

HOOFSTUK 3

MISKRAAM IN DIE LIG VAN DIE ROUSMART -TEORIE

3.1. Inleiding

'n Studie oor die trauma van ouers wie se kind as gevolg van 'n miskraam gesterf het, impliseer dat die verlies van so 'n besondere aard is, dat die probleme en behoeftes wat ouers ervaar sodanige ondersoek regverdig. Om ouers se rouproses in perspektief te stel, is kennis van die gebeure, die impak daarvan, asook kennis van rou noodsaaklik. Dit blyk egter, en sal weldra so aangetoon word, dat die rouproses by ouers wat 'n kind as gevolg van 'n miskraam verloor het, afwyk van die normale. "Loss of a pregnancy at any stage after the mother's awareness and acceptance of it will precipitate a grief reaction" (Anon 1991:626).

Hierdie hoofstuk wil daarom fokus op rou in die algemeen, en dan infokus op die navorsing oor die belewenis van miskrame oor die algemeen, en die spesifieke behoeftes wat sulke ouers beleef.

3.2. Wat is rousmart?

Rousmart word altyd geassosieer met intense droefheid. De Klerk (1978:19) verwoord die volgende definisie: "Die saamgestelde woord wat gekies word, is dan rousmart: rou as determinant, as die omskrywing van die tipe smart en smart as determinatum, as pynlike verlange, wee, hartseer, leed, verdriet, pynlike aandoening van die gemoed".

"Rou" is 'n alledaagse woord wat gebruik word vir die smart oor die afsterwe van 'n dierbare. Spiegel (1977:17) stel dit dat: "Mourning is... regularly the reaction to the loss of a loved person or to the loss of some abstraction which has taken the place of one, such as fatherland, liberty, an ideal, and so on." Hy stel verder dat wanneer 'n ervaring van verlies voorkom, rou kan ontstaan.

Freud het reeds in 1916 'n werk gepubliseer, getiteld "Trauer und Melancholie" - wat onder meer vertaal kan word as "Rou en swarmoedigheid". Reeds hier het Freud die fundamentele konsepte rondom rouSMART geïdentifiseer, wat as't ware ten grondslag lê van al die teorieë oor rouSMART. Intussen het psigiatrie en psigoanalise ontwikkel, en is rouSMART tot 'n selfstandige entiteit uitgebou.

Spiegel (1977:17) maak die interessante opmerking dat al die dissiplines op die een of ander wyse 'n bydrae gelewer het tot die ontwikkeling van 'n teorie oor rouSMART. Die teologie, egter, het aanvanklik bykans geen bydrae gelewer nie. Die grootste bydraers was die Amerikaanse pastorale teoloë. Meer onlangs het die sogenaamde 'teologie van hoop' 'n begin gemaak deur met die ander wetenskappe in gesprek te tree oor die dood in sy sosiaal-utopiese dimensie. Hierdie debat het egter nog weinig bygedra tot die vraag na die individu se hantering van smart. Ook die kwessie van terapie en berading is nog nie voldoende aangespreek nie. Hy stel vervolgens: "If a theology of grief is to avoid becoming narrowly dogmatic, then it cannot ignore the experiences of the individual and the social group with which he is in interaction when the death of a loved one occurs. It must deal with the ways in which the mourner himself views his own personal loss and take seriously his ways of attempting to cope with it (Spiegel 1977:19).

3.3. Fases van rouSMART

Verskeie pogings is al aangewend om die verloop van rou in verskillende fases te verdeel. Dit is moontlik om die proses van rou af te breek in kleiner eenhede, met aanduiding van duidelike patrone wat telkens geïdentifiseer kan word. Hierdie fases hoef nie noodwendig in volgorde voor te kom nie. Verder is daar ook nie 'n spesifieke tydsverloop vir elk van die fases nie. Elke mens is 'n individu. So sal elke individu ook sy verlies op 'n unieke wyse hanteer.

Vervolgens word twee outeurs se verdelings vergelykenderwys aangehaal. Eerstens word kortliks gelet op die reaksies op trauma, volgens De Klerk, en vervolgens word die indeling van Spiegel in meer besonderhede bespreek.

De Klerk (1978:102) analiseer tipiese reaksies gedurende die proses van rouSMART, en maak die volgende indeling:

- i) Skokreaksie - direk na die aanhoor van die tyding tree die skokreaksie in.
- ii) Verligtingsreaksie - hierdie reaksie word dikwels tydens die begrafnis opgemerk. Die treurende kan selfs opgewek gesels. Dit is egter basies 'n psigiese ontspanning na die opgehoopte spanning van die voorafgaande tyd.
- iii) Die weenreaksie - dit kom voor as deel van die drang om die oorledene terug te kry. Dit wortel in die gedragspatroon van die kind en retrosipeer selfs na die instinktiewe skreeureaksies van die dier wat roep na sy maat of moeder.

- iv) Die somatiese reaksie - emosionele reaksies bring fisiese versteurings.
Hieronder word die volgende fisiese simptome verstaan: 'n gevoel van styfheid in die keel, kortasemheid, die behoefte om te sug, 'n leë gevoel in die maag en gebrek aan spierkrag. Op hierdie fisiese simptome word later breedvoeriger ingegaan.
- v) Die verlangreaksie - hierdie is een van die mees prominente en basiese reaksies van die rouSMARTemosies. Dit manifesteer in 'n intense preokkupasie met die beeld van die oorledene.
- vi) Die depressie-reaksie - Freud het die emosie van treur 'melancholie' genoem. Dit hou sekere kenmerke van neurotiese depressie in, met dié verskil dat daar werklik 'n objekverlies is.
- vii) Die aggressiereaksie - in die meeste gevalle van rouSMART, veral in die beginfase, manifesteer aggressie en woede baie sterk.
- viii) Die skuldgevoelreaksie - hierdie is 'n algemene en normale verskynsel by rouSMART. Elke skuldgevoel hou egter nie verband met werklike skuld nie.
- ix) Die angsreaksie - daar is vir De Klerk (1978:117) 'n besliste angselement in die rouproses. Hierdie angs is egter 'normaal' en moet onderskei word van patologiese angs.

Spiegel (1977:20) verdeel die rouproses in vier onderafdelings. Op hierdie vier fases word vervolgens meer breedvoerig ingegaan.

i) Die skokfase

Die eerste reaksie op die nuus van die afsterwe van 'n geliefde is meestal een van ongeloof en skok. Dit manifesteer baie sterk, veral wanneer die dood onverwags plaasvind. Tesame met die relatief kort fase van skok, manifesteer regressiewe gedrag. Die doodsberig kan oorweldigend wees. Die reaksie hoef nie noodwendig sigbaar te wees nie. Die fisiese reaksie mag een wees van 'n uitbars in trane. Op hierdie stadium is dit moeilik om met die treurende te kommunikeer. Dit kom voor asof hulle kwalik bewus is van wat om hulle gebeur.

ii) Die beheersde fase

Die beheersde stadium word gekenmerk deur 'n tweeledige reaksie. Eerstens beheer die bedroefde homself teenoor die teenwoordiges - familie, vriende en bure. Die beheer word tweedens verleng tot die funksionaris wat die formaliteite hanteer, sodat 'n begrafnisdiens gereël kan word. Gewoonlik is die sosiale ondersteuning op hierdie stadium baie groot, en word enige moontlike toegewing gemaak sodat die bedroefde tegemoet gekom word. Hy is op hierdie stadium tot 'n groot mate passief, en kan moeilik sy eie besluite neem. Die wêreld om hom raak vir hom onwerklik, veral wanneer hy nie self 'n aktiewe

rol speel in die tref van reëlings nie. 'n Gevoel van intense leegheid manifesteer.

Niks is werklik nie.

Gepaardgaande met hierdie gevoel van onwerklikheid volg 'n fase van depersonalisasie. Dit kan beskryf word as 'n gevoel van afstand van jouself. Die 'self' is afwesig, ontnem van eie eksistensie en selfrealisering. Die bedroefde beleef 'n gevoel van "ineenstorting", "uitmekaarval"; "*going to pieces*". Hy voel en tree op soos 'n robot. Hy reageer meganies. Intussen probeer hy deurentyd optree asof die verlies nooit plaasgevind het nie. Hy verraaï homself egter voor ander, omdat hy nie in staat is om sy dagtaak "normaal" uit te voer nie.

Aktiwiteite word in 'n vakuum afgehandel; doelloos. 'n Simptoom is dikwels 'n onverklaarbare geïrriteerdheid en weerloosheid, wat soms gepaard gaan met agterdog jeens familie en vriende.

iii) Die fase van regressie

Tydens die verlies van die verhoudings wat die bedroefde met die oorledene gehad het, vind regressie dikwels plaas. "The mourner refers back to forms of coping less differentiated and more dependent from the environment, that is, more narcissistic. In psychoanalytical terms this process is called regression" (Spiegel 1977:70).

Die regressiewe stadium is die mees kritiese in die rouproses. Die bedroefde beleef ervarings wat uiters pynvol, sowel as angswekkend is. Hy beleef dat hy

tot 'n sekere mate beheer oor homself verloor het; dat hy homself oorgee aan 'n proses waarvan die einde nie voorspelbaar is nie. Emosionele uitbarstings vind ongekontroleerd plaas; huilbuie is algemeen, asook aggressie. Vir buitestaanders is dit ook moeilik omdat die gedrag dikwels geen verband hou met die verlies wat plaasgevind het nie.

Die bedroefde is dikwels apaties en vind dit moeilik om besluite te neem; onttrek uit geselskap. Hy ervaar groot spanning, is geïrriteerd en uitermate weerloos.

'n Belangrike fenomeen van regressie is dat dit 'n oorvereenvoudiging van komplekse sisteme tot gevolg het. In plaas daarvan om, byvoorbeeld, te redeneer vanuit die interskakeling van feite en sake, word een dikwels uitgelig en uitgesonder. Die beproefde fokus dan byvoorbeeld in totaliteit op die afgestorwene, ten spyte daarvan dat die dood baie meer verrykende implikasies het. In plaas daarvan om te redeneer dat 'n hele samehang van omstandighede dalk tot die dood aanleiding kon gee, word 'n spesifieke persoon daarvoor verantwoordelik gemaak, byvoorbeeld die geneesheer, die predikant, 'n familielid, selfs God.

Dikwels word hulp en bystand ook slegs van een persoon verwag, in plaas daarvan om ander moontlikhede ook te ondersoek, en om sodoende van 'n sisteem, eerder as 'n enkeling afhanklik te wees.

Ook die etiese denke word vereenvoudig na 'n wêreld waarin rigiede morele waardes geld. Byvoorbeeld: ouer mense behoort vóór jongeres te sterf. Slegte mense verdien eerder om te sterf as goeies. Waardeoordele word uitgespreek waarin God se oordeel bevraagteken word. Dit kom voor asof 'n gebalanseerde oordeel ten opsigte van die oorledene nie moontlik is nie. Die oorledene word oor die algemeen verheerlik; al sy negatiewe eienskappe word vergeet. Die rede hiervoor kan waarskynlik wees dat die dood eintlik uitwys hoe onbenullig alledaagse struwelinge oor beuselagtighede eintlik is. Skuldgevoelens kan verbloem word deur die oorledene te prys. In hierdie geval is dit belangrik dat hierdie lofbetuigings in die openbaar geskied om daardeur 'n openbare stelling te maak.

Vereenvoudiging van komplekse begrippe kom ook voor wat die religieuse betref. Vrae oor byvoorbeeld die laaste oordeel en die ewige verdoemenis raak skielik dringend aktueel. Dikwels bly kommunikasie met God in die slag. Die persoon kan nie meer bid nie. Hierdie preokkupasie met geloof mislei dikwels die pastor om te dink dat die vraesteller 'n besondere belangstelling in geloof het. Dikwels is dit egter net 'n onsekerheid wat deur die dood voortgebring is, wat later weer in die onderbewuste terugsink.

Skuldgevoelens raak akuut tydens die regressiewe stadium. Selfs in gevalle waar daar oënskynlik geen rede tot skuld bestaan nie, is dit wel aanwesig. Skuldgevoelens na die afsterwe van 'n geliefde na 'n lang en pynlike siekbed, is algemeen, omdat die dood vir die agterblywendes verligting bring. Dit mond

dan uit in 'n verligting aan die een kant, omdat hierdie uitgerekte trauma uiteindelik tot 'n einde gekom het, en 'n diepe skuldgevoel aan die ander kant, omdat "n mens nie so behoort te voel nie". Die rolspelende agente word ook dikwels beskuldig. Oorlewingskuld is ook algemeen - hoekom hy en nie ék nie?

Agterblywendes voel ook dikwels ontbloot en verneder. Hulle word van elke masker gestroop. Hulle staan weerloos voor die wêreld om hulle aan te staar, hulle te bejammer, oor hulle kommentaar te lewer.

Opsommenderwys sal enigiemand wat in kontak kom met die beproefde persoon rekening moet hou, ten minste in die regressiewe stadium, met personalisasie, preokkupasie met die oorledene, vereenvoudiging van komplekse feite, verheerliking van die oorledene, skuldgevoelens en angs, en ook selfdevaluering. Elkeen hiervan is weer gekoppel aan verhoogde emosionaliteit, wat kan lei tot óf uitermatige affektiewe optrede óf aggressiewe optrede, wat gekenmerk word deur weerloosheid, geïrriteerdheid en wantroue.

v) Die fase van heraanpassing

Spiegel (1977:80) stel dit dat die rouproses nie voorspelbaar is nie, vanweë die verskeidenheid van bande wat die beproefde met die oorledene gehad het.

Verder is die reaksie van die omgewing en natuurlike ondersteuningstelsels verskillend, en kan die hanteringsmeganismes van persoon tot persoon verskil.

"There is neither the *normal* grief process nor the *appropriate* readaptation"
(Spiegel 1977:80).

Tydens die fase van heraanpassing word die regressiewe gedrag stap vir stap uitgeskakel. Die verlies word in sy volle konsekwensies aanvaar, en die beproefde begin homself losmaak van die rol van treurende. Terselfdertyd begin hy self dit wat verlore gegaan het gedurende die rouproses herstel. Die oorledene word eenkant toe geskuif.

Terugvalle vind egter gereeld plaas. Daar kom dae waarin die beproefde positief in beheer is van sy wêreld, wat dan skielik en onverwags gevolg word deur nuwe gevoelens van apatie en wanhoop. Soms voel die beproefde dat hy uiteindelik weer net so onwerklik voel as aan die begin van die rouproses. Spesifieke dae en tye word met die oorledene in verband gebring, soos verjaarsdae, die sterfdag, ensomeer.

Elisabeth Kübler-Ross (1981) onderskei ook vyf stadia in die rouproses.
Hierdie stadia word vervolgens kortlik bespreek.

i) Eerste stadium: Ontkenning en isolasie

Kübler-Ross haal die reaksie van 'n kliënt ná die eerste kennismaking met die skoknuus aan: "No. Not me, it cannot be true". Hierdie reaksie is vir Kübler-Ross 'n belangrike aanvanklike reaksie. 'n Voorbeeld word genoem van

'n kliënt wat oortuig was daarvan dat die X-straal foto's deurmekaar geraak het met iemand anders s'n. Ontkenning is 'n tydelike verdedigingsmeganisme, en word spoedig vervang met 'n gedeeltelike aanvaarding. Gedurende die ontkenningsstadium is daar gewoonlik ook 'n neiging tot isolering.

ii) Tweede stadium: Woede

Sodra die eerste stadium van ontkenning nie langer volgehou kan word nie, word dit vervang met woede. "The logical next question becomes: 'Why me?' (Kübler-Ross 1981:44). Vir gesinslede is hierdie stadium baie moeilik om te hanteer. Die rede hiervoor is dat die woede dikwels onregverdig in die verkeerde rigting gekanaliseer word. Dokters word beskou as niksverdig, God is onregverdig en familie skynheilig. Die persoon sal fout soek en kry. Die rede hiervoor is die feit dat daar so onverwags en wreed 'n ingrype in sy lewe gekom het waaroor hy geen beheer het nie.

iii) Derde stadium: Onderhandeling

Vir Kübler-Ross (1981:72) kan die onderhandeling gelykgestel word met om 'n guns te vra. In die vorige stadium van woede is waarskynlik eise gestel. Dit het nie gehelp nie. Nou kan hy maar net vra. Die onderhandelinge is egter maar net 'n metode om die onvermydelike uit te stel.

Onderhandeling vind hoofsaaklik plaas met God, en word gewoonlik geheim gehou. Beloftes word gemaak, soos byvoorbeeld om meer gereeld eredienste by te woon, in groter toewyding te leef, die afleer van die een of ander slegte gewoonte of sonde.

iv) Vierde stadium: Depressie

Wanneer die onvermydelike nie langer ontken kan word nie, en die verlies 'n werklikheid word, tree depressie in. Gevoelens van skande en skuld gaan dikwels met die depressie gepaard. Gewoonlik is mense se eerste reaksie om hartseer of depressiewe mense op te beur, om hulle te laat verstaan dat dinge nie so sleg is as wat hulle dink nie. Hulle word aangemoedig om na die positiewe sy van die lewe te kyk. "This is often an expression of our own needs, our own inability to tolerate a long face over any extended period of time (Kübler-Ross 1981:77). Vir Kübler-Ross is hierdie metode egter selde suksesvol, en is eintlik 'n kontradiksie met die werklikheid. Die fase van depressie word dikwels onnodig verleng of vererger as gevolg van 'n onvermoë van ondersteuners om die werklike behoefte te verstaan.

v) Vyfde stadium: Aanvaarding

Indien die beproefde genoeg tyd en ondersteuning gebied word om al die vorige stadiums sinvol deur te werk, sal daar 'n stadium van aanvaarding aanbreek, waar hy nie meer kwaad of depressief is nie. Aanvaarding moet egter

nie verkeerdelik gesien word as 'n "gelukkige" stadium nie. Dit is bloot 'n stadium waar die storm bedaar het, die pyn hanteer kan word, en die stryd verby is. Dit kan selfs gesien word as 'n stadium met 'n verlies aan gevoel.

3.4. Patologieë

Wanneer die rouproses normaal verloop, en al die fases deurloop word, word dit gewoonlik ook suksesvol afgehandel. Die treurende slaag uiteindelik ook daarin om die dood van die geliefde te aanvaar, en aan te gaan met sy lewe.

Dit gebeur egter ook soms dat die rouproses êrens gekniehalter word. Patologiese rou verwys daarom na die onsuksesvolle hantering van die rouproses wat daarop dui dat daar nie volledig binne 'n gegewe tydperk afstand gedoen is van die objek wat die rou veroorsaak het nie. Patologiese rou manifesteer as die volgehoue teenwoordigheid van sekere simptome wat die vorming van nuwe verhoudings en bindings belemmer (Rubin 1981:102).

Lin en Lasker (1996:263) verdeel patologiese rou in twee onderafdelings:

- a) **Kroniese rou:** Hierdie vorm van rou is die mees algemene vorm van patologiese rou in reaksie tot beproewing.

- b) Verlengde rou: hierdie mense toon geen inisiële roustoptome direk na die verlies nie. Dit manifesteer eers op 'n later stadium. Die risikogroep hier is die persone wat hulle gevoelens onderdruk.

Ook Spiegel (1977:91) maak melding van die patologie rondom onafgehandelde rou.

"A pathological coping with grief is indicated if everything fails to get the bereaved out of his fixation on one of the first three stages of grief." Wanneer die bedroefde 'n onvermoë openbaar tot die aanvang van die rouproses, en permanent in 'n toestand van skok verkeer, of wanneer hy totaal hulpeloos en geïrriteerd voorkom, wanneer hy nie sonder die bystand van ander kan klaarkom nie, kan daar aangeneem word dat die persoon patologie openbaar. Dit manifesteer gewoonlik in die weiering van hulp, voortdurende apatie, isolering en die verbreking van alle kommunikasie, hallusinasies, depersonalisasie, ontkenning, ooraktiwiteit, angstigheid, selfmoordgedagtes, volgehoue slaaploosheid, aggressiewe en destruktiewe drome, algehele agteruitgang van die gesondheid, toename in rook en alkoholgebruik, asook toename in afhanklikheid van chemiese kalmeermiddels.

3.5. Die status van die fetus vanuit verskillende perspektiewe

Die vraag na lewe is uiters aktueel by die bespreking van die onderhawige tema. In wese is dit 'n etiese vraag, wat vir die doel van hierdie studie deeglik oordink moet word. Dit is ook nodig dat daar oorsigtelik uit die hoeke van die sielkunde en die mediese wetenskap gekyk moet word na die siening rondom lewe en dood.

3.5.1 'n Etiese perspektief

Die Baker's Dictionary of Christian Ethics (Henry 1981:390) beskryf lewe as volg:

"The Christian view of the sacredness of human life rests upon the vigorous affirmations of the whole of sacred Scripture. It is rooted in the revelation that man was uniquely created by God, a crowning part of the created order, and that God created man in his own image." Hierdie gedagte word dan verder uitgebrei met die versoeningswerk van God in Jesus Christus, waarin die liefde en sorg van die Lewende God vir sy skepsel uitgedruk word.

Só kosbaar is die lewe vir God, dat dit pertinent in die sesde gebod verbied word dat die lewe wat Hy gegee het, onnodig geneem word. Hierbenewens word ook voorsiening gemaak vir die beskerming van 'n mens se lewe in die asielstede, waarvan ons lees in Numeri 35. In die Nuwe Testament brei Jesus self die gedagte van moord uit deur te verklaar dat iemand wat sy broer haat, al skuldig is aan moord, en sodoende die heiligheid van die lewe aantast.

Henry (1981:391) verwys na die dualiteit van die menslike lewe soos in die Bybel beskryf: "Man is a body-soul unity, and the Scriptures speak of life at both of these levels..."

Brillenburger Wurth (1967:69) meld dat lewe in die algemeen gaan om 'n misterie:

"Niemand was nog ooit in staat om te sê wat lewe is nie... Lewe is 'n skeppingsgawe, 'n skeppingswonder wat daarom deur ons baie hoog waardeer moet word".

Hy konkludeer vervolgens dat hoe hoog ons as Christene die waarde van die lewe ook al skat, is dit (die lewe), nie *per se* vir ons die hoogste waarde nie. Die lewe het alleen waarde vir sover dit die lewensdoel wat God aan sy Skepping gestel het, dien.

Reich (1978:1) maak die stelling dat in beide die mediese wetenskap én die etiek, die lewe van die moeder en fetus apart gesien is. En nog altyd is die moeder as belangriker beskou as die fetus. Wanneer die fetus die lewe van die moeder bedreig, word die lewe van die fetus beëindig.

3.5.2 Sielkundige perspektief

Ontwikkelingspsigoloë het aanvanklik hulle belangstelling op die postnatale periode gevestig. Louw, Gerdes en Meyer (1984:55) meld dat hierdie opvatting hoofsaaklik voortgevloei het uit die wanopvatting wat vanuit die vroegste tye oor die prenatale periode geheers het.

Tydens die antieke periode was daar volgens Louw et al (1984:55) 'n groot mate van spekulاسie oor presies hoe 'n nuwe mens sou ontstaan. Daar is selfs bewyse dat mense tydens die prehistoriese en vroeë historiese tye nie eens geslagsgemeenskap met die latere geboorte van 'n baba geassosieer het nie. Dit is daarom verklaarbaar dat verskeie beskouings met 'n mitiese kleur hulle verskyning gemaak het. Dit is byvoorbeeld wyd aanvaar dat elke individu die lewe begin as 'n miniatuurmensie wat volledig gevorm is en wat na behore funksioneer.

"Die Griekse filosowe en medici soos Aristoteles (384-322 vC) het egter tot die besef gekom dat beide die vader en die moeder via geslagsgemeenskap 'n bydrae tot die nuwe lewe lewer" (Louw et al 1984:55).

Mussen (1984:23) meld dat die lewe van elke individu 'n aanvang neem wanneer die spermsel van die vader die wand van die ovum van die moeder penetreer. Die bevrugting van 'n ovum deur die sperm, induseer die proses wat mitose genoem word.

"Development begins at conception. But what are the forces that, throughout the individual's existence, will influence that process? When do they begin? The answer, again, is at conception" (Mussen 1984:34).

Volgens Mussen (1984:57) bereik die fetus op 28 weke 'n waterskeiding. Op 28 weke kan die fetus oorleef, indien dit prematuur gebore sou word. "By this age, the child's nervous, circulatory, and other bodily systems have become sufficiently mature to stand a chance of functioning adequately in the extrauterine environment..."(Mussen 1984:84). Hier moet gelet word op die *oorlewingsaspek*. *Lewe* het egter reeds by bevrugting begin.

Louw et al (1984:57) stel dit ook dat lewe begin tydens bevrugting: "'n Nuwe lewe begin in 'n breukdeel van 'n sekonde in die fallopiese buis van die vrou wanneer 'n spermsel en die eiersel of ovum, verenig. Meer spesifiek dring die sperm die eiersel of ovum binne; 'n proses wat as bevrugting of konsepsie bekend staan en wat ongeveer 280 dae voor geboorte plaasvind."

Op grond van hierdie gegewens is dit duidelik dat daar in die sielkunde geen twyfel bestaan dat lewe *per se* by bevrugting 'n aanvang neem nie.

3.5.3 Filosofiese perspektief

The concept of life refers to what must undoubtedly be regarded as one of the deepest - if not in fact the deepest - mysteries of the known universe. It refers to the amazing process by which blind matter, using energy, seems to organise itself and to form ordered structures that work in the environment, extracting energy and modifying it in an enormous number of ways. All discussions about the nature of life turn out to be philosophical.

(Van Niekerk 1991:34).

Die kwessie hier is nie of die fetus 'n lewende entiteit is nie, maar wanneer die fetus méns word, of dan, 'n persoon. Is die fetus op 'n spesifieke tydstip van ontwikkeling 'n persoon, in dié sin dat dit in dieselfde mate aanspraak kan maak op lewe, en menseregte as enige ander persoon? Van Niekerk (1991:35) stel dit dat, indien die fetus 'n persoon in hierdie sin is, dit ook die reg het om nie doodgemaak te word nie.

Wat is 'n persoon? Van Niekerk (1991:36) wys daarop dat in filosofie 'n persoon gewoonlik gedefinieer word as in terme daarvan dat dit die rasionele karaktertrekke van 'n mens besit.

Peperzak (1977:30) beskryf die uniekheid van elke individu só:

De mens is een bijzondere identiteit van algemeenheid en individualiteit... Een louter biologische defenitie van de mens gaat precies voorbij aan wat gedefinieerd moet worden: het eigene, waardoor een mens van dieren en ander wezens waarop hij lijkt, verschilt."

Menswees val vir Peperzak (1977:32) in twee dele uiteen, naamlik mens-*wees* en mens-*word*. Die menswording dui enersyds op die kronologiese ontwikkelinge wat in elke mens plaasvind, vanaf embrionale stadium tot by bejaardheid. Andersyds word menswees ontologies omskryf. "Het gaat in deze oproep ("word mens!") niet om een toename in jaren, maar om een vooruitgang in menselijke geslaagdheid of 'volmaaktheid'".

Van Niekerk (1991:36) sluit by Peperzak (1977:32) se redenasie aan wanneer hy meld: "The question is not so much what a person is but what he could be. And what he could be is, to a significant (though not conclusive) extent, the result of his own, authentic descisions."

Die woord "persoon" is afgelei van die Latyn *persona*, wat oorspronklik verwys het na die maskers wat akteurs gedra het op die verhoog, in die verskillende rolle wat hulle gespeel het (Van Niekerk 1991:36). Só gesien, vertolk 'n persoon verskillende rolle.

Die relevansie hiervan tot die onderwerp van hierdie afdeling, is belangrik. Dit beskryf die proses van kontinuïteit van die ontwikkeling van die persoon vanaf bevrugting, insluitend die pre- sowel as post-natale lewe. Hoewel die fetus 'n onvoltooide persoon is, dra dit niks anders as die potensiaal om volledig persoon te word nie.

"...personhood is characterised by incompleteness, that personal existence is as much an open question and a matter of unrealised possibilities as it is a constituted condition. However, what must be understood about all this is that talk about less-developed persons is still talk about persons; it does not refer to nonpersons or even to 'potential' persons" (Van Niekerk 1991:38). Om 'n persoon te wees is om te ontwikkel en te groei na 'n bestemming, wat voortdurend nuwe moontlikhede open, en slegs deur die dood beëindig kan word.

3.5.4 Wetlike status van die fetus

Waar 'n doodgebore baba volgens die normale reëling geregistreer moet word, vereis die wet dit nie wanneer geaborteer word nie. Die abortus het geen status nie.

Op 29 Oktober 1996 het die kwessie rondom aborsie in die Parlement gedien. Die aanbeveling, wat ook aanvaar is, lui dat elke vrou 'n konstitusionele reg het om self te besluit oor haar liggaam, en reproduksie. "It puts into effect that the constitutional rights of persons to make decisions concerning reproduction and security in, and control over their bodies. The right to allow women to terminate pregnancy is not only in the Constitution, but it is a clear ANC policy and was in the ANC's 1994 election manifesto" (Parliamentary Bulletin No 8, 29 October 1996).

Die wetgewing, wat op 22 November 1996 in werking getree het, bepaal die volgende:

"Circumstances in which and conditions under which pregnancy may be terminated

(1) A pregnancy may be terminated-

- (a) upon request of a woman during the first 12 weeks of the gestation period of her pregnancy;
- (b) from the 13th up to and including the 20th week of the gestation period if a medical practitioner, after consultation with the pregnant woman, is of the opinion that-
 - (i) the continued pregnancy would pose a risk of injury to the woman's physical or mental health; or
 - (ii) there exists a substantial risk that the fetus would suffer from a severe physical or mental abnormality; or
 - (iii) the pregnancy resulted from rape or incest; or
 - (iv) the continued pregnancy would significantly affect the social or economic circumstances of the woman; or

- (c) after the 20th week of the gestation period if a medical practitioner, after consulting with another medical practitioner or a registered midwife, is of the opinion that the continued pregnancy-
- (i) would endanger the woman's life;
 - (ii) would result in a severe malformation of the fetus; or
 - (iii) would pose a risk of injury to the fetus.

(Parliamentary Bulletin no 8, 29 October 1996:6).

Wetgewing met betrekking tot pre-natale lewe is nodig sodat daar op gereglementeerde wyse te werk gegaan kan word wanneer terminering van 'n swangerskap oorweeg moet word. By 'n miskraam speel wetgewing egter geen rol nie. Die vermoede bestaan dat in lyn met wetgewing, die algemene mening gehuldig word dat die fetus eers ná 'n sekere ouderdom lewensvatbaar is. Die wetgewing kan moontlik ook 'n rol speel by die algemene persepsie met betrekking tot 'n miskraam: dat dit inderdaad voor 'n sekere stadium van swangerskap nog nie "lewe" as sodanig is nie, en derhalwe ook nie 'n verlies as sodanig nie. Die vraag kan gevra word: speel wetgewing nie dalk onwetend 'n meningsvormende rol nie?

Die konklusie kan gemaak word dat lewe *per se* by bevrugting begin. Die meeste wetenskappe is dit eens dat die dood van 'n abortus ook die dood van lewe beteken. Desnieteenstaande bepaal die wetgewing egter dat die moeder in die geval van terminering van 'n swangerskap, die deurslaggewende seggenskap het.

3.6. Miskraam en die rouproses

Dit is baie belangrik dat daar uitgemaak sal word of die beleving van 'n miskraam sonder meer gelykgestel kan word aan die dood, en of die rouprosesse dieselfde intensiteit toon. Uit die literatuur blyk dit, en sal ook weldra aangetoon word, dat die verlies presies dieselfde intensiteit het, en dat rou ook voorkom. Belangrik egter is dat patologie dikwels manifesteer, omdat rou nie sogenaamd toelaatbaar is nie. Om 'n kind deur 'n miskraam te verloor, is eenvoudig nie so erg in terme van die algemene beskouing nie. Die egpaar wat 'n baba verloor rou nie, omdat hulle "nie behoort" te rou nie.

3.6.1 Die rouproses en simptome van ouers wie se kind pre-nataal gesterf het

Verskeie pogings is al aangewend om ouers se rouproses in fases te bespreek. Daar is reeds kortliks na die fases van De Klerk (1978:102) verwys, terwyl Spiegel (1977:19) se indeling breedvoeriger bespreek is. Daar is ook ander pogings tot verdeling, soos dié van Miles en Perry (1985:74-75), wat die proses vereenvoudig tot drie stadiums, terwyl Wong (1980:386) ses fases onderskei. Kubler-Ross (1970) verdeel rou ook in verskillende fases.

Du Toit (1991:27) meld dat simptome tiperend van elke fase dikwels oorvleuel en in byna enige kombinasie kan voorkom. Vir die doel van hierdie studie word in die fases, met inagneming van al die verskillende verdelings, op die volgende gekonsentreer:

- ◆ onmiddellike reaksie op die miskraam;
- ◆ ontwikkelende bewustheid van die verlies;
- ◆ intensiewe treurreaksies;
- ◆ langdurige reaksies;
- ◆ her-organisering en oplossing van die rouproses.

3.6.2 Die intensiteit en duur van die ouers se rouproses

Du Toit (1991:40) meld dat alhoewel individuele en kulturele verskille erken word, die normale rouproses in die literatuur as afgehandel beskou word binne een tot twee jaar.

Een van die doelstellings van hierdie ondersoek is om vas te stel waar die verlies van 'n ongeborene inpas, en hoe lank dié rouproses duur.

Die bewering word gemaak dat ouers lewenslank rou. Onmiddellik ontstaan die vraag: **Waarom word die rouwerk nie afgehandel nie? Bestaan die moontlikheid nie dalk dat hierdie ouers nie 'n rouproses gegun word nie, omdat die dood van 'n ongeborene nie soveel aandag trek nie?**

3.6.3 Verskille in die rouprosesse van vaders en moeders

Ouers is meesal op mekaar aangewese vir steun. Hulle is ook potensieel mekaar se beste ondersteuningsbron. Hulle ly immers dieselfde verlies, en behoort soortgelyke emosies te ervaar. Dit blyk egter dat die diversiteit tussen die twee geslagte 'n baie belangrike rol speel in die beleving van 'n verlies, tot so 'n mate dat wedersydse begrip en ondersteuning belemmer kan word.

Lindberg (1973:270) meen: "Grief can't be shared. Everyone carries it alone, his own burden, his own way". Williams en Nikolaisen (1982:60) meen dat dit vanselfsprekend is dat die moeder 'n hegte binding met die baba sal hê as die vader, en gevolglik die verlies meer intens sal ervaar. Littlefield (1984:2743) het bevind dat moeders, en hulle familie van oorsprong, meer treur as vaders. Die verlies aan 'n toekomsverwagting van 'n vader vir enige geslag mag egter nooit onderskat word nie.

Revak-Lutz en Kellner (1994:442). meld: "Perinatal death is a tragedy for both mothers and fathers." Hulle navorsing het beklemtoon dat vaders dikwels 'n aktiewe rol speel, dat hulle gevoelens van verlies beleef. Baie van die vaders het ook aangetoon dat hulle berading sou wou hê. Van hierdie vaders was deurentyd aan die moeder se sy, en waar van toepassing, het hulle selfs die baba vasgehou. Dit word egter ook aangetoon dat die sosiale status 'n indikator is vir betrokkenheid. Vaders van die sogenaamde middelklas en hoër sosiale groeperings, het groter betrokkenheid getoon, en meer ondersteuning gebied. Navorsing toon aan dat meeste van die gevolge op die miskraam, met spesifieke verwysing na die rou, van toepassing is op beide die vader en

die moeder. Dit is egter ook so dat daar by elk van die geslagte sekere merkers voorkom, wat nie noodwendig by die ander voorkom nie. Vervolgens word dit wat onderskeidelik eie is aan die vader en die moeder, uitgelig.

3.6.3.1 Die reaksie van die vader

Die gebeure rondom 'n miskraam raak beide ouers intens. Daar is dikwels groot ooreenkomste en dikwels groot verskille in die hantering daarvan deur die egliede. "The husbands didn't seem concerned with the heartache of their wives, or so it seemed. Few comforting words or actions were offered. They seemed stonefaced, cold. What was really going on, however, was that the man felt the need to be the 'rock' in the emotional sea of the moment" (McClanahan 1983:4).

Wells (1991:211) meld dat baie mans verward raak wanneer hulle intense hartseer by hulle vroue bemerk. Hoewel 'n man dan probeer om begrip te toon, is hy dikwels so onbeholpe, dat sy teenwoordigheid dikwels meer skade as goed doen. Cecil (1994:1417) toon 'n dubbelkantigheid in die reaksie van die vaders aan; aan die een kant is hulle die pa van die kind wat verloor is, met die gevoelens wat daarmee gepaard gaan. Aan die ander kant is hulle die eggenoot van 'n baie hartseer eggenote, en moet hulle die nodige ondersteuning daar bied.

Revak-Lutz en Kellner (1994:442) stel dit egter dat die moeder dikwels die vader se vooraf binding met die baba vooraf bepaal. Hoe meer sy die vader betrek by die swangerskap, hoe groter is die binding. Uiteindelik is die verlies vir die vader soveel groter. In teenstelling met die moeder wat onmiddellik bind, is dit opmerklik dat die vaders 'n hegte band vorm met die fetus, soos wat die swangerskap vorder. Rosenfeld (1994:1683) toon aan dat die vader se reaksie minder intens is as dié van die moeder, en ondersteun ook die bevinding dat dit direk verband hou met die duur van die swangerskap. Rosenfeld (1994:1684) meld ook dat die miskraam kan veroorsaak dat die vader homself distansieer, wat groot druk op die huwelik kan plaas.

Maar wat beleef hierdie vaders werklik wanneer die vrou spontaan aborteer? Hunfeld (1996:407) se studies toon dat daar by die moeder meer intense gevoelens van skuld, depressie en hartseer is as by die vader. Anders as die moeder, het hulle bevind dat in die geval van kindersterftes en doodgeborenes, die vaders wel dieselfde emosionele reaksie as die moeder getoon het. Hulle pleit egter vir verdere navorsing, omdat hierdie veld, volgens hulle, braak lê.

Die navorsing van Defrain (1991:222) toon aan dat vaders oor die algemeen baie moeilik uiting gee aan hulle gevoelens. "...fathers are likely to be less emotional, less able to talk, less able to cry". Defrain (1991:222) beweer verder dat die samelewing die vader in die stereotipiese rol van versorger en bron van krag geplaas het. Hulle moet in die behoeftes van hulle vroue voorsien. Hulle is ook die broodwinners. Selfs al sou 'n vader die behoefte hê om van die

samelewing te onttrek en te rou, word dit hom nie gegun nie. Hy moet voorsien in die materiële behoeftes van sy gesin. Hy móét gaan werk. Die verskillende rolle wat hy moet vertolk, maak dit vir hom baie moeilik om werklik sy eie hartseer te artikuleer. Cecil (1994:1417) toon aan dat dit vir die vrouens 'n openbaring was om te beseef dat hul eggenoot ook die pyn van verlies ervaar. Hierdie feit, op sigself, was al 'n troos en ondersteuning. Cecil (1994:1417) meld verder dat die vrou dikwels verkeerdelik dink dat die verlies die man nie raak nie, omdat hy baie besorg oor haar is. Sy besorgdheid oor die moeder laat haar dink dat hy nie die pyn van die verlies beleef nie.

Du Toit (1991:49) merk die volgende op:

- Vaders het 'n sterker neiging om die realiteit van die verlies te ontken en die pyn en rouwerk te vermy.
- Vaders se rolverwagtings sluit geforseerde beheer van emosies in, asook 'n pre-okkupasie met emosionele steungewing aan die moeder.
- Vaders neig tot intellektualisering van rou en skuld, teenoor die tranerigheid van vroue. Vaders se energie word na buite gerig.
- Vir moeders is die verbalisering van gevoelens belangrik. Vaders verwerk die verlies deur besig te bly, insluitend met studies, en aanvullende gemeenskapsaktiwiteite, wat verband hou met 'n begeerte om die realiteit te ontvlug.
- Moeders beleef in die eerste maande ná die verlies 'n vrees vir 'n volgende swangerskap, wat by vaders afwesig is. Dikwels bestaan daar by vaders 'n

dringende behoefte om so gou as moontlik 'n volgende kind te verwek. Dit kan maklik 'n bron van konflik tussen die ouers word.

- Professionele ondersteuning word dikwels deur die vaders vermy.

3.6.3.2 Die reaksie van die moeder

Lee, Slade & Lygo (1996:51) merk op dat dit vir vroue baie belangrik is om 'n verduideliking te kry vir waarom die miskraam plaasgevind het. Sy navorsing het aangetoon dat 46 persent van die vroue meld dat hulle geen verduideliking van die kant van die geneesheer of die hospitaal gekry het nie. In die kontrolegroep het 78 persent van die responente in die terapeutiese gesprek redes probeer vind vir waarom miskrame plaasvind.

Brown (1993:473) maak melding van 'n vrouekliënt wat na haar vierde miskraam genoem het dat sy in totaliteit 'n mislukking was, "...by not being able to 'do what women are supposed to be able to do' - make a baby". Hy maak verder die stelling dat die verlies van 'n swangerskap vir baie ook die verlies van 'n droom was, aangesien daar reeds voor geboorte baie aspirasies vir die verwagte baba is, drome gedroom word, en ideale gekoester word. Baie ouers is eenvoudig nie in staat om hierdie droom prys te gee nie.

Madden (1994:85) verduidelik dat gevoelens ook verander na verloop van tyd.

Reaksies in haar studies direk na die miskraam het die volgende ingesluit:

hartseer, frustrasie, teleurstelling, woede en selfverwynt. In 'n opvolggesprek na

vier maande het die aanvanklike gevoelens plek gemaak vir 'n gevoel van hopeloosheid en gebrokenheid.

Dit is egter ook so dat daar, hoewel in die minderheid, vroue is wat ietwat verlig is oor die miskraam. Madden (1994:85) haal so 'n vrou aan wat aan haar navorsingsprojek deelgeneem het: "I don't know if you want to talk to me, because I'm not particularly upset about the miscarriage." Dit sou dus 'n denkfout wees om die aanname te maak dat *alle* vroue altyd eenders reageer op 'n miskraam.

Reinharz (1988:32) argumenteer egter dat die reaksie op miskraam universeel negatief is: "I have uncovered no instance of women experiencing miscarriage peacefully and comprehendingly...".

Wall-Haas (in Madden 1994:88) konkludeer dat algemene reaksies insluit depressie, ongeloof, 'n gevoel van nader wees aan die man, preokkupasie met die baba, en skuldgevoelens, asof hulleself vir die miskraam verantwoordelik sou wees. 'n Algemene stressor is dat die fetus gesien is as potensiële kind. Daar word ook in hierdie studie van Madden verskeie kere daarna verwys dat die algemene reaksie op die miskraam depressie is. 'n Beduidende persentasie vroue se depressie gaan oor in patologiese rou. Dit is egter vasgestel dat die akute depressie meer voorkom by beplande swangerskappe wat in 'n miskraam geëindig het.

Peppers en Knapp (1980:158) wys uit dat die gevoelens na 'n miskraam net so intens is as waneer 'n baba sterf. Die daaropvolgende swangerskap is oor die algemeen ook baie meer stresvol en angstigheid onder dié vroue is hoog.

Klaus en Kennel (1982) het bevind dat die binding van die moeder met die ongeborene dieselfde is as met enige ander kind. Trouens, oor die algemeen word die fetus reeds vanaf 8 weke swangerskap deur die moeder as "mens" beskou. Wanneer hierdie "mens" te sterwe kom, selfs voor geboorte, word daar gerou. Indien dit nie openlik geskied nie, dan in die geheim. En hier word die risiko vir patologie aansienlik groter.

Rosenblatt en Burns (1986:251) rapporteer 'n teleurstelling by baie vroue oor die ondersteuning van hulle mans in die dae na die miskraam. 'n Aantal respondente meld egter dat die miskraam hulle op die lange duur nader aan mekaar gebring het, selfs al was daar aanvanklik konflik. Dit is egter ook belangrik om van die aard van die verlies by hierdie vroue kennis te neem.

For some the loss felt was not loss of a baby, but rather loss of a dream or of hope of spouse support. What is grieved may be the child, but it may also be subsequent childlessness, the absence of a desired additional child, an unpleasant medical or marital experience associated with the loss, a loss of innocence, the end of feelings of invulnerability, a loss of faith that life is fair, or something else".

(Rosenblatt en Burns 1986:251)

3.7. Nie-manipuleerbare faktore wat ouers se ervaring van die verlies beïnvloed

3.7.1 Inleiding

Geen aspek van 'n ouer se lewe word onaangeraak gelaat deur die verlies van 'n kind nie. Reinharz (1988:32) beweer dat die reaksies op die miskraam oorweldigend negatief is: "I have uncovered no instance of women experiencing miscarriage peacefully and comprehensively." Sommige faktore wat 'n rol speel is manipuleerbaar, terwyl ander totaal onveranderbaar is. Hierdie onveranderlikes word vervolgens onder die vergrootglas geplaas, asook die invloed wat dit het op die hele proses van hantering.

Brown (1993) meld dat die sleutel tot sukses in die hantering van hierdie soort verlies is om 'n begrip te probeer vorm van wat die verlies vir die moeder beteken het. "Some clients perceived the death of the baby as loss of a possession in accordance with society's tendency to see children as possessions... For other clients, it meant a loss of self-esteem and the image they had of themselves in the parent role" (Brown 1993:472).

Slade (1994:9) onderskei vyf kategorieë waarvolgens sielkundige uitvalle voorspel kan word. Hierdie kategorieë is die volgende:

- a) Demografiese eienskappe soos ouderdom, huwelikstatus, en sosiale stand.

- b) Algemene lewensgeskiedenis wat faktore soos psigiatriese insidensie en rou insluit.
- c) Aspekte van voortplantingsvermoë, soos infertiliteit, vorige miskrame en terapeutiese aborsies.
- d) Veranderlikes wat verband hou met die swangerskap, byvoorbeeld stadium van swangerskap en of dit 'n beplande swangerskap was.
- e) Die proses van die miskraam self: pyn en bloedverlies, die stres van hospitalisasie en die aard van die sorg wat verskaf is.

Elkeen van hierdie aannames van Slade word vervolgens tesame met ander bevindings bespreek.

3.7.1.1 Die oorsaak van die miskraam

Die oorsaak van die miskraam kan dikwels nie sonder enige twyfel vasgestel word nie. Die moeder is hier totaal afhanklik van die inligting van die geneesheer. Skuldgevoelens speel hier 'n baie groot rol by die moeder. Volgens Hunt (1984:270) worstel die vrou dikwels daarmee dat die miskraam plaasgevind het omdat sy iets gedoen het wat dit geïnduseer het. Het sy dalk te veel of inspannende werk of oefening gedoen? Dalk verkeerd geëet? Het dit dalk plaasgevind as gevolg van geslagsgemeenskap? Was die oorsaak dalk emosionele stres? Hunt (1984:270) stel dit dat die dikwels haastige verklaring van die geneesheer nie voldoende is om die emosionele impak van skuldgevoelens te bolwerk nie. Sy soek na 'n rede. Wanneer sy dit nie vind nie,

blameer sy haarself. Ook Seller et al (1993:342) het hierdie destruktiewe self-blaam uitgewys. "Guilt is often more focused in cases where the fetus is lost because of a genetic disorder, for parents will feel that it is their fault that their child is abnormal because they have passed on the gene".

Defrain (1991:217) toon aan dat daar 'n groot aantal oorsake vir die miskraam kan wees: abnormaliteit van die fetus, 'n hormoonwanbalans, defekte van die uterus, infeksie, ensomeer. Die probleem is egter dat min vroue ooit werklik vasstel wat werklik die oorsaak van die miskraam was. Defrain (1991:217) gebruik die voorbeeld van 'n baba wat sterf: sou 'n baba byvoorbeeld as gevolg van longontsteking sterf, aanvaar die ouers die oorsaak onmiddellik. Hulle het 'n antwoord gekry op hulle vraag. Maar in die geval van miskrame is dit nie altyd moontlik om vas te stel wat die oorsaak was nie. Hospitaalvoorskrifte vereis dikwels ook nie 'n rede nie, en daarom word daar ook nie baie ver na 'n rede gesoek nie.

3.7.1.2 Ambivalensie

Slade (1994:13) maak daarvan melding dat wanneer die swangerskap onbeplan was, daar aanvanklik 'n ambivalensie van gevoelens mag voorkom. In die meeste gevalle loop hierdie oënskynlike ongeërgdheid tog oor in die emosionele, en uiteindelik in depressie. Tog is dit ook so dat in uitsonderlike gevalle die ambivalente gevoelens oor die miskraam uitloop op 'n gevoel van

verligting, omdat die swangerskap werklik ongewens was. Dit is egter die uitsondering.

Brown (1993) meld dat, hoewel die verlies vir die meerderheid mense verpletterend is, daar tog ook diegene is wat verlig is daarna, veral wanneer die swangerskap op 'n ongeleë stadium voorgekom het. Dit wil egter voorkom asof hierdie kategorie meer verteenwoordigend is van ongewenste tiener-swangerskappe. Rosenfeld (1994:1682) meld dat in 'n studie wat gedoen is op 'n ewekansige wyse, waarin 13 tienerdogters ingesluit is, hulle sonder uitsondering verlig was oor die miskraam.

Hunt (1984:270) maak daarvan melding dat indien die moeder aanvanklik ontevrede was met die swangerskap, en selfs 'n aborsie oorweeg het, sy dikwels ambivalente of selfs diepe skuldgevoelens kan ervaar na die verlies van die baba.

3.7.1.3 Stadium van swangerskap

Uit die literatuur is dit duidelik dat die stadium van swangerskap nie 'n beduidende invloed op die reaksie van die betrokkenes het nie. Brown (1993:476) meld 'n geval waar 'n kliënt op 19 weke geaborteer het, en gemeld het dat sy nog nie "swanger gevoel" het nie. Die teleurstelling was egter groot. Dit was vir haar moeilik om aan die baba as 'n werklike persoon te dink. Die fetus is egter fisies begrawe, wat dit vir haar makliker gemaak het.

Brown (1993:476) meld verder dat sielkundige faktore ook nie geignoreer mag word nie. Die vrou mag miskien uitgeput wees as gevolg van 'n lang kraamproses, of in pyn as gevolg van 'n keisersnit. Verdowing kon moontlik die realiteit van die ondervinding weggeneem het. Baie vroue beleef die krisis van moedersmelk wat vorm vir 'n baba wat nie bestaan nie.

McClanahan (1983:4) maak daarvan melding dat, hoewel die duur van die swangerskap nie altyd dieselfde is nie, daar nie veel verskil is in die gevoelens wat die betrokkenes beleef nie.

Henley en Kohner(1991:6) meld ook dat die vrou aan haar swangerskap dink as 'n persoon, 'n mens. "If their pregnancy fails, it means for them, the loss of that baby and of all that that baby meant to them. This is true whether the loss occurs early or late in pregnancy."

Madden (1994:91) het egter bevind dat, na verloop van 16 maande na die geboorte van die volgende kind, moeders wat die vorige baba in 'n laat stadium van swangerskap verloor het, steeds baie hoër rou-ervaring getoon het as moeders wat hul babas in 'n vroeë stadium van swangerskap verloor het, of as enige vader op enige gegewe tydstop. Sy meld verder dat binding met die ongebore baba byna onmiddelik plaasvind nadat die swangerskap vasgestel is. Dit is volgens haar nie waar dat die moeder tydens die swangerskap "nader" kom, of 'n hegte band lê met die ongeborene nie. Die band wat aanvanklik

gevorm word, is baie heg. "Psychoanalysts have said that intra-uterine movements initiate the mother-infant bond, but these responses suggest that the bond can begin much earlier for the mother, sometimes from the moment she suspects she is pregnant" (Madden 1994:99).

3.7.1.4 Vorige ervaring van verlies

Dikwels is hierdie verlies die jong egpaar se eerste ervaring van ernstige verlies. Du Toit (1991:68) meld dat enige vorige ervaring van krisis of verlies waarskynlik min voorbereiding kan bied vir die dood van 'n kind, aangesien dit selde daarteen opweeg. Ondersteuning word dikwels deur ouers as ontoereikend ervaar relatief tot die verlies, en dra by tot die gevoel dat hulle nie begryp word nie, wat weer daartoe kan lei dat die ouers hulleself sosiaal isoleer. Die ouers ken dikwels niemand wat 'n soortgelyke ervaring gehad het nie.

By gebrek aan vorige ervaring, bring die miskraam 'n verrassingselement mee wat geweldige verwarring kan veroorsaak. Sommige outeurs, soos onder andere Brubaker (1985:36), is van mening dat vorige ervaring van die trauma wel 'n versagtende effek op die intensiteit van die verlies kan hê. Die mening word gebaseer op bevindings dat ouers wat meer gevorderd is in jare, en gevolglik meer ervaring van verlies het, 'n laer insidensie van psigiatriese simptome tydens die rouproses toon. Die rede hiervoor is blykbaar dat hierdie ouers, as gevolg van vorige leerervaringe, sekere verwerkingstrategieë

aangeleer het vir die hantering van verlies. Dit lei tot meer volledige uitdrukking van gevoelens as wat die geval is by jonger ouers wat nog nie aan sodanige gebeure blootgestel was nie.

Slade (1994:10) maak die volgende stelling met betrekking tot verlies:

There is certainly an assumption that the duration of gestation has a profound impact on the emotional response to a miscarriage with later miscarriages leading to more negative responses. It is of interest that one would not necessarily postulate the same relationship for other relationships. For example, in the case of the death of a spouse the duration of the relationship would be likely to be considered a poor predictor of the emotional consequences in comparison with the quality and meaning of that relationship to the individual.

Vir sommige is die verlies van 'n swangerskap 'n simboliese verlies. Brown (1993) meld dat 'n klient dit gesien het as die onvermoë om 'n normale kind te hê. Ook Kowalski (1987:27) sien 'n miskraam as 'n simboliese verlies: "It is the 'loss of creation'... a new life created by the parents as an extension of themselves and their relationship at that time".

3.7.1.5 Ander kinders

Die afleiding word dikwels gemaak dat wanneer 'n miskraam voorkom by vroue wat reeds kinders in die wêreld gebring het, hulle die miskraam emosioneel beter hanteer. Slade (1994:9) het egter vasgestel dat so 'n afleiding foutief is: "There is certainly little to support the idea that whether a woman already has any children influences depressive symptoms."

Madden (1994:90) het egter bevind dat enkelvroue sonder ander kinders die verlies moeiliker hanteer.

Rosenfeld (1994:1682) het 'n onverwagte reaksie ontdek, naamlik dat vroue met ander kinders tuis geneig is om 'n baie hoër vlak van morbiditeit te hê. Die rede hiervoor is waarskynlik dat die vrou 'n onrealistiese vrees koester dat sy haar oorblywende kinders ook kan verloor. Verlies en dood is nou 'n realiteit. Die grens tussen lewe en dood is nou oorgesteek.

Rosenfeld (1994:1682) raak ook 'n baie belangrike saak aan, naamlik dat die ander kinders in die gesin direk deur die miskraam geraak word. Dit gebeur egter selde dat hulle deel uitmaak van gesprekke, en selfs berading. Kinders mag dalk ook skuldgevoelens ervaar, menende dat hulle jaloesie of afgunstigheid dalk aanleiding gegee het tot die dood van die ongeborene.

Defrain (1991:222) verwys na die oorlewende kinders as die "...lost souls of the family crisis...". Ouers het dikwels self nie antwoorde oor waarom die

miskraam plaasgevind het nie, en kan derhalwe ook geen verduideliking bied aan die ander kinders in die gesin nie. Heel dikwels het hulle eenvoudig nie die geesteskrag om enigiets te verduidelik nie. Defrain (1991:222) wys egter op die ondersteuningsbron wat die ander kinders in die gesin vir die ouers kan wees.

Cecil (1994:1415) stel die saak van die verlies as ook 'n verlies vir die res van die gesin en uitgebreide gesin. "The baby who is lost through a miscarriage would not only have been the child of its father, as well as of its mother, but also the sibling of any existing children..." Ook hierdie mense het dikwels aandag nodig.

Rosenfeld (1994:1683) wys verder daarop dat wat ander kinders betref, moeders dikwels geneig is om meer en selfs oorbeskermend op te tree. Op 'n positiewe noot het Cecil (1994:1418) bevind dat die ander kinders in die gesin vir die ouers 'n groot bron van hulp en troos kan wees. Dit is veral so wanneer dié kinders nog klein is, aangesien die ouers dan hulself ten volle kan ontferm oor die kinders.

3.7.1.6 Psigiese gesondheid

Emosionele ontwrigting bring ook 'n bedreiging vir die betrokkenes se geestesgesondheid mee. Du Toit (1991:70) sê: "Die ouers se psigiese gesondheid gedurende die rouproses word tot 'n groot mate bepaal deur die

pre-morbiede vlak daarvan, omdat dit verband hou met die vermoë wat ontwikkel is om lewenskrisisse te hanteer." Die belangrikste hulpmiddel, naamlik die geestesgesondheid, kom juis in hierdie tyd onder skoot.

Slade (1994:5) stel twee vrae in hierdie verband: Hoe reageer vroue sielkundig op die miskraam? Watter faktore beïnvloed hierdie reaksie?

3.7.1.6.1 Geestesgesondheid van die ouers

In die *International Journal of Gynaecology & Obstetrists* (1997:80) word melding gemaak dat gemoedsversteurings, en veral depressie, onder die mees algemene psigiatriese siektes onder vroue is. Volgens hierdie bron is die verwagting dat vroue iewers in hulle leeftyd depressie sal ontwikkel 20%, terwyl die verwagting by mans 10% is. Die aantal depressiewe toestande verhoog tydens adolessensie, meer by meisies as by seuns. Hierdie statistieke styg egter skerp in beide geslagte wanneer trauma of hartseer beleef word.

Slade (1994) se studie toon aan dat tussen een vyfde en die helfte van vroue wat 'n miskraam beleef het, kort na die gebeure depressiesimptome toon. Hy het bevind dat 43% van die vroue in sy studie direk na die miskraam 'n depressiewe reaksie getoon het, en in die daaropvolgende drie maande het die helfte hiervan 'n major depressiewe episode beleef.

Ook Madden (1994:89) het bevind dat depressie algemeen voorkom na 'n miskraam. Madden is egter versigtig, en maan dat daar nooit veralgemeen moet word oor die reaksie op miskrame nie. Sy oordeel dat daar stereotipes bestaan, wat dan lei tot verkeerde afleidings. Alle vroue ervaar nie die miskraam as so traumaties as wat dikwels voorgegee word nie.

3.7.1.6.2 Persoonlikheidsverandering

Du Toit (1991:70) maak die volgende aanname: "Subtiele veranderinge in die persoonlikheid van ouers in die rouproses wat dikwels permanent van aard is, word gepresipiteer deur die ervaring van 'n identiteitsverandering."

Knapp (1987:1966) beskryf hierdie toestand as "shadow grief". Hierdie veranderinge manifesteer nie overt nie. Dit kom voor asof die rou afgehandel is, maar daar is emosionele afstomping teenwoordig. Ouers is gevolglik nie in staat om met oorgawe op stimuli te reageer nie. Die toestand bly konstant, maar kom onder sekere omstandighede tot uiting, byvoorbeeld in die vorm van tranes, en altyd met 'n gevoel van treurigheid en angstigheid. Hierdie persoonlikheidsveranderinge beïnvloed dus nie die normale funksionering nie, maar dit het wel implikasies vir intieme gesinsverhoudings en sosiale verkeer.

3.7.1.6.3 Geskiedenis van onvrugbaarheid

Die afleiding word dikwels gemaak dat diegene wat 'n geskiedenis van onvrugbaarheid het, en dan tóg swanger raak, 'n groter risiko tot emosionele onstabieliteit het. Navorsers soos Garel et al (1993) en Friedman (1985) kon egter geen bewyse vir hierdie aanname vind nie.

Ook Madden (1994:90) stel dat die infertiliteit nie 'n wesenlike impak op vroue het nie. Wat wel 'n groot impak het, is vorige miskrame.

3.7.1.7 Fisiese gesondheid

Du Toit (1991:71) meld dat fisiese pyn dikwels tydens akute rou deur ouers ervaar word, veral oor die hart, arms en maag. Die manifestasie daarvan is so realisties dat dit dikwels as 'n gesondheidsprobleem beskou kan word.

Somatiese klagtes tydens die rouproses is algemeen. Bewyse is selfs gevind dat intense rou 'n persoon se immuunsisteem verswak.

Slade (1994:11) rapporteer ook fisiese probleme: "The fact that miscarriage may involve considerable pain, loss of blood, rapid hospitalization and then an operation is often neglected in the literature." Selfs sonder die emosionele verlies is al hierdie fisiese simptome hoogs stresvol. Slade (1994:11) meld ook dat traumatiese gebeurtenisse aanleiding gee tot die ervaring van

onwillekeurige terugflitse en nagmerries. "This work from post traumatic stress disorder provides a theoretical rationale for believing that the nature of the process of miscarriage may be important" (Slade 1994:11).

Rosenfeld (1994:1683) het vasgestel dat by vrouens wat berading ontvang het en beduidend minder besoeke aan die geneesheer gebring het, minder fisiese simptome van enige aard gemanifesteer het. Intussen het diegene wat geen vorm van berading of ontlooting gehad het nie, meer siektes opgedoen, wat oënskynlik niks met die miskraam te make gehad het nie, en in toenemende mate substansie soos tabak en alkohol, asook kalmeermiddels misbruik het.

3.7.1.8 Die huweliksverhouding as basis van die gesinsisteem

Uit die voorafgaande besprekings is dit duidelik dat die implikasies van die verlies van 'n ongebore kind ingrypend kan inwerk op alle verhoudings, insluitend die huweliksverhouding. 'n Aanslag word gemaak op die stabiliteit van die huwelik. Die huwelik is immers die primêre steunstelsel. Die algemene indruk bestaan dat "ouers op mekaar se skouers huil".

McClanahan (1983:4) meld dat wanneer die vrou egter in staat is om haar gevoelens te verbaliseer en haar man daarin kon deel, ontstaan daar 'n geweldige kongruensie van gevoelens. So kom sy agter dat sy oor 'n geweldige steunstelsel beskik wat sy nie gedink het ooit bestaan nie.

Lindberg (1973) se opmerking word egter weer in herinnering geroep: "Grief can't be shared. Everyone carries it alone, his own burden, his own way." Die vraag ontstaan onwillekeurig of die huwelik inderdaad bestand is teen hierdie aanslag wat die miskraam meebring.

Madden (1994:92) vermeld algemene klagtes van die vroue na die miskraam "Major conclusions are that reactions change over time, that wives are often disappointed with husbands' supportiveness, and lack of professional support systems... A number said loss brought them closer to spouses in the long run, including some who reported conflict initially."

Rosenfeld (1994:1682) kom tot die volgende gevolgtrekking: "A key factor in how a woman copes with a spontaneous abortion seems to be the quality of her marital relationship".

3.7.1.8.1 Effek van die verlies op die huwelik

Du Toit (1991:75) merk op dat die invloed van die rouproses dikwels dui op 'n hoë insidensie van huweliksproblematiek en selfs disintegrasie van die huwelik. Kander (1990:65) voer aan dat: "Marriage unites, grief places the emphasis on individuality." Ook Seller et al (1993:342) beweer dat die situasie kan ontstaan waar huweliksverwydering plaasvind wat selfs in sommige gevalle op 'n egskeiding uitloop.

Dit is egter ook ter wille van die perspektief belangrik om ag te slaan op die kwaliteit van die huweliksverhouding voor die miskraam. Sullivan (1987:574) wys daarop dat geslaagde huwelike beter ondersteuning bied, aangesien aangetoon is dat egpare wat langer getroud is, minder negatiewe gevolge ervaar. Verder het Sullivan (1987:574) bevind dat egpare wat meer eendersdenkend is ten opsigte van verskillende eienskappe, beter aanpas by mekaar tydens die rouproses, asook dat hul huweliksaanpassing weer met verloop van tyd verbeter.

Hiermee word die feit dat selfs 'n stabiele en gelukkige huwelik op die rotse kan beland as gevolg van 'n traumatiese gebeurtenis egter nie ontken nie.

3.7.1.8.2 Faktore wat die huweliksverhouding kompliseer

In gevalle waar die verlies skeiding tussen die egmaats bring, kan dit dikwels na sekere tendense herlei word.

In die literatuur word melding gemaak van begrippe soos "doodsheid" en "apatie" wat by een van of beide die ouers mag voorkom. Uiteraard sal alle verhoudings, ook die huweliksverhouding, hierdeur beïnvloed word.

Navorsers wys ook seksuele koudheid uit as belangrike aspek wat sekerlik enige huweliksverhouding sal raak. Wong (1980:387) beskou juis die vermoë om weer intiem te verkeer na 'n so 'n gebeurtenis, as 'n mylpaal.

Madden (1994:90) het bevind dat vroue dikwels hulle mans blameer vir die miskraam. Dikwels is hierdie blamering totaal ongegrond. Hierdie blamering word waarskynlik gebore uit passiewe aggressie.

3.7.1.9 Was die swangerskap beplan?

Garel et al (1993) het in hulle ondersoek minder onmiddellike depressiesimptome bevind by beide die ouers wanneer die swangerskap vir beide ongewens was. Hierdie ervaring is egter teen drie maande na die insident heelwat anders. Teen hierdie tyd het die werklikheid van die verlies die plek ingeneem van die aanvanklike gevoelens.

Slade (1994:13) wys op die kwessie van skuldgevoelens. Indien die swangerskap onbeplan was, en 'n miskraam sou plaasvind, kan daar 'n geneigdheid tot selfblamering wees: "...a woman with an unwanted pregnancy has an additional potential focus of self-blame which may enhance feelings of guilt."

Ook Madden (1994:89) het bevind dat negatiewe reaksies meer voorgekom het wanneer die swangerskap beplan was.

3.7.1.10 Die invloed van ouers en familielede

Die rol van ouers, familie en vriende is baie belangrik. Garel et al (1993) het bevind dat hoe beter die steunstelsels van die pasiënt, hoe sterker die egokrag.

Brown (1993:477) meld dat daar 'n neiging by familielede en vriende is om die ouers te vermy, onder die voorwendsel dat hulle privaatheid nodig het.

Brown maak verder die stelling dat hulle wel privaat wil wees, maar nie vervreem wil wees van diegene wat hulle op hierdie stadium so bitter nodig het nie: "...people in crisis will forever remember actions, comments, or nonverbal behaviours... One client recalled the pain she felt when a member of the health care team told her to think of this loss as 'just an abortion, not a real death'" (Brown 1993:477). Brown maak ook melding van kliënte wat geïsoleer gevoel het omdat hul vriende hulle vermy het.

McClanahan (1983:4) maak die stelling dat ouers wat 'n ongebore kind verloor, eintlik 'n dubbele verlies beleef.

Some wish that such a tragedy would simply 'go away'. Others haven't known or lived through such a loss, so they back away from the families, who know such a loss intimately. Consequently, those who suffer the loss of an unborn child experience the double loss of feeling cut or abandoned by their friends.

(McClanahan 1983:4)

Rosenfeld (1994:1681) verwys na onnadenkende, onsensitiewe opmerkings, en die verwydering wat dit bring tussen familie en vriende. Dikwels vind daar 'n vervreemding plaas tussen die ouers en hulle familie en vriende, wat dikwels die gevolg is van 'n onverklaarbare geïrriteerdheid en vermyding van mense wat vroeër 'n betekenisvolle rol gespeel het. Dit is die gevolg van 'n behoefte om te praat, 'n behoefte aan ondersteuning, wat nooit realiseer nie. Sy konkludeer: "The woman's family affects how she deals with grief. Women who feel that their families or husbands are not supportive are at increased risk of a morbid grief reaction" (1994:1682).

3.7.1.11 Onwillekeurige response

Slade (1994:14) wys op die onwillekeurige herbelevingsepisodes wat dikwels plaasvind. Drome, gedagtes, nagmerries, ensovoorts mag inbreek maak op die daaglikse funksionering van die vrou. Hierdie onwillekeurige manifestasies neem toe terwyl die vrou doelbewus probeer om haarself van die gebeure te distansieer, en mense en situasies te vermy wat dit in herinnering roep. Hoe meer sy dit probeer "vergeet", hoe meer duik die gedagtes en herinnerings in haar leefwêreld op, om haar sodoende te bedreig. Hierdie soort onwillekeurige manifestasies behoort op sigself 'n behoefte aan berading uit te spel.

3.7.1.12 Ouderdom van die moeder:

Die aanname word dikwels gemaak dat die ouderdom van die verwagte moeder 'n faktor behoort te wees by die antisipasie van psigiese uitvalle. Slade (1994:9) het egter bevind dat daar geen bewys gevind kan word dat die ouderdom van die vrou enige direkte verband het met emosionele insidensie op enige stadium nie.

3.7.2 Gevolgtrekking

Uit die bogenoemde inligting is dit duidelik dat die miskraam op bykans elke fase van die betrokkenes se lewe inspeel. Die konklusie wat hieruit gemaak kan word, is dat die pastor juis hiervan kennis moet neem, homself moet bemagtig en tot die situasie sal moet toetree. Die afleiding word gemaak dat daar dikwels byvoorbeeld huweliksprobleme ontstaan, en indien daar nie op diepgaande wyse na die oorsprong daarvan gesoek word nie, sal die koppeling van 'n skynbaar irrelevante situasie met die verlies van 'n baba vroeër in die huwelik nooit gemaak word nie.

Hierdie sake, wat genoem is, moet as merkers dien wat die berader kan help om die intensiteit van die probleem en velde van hulpverlening te identifiseer.

3.8. Begrafnisrituele

Dit is belangrik dat aan die saak van begrafnisrituele en -gebruike aandag geskenk sal word. Dit is juis hier, in die rituele wat 'n kultuur vir homself daarstel, dat die rouproses in 'n groot mate aan die gang kom. Dit is ook só dat dit sosiaal aanvaarbaar is om in die openbaar te rou by 'n begrafnis. Die begrafnis skep as't ware 'n forum waarop die bedroefdes hulle emosies kan uitleef. Juis hier lê die knoop met ouers wat 'n baba as gevolg van 'n miskraam verloor. Die hospitaal raak ontslae van die oorskot, en die lewe gaan skynbaar normaal voort. Soveel so dat die ouers van 'n baie belangrike voorreg ontnem word, naamlik om hulle gevoelens in die openbaar te wys. Deur die verswyging van die hele aangeleentheid, ook as gevolg van die ontbreking van 'n ritueel, word 'n belangrike skakel uitgelaat. In baie gevalle kom die rouproses nooit aan die gang nie. 'n Oorsig word vervolgens gebied van die waarde van begrafnisrituele, om daardeur aan te toon watter onreg daar eintlik gedoen word wanneer mense nie die geleentheid gebied word om die oorskot op hulle gebruikelike wyse te begrawe nie.

Bitter selde word die oorskot van 'n miskraam aan die ouers beskikbaar gestel. Hospitaalpersoneel raak eenvoudig daarvan ontslae. Dit ontnem die ouers die voorreg om te kan kies wat hulle daarmee wil doen. Soos weldra sal blyk, mag die waarde van 'n begrafnis egter nooit onderskat word nie. Mense het 'n behoefte aan die een of ander vorm van ritueel, om die oorgang van een fase na 'n ander te bewerkstellig. "Ritual has been widely recognised as an acknowledgement of tradition, marking a change in status for an individual, a family, or a community (Bosley en Cook 1993:69). Hierdie ritueel dien as 'n kruk om met die praktiese en emosionele werklikhede van die trauma rekening te probeer hou. Irion (1991:160) meld:

"Ritual is symbolic. Ritual is an effort to relate to an experience and to find meaning in it. Because such meanings may be difficult to articulate they are often acted out ritually".

3.8.1 Waarde van begrafnisrituele

Irion (1991:160) maak die volgende stelling: "Ritual is a specific behaviour or activity which gives symbolic expression to certain feelings and thoughts of the actor(s), individually or in a group." Hy verduidelik dat daar twee kante in die ritueel ingebed is: die sigbare, overte deel wat simboliseer wat nie op die oppervlak sigbaar is nie, en die mitiese. Rituele bring die persoon in kontak met die mitiese. Ritueel is 'n poging om in kontak te kom met die gebeure en betekenis daaraan te heg. Omdat hierdie betekenis moeilik is om te artikuleer, word dit in 'n ritueel "uitgespeel". "Because ritual is a patterned response to a situation, it offers a model for imitation. It is an invitation to respond to a situation guided by the way others have responded in the past" (Irion 1991:161). Hy konkludeer dat begrafnisrituele 'n wyse is waarop simboliese betekenis uitgespeel kan word, wanneer dit moeilik is om dit in woorde uit te druk.

Imber-Black, Roberts en Whiting (1988:8) definieer 'n ritueel as volg:

Rituals are coevolved symbolic acts that include not only the ceremonial aspects of the actual presentation of the ritual, but the process of preparing for it as well. It may or may not include words, but does have both open and closed parts which are "held" together by a guiding metaphor. Repetition can be a part of rituals through either

the content, the form, or the occasion. There should be enough space in the therapeutic rituals for the incorporation of multiple meanings by various family members and clinicians, as well as a variety of levels of participation.

Kubler-Ross (1974:101) is van oordeel dat die naasbestandes met die begrafnisrituele uitdrukking moet gee aan hulle persoonlike emosionele behoeftes. Dit behoort op só 'n wyse beplan te word dat die wense van die naasbestandes bevredig kan word. Hulle doen dit "vir die oorledene", en daarom is daar baie sentiment rondom die wense, en die wyse waarop dit uitgevoer moet word.

Imber-Black et al (1988:50) onderskei vyf tema's in die ritueel: "(1) membership; (2) healing; (3) identity; (4) belief expression and (5) negotiation." Die rouSMART hoort tuis by "healing". "In every human life, there are times when personal and relationship healing is needed. Rituals to effect healing can be found in every culture's funeral rites, which simultaneously mark the loss of a member, facilitate the expression of grief, and point to a direction for ongoing life" (Imber Black et al 1988:54).

Irion (1991:159) stel dit soos volg: "Funeral ritual belongs to the very heritage of the human community." Hy lig verder uit dat waar begrafnisrituele vroeër hoofsaaklik in teologiese konteks geplaas is, het navorsing dit oor die afgelope paar dekades uitgelig as deel van die sielkundige en sosiologiese verstaan van die dood en verlies.

Dit is belangrik om op hierdie punt te wys na die Kerk se streng voorskrifte rondom begrafnisse en die rituele wat daarmee gepaard gaan. Dikwels word versoeke van familie afgewys deur die Kerk, omdat dit nie inpas in die Kerk se raamwerk, tradisie of voorskrifte nie. Volgens Irion (1991:161) het 'n puriteinse houding en 'n strewe na eenvoud 'n negatiewe kleur aan rituele verleen, omdat dit beskou is as leë pretensie. Intussen is die wêreld om ons in elk geval een groot stuk ritueel. Voorbeelde hiervan is koninklike huwelike en begrafnisse, die opening van die parlement, ensomeer. Selfs wanneer 'n vliegtuig opstyg van die grond af, gaan 'n ritueel dit vooraf!

Bosley en Cook (1993:75) maak melding van 'n respondent wie se oorlede moeder van Ierse afkoms was, wat 'n versoek tot die predikant gerig het dat 'n tradisionele Ierse lied tydens die begrafnisdiens gesing moes word. Die versoek is afgewys, omdat sekulêre musiek nie inpas in die kerklike tradisie nie. Dit het tot groot frustrasie gelei, en selfs jare nà die insident beleef sy die kerk negatief as gevolg van die rigiditeit ten opsigte van die liturgie. Bosley en Cook (1993:75) maak ook melding van angste en skuldgevoelens by agterblywendes omdat hulle dalk nie genoegsaam aan die wense van die oorledene uitvoer gegee het nie.

Sosiale druk maak begrafnisse baie duur. Kübler-Ross (1974:87) glo egter dat 'n eenvoudige ritueel vir die familie nodig is ter wille van die samesyn, die deel van herinneringe, en om openlik in die openbaar die realiteit van die dood te konfronteer. "... a time to say your last goodbyes, to begin to work through your grief, to make death real by actively participating in the preparation of the final service, to begin living again and growing through your experience".

Die waarde van 'n begrafnisritueel is waarskynlik geleë in die feit dat dit op 'n aanvaarbare wyse ruimte bied om openlik te treur.

Die navorsing van Swanson en Bennet (1982) het bevind dat hoe nader die beproefde aan die oorledene was, hoe groter waarde het die begrafnisritueel vir hom gehad.

Silvermann, Phyllis en Worden (1992:319) sluit by hierdie gedagte aan, wanneer hulle opmerk: "A mourner's reactions to grief, be they children or adults, cannot be understood in a simple linear model. How people accommodate to a death is affected by the meaning the funeral had to them, their relationship to the deceased, their ability to deal with feelings, and the reactions of significant others in the mourner's network." Bolton en Camp (1987) het bevind dat die mees betekenisvolle rituele dié was waaraan die beproefdes self kon deelneem. Die afleiding is verder gemaak dat die begrafnis 'n draaipunt is waartydens die verlies in die oë gestaar word, en waartydens die helingsproses 'n aanvang neem.

Kander (1990:182) pleit vir 'n openbare eerder as 'n privaat begrafnis. "Avoidance isolates; grief is the best experienced and shared."

Silverman et al (1992:319) is baie uitgesproke oor die ongemak van die Westerlinge met die dood. Die gevolg daarvan is volgens hom dat die begrafnis geminimaliseer en gedevalueer word. "A mourner's reactions to grief, be they children or adults, cannot be understood in a simple linear model. It is essential to understand the social context in which the mourner lives and acts" (Silverman et al 1992:320). Hulle skryf

latere emosionele probleme van agtergeblewenes toe aan die afwesigheid by die begrafnis.

Bosley en Cook (1993:69) wys op die terapeutiese waarde van 'n begrafnisritueel. "Ritual has been widely recognized as an acknowledgement of transition, marking a change in status for an individual, a family, or a community. After a death, family members begin a transition process as they cope with their loss." Die bevinding is ook gemaak dat hoe nader die oorlewende familielid aan die oorledene was, hoe waardevoller is die begrafnisritueel vir hom/haar in die hantering van die verlies.

Brown (1993:474) stel dat dit opmerklik is dat mense van die platteland wat spontaan aborteer, of wie se baba sterf, die oorskot met hulle wil saamneem huis toe, om daar te gaan begrawe.

Bogenoemde inligting onderstreep weer die feit van die geweldige leemte wat geskep word vir die miskraamslagoffer vir wie daar nie 'n begrafnis is waarin hy sy/haar leed kan uitspeel nie. "An unacknowledged loss can be very difficult for a family. In many instances there are no formal rituals that can be utilized to validate the feelings of grieving family or friends. For example, when a miscarriage has occurred, there are no recognized ways of saying good-bye to the child that was never born" (Bosley en Cook 1993:80). Die navorsing van Jackman (1993:93) toon aan dat die moeder van die ongebore baba in die meeste gevalle nie die fetus gesien het nie, en ook nie geweet het wat daarvan geword het nie. *Talle van hierdie moeders wonder steeds wat die hospitaalpersoneel met die fetus "gedoen" het.* Die navorsing beveel dan uiteindelik

aan dat die ouers, hoe traumaties dit ook al vir hulle mag wees, wel in die proses geken moet word. Die besluit of die oorblyfsels van hierdie swangerskap begrawe moet word of nie, behoort as opsie aan die ouers gestel te word. Al die moeders in Jackman (1993:93) se navorsing, ongeag die stadium van swangerskap ten tye van die miskraam, het aangetoon dat hulle deel van die besluitnemingsproses sou wou wees. Die behoefte aan die een of ander vorm van rituele handeling word hierdeur onderstreep.

Silverman et al (1992:319) stel dit dat die Westerse wêreld 'n ongemak het met die dood en die begrafnis. Hy noem dit 'n soort "nuwe pornografie", aangesien dit iets is waarvoor nie gepraat is nie, en veral word gevoelens nie in die openbaar gewys nie. "Rituals such as the funeral are minimized and devalued" (Silverman et al 1992:319).

Die navorsing van Irion (1991) toon egter hoe 'n begrip van die begrafnisritueel die proses meer effektief maak, en dat dit 'n onontbeerlike hulpmiddel is in die hantering van die dood en beproewing. Hy meld dat waar die begrafnis in die verlede eksklusief om teologiese en liturgiese handeling gesentreer het, dit vandag duidelik geword het hoe die ritueel ook psigologies en sosiologies bydra tot die integrering van die werklikheid van die dood in die agtergeblewene se lewe. "We see funeral rituals as means of acting out symbolic behaviour that carries meanings difficult to communicate only in words. It is a way of freeing people to act out feelings or meanings that might not be expressible otherwise" (Irion 1991:161).

Dit is dus baie duidelik dat hierdie ontbrekende skakel, die begrafnisritueel, negatiewe gevolge vir die ouerpaar kan hê. In die voorstel tot sinvolle hantering van die ouerpaar en hulle emosies, sal duidelike aanbevelings in hierdie verband gemaak word.

Vervolgens word kortliks kennis geneem van die gebruike in die Bybelse tyd, en die betekenis daarvan vir die gemeenskap van gelowiges, en die agterblywende familie.

3.8.2 Die teologiese betekenis van die begrafnisritueel

De Vaux (1978:56) se werk handel oor die betekenis van die begrafnisritueel in Oud-Israel. Hy stel dat, vir Oud-Israel, 'n fatsoenlike begrafnis onontbeerlik was. Die naaste familie het die liggaam van die afgestorwene versorg en voorberei vir die begrafnis. So 'n liggaam is ten volle geklee in die graf geplaas.

Daar bestaan nie aanduidings van die tydsverloop tussen die afsterwe en die werklike begrafnis nie. De Vaux (1978:57) stel dat die 70-dae routydperk by Jakob se liggaam uitsonderlik lank was. Deuteronomium 21:22 en 23 beveel dat die liggame van persone wat tereggestel word, voor die nag verwyder moes word. Liggame is ook nie verbrand (veras) nie, met die uitsondering van dié van kriminele oortreders.

Die normale Israelitiese graf was 'n "kamer" wat uit sagte rots gegrawe is, of alternatiewelik 'n natuurlike opening onder 'n rots. Die soort graf sou afhang of die familie welgesteld was of nie.

Sodra die nuus van die sterfte ontvang is, het die familieede hulle klere geskeur as teken van rou. 'n Kledingstuk van growwe materiaal is dan aangetrek, en die roubeklaers het hulle skoene uitgetrek en hoofbedekkings verwyder. Grond of as is oor die hoof gestrooi, en die persoon het selfs fisies in die as gaan sit. Roubeklaers het ook hulle hare en baarde afgeskeer, en hulleself fisies stukkend gesny. Laastens is daar ook nie gedurende hierdie tyd enige voedsel voorberei nie. Bure het gewoonlik voedsel voorsien, aangesien die huis waar die sterfte plaasgevind het, onrein was, en geen voedsel in sulke omstandighede voorberei is nie.

Tydens die begrafnis is die naam van die oorledene kort-kort uitgeroep, asook die sogenaamde "wee" - uitroep. Die betekenis van al hierdie rituele is volgens De Vaux (1978:61) 'n vorm van uitdrukking van emosie en hartseer oor die verlies van 'n geliefde.

3.8.3 Die vroeë Christene

"Funeral ritual belongs to the very heritage of the human community" (Rutherford 1980:3). Rutherford impliseer hiermee dat daar sekerlik nie 'n nasie onder die son is vir wie die dood nie 'n ernstige aangeleentheid is nie, en wat nie rondom die begrafnis sekere gebruike en rituele handhaaf wat eie aan hulle eie kultuur is nie.

Rutherford (1980:15) merk verder die verskil op tussen die rouprosesse van Christene en heidene, in die vroeë kerk. "In Christian funeral orations one is struck by the way in which faith in life and resurrection renders *mourning* unchristian, whereas it respects

the genuine *grief* of the bereaved. In fact this faith becomes the greatest source of consolation for that grief. Mourning the deceased in pagan culture flowed from despair." Vir die Christen was daar nog altyd hoop, selfs oor die graf heen.

Om na die dooies om te sien was nog altyd 'n intergrale deel van die Christendom. Hierdie praktyke en rituele rondom die hantering van die dooie totdat hy te ruste gelê word, het ontwikkel uit kerklike tradisies.

Aan die einde van die Middeleeue is addisionele formaliteite rondom die begrafnis van kinders ontwikkel. Die oorsprong hiervan lê volgens Rutherford (1980:84) in die ondubbelsinnige geloof in die liefde van God, selfs ook vir kinders, en by name *gedoopte* kinders. Wat veral opvallend van hierdie begrafnisdienste was, was die klem wat geplaas is op die kind se totale onskuld voor God. Dit het dan veral ook gegeld vir babas wat sterf, en vir kleuters wat nog nie as toerekeningsvatbaar beskou is nie.

3.8.4 Die ontwikkeling van begrafnisrituele in historiese perspektief

Van die vroegste tye af is daar na die oorskot van oorledenes omgesien. Rutherford (1980:37) meld dat daar in die vroeë Christelike Kerk sekere formules was waarvolgens met die dooies gehandel moes word. In die tyd van Pous Gregorius die Grote is dié reëls op skrif gestel. Hierdie voorskrifte het as normatief in die Roomse Kerk gegeld.

Die geografiese plek waar die begrafnis gehou is, het bepaal hoedanig die vorm daarvan sou wees. In stede, byvoorbeeld, is begrafnisse uit groot katedrale gehou, terwyl 'n verskeidenheid geestelikes daaraan deelgeneem het. Op die platteland was die geleentheid noodwendig eenvoudiger.

Uit die voorafgaande besprekings is dit duidelik dat ritueel nog altyd 'n belangrike deel van die dood van 'n geliefde uitgemaak het. Veral in die kerklike tradisie is daar baie gebruike wat betekenis gee aan die begrafnis, wat uiteindelik meewerk tot die verwerking van die dood van 'n geliefde. Vir die gelowige is daar ook die teologiese betekenis van die begrafnis, waar 'n simboliese opstaan saam met Jesus 'n belangrike rol speel.

3.9 Die rol van godsdiens

3.9.1 Die invloed van die verlies op die ouers se godsdienstige belewenis

Du Toit (1991:111) maak die stelling: "Dit blyk dat godsdiens een van die belangrikste faktore is wat 'n invloed uitoefen op die verwerking van die verlies."

Dit hang natuurlik ook af in watter mate die ouers hulle geloof beleef het voor die verlies. Hierdie soort verlies dra in hom ook 'n tweekantige potensiaal: godsdienstige beleving word enersyds deur die verlies beïnvloed, maar andersyds is godsdiens ook 'n metode tot verwerking en 'n bron van ondersteuning. Geloof kan groei deur krisis.

Die navorsing van Brown (1989:460) is baie insiggewend. Hy is van mening dat blanke, Protestantse gesinne eintlik swak voorbereid is op die hantering van tragedies. Hy skryf dit toe aan 'n gebrek aan rituele, 'n sterk sin vir outonomie, en die ontmoediging van verbale gevoelsuitdrukking. Daarteenoor word Jode as goed voorbereid beskou om lyding te verwerk, omdat hulle sterker fokus op die vloei van die lewensiklus. Jode word beskou as 'n ekspressiewe etniese groep met 'n tradisie van medelye en gedeelde lyding, wat deel van hulle etniese erfenis geword het. Katolieke verwag baie ondersteuning van hulle priester, terwyl Protestante veral meeleving en belangstelling van hulle predikant en medegelowiges, die gemeente, verwag.

Slabber (1987:63) beskryf die toetsing van haar eie godsdienstige lewensfilosofie as 'n proses waarin sy alles waarin sy geglo het, moes heroorweeg in die lig van die dood van haar eie kind. Dit blyk dat haar geloof en godsdienstige oortuigings vir haar waardevolle ondersteuning gebied het.

Bosley en Cook (1993:74) maak die opmerking dat hoewel baie mense nie meer aktief ingeskakel is by 'n denominasie nie, hulle tydens die dood en begrafnis hulself groepeer binne die kerk of groepering waarin hulle grootgeword het. Dit bied vir die Kerk 'n gulde geleentheid om afgedwaalde lidmate weer ingeskakel te kry, om uiteindelik hulle verlies sinvol te verwerk.

3.9.2 Godsdienst as verwerkingstrategie

Du Toit (1991:114) merk op dat ... "die effektiwiteit van godsdienst as 'n beskikbare bron van informele ondersteuning tydens die rouproses, deur verskeie faktore bepaal word." Die geslaagdheid van godsdienst as 'n verwerkingstrategie, hang meesal af van die mate waarin dit antwoorde aan ouers verskaf op verskeie aspekte wat deur die verlies aangespreek word.

Die volgende is vir Du Toit (1991:114) belangrik:

- a. Die opregtheid en oortuiging van die geloof.
- b. Gesonde en ongesonde geloof.
- c. Betrokkenheid by godsdienstige aktiwiteite en rituele.

Sanders (1980:319) beskou insidensie van kerkbesoeke as indikasie van godsdienstige betrokkenheid. Sy het bevind dat meer gereelde kerkgangers meer optimisties is, en ook meer sosiaal aanvaarbaar optree. Hulle is egter ook meer geneig om gevoelens en simptome van rou te onderdruk. Wanneer hierdie gereelde kerkgangers boonop goeie interaksie met familie lede ervaar, toon hulle, in vergelyking met ongereelde kerkgangers wat min kontak met familie het, beduidend minder somatiese en psigiese simptome, depressie, woede en gevoelens van isolasie. Verder is hulle beduidend meer optimisties en tree hulle meer sosiaal aanvaarbaar op. Die feit dat die verskille nie so

duidelik is wanneer kerkbywoning alleen vergelyk word nie, toon weer die belangrikheid van familie en sosiale netwerke tydens krisisperiodes.

Du Toit (1991:118) meld dat godsdienstige ouers minder geneig is om skuldgevoelens te ervaar omdat hulle beter daarin slaag om 'n dieper doel daarin te sien as ongelowige ouers. Ouers wil graag 'n verlies binne 'n betekenisvolle konteks plaas.

Brown (1993:475) koppel die godsdienstige aspek aan die sosio-kulturele situasie van die betrokkenes: "A hospital chaplain once commented that during a crisis people often turn to a long-forgotten faith, just as they do at Christmas or Easter." Dit is belangrik om vas te stel of hulle God blameer vir wat gebeur. Sien hulle die gebeure as die Wil van God, of die noodlot?

3.10 Die effek van terapeutiese ingrype

Navorsing dui aan dat daar eerstens 'n noodsaak is om te verstaan dat 'n miskraam traumaties beleef word, en dat terapeutiese ingrype noodsaaklik is en positiewe waarde het. "Anecdotal evidence suggests that follow-up focusing on emotional experiences may have beneficial effects" (Lee, Slade en Lygo 1996:47). Lee et al (1996) se navorsing toets die hipotese dat die sielkundige ontladingsproses positiewe gevolge mag hê vir emosionele heraanpassing. Die resultaat van die navorsing het getoon dat die vroue wat na 'n miskraam behandeling ontvang het, na 'n maand beduidend minder angs en depressie getoon het. 'n Opvolg- evaluasie na vier

maande het getoon dat hierdie vroue hulle lewens weer konstruktief hervat het, terwyl die kontrolegroepe sonder uitsondering depressief was en angs beleef het.

3.10.1 Fasilitering

In die 19e en vroeë 20ste eeu, is babas tuis gebore. Thomas (1993:6) dui aan dat die sterftesyfer onder babas in hierdie tydperk ook baie hoog was, so hoog as 30%. Wanneer die baba doodgebore is, of vroeg gesterf het, is die liggaam deur die familieledede self versorg. Foto's is geneem. Dit was 'n familieaangeleentheid. Die liggaampie is vasgehou, en daar is getreur. So 'n babaliggaam is in 'n oop kis geplaas, sodat familie, vriende en bure hulle eer kon betoon.

Intussen het gebruike drasties verander. Babas word hoofsaaklik in hospitale gebore. Sou 'n miskraam plaasvind, of 'n baba sterf, word die ouers "beskerm" deur die hospitaalpersoneel. "...the psychological sequelae of stillbirth or neonatal death were largely overlooked in publications on clinical practice" (Thomas 1993:295).

Hierdie "makliker maak" van die proses, waarin die oorledene in 'n kliniese omgewing gehanteer word, het skynbaar op die lange duur negatiewe gevolge. Die feit dat ouers en familie 100 jaar gelede self die lyk uitgelê het, versorg het, in 'n oop kis geplaas het, en dit daar was ter besigtiging het 'n positiewe terapeutiese impak gehad. Dit was hartseer, dit het die naasbestandes in 'n

emosionele proses geplaas, hulle is gekonfronteer met die slegste van slegte ervarings. Maar dit was noodsaaklik, omdat dit helend was. Ons maak dit vandag makliker, maar terselfdertyd ook moeiliker, omdat die gesondwordproses nie aan die gang kom nie.

As in berekening gebring word dat die rouproses, ook oor die ongeborene wat sterf, noodsaaklik is vir suksesvolle heraanpassing, is dit duidelik dat hier 'n groot leemte bestaan. Hierdie ontkenning van die situasie spruit dikwels voort uit 'n verleentheid met die dood.

3.10.2 Gesinsdinamiek

Sommige egpare word baie sterk deur hulle ouers beïnvloed, en wanneer 'n krisis soos 'n miskraam opduik, blyk dit dat hulle baie sterk terugval op die dinamiek binne die gesin van oorsprong. Brown (1993:475) maak melding van 'n egpaar wat byvoorbeeld alle besluite uitgestel het totdat hulle ouers wat met vakansie was, teruggekeer het.

3.10.3 Erkenning van die verlies

Uit die literatuur is dit duidelik dat daar 'n behoefte by ouers bestaan dat die miskraam as verlies erken moet word. Thomas (1993:295) stel: "It is now time to take stock and listen to the silent grief of mothers who do not dare to rock

the boat by a seemingly requesting that society should view the pre-viable fetus as her own special baby."

Rosenfeld (1994:1681) se siening sluit hierby aan, naamlik: "Society has no way of recognizing the loss of an unborn child." Dit is waarskynlik die enkele grootste rede waarom ondersteuning nie gesoek word nie. Dit is ook die rede waarom die hartseer dikwels nie geverbaliseer word nie: niemand dink dit is ernstig nie; niemand weet werklik watter reaksie die miskraam teweegbring nie. Rosenfeld (1994) maak die stelling dat die familie en vriende dikwels die onderwerp vermy omdat hulle dink dat die blote verwysing daarna die ouers sal aanstoot gee. Intussen smag die ouers na iemand wat net geringe aandag wil skenk. Heel dikwels word die hartseer egter na binne gerig, omdat naasbestaandes onbewustelik die treurendes die geleentheid ontnem waaraan daar so 'n geweldige behoefte bestaan.

3.10.4 Informele strategieë

Brown (1993:477) stel voor dat informele strategieë om die verlies te verwerk, moet insluit dat daar opvoeding met betrekking tot rou moet plaasvind: "Clients need to know that they are not losing their minds and that they will not always feel as much pain as they do now." Hulle behoort kennis te neem van die belangrikheid van oop kommunikasie, en dat die gebrek daaraan baie destruktief kan inwerk op verhoudings.

3.10.5 Informatiewe waarde

Tydens die krisis wat ontstaan rondom die verlies van 'n baba, het ouers ondersteuning baie nodig. Dit is ook noodsaaklik dat ouers ingelig sal word oor moontlike keuses wat hulle kan uitoefen: "...staff help parents by using counselling skills when giving information and by offering them choices" (Thomas 1993:295). Hierdie keuses sluit in of die swangerskap moet voortgaan, en of dit liewer beëindig moet word wanneer abnormaliteit by die fetus ontdek word.

Lee et al (1996:54) meld dat vroue tydens berading ook soek na mediese antwoorde. Dit is derhalwe nodig dat die berader ook 'n mate van mediese kennis moet hê om die vrae te kan beantwoord. Dit is uiteraard onmoontlik dat hierdie persoon ten volle op die hoogte moet wees van alle aspekte, maar 'n basiese kennis is nodig. Dit is interessant dat 'n groot aantal ouers by berading ingeskakel het met die doel om inligting te verkry, eerder as om terapieë ondersteun te word. Na afloop van die terapie, het hulle egter gemeld dat die terapie onontbeerlik was.

Brown (1993:477) meld dat dit vir mense baie moeilik is om besluite te neem wanneer 'n krisis hulle tref. Daar word baie gesteun op die insette van ander. Dit is derhalwe noodsaaklik dat inligting korrek en verantwoordelik deurgegee word.

3.10.6 Die verwerking van die verlies

In die VSA en die Verenigde Koninkryk is daar tans 'n toenemende bewuswording van die verlies wat 'n miskraam teweegbring. "The House of Commons Health Committee (1992), reporting on maternity services, recognised the need for sensitivity in the care and support given to bereaved families and recommended the Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS) guidelines as a basis for training. 'All units', the report states, 'should ensure that such training is given to staff in a properly designed way'" (Thomas 1993:295). Thomas meld verder dat in die Verenigde Koninkryk daar 'n groeiende bewustheid is daaroor, nie net dat treurende ouers berading benodig nie, maar ook dat diegene wat met hulle werk, behoorlike beradingsvaardighede moet aanleer.

Thomas (1993:295) dui verder aan dat formele berading op hierdie stadium direk na die miskraam nie noodsaaklik is nie, maar in die daaropvolgende maande 'n dringende behoefte word.

"Facilitative strategies assist clients to incorporate the loss into their lives and help them deal with the policies, procedures, and legal requirements There are many ways to help make the baby and the loss real. Memories are created by encouraging parents to see, touch, hold, and say goodbye to the baby" (Brown 1993:477). Brown oordeel vervolgens ook dat dit baie belangrik is om die baba 'n naam te gee, omdat dit 'n groot mate van realiteit meebring.

Deur middel van die skryf van 'n briewe of 'n dagboek, of selfs gedigte aan die kind, word die verlies werklik gemaak.

3.10.7 Hospitalisasie en die houding van mediese personeel

Die houding en gesindheid van die hospitaalpersoneel is van kardinale belang vir die hantering van die verlies. Hulle is die eerste persone met wie die ouers na die trauma kontak het. "For years, staff have suppressed the feelings evoked by a baby's death at whatever gestational age, yet these feelings have an important role. The way staff care for parents' emotions in hospital and at home can have long-term benefits in reducing psychiatric illness" (Thomas 1993:296).

Slade (1994:11) maak ook daarvan melding dat die aard van die mediese personeel se optrede die emosionele aanpassing beïnvloed. Garel et al (1992) maak 'n belangrike opmerking in hierdie verband: "...that low satisfaction with medical care was a significant predictor of the experience of a depressive episode within the first three months..."

Leask (1991:22), 'n verpleegster wat self 'n miskraam gehad het, merk op dat ten spyte van hul opleiding en vaardighede, mediese personeel steeds bang is vir ander mense se emosionele pyn, veral wanneer daar weinig is wat hulle daaraan kan verander. "By recognizing that perinatal death may comprise many losses, health professionals can acknowledge that this child's life had value and

can assist the client and family to grieve and begin the healing process"
(Brown 1993:478).

Reeves en Bullen (1994:387) maak ook 'n belangrike stelling met betrekking tot die mediese sorg: "It is crucial that the attitude of ED (Emergency Department) personnel not make the patient feel that she is being treated as just another 'case' or 'procedure' when in fact she feels that the loss of her child or part of herself is occurring." Hulle stel voor dat hierdie pasiënte benader word in die lig van die geweldige verlies wat hulle beleef.

3.10.8 Berading

Uit al die bronne blyk dit duidelik dat die een of ander vorm van fasilitering noodsaaklik is. Bokram (1992:66) se navorsing het bevind dat: "...what we needed was a place where victims could talk to other victims, realize they are not crazy, and go over the incident again and again, if need be, until they reached a level of acceptance and developed a rationale enabling them to resume normal, day to day functioning."

Thomas (1993:296) pleit vir intensiewe bemoeienis met die ouers: "Counselling cannot be a 5-minute chat; it is a formal contract with parents who have asked for help. Parents are offered a time when they can be listened to." Die kritieke tye wanneer berading noodsaaklik is, is volgens Thomas op ses weke, drie, ses, en 12 maande na die voorval. Wanneer berading behoorlik gedoen word,

het dit waarde vir beide die ouers en die berader, omdat dit die ouers help om die ervaring van isolasie en verwarring wat hulle beleef, beter te verstaan.

Slade (1994:9) het bevind dat vroue wat 'n vorige ervaring van konsultasie met betrekking tot psigologiese probleme gehad het, minder depressief is op een maand na die miskraam. Die rede hiervoor is waarskynlik die positiewe impak wat die vorige beradingsessies reeds op die persoon gehad het.

Brown (1993:476) stel die volgende strategieë voor tydens berading: herstel, eerbiedig en bevorder die waardigheid van die vrou, haar baba en haar familie. Verder moet ondersteuning ook gebied word, met die doel om te versterk en aan te moedig. Informatiewe inligting moet verskaf word, omdat hierdie vrou noodwendig baie vrae het. Fasilitering is nodig om die verlies te verwerklik en uiteindelik te verwerk. Dit sluit ook die versekering in dat die rou aanvaarbaar is.

Rosenfeld (1994:1683) stel voor dat wanneer die geneesheer en mediese personeel, asook die naasbestaandes, na die miskraam verwys, daar van die "kind" of "baba" gepraat sal word. Op hierdie wyse word menswaardigheid aan die situasie verleen, en die klimaat vir verdere konsultasie positief beïnvloed. Verder is Rosenfeld (1994:1683) daarvan oortuig dat die één, mees konstruktiewe aksie, indien enigsins moontlik (afhangend van die stadium van swangerskap), is om die "kind" aan te raak.

3.10.9 Die rol van die predikant

By 'n later afdeling wat in diepte sal handel oor die rol van die pastor, en waar aanbevelings ook gemaak sal word, word die rol van die predikant in meer diepte bespreek. Enkele opmerkings in dié verband word voorlopig gemaak.

Die predikant was nog altyd op die een of ander wyse betrokke by die nood en leed van mense. Daar word na hom opgesien as die geestelike vader van die gemeenskap. Hy moet daarom oor sekere vaardighede beskik om sy rol ten volle uit te leef. Dit gevaar bestaan sekerlik ook dat daar 'n rolverwarring by die pastor kan ontstaan, of dat hy/sy homself/haarself as 'n quasi-sielkundige kan begin beskou. Dit is nie die bedoeling nie. Feit bly egter dat hulle in die eerste plek die pastors is wat uit die Woord moet kan help sin maak uit die gebeure van hulle gemeentelede. Hulle beskik oor die teologiese agtergrond, maar dikwels nie oor die terapeutiese vaardigheid om hierdie situasies aan te spreek nie. Deur middel van die aanleer van 'n paar eenvoudige tegnieke, behoort hulle egter bemagtig te word om dié verleentheid te oorbrug.

"In one way or another, the Christian pastor throughout the centuries has been involved with persons in time of crisis and distress. He has always in this sense been a counselor." (Switzer 1970:29). Switzer meld verder dat daar in die twintigste eeu as gevolg van nuwe begrip, en nuwe metodologieë wat aan die psigiatrie en sielkunde ontleen is, tot 'n nuwe vlak van effektiwiteit in pastorale betrokkenheid gevorder is.

Whitlock (1970:38) spreek die mening uit dat elke pastor, ten minste in 'n ondersteunende hoedanigheid by die lidmaat in krisis betrokke moet raak.

Hunt (1984:265) het jare gelede reeds 'n artikel met die titel "Pastoral Care and Miscarriage: A Ministry long neglected" geskryf. Die doel van die artikel was die bewusmaking van die pastor van die krisis rondom miskrame. Hy stel dit dat die pastor nie betrokke raak nie, omdat hy nie ingelig is nie. Die rol van pastorale ingrype is volgens hom egter imperatief. "Miscarriage is a crisis in a woman's life little understood by most clergy" (Hunt 1984:265). Omdat baie miskrame vroeg in die swangerskap plaasvind, is baie pastors nie bewus van die swangerskap nie. Maar selfs wanneer hulle dit later uitvind, is daar min wat op 'n betekenisvolle wyse daarop reageer, en Hunt (1984:265) kom tot die gevolgtrekking dat: "...they often feel awkward, not wanting to intrude in a scene they don't understand. At worst, they fail to realize the importance of what has happened...".

Tucker (1989:11) meld die feit dat miskrame in kerklike terme dikwels oor die hoof gesien word. Sy wys daarop dat aangesien statistiek aantoon dat ongeveer 25% van alle swangerskappe op 'n miskraam uitloop het, die pastor kan aanneem dat wanneer hy Sondagoggend vanaf die kansel op sy gemeente neerkyk, ten minste 'n vyfde van hulle die trauma van 'n miskraam beleef het. In hierdie navorsing het moeders vermeld dat hulle opmerkings soos die volgende beleef en aangehoor het: "Dit was God se wil", "Die baba sou nie normaal

gewees het nie, daarom is dit beter so", "Dit is die natuur se manier", "Jy sal weer swanger raak", en selfs "Wees bly dat jy nie geheg geraak het aan die baba nie". Hierdie soort opmerkings minimaliseer die probleem, en ontketen dikwels 'n woede in die moeder.

Hunt (1984) stel 'n aantal stappe voor wat die pastor kan help in die hantering van die trauma van gemeentelede na 'n miskraam:

- a) Die pastor moet beskikbaar wees.
- b) Hy moet begrip hê. Logiese beredenerings in die eerste stadiums na die miskraam is ongewens. 'n Kind is dood. Die ouers rou.
- c) Dit is noodsaaklik dat die pastor sal eksploreer wat die betekenis van die gebeure vir die vrou is. Beskou sy dit as 'n vorm van straf?
- d) Hy moet onbevooroordeeld luister. Té dikwels word die pastor beleef as 'n persoon wat gedurig oordeel uitspreek oor wat reg is en wat sondig is. Die ouers moet selfs kan verbaliseer wanneer hulle aggressie teenoor God het.
- e) Hy moet 'n katalisator van voortgaande ondersteuning wees. Hy hoef nie noodwendig self die terapeutiese behandeling waar te neem nie. Verwysing kan deur hom gedoen word na ander professionele persone, maar wat belangrik is, is dat dat hy 'n onmisbare skakel vorm in die proses.

Ten slotte is pastorale sorg 'n voortgaande sorg, en nie net krisisingrype nie. Mettertyd ontstaan talle geloofsvrae. Is alles wat met 'n mens gebeur, werklik die wil van God? As God 'n miskraam kan veroorsaak, kon Hy nie dan ook 'n gesonde, normale baba "veroorzaak" het nie?

"The grief is not magically gone. The minister has no cure to offer. And yet there is a faith to be shared, a love to be known, a comfort to be felt" (Hunt 1984:276).

3.11 Samevatting

Uit die gegewens in die literatuur, kom die nood rondom 'n miskraamsituasie duidelik na vore. Verskeie faktore beïnvloed mense se persepsies rondom 'n miskraam. In die volgende hoofstuk word teologiese teorieë verken. Dit is nodig om ook 'n Bybelse perspektief op pre-natale lewe te verkry.