal mother qualities as foundation has been compiled and applied to a small group of patients in a provincial hospital as a pilot study. A final opinion survey was then made to estimate the attitude of a larger group of patients towards the nurse. As a control group a random sample of non-patients was asked to complete the same questionnaire. The results were that the patient does experience the nurse as a mother figure and that non-patients also expect mothering characteristics from her.

In conclusion indication has been given of a few research possibilities for further study which have arisen in the course of this study.

BIBLIOGRAFIE

- Aggebo, A. De Kunst van Ziek Zijn en van het omgaan met zieken. 's-Gravenhage, Boekencentrum N.V., 1959.
- Altschul, A. Psychiatric Nursing. London, Bailière, Tindall and Cassell Ltd., 1971.
- Anastasi, Anne. Psychological Testing. New York, The Macmillan Company, 1962.
- Anon. Besoekdag. S.A. Verplegingstydskrif, Vol. XXXV no. 6; 5-6, 1969.
- Bakan, D. Disease, Pain and Sacrifice. Toward a Psychology of Suffering. Chicago and London, The University of Toronto Press, 1968.
- Balint, M. The Doctor, his Patient and the Illness. Great Britain, Unwin Brothers Ltd., The Gresham Press, Old Working, Surrey, 1973.
- Barnes, Elizabeth. Mensen in het Ziekenhuis. Utrecht/Antwerpen, Uitgeverij Het Spectrum, 1967.
- Barnes, Elizabeth, Psychosocial Nursing. Studies from the Cassel Hospital. London, New York, Sydney, Toronto, Wellington, Tavistock Publications, 1968.
- Booth, G. Healing the Sick. Pastoral Pshchology, Vol. 13, no. 125: 11-21, 1962.
- Bremer, J.J.C.B. De Ziekenhuispatient. Een descriptief-, een historisch - en een experimenteel-psychologisch onderzoek van de ziekenhuissituasie. Utrecht-Nijmegen, Dekker en Van de Vegt N.V., 1964.
- Buskes, J.J. Waarheid en Lengen aan het Ziekbed. Amsterdam, W. Ten Have N.V., 1964.
- Buytendijk, F.J.J. Over de Pijn. Utrecht, Het Spectrum 1943.
- Cartwright, Ann. Human Relations and Hospital Care. London, Routledge and Kegan Paul Ltd., 1964.

- Custers, A. Het vadersymbool en het moedersymbool in de Godsvoorstelling. Ongepubliceerde verhandeling, Universiteit van Leuven, België, 1964.
- Du Toit, J.M. Statistiese Metodes. 'n Inleiding vir studente in die Sielkunde, Opvoedkunde en Sosiale Wetenskappe. Stellenbosch, Kosmo-Uitgewery Edms., Bpk., 1969.
- Edwards, A.L. Techniques of Attitude Scale Construction. New York, Appleton-Century-Crofts, Inc., 1957.
- Ellerbeck, J.P.W. De Wereld van de Zieke Mens. Een psychologische benadering van het ziek-zijn. Haarlem, De Toorts, 1961.
- Faber, H. Over Ziek Zijn. Academisch Proefschrift. Assen, Van Gorcum & Comp. N.V., 1956.
- Faber, H. Problemen rond het Ziekbed. Assen, Van Gorcum & Comp. N.V., 1959.
- Faber, H. De Pastor in het Moderne Ziekenhuis. Assen, Van Gorcum & Comp. N.V., 1968.
- Feifel, H. The Meaning of Death. New York, Toronto, London, McGraw-Hill Book Company, Inc., 1959.
- Fisher, G. Psychotherapy for the Dying: Principles and illustrative cases with special reference to the use of L.S.D. Omega, Vol. 1, no. 1: 3-13, 1970.
- Frankl, V.E. Man's search for Meaning. An introduction to Logotherapy. New York, Washington Square Press, Inc., 1969.
- Frankl, V.E. Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy. New York, Washington Square Press, Inc., 1967.
- Gillis, L. Human Behaviour in illness. Psychology and Interpersonal Relationships. Great Britain, C.N.A. Ltd., South Africa, 1962.
- Gödan, H. Christus en Hippocrates. Kernproblemen voor Arts en Theoloog. Franeker, T. Wever, 1958.

- Horne, C.F. *The Minister's Resources in the sick room*. Pastoral Psychology, Vol. 22, no. 213: 51-55, 1971.
- Jarvis, Jennifer M & Gibson, J. *Psychology for Nurses*. Oxford and Edinburgh, Blackwell Scientific Publications Ltd., 1971.
- Kalish, R.A. *The Onset of the Dying Process*. Omega, Vol. 1, no. 1: 57-68, 1970.
- Kotze, Wilhelmina J. *Die Verpleegster as sosiale wese in die verskaffing van 'n maatskaplike diens en die eise wat aan haar gestel word*. S.A. Verplegingstydskrif, Vol. XXV, no. 5: 7-11, no. 6: 9-11, 1968.
- Kübler-Ross, Elisabeth. *On Death and Dying*. New-York, The MacMillan Company, London, Collier-Macmillan Ltd., 1971.
- Kutcher, A.H. *Death and Bereavement*. Illinois, U.S.A. Publisher Charles C. Thomas, Springfield, 1969.
- McGhie, A. *Psychology as applied to nursing*. Edinburgh and London, Churchill Livingstone, 1971.
- Medinus, G.R. & Johnson, R.C. *Child and Adolescent*. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1969.
- Miller, D.C. *Handbook of Research Design and Social Measurement*. New York, David McKay, 1964.
- Nunnally, J.C. *Psychometric Theory*. U.S.A. New York, McGraw-Hill Book Company, 1967.
- O'Hara, F.J. & Reith, H.R. *Psychology and the Nurse*. Philadelphia and London, W.B. Saunders Company, 1966.
- Pearson, L. *Death and Dying. Current Issues in the Treatment of the Dying Person*. Cleveland and London The Press of Case Western Reserve University, 1969
- Petrie, A. *Individuality in Pain and Suffering*. Chicago, University of Chicago Press, 1967.
- Raymond, E.C. *Verantwoordelikheid*. S.A. Verplegingstydskrif, Vol. XXXV, no. 7: 28-31, 1968.

- Remmers, H.H. Introduction to Opinion and Attitude Measurement. New York, Harper & Brothers, 1954.
- Rutten, F.J.Th. e.a. Menselijke verhoudingen. Tweede deel. Bussum, Uitgeverij Paul Brand N.V., 1957.
- Schoeman, H.S.B. Sielkunde en Menseverhoudings vir verpleegsters. Johannesburg, Mercury Printing Works (Edms.) Bpk., 1970.
- Schoenberg, B. a.o. Teaching Psychosocial Aspects of Patient Care. New York and London, Columbia University Press, 1968.
- Schwartz, L.H. & Schwartz, Jane L. The Psychodynamics of Patient Care. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1972.
- Shotter, E.S. a.o. Matters of life and death. London, Darton, Longman & Todd, 1970.
- Siegel, S. Nonparametric Statistics for the behavioural Sciences. U.S.A., McGraw-Hill Book Company, Inc., Tokyo, Kōgakusha Company, Ltd., 1956.
- Simmons, Janet, A. The nurse-patient relationship in psychiatric nursing. Philadelphia, London, Toronto, W.B. Saunders Company, 1969.
- Shaw, M.E. & Wright, J.M. Scales for the measurement of attitudes. New York, St. Louis, San Francisco, Toronto, London, Sydney, McGraw-Hill Book Company, 1967.
- Tournier, P. Bijbel en Geneeskunde. Amsterdam, Uitgeverij W. Ten Have N.V., 1953.
- Thomas, K. Attitudes and behaviour. Selected Readings. Great Britain, London, Cox & Wyman Ltd., 1971.
- Thorndike, R.L. & Hagen, Elizabeth. Measurement and evaluation in psychology and education. Printed in the U.S.A., John Wiley & Sons, Ins., 1969.
- Travelbee, Joyce. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia, F.A. Davis Company. 1966.

- Van den Berg, J.H. Psychologie van het ziekbed. Een hoofdstuk uit de medische psychologie. Nijkerk, Uitgeverij G.F. Callenbach N.V., 1970.
- Van den Berg, J.H. Medische macht en medische etiek. Nijkerk, Uitgeverij G.F. Callenbach N.V., 1970.
- Van der Klei, P.O. De Zieke mens en zijn milieu. Tijdschrift voor Pastorale Psychologie, 3: 59-65, 1971.
- Vergote, A. The concept of God and parental images. Journal for the scientific study of religion, 1969.
- Verwoerd, A. Communication with the Fatally Ill. Suid-Afrikaanse Kankerbulletin, Vol. 10, no. 2: 41-48, 1966.
- Wasserman, H.P. Die verpleegster en die dood. S.A. Verplegingstydskrif, Vol XXXV, no. 9: 33-34, no. 10: 24-27, no. 11: 18-21, 1968.
- Wiersma, D. Man en Vrouw. Maatschappelijk en onmaatschappelijk. Leiden, A.W. Sijthoff, 1968.
- Wu, Ruth, Behaviour and Illness. U.S.A., Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, Inc., 1973.

BYLAE A

HOUDINGSOPNAME

Hierdie vraelys handel oor persoonlike houdings van pasiënte teenoor verpleegsters, en is nie 'n toets nie. Daar is geen regte of verkeerde antwoorde nie, aangesien mense van mekaar verskil in hulle opvattinge.

Die doel is slegs om navorsing te doen, en u vriendelike samewerking sal verseker dat 'n studie in die verband wel moontlik kan wees.

Moet asseblief nie u naam verstrek nie, slegs die volgende inligting word van u verlang:

GESLAG : _____
GEBORTE DATUM : _____
TYDPERK REEDS IN HOSPITAAL : _____

Hieronder sal u 'n aantal stellings of bewerings vind, en al wat van u verwag word, is:

- a) Om die stellings noukeurig deur te lees;
- b) So eerlik as moontlik te antwoord volgens eie onder-
vinding.

U moet as volg antwoord

Langs elke stelling vind u vyf blokkies met die volgende beskrywing by elk:

Stem sterk Stem saam Neutraal Verskil Verskil sterk
 saam

Maak asseblief 'n merkie in die blokkie wat die meeste ooreenstem met u persoonlike opinie:

Beantwoord asseblief al die stellings, en antwoord so min as moontlik neutraal.

Stem sterk saam
 Stem saam
 Neutraal
 Verskil
 Verskil sterk

1. Verpleegsters is gewoonlik baie simpatiek gesind teenoor siek mense
2. Hulle het oor die algemeen 'n sterk aanvoeling vir die fisiese sowel as emosionele behoeftes van hulle pasiënte al sê hulle nie altyd so nie
3. Die verpleegster put vreugde uit haar taak van versorging
4. Verpleegsters is oor die algemeen ongevoelig en wreed
5. Versorging van die liggaam sowel as die gees word deur die verpleegster behartig
6. Sy het die vermoë om orde te skep en te kalmeer waar paniek heers

Stem sterk saam
 Stem saam
 Neutraal
 Verskil
 Verskil sterk

7. Verpleegsters het maar min aanvoeling vir die werklike behoeftes van pasiënte, en doen slegs hulle werk volgens roetine
8. Hoe sieker en banger die pasiënt, hoe sterker en meer selfversekerd kom die verpleegster vir hom voor
9. Die pasiënt verwag van die verpleegster iets anders as van die dokter of die besoeker: bereidheid om vir hom te sorg
10. Pasiënte wil graag hê die verpleegster moet na hulle luister en dié dinge vir hulle verduidelik in verband met hulle siekte en herstel wat hulle nie so goed in die dokter se taal verstaan nie.
11. Verpleegsters is gewoonlik gewillig om verantwoordelikheid te aanvaar vir die welsyn van pasiënte
12. 'n Verpleegster is geneig om pasiënte slegs liggaamlik te versorg, en geen ag op hulle gevoelens te slaan nie
13. Verpleegsters toon min begrip teenoor pasiënte wat vyandig optree

Stem sterk saam
 Stem saam
 Neutraal
 Verskil
 Verskil sterk

14. Hulle kan gewoonlik spannende situasies verduur sonder om self gespanne of ongemaklik te voel
15. 'n Mens vind dat die verpleegster agting het vir elke mens as individu
16. Verpleegsters is oor die algemeen realisties genoeg om nie self teneergedruk te voel as pasiënte so is nie
17. Verpleegsters het genoeg selfvertroue om te aanvaar dat pasiënte van hulle afhanklik is
18. Hulle is meestal spontaan in hulle optrede teenoor pasiënte
19. 'n Verpleegster het die vermoë om reguit en ferm op te tree met pasiënte, familie van pasiënte en personeel
20. Die meeste verpleegsters is dominerend en wil altyd baas speel
21. Die eienskappe van onbaatsugtigheid, beskeidenheid en nederigheid word gewoonlik by verpleegsters aangetref

Stem sterk saam
 Stem saam
 Neutraal
 Verskil
 Verskil sterk

22. Verpleegsters tree gewoonlik baie taktvol op
23. Die verpleegster slaag baie goed daarin om met haar pasiënte te gesels oor onderwerpe waaraan hulle behoefte mag hê, afgesien van hulle siekte
24. Sy verkeer in die posisie dat sy op vertroulike voet verkeer met pasiënte, maar sy dwing ook respek af
25. Die verpleegster is dikwels „biedmoeder” vir haar pasiënte
26. Vertroulikheid ontaard nooit in familiariteit nie
27. Sy tree altyd professioneel en waardig op en kan alle hospitaalgeheime bewaar
28. Verpleegsters is soms geneig om te veel met hulle pasiënte se persoonlike sake in te meng
29. Die pasiënt voel altyd dat hy/ sy die verpleegster kan vertrou en op haar reken
30. 'n Pasiënt voel soms dat die verpleegster meer aandag skenk aan die ander pasiënte as aan hom/haar

Stem sterk saam
 Stem saam
 Neutraal
 Verskil
 Verskil sterk

31. Pasiënte seek steun by die verpleegster in hulle onsekerheid oor hulle siektetoestand, maar terselfdertyd wil hulle graag voel dat hulle self hul probleme te bowe kan kom

--	--	--	--	--

32. Al is die verpleegster vir die pasiënt 'n vreemdeling, vind hy/sy dit gewoonlik aanvaarbaar om deur haar aangeraak te word in die proses van liggaamlike versorging

--	--	--	--	--

33. Die verpleegster laat die pasiënt altyd welkom voel in 'n wêreld wat hom vreemd en bang laat voel

--	--	--	--	--

34. Sy is altyd beskikbaar as pasiënte haar nodig het

--	--	--	--	--

35. Deur middel van haar liefdevolle versorging slaag sy daarin om beskaafde optrede van die kant van die pasiënt te weeg te bring

--	--	--	--	--

BYLAE B

Totale tellings behaal in items deur dames afgetrek van totale tellings behaal deur manspasiënte om die tekens van verskille vas te stel

	<u>Pasiënte</u>		<u>Teken van verskille</u>
	<u>Mans</u>	<u>Dames</u>	
1.	116	148	-
2.	155	127	+
3.	152	150	+
4.	139	141	-
5.	146	135	+
6.	117	159	-
7.	169	152	+
8.	148	139	+
9.	153	142	+
10.	166	150	+
11.	143	141	+
12.	142	115	+
13.	145	141	+
14.	145	148	-
15.	148	145	+
16.	106	130	-
17.	132	143	-
18.	148	115	+
19.	164	140	+
20.	163	138	+
21.	150	141	+
22.	145	169	-

	<u>Pasiënte</u>		<u>Teken van verskille</u>
	<u>Mans</u>	<u>Dames</u>	
23.	135	168	-
24.	91	143	-
25.	125	154	-
26.	124	138	-
27.	157	147	+
28.	87	168	-
29.	142	139	+
30.	97	153	-

BYLAE C

Totale tellings behaal in items deur kontrolegroep (nie-pasiënte) afgetrek van totale tellings behaal deur pasiënte groep om die tekens van verskille vas te stel

	<u>Pasiënte</u>	<u>Nie-pasiënte</u>	<u>Teken van verskille</u>
1.	148	110	+
2.	127	139	-
3.	150	115	+
4.	141	120	+
5.	135	134	+
6.	159	141	+
7.	152	146	+
8.	139	132	+
9.	142	124	+
10.	150	125	+
11.	141	139	+
12.	115	119	-
13.	141	100	+
14.	148	115	+
15.	145	125	+
16.	130	154	-
17.	143	131	+
18.	115	148	-
19.	140	149	-
20.	138	129	+
21.	116	111	+
22.	155	146	+
23.	152	139	+

	<u>Pasiënte</u>	<u>Nie-pasiënte</u>	<u>Teken van verskille</u>
24.	139	127	+
25.	146	117	+
26.	117	120	-
27.	169	131	+
28.	148	134	+
29.	153	114	+
30.	166	128	+
31.	143	130	+
32.	142	102	+
33.	145	139	+
34.	145	147	-
35.	148	107	+
36.	106	126	-
37.	132	135	-
38.	148	134	+
39.	164	131	+
40.	163	130	+