Die Kind in die Hospitaal

ISABEL M. HOFMEYR

SUMMARY

Hospitalisation enhances the risk of affective disturbances in sick children due to the separation that it brings between the child and his mother and familiar home surroundings. Certain practices tend to intensify this distress, such as limited visiting, the large number of people handling a child, treating the child as a case instead of as an individual, etc. The need for a trained paedotherapist on the staff of hospitals is stressed.

S. Afr. Med. J., **48**, 50 (1974).

Vir enige persoon bring siekte of 'n liggaamsgestremdheid ontwrigting van sy daaglikse lewe mee. Wanneer die siekte so ernstig is dat hy tot 'n hospitaal toegelaat moet word en wanneer die sieke boonop 'n kind is, is die ontwrigting en verwarring wat by hom veroorsaak word, des te erger. Die sielkundige effek van siekte op 'n kind, dit wil sê die versteurde belewinge wat siekte meebring, is goed bekend, en dit word vererger wanneer hospitalisasie skeiding tussen kind en moeder meebring. Sekere handelinge in die hospitaal vererger die nadelige uitwerking van die siekte eerder as om dit te verlig. Die goeie bedoelings van almal wat met siek kinders te doen kry, word onvoorwaardelik aanvaar, maar die aandag moet gevestig word op dinge wat onnadenkend gedoen word en wat groot skade aanrig.

Kliniese Materiaal

Soos ook die geval is met volwassenes, gebeur dit dat die siek kind, veral in opleidingshospitale, beskou word as 'n interessante geval of handige kliniese materiaal, en dat daar vergeet word dat hy 'n unieke individu is wat as sulks benader en gerespekteer behoort te word. Dit word uit die oog verloor dat dit hier gaan om 'n kind wat nog in wording is, wat nie altyd verstaan waarom dit alles gaan nie, wat eensaam is en wat in nood verkeer, en nie om 'n interessante of moeilike geval nie. Hoe dikwels gebeur dit dat 'n groep geneeshere, met of sonder 'n gevolg van studente, van die een bed na die ander beweeg, die beddegoed en nagklere wegtrek, die liggaam in die bed beklop of beluister of na 'n wond kyk, en voortgaan met die bespreking van die geval en sy behandeling sonder om met 'n eenvoudige groet *op die pasiënt se naam* aan hom erkenning as individu te gee? Laboratoriumpersoneel kry 'n vinger beet, prik dit, verkry 'n bloedmonster en is tevrede met 'n taak wat afgehandel is, en vergeet van die angstige kind wat hulle agter laat.

Departement van Verpleegkunde, Universiteit van Stellenbosch, Tiervlei, KP

ISABEL M. HOFMEYR, B.SC., D.ED., *Hoof*

Referaat gelewer tydens die Akademiese Jaardag van die Fakulteit van Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch en Tygerberg-hospitaal, gehou op 2 - 3 Augustus 1973.

Verduideliking

Voordat enige ondersoek of prosedure op 'n kind wat al enigsins kan verstaan, uitgevoer word, moet dit aan hom verduidelik word in terme wat hy kan begryp. Daar moet tyd wees vir die kind om vrae te stel, en waar nodig moet verdere verduidelikings gegee word. Die kind mag nooit mislei word nie en daar mag byvoorbeeld nie aan hom gesê word dat 'n moontlike pynlike prosedure nie seer sal wees nie. Hy moet gewaarsku word dat dit moontlik seer sal wees, maar dat iets gedoen sal word om die pyn te verlig.

G. F. Powers, eertydse president van die 'American Pediatric Society' beklemtoon dit dat 'n kind se siekte nooit in sy teenwoordigheid bespreek moet word nie, byvoorbeeld by 'n saalrondte of voor studente, behalwe as dit hom sal gerusstel. 'I am convinced that young children understand more of our words than we realize; a great deal of information or misinformation reaches them by the inflection of the voice, by actions and manners and by general demeanour.'[1] Hy beklemtoon egter dat met die kind wat kan verstaan, op 'n geskikte tyd die aard van sy siekte en behandeling bespreek moet word. Daar moet na die kind geluister word en aan hom geleentheid gebied word om vrae te stel wat dan op 'n eerlike wyse beantwoord moet word.

Chirurgie

Vir enige persoon is 'n operasie en die vooruitsig daarvan 'n ontstellende ondervinding, en nog baie erger vir die kind wat nie mooi verstaan waarom dit gaan nie, wat bevrees is dat hy nie sal wakker word van die narkose nie, of nie weet hoe vermink hy na die operasie sal wees nie. In hierdie verband kan heelwat gedoen word om die kind gerus te stel. Die vraag is egter in hoeveel van ons hospitale dit wel konsekwent gedoen word? Die geneesheer mag wel aan die kind verduidelik waarom hy die operasie moet ondergaan, maar vir die kind om iets vreemds en vreesaanjaend te verwerk, is assimilasie nodig en hy moet tyd gegun word om daarna terug te kom. Dit is dus dikwels die verpleegster of die fisioterapeut wat baie meer van hierdie vrees sien en dit is dus hulle taak om die kind daarmee te help. Die vraag kan nou gestel word of hulle wel opgewasse is vir hierdie taak en of daar nie plek is vir 'n persoon met spesifieke opleiding in hierdie verband nie?

Emosionele Ontlading

Elkeen van ons weet hoe volwassenes na verblyf in die hospitaal tot in die fynste besonderhede, en soms tot vervelens toe, vertel van hulle operasies, hoeveel stene verwyder is, hoeveel bloed hulle ontvang het, ens. Volwassenes kan op hierdie wyse emosionele ontlading vind. Vir die kind is hierdie weg gesluit omdat hy in baie gevalle nog nie oor die taal beskik waarmee hy uiting kan gee aan sy gevoelens nie. Die enigste manier waarop 'n kind op aanvaarbare wyse ontslae kan raak van sy spanning en frustrasie, ook na 'n operasie, ondersoek of behandeling, is om dit uit te speel of dit uit te beeld. Plank[2] sê dat 'n volwassene wat uit die hospitaal kom, oor en oor die besonderhede van sy ondervinding vertel 'as if to detoxify its frightening aspects. Children have the same need but are much less able to tell spontaneously about their experiences. They need the opportunity for repetition, in dramatic play and in words, to allow them to go over events that troubled them.'

Sommige van ons hospitale het speelkamers vir die kinders, ander nie. In hoeveel van dié wat wel speelkamers het, is dit beplan en toegerus met eenvoudige apparaat soos verbande, spuite, spalkies, 'n stel vir binne-aarse ingieting vir die pop, 'n ou gehoorpyp, en so meer, wat die kind op sy beurt, met die pop as slagoffer, kan gebruik? Die kinders moet vrye toegang tot die speelkamer en speelgoed hê, omdat 'n kind wat opdrag gegee word om te speel, nie in werklikheid speel nie. Hy is maar net besig om die taak uit te voer wat deur die volwassene opgedra is. Dit is dus duidelik dat daar nie verwag kan word dat wanneer kinders na die arbeidsterapie-afdeling gaan 'om te speel' hulle wel vryelik sal speel soos nodig is nie. Dit volg vanselfsprekend dat geen ondersoek of behandeling in die speelkamer uitgevoer mag word nie.

Bekendes en Vreemdes

In 'n steekproef gedoen in 'n groot hospitaal is gevind dat die kleinste aantal persone waarmee 'n kind in 24 uur te doen gekry het, 13 was, terwyl 'n ander blootgestel was aan tot 28 verskillende persone, met 'n gemiddelde van 20 vir die 10 kinders wat waargeneem is. Dit kos min verbeelding om te begryp watter vrees en verwarring by 'n kind, wat gewoond is aan sy eie klein huislike kring, veroorsaak word wanneer hy gekonfronteer word met soveel verskillende persone binne 'n tydperk van 24 uur. Het dit nie tyd geword dat hospitaalowerhede aandag skenk aan hierdie probleem deur sover moontlik die wisseling van personeel in kindersale te beperk nie? In 'n opleidingshospitaal sal die studentverpleegsters noodwendig moet wissel om aan die eise van hulle opleiding te voldoen, maar stabiliteit kan verleen word deur susters, ingeskrewe verpleegsters en verpleegassistente 'permanent' in die saal te laat bly sodat die kind met 'n paar persone 'n stabiele verhouding kan aanknoop.

Om verder stabiele verhoudings in die hand te werk beklemtoon verskeie outeurs[3-6] die noodsaaklikheid dat een verpleegster vir 'n paar kinders sorg en sover moontlik alles vir daardie kinders doen, met hulle saamgaan, byvoorbeeld na die röntgenafdeling, en bystaan wanneer die geneesheer enige ondersoek uitvoer. Wanneer sy van diens gaan, word sy, sover moontlik, deur 'n ander bekende persoon vervang en sê sy aan die kinders wanneer sy weer terug sal wees. Op hierdie wyse word ten minste een persoon aan die kind voorsien wat hy ken, aan wie hy gewoond is en by wie hy veilig voel.

Ouerlike Kontak

Die jong kind in die gesin word gekenmerk deur groot afhanklikheid van sy ouers, veral van sy moeder. Hoewel dit mag voorkom asof dit by 'n klein baba nie saak maak wie hom versorg nie solank as wat hy gevoed en fisies gemaklik is, toon studies dat dit uiters nadelig vir die baba kan wees om gedurende die eerste paar maande van sy lewe deur etlike persone versorg te word.[7] Daar bestaan geen twyfel nie dat teen die einde van sy eerste lewensjaar die baba baie diskriminerend is, en feitlik uitsluitlik aan sy moeder geheg is of aan die persoon wat hom soos 'n moeder versorg.[8]

By die kindjie van twee jaar, byvoorbeeld, setel die gevoel van veiligheid en verwagting dat daar aan sy behoefte voldoen sal word in albei ouers, maar tog is hy nog baie nader aan die moeder. Hy waardeer sy moeder as 'n bepaalde persoon en het 'n behoefte aan haar liefde en teenwoordigheid wat net so groot is as sy liggaam se behoefte aan voedsel. Sy is sy hele wêreld en die uitstappies wat hy weg van haar maak, is gewortel in die vertroue dat sy in die nabyheid is om aan hom veiligheid te verskaf. Nie slegs is hy baie besitlik wat sy moeder betref nie, maar hy beskik nog oor min maniere om sy gevoelens uit te druk en verstaan nog nie goed wat met hom gebeur nie. Vir hom is sy ouers alvermoënd en in staat om hom teen alle kwaad te beskerm, en by hom is die verwagting dat hulle dit uit liefde wel sál doen. Dit is hierdie veilige geborgenheid wat hom in staat stel tot eksplorasie en latere emansipasie.[9]

As dit sou nodig wees om die kind op hierdie stadium alleen in die hospitaal toe te laat, belewe hy dit as 'n ernstige mislukking van die liefdevolle omgewing van sy familiekring. Hy kan nog nie verstaan waarom hy in die hospitaal moet wees nie, al wat hy weet, is dat die moeder aan wie hy so 'n intense behoefte het, en wat op sy geroep *behoort* te antwoord, nie daar is nie.[10] Hy belewe dit dus as 'n verwerping deur sy moeder en verbanning uit sy tuiste.[11]

In 'n ondersoek na die uitwerking van hospitalisasie op 387 kinders het Vernon en medewerkers[12] bevind dat kinders tussen die ouderdomme van 6 maande en 4 jaar die swaarste getref word, terwyl die lengte van die verblyf in die hospitaal ook 'n beduidende invloed het. Hierdie bevindings word deur etlike ander studies gestaaf.[13-16] Bowley[17] stel dit dat baie kinders *bo* 7 *jaar* wat tuis liefdevolle versorging ontvang, en nie vroeëre skrikwekkende ondervindinge het van skeiding van hul moeders nie, toelating tot die hospitaal met 'n geringe mate van vrees sal aanvaar, maar bereid sal wees om die beste van die saak te maak, omdat hulle die rede kan verstaan waarom hulle hospitaal toe moet gaan.

Wat kan gedoen word om die nadelige uitwerking van die skeiding tussen die siek kind en sy ouerhuis, en veral die moeder, tot die minimum te beperk? Anders gestel: hoe kan die bande met die ouerhuis ten beste behou word?

Die in-die-ooglopende antwoord hierop in die geval van jong kinders, is dat die moeder saam met die kind tot die hospitaal toegelaat word. Studies[18,19] het aangetoon dat die voorkoms, nie slegs van emosionele komplikasies nie, maar ook van infeksie, beduidend laer was in die groep waarin die moeders saam met die kinders toegelaat is.

Faust[20] skryf oor die belangrikheid hiervan as volg: 'For most children under four years it is our observation that no amount of love and understanding will make up for the absence of the mother. When doctors realize how inextricably the emotional welfare is bound up with physical welfare, provisions will be made for a parent to stay with the hospitalized child.'

Daar is wel hospitale wat dit probeer het, en dit *is* moontlik indien die personeel sou afsien van sommige vooropgesette idees.[21-24] Een moeder vertel[25] van haar ondervinding in 'n hospitaal waar sy toegelaat is om by haar seuntjie, wat poliomiëlitis gekry het, te bly, en sy toon aan wat dit vir die gemoedsrus van haar kind sowel as haar eie gemoedsrus beteken het. Hierdie artikel kan met vrug gebruik word as voorgeskrewe werk vir alle personeel wat met kinders werk en ook vir hospitaaladministrateurs.

Indien die ideale oplossing om die een of ander rede nie moontlik is nie, sou die alternatief vrye besoek van die moeder of vader aan die kind wees. Ook hieromtrent is verskeie studies uitgevoer,[26-28] wat almal tot dieselfde slotsom gekom het, nie net dat dit moontlik is nie, maar veral dat dit beslis tot voordeel van die kind strek. As voorbeeld kan genoem word die studie van Woodward,[28] waarin oor 'n tydperk van 4 jaar waarnemings gedoen is van kinders wat met brandwonde tot die Birmingham-hospitaal toegelaat is, en waar ouers toegelaat is om die kind een of meer keer per dag te besoek. Daar is bevind dat die voorkoms van infeksie nie verhoog is nie, en by kinders onder 5 jaar (die studiegroep) is die geringer voorkoms van emosionele versteurings beduidend.

Vir die kindjie wat weggeneem is uit sy bekende ouerhuis en geskei is van die belangrikste persoon in sy lewe, nl. sy moeder, word sy bed die wêreldjie wat hy as sy eie beskou. Dit is dus totaal verkeerd om daardie enigste vesting van hom te bedreig deur in sy bed pynlike ondersoeke en behandelings uit te voer. Ook is die effek op sy kamermaats nadelig. Om hierdie rede moet dus net die ondersoek- of behandelingskamer vir sulke prosedures gebruik te word.

Afdelings en Sale

'n Verdere aspek van die hospitalisasie van kinders wat aandag verdien, is die plasing in sale of afdelings. Dit is die algemene gebruik om kinders van geboorte tot die ouderdom van 12 jaar in pediatriesale te verpleeg. Kinders en jeugdiges ouer as 12 jaar word gewoonlik in sale saam met volwassenes verpleeg. Die vraag moet gestel word of dit bevorderlik is vir die wording van die adolessent om saam met volwassenes in 'n groot saal verpleeg te word. Aansienlike affektiewe skade kan aangerig word aan die adolessent wat verkeerde inligting van volwasse pasiënte ontvang, of dinge sien of hoor wat hom ontstel, veral met die oog op sy lewendige verbeelding. Daar is gewoonlik nie genoeg adolessente gelyktydig in die hospitaal om 'n hele chirurgiese of mediese saal vir hulle opsy te sit nie, maar die moontlikheid dat alle adolessente, afgesien van die toestand waarvoor hulle in die hospitaal is, saam in een saal verpleeg word, moet oorweeg word. Hier is 'n geval waar die welsyn van die pasiënt opgeweeg moet word teen die ongerief wat 'n geneesheer moontlik aangedoen word deur sy pasiënte in meerdere sale versprei te hê.

In die kindersaal self moet die groepering van kinders nie afhang van watter groep beddens aan 'n sekere geneesheer of firma behoort nie. Die suster moet haar pasiënte so ken dat sy weet watter groepering die beste is om byvoorbeeld kinders wat geselskap vir mekaar sal wees naby mekaar te plaas, of kinders wat mekaar moontlik kan help (fisies, of deurdat die een miskien dieselfde operasie agter die rug het) saam te groepeer.

Pedoterapeute

Wanneer die situasie van die kind in die hospitaal in oënskou geneem word, met die moontlikheid van versteurde belewinge en dus van versteurde gedrag wat op hospitalisasie kan volg, is dit geregverdig om die aanstelling van opgeleide pedoterapeute in die hospitaaldiens te bepleit.

In plaas van 'n 'child-care worker' of 'play supervisor' of 'play therapist' met 'n wisselende mate van opleiding soos in sommige oorsese lande in diens is, sou 'n pedoterapeut met grondige opleiding in die teorie sowel as die praktyk van pedodiagnostisering en pedoterapie (in staat om al die vorme van pedoterapie te gebruik en nie net spelterapie nie), van onskatbare waarde wees.

Daar sal dan ook voorsiening gemaak moet word vir 'n terapiekamer toegerus vir pedodiagnostisering sowel as al die vorme van pedoterapie.

'n Pedoterapeut in die hospitaal sal waarskynlik kan voorsien in die leemte waarvan McMichael[29] skryf: 'Experience in the survey suggests that pieces of the handicapped child may be satisfactorily treated in hospital—a limb, or a heart, or whatever is involved—but that little consideration is given as to who is to put all the pieces together again.'

Die pedoterapeut moet lid wees van die gesondheidspan en moet die geneeshere en verplegingspersoneel kan bedien van gespesialiseerde advies wat betref die besondere benadering van spesifieke kinders met die oog daarop om die nadelige uitwerking van die kind se gestremdheid op sy wording tot die minimum te beperk.

As geneeskundiges, verpleegsters, arbeidsterapeute en fisioterapeute kan ons nie aanspraak maak op sukses in die behandeling van 'n kind as daardie kind die hospitaal liggaamlik gesond, maar met 'n geestelike letsel verlaat nie.

VERWYSINGS

1. Powers, G. F. (1948): Amer. J. Dis. Child., **76**, 372.
2. Plank, E. N. (1971): *Working with Children in Hospitals*, hoofstuk 4. Chicago: The Press of Case Western Reserve University.

3. Robertson, J. (1970): *Young Children in Hospital*, bl. 61, 63, en 80. London: Tavistock Publications.
4. Sharp, J. (1950): *Nursing Times*, **46**, 4.
5. Thompson, J. *in* Steele, S. red. (1971): *Nursing Care of the Child with Long-term Illness*, bl. 19. New York: Appleton-Century-Crofts.
6. Petrillo, M. en Sanger, S. (1972): *Emotional Care of Hospitalised Children*, bl. 137 - 151. Philadelphia: J. B. Lippincott.
7. Winnicott, D. W. (1958): *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London: Tavistock Publications.
8. Robertson, J. (1970): *Op. cit.*,[3] bl. 3.
9. *Idem* (1970): *Op. cit.*,[3] bl. 3 - 4.
10. *Idem* (1970): *Op. cit.*,[3] bl. 5.
11. Bowley, A. H. (1957): *The Psychological Care of the Child in Hospital*, bl. 12. Edinburgh: E. en S. Livingstone.
12. Vernon, D. T., Schulman, J. L. en Foley, J. M. (1966): Amer. J. Dis. Child., **3**, 581.
13. Faust, O. A. *Reducing Emotional Trauma in Hospitalized Children*, A report by Departments of Pediatrics and Anesthesiology, Albany, N.Y.: Albany Medical College, ongedateer.
14. Godfrey, A. E. (1955): *Nursing Research*, **4**, 52.
15. Prugh, G. D. (1953): Amer. J. Orthopsychiat., **23**, 70.
16. Vaughan, G. F. (1957): Lancet, **1**, 1119.
17. Bowley, A. *op cit.*, p. 11.
18. Brain, D. J. en Maclay, I. (1968): Brit. Med. J., **1**, 278.
19. Riley, I. D., Syme, J., Hall, M. S. en Patrick, M. J. (1965): *Ibid.*, **2**, 990.
20. Faust, O. A. *Op. cit.*[13]
21. Craig, J. en McKay, E. (1958): Brit. Med. J., **1**, 275.
22. Hemmendinger, M. (1957): *Child Study*, **34**, 3.
23. Hunt, A. D. en Trussell, R. E. (1955): *The Modern Hospital*, Sept. 1955.
24. MacCarthy, D. (1957): *Public Health*, Okt. 1957.
25. M. Hemmendinger, *op cit.*
26. O'Connell, E. R. en Brandt, P. (1960): Amer. J. Nursing, **60**, 812.
27. Pattock M. G. (1957): *Nursing Research*, **5**, 130.
28. Woodward, J. M. (1962): Brit. Med. J., **2**, 1656.
29. McMichael, J. K. (1971): *Handicap, A Study of Physically Handicapped Children and their Families*, p. 41. London: Staples Press.