

**DIE MAATSKAPLIKE WERKER AS ONDERSTEUNINGSBRON
VIR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK**

deur

TERTIA VOGT



Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes
vir die graad van Magister in Lettere en Wysbegeerte
(rigting Geneeskundige Maatskaplike Werk)

aan die

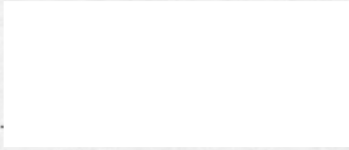
Universiteit van Stellenbosch

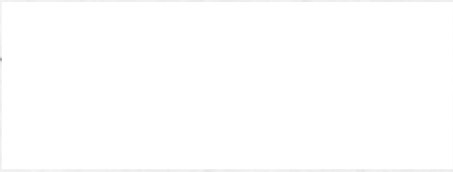
STUDIELEIER: Prof. J.I. Cronjé

Desember 2001

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Handtekening: 

Datum: 

OPSOMMING

Die doelstelling van hierdie studie was om praktykrylynne te ontwikkel, waarvolgens geneeshere in privaat praktyk maatskaplike werkers as ondersteuningshulpbron kan benut. Verkennende, beskrywende en toegepaste navorsing is gedoen, ten einde geneeshere se kennis van psigososiale probleme en hul huidige en potensiële benutting van maatskaplikewerkdienste te bepaal en te beskryf. Bevindinge is ten opsigte van die populasie as geheel veralgemeen.

In die teoretiese studie is maatskaplike funksionering deur die beskrywing van mikro-, meso- en makrovlakfunksionering, gekonseptualiseer. Die benaderings tot dienslewering (in Geneeskunde) en intervensie (in Maatskaplike Werk) is beskryf. Daarna is 'n aanbeveling vir die eklektiese benutting van die benaderings gedoen.

Die eklektiese benutting van die intervensiebenaderings vereis dat maatskaplike werkers oor sekere kennis, waardes en vaardighede moet beskik en sekere rolle moet vertolk. Dit geskied binne sekere maatskaplikewerkvelde en het as mikpunt die verwesenliking van die doelstellings en funksies van Maatskaplike Werk. Die etiese en waardegrondslag van Maatskaplike Werk en Geneeskunde toon sekere ooreenkomste en verskille. Die waardes van Maatskaplike Werk, soos vervat in die Gedrags- en Etiese Kodes vir Maatskaplike Werk, en van Geneeskunde, soos vervat in die Eed van Hippocrates, word in hierdie studie bespreek.

In die empiriese studie is kwalitatiewe en kwantitatiewe inligting ingesamel oor, onder andere, die voorkoms van psigososiale probleme by pasiënte in geneeshere se praktyke, geneeshere se hantering daarvan, hul bekwaamheid om sodanige probleme te hanteer, hul huidige en potensiële benutting van maatskaplikewerkdienste, die rol van derde partye by dienslewering en verwysingsprosedures. Nege-en-dertig (39) geneeshere, geselekteer deur ewekansige steekproeftrekking, is by die ondersoek betrek en het self die vraelyste ingevul.

Die meeste geneeshere het aangedui dat hul voorgraadse opleiding hulle nie voldoende toegerus het om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie. Die hele spektrum van psigososiale probleme het in respondente se praktyke voorgekom. Die meeste respondente het sodanige probleme self hanteer, terwyl spesialiste, sielkundiges en psigiaters soms as hulpbronne benut is. Die meeste respondente het aangetoon dat hulle moontlik van maatskaplike werkers gebruik kan maak en dat daar 'n groot behoefte aan sodanige hulpbron bestaan. Die verwysingsprosedure wat deur die meeste geneeshere verkies is, was die stuur van skriftelike verwysings saam met pasiënte.

Derde partye, in pasiënte se verwysingsraamwerk, is minimaal deur geneeshere by assessering en dienslewering betrek. Geneeshere het uiteenlopende menings gehad oor hul bevoegdheid in die psigososiale veld van dienslewering. Die behoefte aan opleidingsprogramme, wat fokus op die hantering van psigososiale probleme by pasiënte, is deur die meeste respondente aangedui. Beperkte tyd is egter as die grootste struikelblok vir die bywoning van sodanige opleidingsessies aangevoer. Hierdie bevindinge van die empiriese studie, saam met die teoretiese raamwerk, is as riglyn benut vir die ontwikkeling van 'n praktykrylyn vir verwysing van dienste na maatskaplike werkers in privaat praktyk.

SUMMARY

The aim of this study was to compile practical guidelines to assist medical practitioners in utilizing social work services in their practices. Exploratory, descriptive and applied research was done to determine and describe medical practitioners' knowledge of psychosocial problems and their present and potential utilization of social work services. Results were generalized in respect of the population as a whole.

In the theoretical study social functioning was conceptualized by the description of micro, mezzo and macro levels of functioning. The approach towards rendering of services (in the Medical field) and intervention (in the Social Work field) was described, followed by recommendations for the eclectic utilization of the approaches.

The eclectic application of the intervention approaches requires that social workers should have certain knowledge, values and skills to interpret certain roles. This occurs within certain social work areas, with the achievement of the aims and functions of Social Work as goal. The ethical and value basis of Social Work and Medical Science shows certain similarities and disparities. The values of Social Work, as contained in the Behavioural- and Ethical Code for Social Work and the Oath of Hippocrates, in Medical Science, are described in this study.

In the empirical study qualitative and quantitative information was gathered, inter alia, about the existence of psychosocial problems of patients in medical practitioners' practices, how medical practitioners handled them, how well equipped they were to do it, their present and potential utilization of Social Work services, the role of third parties in the rendering of services and referral procedures. Thirty nine (39) medical practitioners, selected by random sampling procedure, were involved in the study and completed self-administered questionnaires.

The majority respondents indicated that their undergraduate training was inadequate in enabling them to handle psychosocial problems of patients. The entire spectrum of psychosocial problems existed in all the respondents' practices. The majority of respondents handled such problems themselves, while specialists, psychologists and psychiatrists were at times used as resources. The majority of respondents indicated that they could perhaps utilize Social Work services and that there is a great need for such a resource. Most medical practitioners preferred to send written referrals via patients, with the responsibility being with the patient for making an appointment with the social worker. Minimal use was made of third parties in the patients' frame of reference in the assessment and treatment of patients.

Third parties, within the reference framework of patients, were used minimally by medical practitioners in the making of assessments and the rendering of services. Respondents had divergent opinions regarding their competence in the psychosocial field of service rendering. The majority of respondents indicated the need for training programs focusing on the handling of patients' psychosocial problems. Limited time for attending such training programs was however mentioned as the biggest obstacle. These findings of the empirical study, together with the theoretical framework, were used as a guideline for the composition of a practical guideline for the referral of services to social workers in private practice.

ERKENNING

By voltooiing van hierdie studie wil ek graag my opregte dank en waardering uitspreek teenoor:

1. My Hemelse Vader sonder wie se krag ek nie hierdie studie sou kon voltooi het nie.
2. My ouers vir hul geduld, motivering en onselfsugtige bystand tydens die hele tydperk van studie.
3. My studieleier, Prof. J.I. Cronjé, wat nooit sy vertrouwe in my verloor het nie.
4. My vriendin, Dr. H. Vosloo, vir haar volgehoue belangstelling, aanmoediging en ondersteuning.
5. Mej. W. van Zyl, my konsultant, vir haar deurlopende persoonlike en professionele ondersteuning.
6. My seun, Hanro, vir sy onvoorwaardelike liefde.
7. Mev. S. Wilbers en mev. M. van Schalkwyk (J.S. Gericke Biblioteek) vir hul hulp en bystand oor die hele tydperk van studie.
8. Mnr. M. van Niekerk en mnr. J. le Roux vir hul hulp met die opstel van die figure ter illustrasie van die empiriese bevindinge.
9. Die geneeshere wat met die invul van die vraelyste 'n bydrae tot die studie gelewer het.
10. Mnr. J.J. Lambrechts wat vir die taalversorging gesorg het.
11. Elkeen wat my bemoedig en aangespoor het om hierdie studie te voltooi.
12. The financial assistance of the National Research Foundation (NRF) towards this research is hereby acknowledged. Opinions expressed and conclusions arrived at are those of the author and are not necessarily to be attributed to the National Research Foundation.

TERTIA VOGT

INHOUDSOPGAWE

HOOFSTUK 1:

INLEIDING

1.1	Motivering vir die ondersoek	1
1.2	Doelstelling van die ondersoek	2
1.3	Afbakening van die navorsingsveld	3
1.4	Navorsingsontwerp	3
1.5	Metodes van ondersoek	4
1.5.1	Literatuurstudie	4
1.5.2	Empiriese ondersoek	4
1.6	Dataverwerkingsprosedure	5
1.7	Aanbieding van die studie	6

HOOFSTUK 2:

INTERVENSIEBENADERINGS GERIG OP DIE VERBETERING VAN MAATSKAPLIKE FUNKSIONERING

2.1	Inleiding	7
2.2	Ekologiese sisteemteoretiese perspektief tot intervensie	7
2.3	Die omgewing van funksionering	9
2.3.1	Mikrovlak van funksionering	10
2.3.2	Mesovlak van funksionering	10
2.3.3	Makrovlak van funksionering	11
2.4	Mense se algemene maatskaplike behoeftes	11
2.4.1	Maatskaplike behoeftes op die mikrovlak van funksionering	12
2.4.2	Maatskaplike behoeftes op die mesovlak van funksionering	18
2.4.3	Maatskaplike behoeftes op die makrovlak van funksionering	19
2.5	Konseptualisering van die begrip: Maatskaplike funksionering	19
2.6	Konseptualisering van die begrippe: Gesondheid en siekte	20
2.6.1	Konseptualisering van die begrip: Gesondheid	20
2.6.2	Konseptualisering van die begrip: Siekte	21
2.7	Benaderings ten opsigte van mediese behandeling en maatskaplikewerkintervensie	22
2.7.1	Benaderings ten opsigte van geneeskundige dienslewering	22
2.7.1.1	Biomediese benadering	23
2.7.1.2	Geneesheergesentreerde of paternalistiese benadering	23
2.7.2	Benaderings ten opsigte van maatskaplikewerkintervensie	23
2.7.2.1	Sosiologiese benadering	24
2.7.2.2	Voorspelbare verloopbenadering	25
2.7.2.3	Openbare gesondheidsbenadering	27
2.7.2.4	Bio-psigososiale of geïntegreerde benadering	27
2.7.2.5	Pasiëntgesentreerde of verhoudingsgesentreerde benadering	27
2.7.2.6	Probleemoplossende benadering	29
2.7.2.7	Eklektiese benadering tot intervensie	30
2.8	Samevatting	31

HOOFSTUK 3:**KENNIS, WAARDES, VAARDIGHEDE EN ROLLE VAN MAATSKAPLIKE WERKERS TYDENS INTERVENSIE BENUT**

3.1	Inleiding	33
3.2	Kennisgrondslag van Maatskaplike Werk	33
3.3	Waardes as grondslag vir maatskaplikewerkintervensie	35
3.3.1	Primêre of absolute waardes	35
3.3.2	Sekondêre of instrumentele waardes	37
3.3.3	Onmiddellike waardes	39
3.3.4	Ander	40
3.4	Waardes as grondslag vir geneeskundige dienslewering	41
3.4.1	Primêre of absolute waardes	41
3.4.2	Sekondêre of instrumentele waardes	42
3.4.3	Onmiddellike waardes	42
3.4.4	Handhawing van konfidensialiteit	43
3.5	Vaardighede deur maatskaplike werkers benut tydens intervensie	43
3.5.1	Mikrovlak vaardighede	44
3.5.1.1	Mikrovlakvaardighede wat tot begrip bydra	44
3.5.1.2	Mikrovlakvaardighede wat tot maatskaplikewerkondersteuning en krisisingryping bydra	46
3.5.1.3	Mikrovlakvaardighede wat tot positiewe aksie bydra	47
3.5.2	Mesovlakvaardighede	48
3.5.3	Makrovlakvaardighede	48
3.6	Rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie	49
3.6.1	Rolle gerig op mikrovlakverandering	49
3.6.2	Rolle gerig op mesovlakverandering	51
3.6.3	Rolle gerig op makrovlakverandering	52
3.7	Samevatting	53

HOOFSTUK 4:**MAATSKAPLIKE WERKERS AS ONDERSTEUNINGSBRON VIR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK**

4.1	Inleiding	55
4.2	Die doel en funksies van maatskaplikewerkintervensie	55
4.2.1	Versorging en beskerming	56
4.2.2	Genesing en herstel	56
4.2.3	Voorkoming en opvoeding	57
4.2.4	Hulpbronbestuur	57
4.2.5	Sosiale geregtigheid en gelykheid	57
4.2.6	Beleids- en programontwikkeling	58
4.2.7	Professionele opleiding en praktykontwikkeling	58
4.3	Aanduidings dat verwysings na maatskaplike werkers aangewese is	58
4.3.1	Liggaamlike of fisiologiese aanduidings	59

4.3.2	Finansiële aanduidings	60
4.3.3	Intellektuele aanduidings	60
4.3.4	Geestelike of morele aanduidings	61
4.3.5	Interpersoonlike of sosiale aanduidings	61
4.3.6	Emosionele of psigologiese aanduidings	62
4.3.7	Probleme met nakoming van mediese behandeling	63
4.3.8	Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede	63
4.3.9	Probleme voortspruitend uit trauma	64
4.3.10	Baba-verwante probleme	65
4.3.11	Probleme met rouverwerking	65
4.3.12	Ander probleme	65
4.4	Wie verwysings na maatskaplike werkers kan doen	66
4.5	Prosedure vir die verwysing van pasiënte na maatskaplike werkers	67
4.5.1	Regstreekse verwysing	67
4.5.2	Onregstreekse verwysing	67
4.5.3	Terugvoering aan verwysende geneeshere	67
4.6	Vereistes vir maatskaplike werkers as verwysingsbronne vir geneeshere in privaat praktyk	68
4.7	Samevatting	71

HOOFSTUK 5:

GENEESHHERE IN PRIVAAT PRAKTYK SE BENUTTING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS IN PRIVAAT PRAKTYK AS ONDERSTEUNINGSBRON

5.1	Inleiding	73
5.2	Seleksie van die steekproef	73
5.3	Persoonlike besonderhede van respondente	73
5.3.1	Geslag van respondente	74
5.3.2	Ouderdom van respondente	74
5.3.3	Kwalifikasies verwerf (anders as Geneeskunde)	75
5.3.4	Jare ondervinding as geneesheer	75
5.4	Bekwaamheid van respondente om psigososiale probleme te hanteer	76
5.5	Ontleding van die probleme waarmee geneeshere in die praktyk gekonfronteer word	78
5.5.1	Liggaamlike- of fisiologiese probleme	79
5.5.2	Ekonomiese probleme	80
5.5.3	Intellektuele probleme	80
5.5.4	Geestelike of morele probleme	81
5.5.5	Interpersoonlike of sosiale probleme	81
5.5.6	Emosionele of psigologiese probleme	81
5.5.7	Probleme met nakoming van mediese behandeling	82
5.5.8	Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede	82
5.5.9	Probleme voortspruitend uit trauma	83
5.5.10	Baba-verwante probleme	83
5.5.11	Probleme met rouverwerking	83
5.6	Potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk	84
5.7	Respondente se hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande	85

5.8	Geneeshere se menings oor multidissiplinêre spanwerk	88
5.9	Rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie	90
5.10	Verwysingsprosedure	93
5.11	Terugvoer van maatskaplike werkers aan geneeshere	93
5.12	Derde partye se betrokkenheid by dienslewering deur geneeshere	94
5.13	Redes vir uitskakeling van derde partye se betrokkenheid deur geneeshere	96
5.14	Bevoegdhede van respondente	96
5.15	Geneeshere se behoefte aan opleidingsprogramme	98
5.16	Voortgesette opleiding van geneeshere	100
5.17	Verdere opmerkings deur respondente	100
5.16	Samevatting	101

HOOFSTUK 6:

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1	Inleiding	102
6.2	Gevolgtrekkings	102
6.2.1	Persoonlike besonderhede van respondente	102
6.2.2	Bekwaamheid van geneeshere om psigososiale probleme te hanteer	102
6.2.3	Ontleding van die probleme waarmee geneeshere in die praktyk gekonfronteer word	103
6.2.4	Potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk	104
6.2.5	Respondente se hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande	104
6.2.6	Respondente se menings oor multidissiplinêre spanwerk	105
6.2.7	Rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie	105
6.2.8	Verwysingsprosedure	105
6.2.9	Terugvoer van maatskaplike werkers aan geneeshere	106
6.2.10	Derde partye se betrokkenheid by dienslewering deur geneeshere	106
6.2.11	Redes vir uitskakeling van derde partye se betrokkenheid deur geneeshere	106
6.2.12	Bevoegdhede en waardes van respondente	106
6.2.13	Geneeshere se behoefte aan opleidingsprogramme	107
6.3	Aanbevelings	107
6.3.1	Raamwerk vir verwysing	108
6.3.2	Aanbevelings met betrekking tot voorgraadse opleiding van geneeshere	109
6.3.3	Aanbevelings met betrekking tot voortgesette opleiding	109
6.3.4	Aanbevelings met betrekking tot verdere navorsing	109
6.3.5	Praktykaanbevelings	110
6.4	Slotopmerking	110

BIBLIOGRAFIE

FIGURE

Figuur 2.1	Die omgewing van funksionering	10
Figuur 2.2	Mense se algemene maatskaplike behoeftes	12
Figuur 2.3	Die siekteproses	25
Figuur 2.4	Die selfkonsep van individue	26
Figuur 2.5	Die probleemoplossende benadering	29
Figuur 5.1	Geslag van respondente	74
Figuur 5.2	Ouderdom van respondente	75
Figuur 5.3	Jare ondervinding as geneesheer	76
Figuur 5.4	Bekwaamheid van respondente om psigososiale probleme te hanteer	78
Figuur 5.5 (a + b)	Graad van voorkoms van psigososiale probleme waarmee geneeshere in die praktyk gekonfronteer word	79
Figuur 5.6 (a)	Potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk	84
Figuur 5.6 (b)	Potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk	85
Figuur 5.7 (a + b)	Respondente se hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande	86
Figuur 5.8	Geneeshere se menings oor multidissiplinêre spanwerk	89
Figuur 5.9 (a + b)	Rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie	91
Figuur 5.10	Verwysingsprosedure	93
Figuur 5.11	Terugvoer van maatskaplike werkers aan geneeshere	94
Figuur 5.12	Derde partye se betrokkenheid by dienslewering deur geneeshere	95
Figuur 5.13	Bevoegdhede van respondente	97
Figuur 5.14	Geneeshere se behoefte aan opleidingsprogramme	98

TABELLE

Tabel 5.1	Derde partye se betrokkenheid by dienslewering deur geneeshere	95
-----------	--	----

BYLAES

BYLAAG A	Afrikaanse vraelys aan respondente
BYLAAG B	Engelse vraelys aan respondente
BYLAAG C	Die Eed van Hippocrates

HOOFSTUK 1:

INLEIDING

1.1 MOTIVERING VIR DIE ONDERSOEK

Die biomediese en geneesheergesentreerde benaderings tot dienslewering aan pasiënte word reeds eeuelank deur geneeshere gevolg. Lyons & Petrucelli (1978:214-215) verwys na die Eed van Hippocrates, wat steeds deur geneeshere erken en nagevolg word en die korrektheid van genoemde biomediese en geneesheergesentreerde benaderings bevestig. Volgens hierdie benaderings word pasiënte wetenskaplik benader. Die diagnose en behandeling van siekte word tot biologiese faktore beperk, terwyl pasiënte as passiewe entiteite, wat geen aandeel in besluitneming het nie, beskou word.

Geneeshere word onder druk geplaas om korrekte diagnoses te maak en pasiënte so spoedig moontlik fisiologies te genees. Daar word gevolglik op fisiese klagtes gekonsentreer en psigologiese en ander behoeftes, byvoorbeeld geestelik of ekonomies, word dikwels geïgnoreer. Die interafhanklikheid van die fasette van pasiënte se bestaanswêreld word dikwels nie deur geneeshere besef of in ag geneem nie. By gebrek aan aandag aan alle fasette, word pasiënte nie op alle vlakke van funksionering "genees" nie. Psigosomatiese simptome kan by pasiënte voorkom, terwyl fisiologiese herstel teen 'n stadige pas, of glad nie, geskied. Fiscella (1999:375) beklemtoon die belangrikheid daarvan vir geneeshere om aandag te skenk aan individue, binne hul omgewing van funksionering, en dus met inagneming van psigososiale faktore.

Vanuit die navorser se ervaring met die opleiding van mediese studente tydens haar dienstydperk by die Sentrum vir Gestremdesorg en Rehabilitasie, Karl Bremer Hospitaal, Bellville (1995-1997) het dit geblyk dat die meeste studente bewus was van psigososiale probleme by pasiënte. Beperkte kennis met betrekking tot die impak van hierdie probleme op pasiënte se maatskaplike funksionering, is egter waargeneem. Die meeste mediese studente het hul onvermoë om probleme op die psigososiale gebied te identifiseer en te hanteer, te kenne gegee en hul behoefte aan verdere opleiding op die psigososiale gebied teenoor die navorser uitgespreek. Studies deur Ellis, Vinson & Ewigman (1999:109) en Brandon (1999:117) stem met hierdie ervaring van die navorser ooreen. Nege-en-veertig persent (49%) van die respondente in Ellis, Vinson & Ewigman (1999:109) se studie was van mening dat daar nie genoeg aandag aan psigososiale faktore, en veral die hantering van geestelike behoeftes by pasiënte, in hul mediese opleiding geskenk is nie. In Brandon (1999:117) se studie het vyf-en-vyftig persent (55%) van sy respondente, onder andere, hul behoefte aan meer inligting oor die psigososiale en terminale aspekte van VIGS uitgespreek.

Haslam (1999:12) is van mening dat alle professionele persone nie kenners op alle gebiede van dienslewering kan wees nie en dat die verwysing van dienste na alternatiewe professies soms die aangewese metode is. Weens onkunde rakende die psigososiale funksionering van pasiënte, beskik geneeshere dikwels oor beperkte kennis van ondersteuningshulpbronne binne die gemeenskap. Navorsing deur Cowles & Lefcowitz

(1995:285) het getoon dat geneeshere nie 'n akkurate beeld het van die probleemareas waarby maatskaplike werkers betrokke kan raak nie. Aangesien geneeshere normaalweg die sifting van pasiënte doen, gebeur dit dikwels dat psigososiale probleme geïgnoreer en daar nie verwysings gedoen word nie.

Ten einde toepaslike verwysings te kan doen, moet geneeshere kennis dra van die soorte psigososiale probleme wat kan presenteer, die rol, taak en funksies van maatskaplike werkers en die verwysingsprosedure. Die gesindhede van geneeshere met betrekking tot die noodsaaklikheid van die hantering van psigososiale probleme en intervensie deur maatskaplike werkers, bepaal die getal en toepaslikheid van verwysings (Pray 1991:185). Abramson & Mizrahi (1996:270) beklemtoon die noodsaaklikheid van samewerking tussen geneeshere en maatskaplike werkers en meld dat duplisering en fragmentering sodoende uitgeskakel kan word.

Tylee (1999:591) stel voor dat 'n raamwerk vir die verwysing van dienste ontwikkel word, ten einde beter samewerking te bewerkstellig. Die skrywer beklemtoon dat geneeshere se behoeftes, ten opsigte van die hantering van psigososiale probleme by pasiënte, in ag geneem moet word by die saamstelling van sodanige raamwerk. Powell (1998:316) beklemtoon die noodsaaklikheid van sodanige raamwerk, aangesien dit geneeshere in staat stel om 'n akkurate beeld van Maatskaplike Werk te vorm. Toepaslike verwysings en realistiese verwagtinge, wat betref maatskaplike werkers se vermoë om sosiale probleme op te los, vloei hieruit voort. Sodoende kan 'n holistiese diens aan pasiënte gelewer word, waartydens hulle tot 'n optimale vlak van funksionering herstel kan word. In hierdie studie word gefokus op die ontwikkeling van 'n raamwerk vir die verwysing van dienste na maatskaplike werkers werksaam in privaat praktyke in Namibië. Die konsep: "maatskaplike werkers" word deurgaans benut en verwys na maatskaplike werkers werksaam in privaat praktyk.

1.2 DOELSTELLING VAN DIE ONDERSOEK

Die doelstelling van die studie is om praktykryglynne te ontwikkel, waarvolgens geneeshere in privaat praktyk maatskaplike werkers in privaat praktyk as ondersteuningshulpbron kan benut.

Om hierdie doelstelling te verwesenlik is die volgende doelwitte geformuleer:

- 1.2.1 Om mense binne hul omgewing van funksionering op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering te konseptualiseer, deur spesifiek te fokus op menslike behoeftes en die probleme wat uit onvervulde behoeftes spruit.
- 1.2.2 Om die kennis, waardes, vaardighede en rolle van maatskaplike werkers deur verwysing na die mikro-, meso- en makrovlakke van intervensie te beskryf.
- 1.2.3 Om geneeshere se huidige benutting van maatskaplikewerkdienste, sowel as hul behoeftes met betrekking tot psigososiale dienslewering aan pasiënte, te bepaal.

1.3 AFBAKENING VAN DIE NAVORSINGSVELD

Die universum bestaan uit honderd-en-drie (103) geneeshere werksaam in privaat praktyke in die Windhoekse munisipale gebied. Die name en adresse van geneeshere is bekom uit die mediese kolom in die Windhoekse telefoongids vir die jaar 2000. Geen in- of uitsluitingskriteria ten opsigte van geslag, ras, ouderdom, opleiding of werksondervinding is gestel nie. Geneeshere in diens van die Namibiese regering is nie by die ondersoek betrek nie, tensy hulle ook as privaat praktisyns geregistreer is en hul name dus in die telefoongids verskyn.

'n Eenvoudige ewekansige steekproef is volgens Babbie (1995:206) se beskrywing van die prosedure getrek. 'n Verteenwoordigende steekproef van vyf-en-veertig (45) respondente is gedoen. Die grootte van die steekproef is bepaal deur die benutting van Stoker (1981:13) se riglyn vir die berekening van steekproefgroottes. Die steekproefverhouding vir 'n populasie van twintig (20) is honderd persent (100%) en die steekproefgrootte is dus twintig (20). Die steekproefverhouding vir 'n populasie van honderd (100) is vyf-en-veertig persent (45%) en die steekproefgrootte is dus vyf-en-veertig (45).

Weens die homogeniteit van die populasie en die ewekansige steekproeftrekking is Landman (1988:43) en Cozby (1989:55) albei van mening dat die steekproef verteenwoordigend van die populasie is. In die lig van die groot aantal veranderlikes wat tydens die studie getoets word, maan Williams, Tutty & Grinell (1995:235) dat bevindinge ten opsigte van alle veranderlikes moontlik nie na die populasie veralgemeen kan word nie. Aangesien die studie hoofsaaklik gerig is op die ontwikkeling van 'n praktykriglyn vir benutting deur geneeshere in privaat praktyk en op 'n latere stadium evalueer sal word, is besluit om resultate te beskou as synde algemeen van toepassing op die populasie as geheel.

1.4 NAVORSINGSONTWERP

Volgens die Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:43) word 'n navorsingsontwerp omskryf as die: "Plan van 'n navorsingsprojek waarvolgens data ingewin word om die hipotese te ondersoek of die doel te verwesenlik." In hierdie studie word 'n verkennende en beskrywende navorsingsontwerp gebruik. Beoordeel volgens Babbie (1995:84-86) se beskrywing van 'n navorsingsprojek sluit hierdie navorsing die volgende verlangde elemente in: 'n Onbekende terrein, naamlik geneeshere se kennis van psigososiale probleme en hul benutting van maatskaplike werkers se dienste, word verken en dan objektief beskryf. Die frekwensie waarmee bepaalde veranderlikes in die steekproef voorkom, word sistematies geklassifiseer en dan bespreek. Die bevindinge van die studie, wat empiries op die steekproef fokus, word beskou as synde algemeen van toepassing op die populasie as geheel. 'n Waarheidsgetroue beeld van die individu, as die eenheid van ontleding, word dus as algemeen beskou.

Die navorser maak ook gebruik van toegepaste navorsing, soos beskryf deur Arkava en Lane (1983:12-13) en Cozby (1989:9). Daar word gepoog om probleme waarmee die navorser in die praktyk gekonfronteer word, op te los en om die oplossings prakties toe te pas. In aansluiting by Williams *et al* (1995:196) poog die navorser om algemene idees en

tentatiewe teorieë te formuleer ten opsigte van geneeshere se vermoëns om psigososiale probleme te identifiseer, te hanteer en te verwys. 'n Raamwerk vir verwysing van dienste na maatskaplike werkers word ontwikkel en kan, deur die evaluering daarvan, as grondslag vir verdere navorsing benut word.

Kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsmetodes word benut soos deur Grinnell (1988:185) beskryf: "We can use quantitative methods to count and correlate social and psychological phenomena. Likewise, we can use qualitative research methods to seek the essential character of these social and psychological phenomena. Both methods attempt to describe and explain social reality." Babbie (1995:2) se standpunt dat die sosiale werklikheid, wat die fisiese bestaan van individue, maar ook verhoudings, insluit, altyd kwalitatiewe en kwantitatiewe eienskappe bevat, stem hiermee ooreen.

Patton (1980:299) is van mening dat daar geen korrekte wyse is om kwalitatiewe data te organiseer, te ontleed en te interpreteer nie. In hierdie studie word kwalitatiewe data verkry vanuit die motivering van sommige antwoorde, een oop vraag en die geleentheid vir verdere opmerkings deur respondente. Kwantitatiewe data word verkry vanuit meerkeusige vrae, waar 'n beperkte getal opsies beskikbaar is.

1.5 METODES VAN ONDERSOEK

Die doelstellings en doelwitte is bereik deur die insameling van data by wyse van 'n literatuur- en empiriese studie.

1.5.1 Literatuurstudie

'n Omvattende literatuurstudie van Suid-Afrikaanse en buitelandse bronne is gedoen om die navorser bekend te maak met die ondersoekgebied en om die navorsingsonderwerp in perspektief te plaas. 'n Rekenaarsoektog is by die universiteitsbiblioteek van die Universiteit van Stellenbosch gedoen en werke wat nie onmiddellik beskikbaar was in die universiteitsbiblioteek, mediese biblioteek by Tygerberg Hospitaal, of leeskamer van die Departement van Maatskaplike Werk by die Universiteit van Stellenbosch nie, is deur interbiblioteeklenings bekom. Bronnelyste van verskeie artikels het as verdere literatuurverwysingsbronne gedien. Al die beskikbare leesstof met betrekking tot die onderwerp is by die Universiteit van Namibië en die Windhoek Internasionale Biblioteek bestudeer. Relevante navorsing is vanuit die NEXUS-databasis geïdentifiseer, by wyse van interbiblioteeklenings bekom en deurgewerk.

Die noodsaaklikheid van 'n relevante teoretiese en navorsingsgrondslag vir die empiriese studie word deur Mouton en Marais (1989:195) uitgelig. Die literatuurstudie het dus as grondslag vir die empiriese ondersoek gedien.

1.5.2 Empiriese ondersoek

Vyf-en-veertig (45) geneeshere, geselekteer deur ewekansige steekproeftrekking, het as teikengroep vir die empiriese studie gedien. Daar is gepoog om afsprake met al die geneeshere in die steekproef te reël, maar slegs nege-en-dertig (39) kon by die studie betrek word.

Aanvanklik het die navorser beoog om gedurende September 2000 onderhoude met respondente te voer. Vraelyste sou tydens die onderhoude saam met geneeshere ingevul word. Geneeshere se sekretaresse is dienooreenkomstig ingelig en is versoek om tien tot vyftien minute vir die onderhoud in te ruim. Reeds tydens die eerste onderhoud het die navorser te staan gekom voor die probleem van 'n oorvol spreekkamer. Hierdie tendens is by die meeste spreekkamers gevind. Weens beperkte tyd het die eerste twee respondente die navorser versoek om die vraelyste tuis in te vul, waarna dit die volgende dag afgehaal kon word. Ten einde die geldigheid en veralgemeenbaarheid van die studie te verseker, het die navorser op hierdie stadium besluit om dieselfde inligting aan alle respondente te verskaf en daarna aan hulle geleentheid te bied om die vraelyste tuis in te vul.

Die voor- en nadele van onderhoudvoering en die invul van vraelyste is albei in hierdie studie ter sprake. Die persoonlike kontak met respondente het 'n honderd persent (100%) responskoers moontlik gemaak. Inge vulde vraelyste is van al nege-en-dertig (39) geneeshere ontvang met wie onderhoude gereël is en met wie die navorser persoonlik in kontak was. Arkava & Lane (1983:173) en Babbie (1995:264) waarsku teen die beïnvloeding van respondente tydens onderhoudvoering. Beïnvloeding is voorkom deurdat die navorser bedag was op dié verskynsel en dus dieselfde basiese inligting aan alle respondente oorgedra het. Die vraelyste is daarna, sonder enige verdere bydrae van die navorser, deur die respondente ingevul. Die betroubaarheid van die navorsingsbevindinge is sodoende verhoog.

Die gebruik van vraelyste is een van die algemeenste en bekendste navorsingsmetodes, volgens Arkava & Lane (1983:167) en Williams *et al* (1995:245). Volgens Grinnell (1988:307-309) en Babbie (1995:258-260) is die moontlikheid van 'n lae responskoers, die moontlikheid van vraelyste wat in die pos verlore raak en herinneringsnotas die grootste nadele van dié metingsinstrument. Deur respondente persoonlik te nader, is genoemde probleme uitgeskakel. Herhaaldelike telefoniese navrae was wel soms nodig voordat vraelyste terugbesorg is.

Gestruktureerde en oop vrae is in die vraelys gebruik om inligting te bekom. Ten einde vir alternatiewe response ruimte te bied, is 'n "ander"-kategorie by alle gestruktureerde vrae verskaf. Oop vrae was hoofsaaklik in die vorm van versoeke vir die motivering van antwoorde op sekere gestruktureerde vrae.

Babbie (1995:143) waarsku teen die benutting van stellings wat op 'n negatiewe wyse gestel word. In vraag 15, item 6, van die vraelys is daar so 'n vraag aan respondente gestel. In ooreenstemming met Babbie se waarskuwing, het respondente die item verskillend vertolk en kon geen sinvolle inligting met die item ingewin word nie. Gevolglik het die navorser besluit om dit te skrap. Die orige vrae was duidelik en relevant tot die doel van die navorsing en het sinvolle bevindinge gelewer.

1.6 DATAVERWERKINGSPROSEDURE

Data wat tydens die empiriese ondersoek ingesamel is, is met die hand en 'n rekenaar verwerk. Die response op gestruktureerde vrae is gekodifiseer, frekwensies is bepaal en data is grafies by wyse van grafieke en tabelle voorgestel. Die response op oop vrae is

ondersoek, waarna die kerngedagtes van elkeen gedokumenteer en benut is by die maak van gevolgtrekkings.

1.7 AANBIEDING VAN DIE STUDIE

Die eerste hoofstuk is inleidend van aard en oriënteer die leser ten opsigte van die ondersoek

In hoofstuk twee word individue as multidimensionele persone, wat in voortdurende wisselwerking met hul omgewing, wat die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering insluit, bespreek. Die vervulling van behoeftes word in verband gebring met gesondheid, terwyl probleme in verband met siekte gebring word. Aandag word geskenk aan die benaderings wat onderskeidelik deur geneeshere en maatskaplike werkers, in reaksie op hierdie probleme by pasiënte, gebruik word.

Hoofstuk drie handel oor die kennis en waardes waarvoor maatskaplike werkers moet beskik om effektiewe en doeltreffende intervensie aan pasiënte te bied. Hierdie kennis en waardes word geoperasionaliseer in die vaardighede wat tydens intervensie benut word. Die toepassing van vaardighede geskied binne die uitvoering van sekere rolle deur maatskaplike werkers. In hierdie hoofstuk word die kennis, waardes, vaardighede en rolle van maatskaplike werkers, met verwysing na intervensie op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering, beskryf.

Die doel en funksies van maatskaplikewerkintervensie word in hoofstuk vier beskryf. 'n Raamwerk vir verwysing word ontwikkel. Daar word aandag geskenk aan watter pasiënte na maatskaplike werkers verwys kan word, wie die verwysing kan doen en die verwysingsprosedure. Die vereistes waaraan maatskaplike werkers, as verwysingsbronne vir geneeshere, moet voldoen, word ten slotte uitgelig.

Hoofstuk vyf bevat 'n bespreking oor die empiriese ondersoek wat uitgevoer is. Die gevolgtrekkings word in hoofstuk ses bespreek. 'n Raamwerk vir die verwysing van pasiënte met psigososiale probleme na maatskaplike werkers, word in hoofstuk ses geformuleer. Die hoofstuk word met verdere aanbevelings en opmerkings afgesluit.

HOOFSTUK 2:

INTERVENSIEBENADERINGS GERIG OP DIE VERBETERING VAN MAATSKAPLIKE FUNKSIONERING

2.1 INLEIDING

Geneeshere kan dikwels nie verstaan waarom sommige pasiënte na afloop van 'n operasie of mediese behandeling nie volkome herstel of weer in die gemeenskap kan aanpas nie. Sommige pasiënte sal byvoorbeeld so spoedig moontlik met hul pre-operatiewe gedrag hervat, terwyl ander op grond van fisiologiese ongeskiktheid om vroeë aftrede sal aansoek doen.. Geneeshere wat hierdie onsekerheid ondervind, is dikwels nie sensitief vir die interafhanklike aard van individue se interne en eksterne wêreld nie.

Geen individu funksioneer in isolasie nie, maar verkeer in 'n voortdurende proses van wisselwerking en wedersydse beïnvloeding deur sy omgewing. Behoeftes word in die omgewing van funksionering op mikro-, meso- en makrovlakke ervaar. DuBois & Miley (1996:68) is van mening dat onvervulde behoeftes op enige van genoemde vlakke tot ingeperkte maatskaplike funksionering en 'n ekologiese wanbalans lei.

In hierdie hoofstuk word die ekologiese sisteemteoretiese perspektief tot intervensie benut ten einde die omgewing van funksionering en die konsep: "maatskaplike funksionering" te konseptualiseer. Aandag word geskenk aan die behoeftes wat individue op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering ervaar, terwyl behoeftevervulling en die resultaat sou behoeftes nie vervul word nie, uitgelig word. Verbande word getrek tussen gesondheid en vervulde behoeftes en siekte en onvervulde behoeftes.

Die hantering van onvervulde behoeftes van individue op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering word bespreek. Verskillende benaderings tot mediese behandeling en maatskaplike intervensie word uitgelig, waarna die doeltreffendheid van die onderskeie benaderings bespreek word.

Deur die uitbreiding van kennis ten opsigte van die verskillende benaderings wat as grondslag vir intervensie kan dien, word gepoog om professionele persone se sieninge oor die rol van siekte of gestremdheid by pasiënte en hul gesinne se lewe te verbreed. Holistiese, pasiëntgesentreerde intervensie en dienslewering, deur maatskaplike werkers en geneeshere, word in die vooruitsig gestel.

2.2 EKOLOGIESE SISTEEMTEORETIESE PERSPEKTIEF TOT INTERVENSIE

Die ekologiese sisteemteoretiese perspektief bestaan uit 'n kombinasie van die ekologiese benadering en sisteemteorie. Albei benaderings fokus op die dinamiese interaksie tussen

die verskillende vlakke van sisteme. Die ekologiese benadering fokus op lewende, dinamiese transaksies tussen individue en hul omgewing, terwyl aktiewe deelname van individue beklemtoon word. Die sisteemteorie verskil hiervan, aangesien dit na transaksies tussen individue kan verwys, byvoorbeeld gesinsfunksionering, maar ook na meganiese handeling, byvoorbeeld 'n monteerband in 'n fabriek. Nog 'n verskil tussen die twee benaderings is dat die ekologiese benadering fokus op transaksies tussen individue en hul omgewing by die ontmoetingspunt, terwyl die sisteemteorie op die grense van subsisteme en die handhawing van homeostase binne sisteme fokus (Kirst-Ashman & Hull 1994:12). Deur die twee benaderings te kombineer om 'n ekologiese sisteemteoretiese perspektief te vorm, word 'n uitgebreide raamwerk vir die hantering van probleme toegepas .

Die ekologiese sisteemteoretiese perspektief fokus op individue in wisselwerking met hul omgewing en sluit fasette van die ekologiese, sistemiese en persoon-omgewing-passing-benaderings in. Individue en hul omgewing is in 'n voortdurende proses van wisselwerking en wedersydse beïnvloeding by mekaar betrokke. Die aard van die transaksies tussen individue en hul omgewing fasiliteer of inhibeer aanpassing. Individue vervul die mees sentrale rol in die ekosisteem en alle gebeure en ondervindinge word geïnterpreteer volgens die impak wat dit op hulle het. Hierdie proses vind in die geval van individue lewenslank plaas en in die geval van spesies gedurende hul hele evolusionêre tydperk (Wech 1987:158; Lombard 1991:15; Zastrow 1992:19; Wolff & Riekstins 1994:15; Strydom 1995:116; Wakefield 1996:3-4; Faul & Van Zyl 1996:98).

Sirkulêre kousaliteit, wat die proses behels waartydens 'n verandering by enige element binne die sisteem 'n verandering by die ander elemente veroorsaak, is die grondslag van die sisteemteorie. Indien 'n kind byvoorbeeld 'n hoofbesering in 'n motorongeluk opdoen, word alle gesinslede daardeur geraak, omdat die gesinsbalans versteur word. 'n Sisteem kan oop of geslote vir interaksie van buite wees en verkeer in 'n toestand van homeostase of onewewigtigheid. 'n Oop gesinsisteem is ontvanklik vir terapeutiese bydraes deur byvoorbeeld 'n maatskaplike werker, terwyl 'n geslote sisteem dit sal verwerp. Die sisteem word deur positiewe of negatiewe terugvoer gereguleer en enige verandering wat die balans bedreig, word teengestaan (Donnelly 1992:115; Francisco-la Grange & Nel 1993:41; Campbell 1993:382; Conradie, Schenck & Collins 1996:39). Die hulpverlener staan objektief en in beheer van die veranderingsproses. Terapeutiese bydraes fokus op al die elemente binne die sisteem en sluit veranderinge in die sosiale omgewing in.

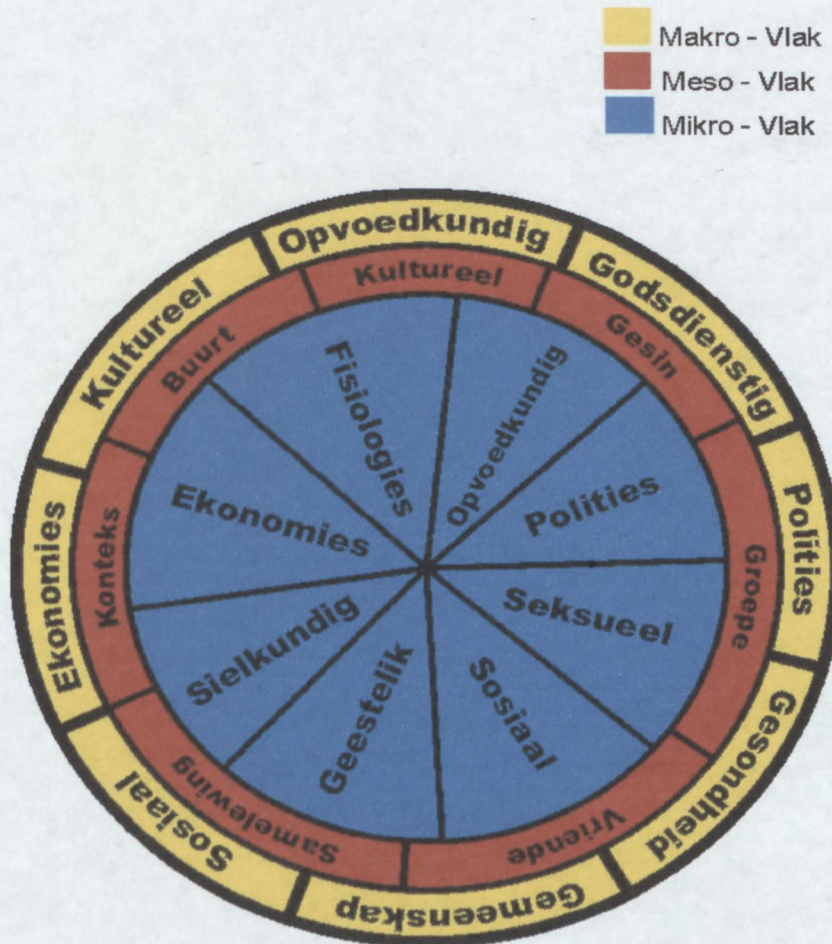
Vanuit 'n ekologiese sisteemteoretiese perspektief fokus maatskaplike werkers op die verbetering van die graad van aanpassing van individue by hul omgewing, sowel as die aanpassing van die omgewing by individue. Die oorgangsbehoefte en probleme wat dikwels deur individue en hul gesinne tydens die verskillende lewensfasies (byvoorbeeld huwelike, egskeidings en die afsterwe van geliefde) ervaar word, word aangepak deur die aanleer van probleemoplossings-, hanterings- en ontwikkelingsvaardighede. Zastrow (1992:18) en Derezotes (2000:71) meld dat die teken van verandering pasiëntsisteme, die ontwikkeling van hulpbronne binne die gemeenskap en die skakeling tussen die twee entiteite is.

Volgens die persoon-omgewing-passing-benadering word die identifisering en die ontleding van mense se behoeftes en probleme binne hul omgewing as sentraal tot intervensie beskou. Schlesinger (1985:134) verwys na Coulton wat bevind het dat wedersydse beïnvloeding tussen persone binne hul omgewing en gesondheid voorkom. Guther (1992:391) het hierdie bevinding gekonstateer. Mechanic, soos aangehaal deur Schlesinger (1985:136), meld dat die graad van aanpassing van individue bepaal word deur die graad van passing tussen hul vaardighede en vermoëns, die relevante beskikbare ondersteuningsnetwerke en die aard van die uitdagings waarmee hulle gekonfronteer word. Francisco-la Grange & Nel (1993:40) kritiseer die ekologiese sisteemteoretiese perspektief op grond van die ignorering van die psigologiese inslag van individue se ervaring. Volgens Van Zyl & Delpont (1993:4) is die gemeenskap die medium waardeur individue, groepe en organisasies met die samelewing as geheel bind en waardeur die samelewing weer sy norme na individue, groepe en organisasies uitbrei. Die skrywers lig dus die interafhanklike status en die unieke en dinamiese aard van funksionering uit.

2.3 DIE OMGEWING VAN FUNKSIONERING

Individue leef nie in isolasie nie, maar verkeer in 'n voortdurende proses van interaksie met hul omgewing. Die omgewing of konteks verwys na die fisiese omgewing wat, onder andere, die natuurlike wêreld (byvoorbeeld klimaat) en geboude strukture insluit. Potgieter (1998:264) en Derezotes (2000:170) verwys na die sosiale omgewing, wat ook deel van die omgewing vorm en die verhoudings van individue, binne die ekonomiese, psigologiese en politiese omgewing, insluit.

Die belangrikheid daarvan om die mikro-, meso- en makrovlakke van die omgewing in ag te neem, word deur Zastrow (1992:63) uitgelig. Bernstein & Gray (1997:17) beklemtoon ook die belangrikheid daarvan en is van mening dat die omgewing waarbinne individue lewe, hul lewenskwaliteit beïnvloed en tot die ontstaan van behoeftes, persoonlike en sosiale probleme kan bydra. Indien daar blokkerings op die mikro-, meso- of makrovlakke van funksionering ontstaan, word behoeftes geblokkeer en ontstaan daar dikwels persoonlike of sosiale probleme. Die ekologiese sisteemteoretiese perspektief tot intervensie is hier ter sprake (Sien afdeling 2.2). In Figuur 2.1 word die omgewing waarbinne individue funksioneer, uitgelig, met spesifieke verwysing na die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering. Hierdie figuur is saamgestel vanuit die menings van Meenaghan (1987:83), Zastrow (1992:63), Kirst-Ashman & Hull (1994:82), Bernstein & Gray (1997:17), Potgieter (1998:264) en Derezotes (2000:170).



Figuur 2.1: DIE OMGEWING VAN FUNKSIONERING

2.3.1 Mikrovlak van funksionering

Die mikrovlak verwys na die fisiese en sosiale werklikhede waarbinne individue daaglik funksioneer. Die politiese, fisiologiese, opvoedkundige, ekonomiese, psigologiese, geestelike, sosiale, seksuele en politiese dimensies van individue maak deel uit van hierdie vlak van funksionering. Bernstein & Gray (1997:18) en Potgieter (1998:264) meld dat terapeutiese bydraes deur maatskaplike werkers op hierdie vlak op individue, individue in kleingroepe en gesinne fokus.

2.3.2 Mesovlak van funksionering

Die mesovlak beïnvloed en bepaal die funksionering van die mikro-omgewing. Formele groepe, organisasies en instansies, byvoorbeeld kerke, skole en die werksplek, vorm deel van hierdie vlak van die omgewing. Kirst-Ashman & Hull (1994:82) en Bernstein & Gray (1997:18) meld dat terapeutiese bydraes deur maatskaplike werkers op die mesovlak van funksionering op byvoorbeeld organisatoriese veranderinge, multidissiplinêre spanwerk en groepwerk fokus.

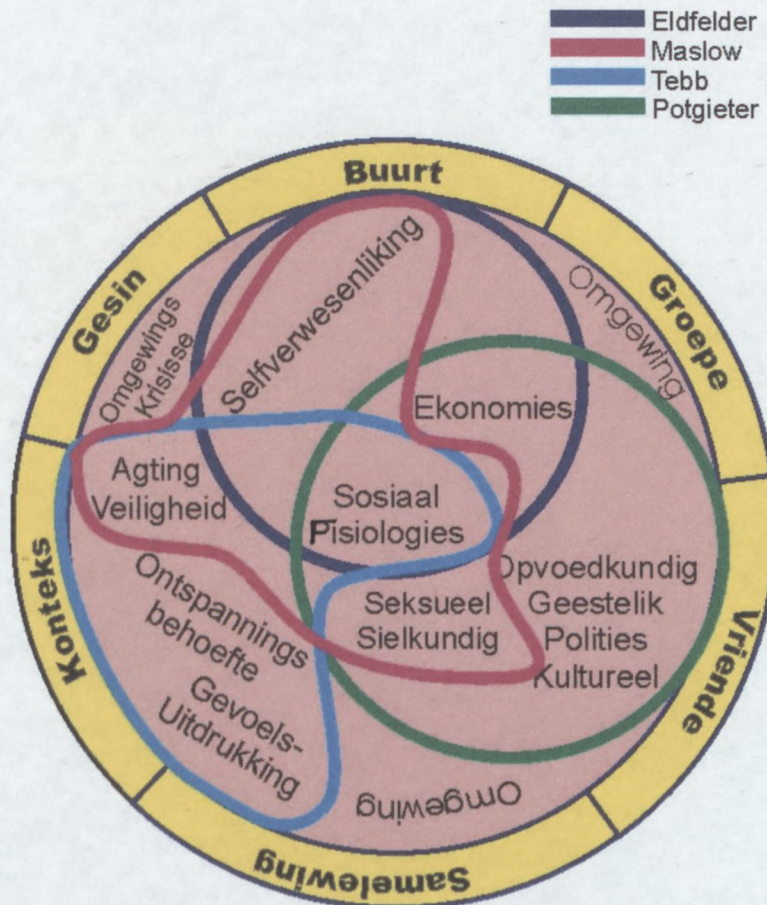
2.3.3 Makrovlak van funksionering

Die makrovlak sluit die mikro- en mesovlakke van funksionering, sowel as die oorhoofse gesondheid, opvoedkundige, sosiale, kulturele, ekonomiese en godsdienstige sisteme in. Bernstein & Gray (1997:19) meld dat sosiale faktore, soos kulturele waardes, sosiale beleid en sosio-ekonomiese omstandighede, 'n integrale deel van die makro-omgewing uitmaak. Terapeutiese bydraes deur maatskaplike werkers fokus op beplanning, administrasie, evaluering en gemeenskapsorganisering. Meenaghan (1987:83) en Potgieter (1998:264) meld dat gemeenskapskwessies, byvoorbeeld werkloosheid, armoede, en gesondheidsprobleme (soos VIGS en tuberkulose) en regeringsbeleid, op hierdie vlak aangespreek word.

2.4 MENSE SE ALGEMENE MAATSKAPLIKE BEHOEFTE

Maatskaplike funksionering van mense het tot gevolg dat hulle bepaalde behoeftes ervaar. In die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:6) word behoeftes omskryf as: "Fisiese, psigiese, geestelike, materiële en maatskaplike vereistes vir oorlewing, welsyn en selfverwesenliking." Behoeftes word universeel ervaar, maar is geïndividualiseerd. Dit wissel na gelang van tyd en die verskillende fases van menslike ontwikkeling. Johnson & Schwartz (1994:4) is van mening dat behoeftes uit interaksies met mekaar en met die omgewing spruit. Potgieter (1998:7) sluit hierby aan en meld dat behoeftes kultureel omskryf word en ervaar word deur individue, gesinne, organisasies en gemeenskappe. Die omgewing waarbinne mense lewe speel dus 'n bepalende rol met betrekking tot die soort probleme wat hulle ondervind.

Behoeftes word op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering ondervind. Ten einde die wisselwerking tussen die behoeftes wat op die onderskeie vlakke van funksionering ervaar word, uit te wys, word verskeie skrywers se sienings in Figuur 2.2 deur die navorser vergelyk. 'n Vergelyking word getref tussen Alderfer se ERG-benadering (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8), Maslow se hiërargie van behoeftes (soos aangehaal deur Gerdes, Moore, Ochse & Van Ede 1988:67-70), Tebb se benadering tot basiese menslike behoeftes (Tebb 1995:90) en Potgieter se benadering vir holistiese intervensie (Potgieter 1998:116). Die ERG-benadering van Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) verwys na: "Existence, Relatedness and Growth."



Figuur 2.2: MENSE SE ALGEMENE MAATSKAPLIKE BEHOEFTES

2.4.1 Maatskaplike behoeftes op die mikrovlak van funksionering

Fisiologiese, sosiale, seksuele, psigologiese, opvoedkundige, ekonomiese, geestelike, politieke, sekuriteits-, ontspannings- en kulturele behoeftes word op die mikrovlak van funksionering ervaar. Die behoefte aan agting, gevoelsuitdrukking, selfverwesenliking en aan 'n gesin is ook mikrovlakbehoeftes.

1) Fisiologiese behoeftes

Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8), Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70), Tebb (1995:90) en Potgieter (1998:116) (Sien Figuur 2.2) is dit eens dat fisiologiese behoeftes deur alle individue ervaar word. Honger, dors, slaap, seksuele en gesondheidsbehoeftes, wat die behoefte om fisiologies en psigologies gesond te wees en toegang te hê tot gesondheidsdienste is voorbeelde van fisiologiese behoeftes wat deur individue ervaar word. Die voorsiening van voedsel, water, sanitasie en gelyke toegang tot gesondheidsdienste word deur maatskaplike werkers op gemeenskaps- en regeringsvlak aangespreek (Seipel 1990:275; African National Congress 1994a; Walker & Walker 1998:50). Die voorsiening van gesondheidsopvoeding deur maatskaplike werkers op individuele, klein groep en gemeenskapsvlak bied aan individue beter fisiologiese en psigologiese gesondheid.

Maslow, soos aangehaal deur Gerdes *et al* (1988:67), stel die bevrediging van fisiologiese behoeftes as voorvereiste vir die bevrediging van groei-behoeftes. Groei-behoeftes verwys na die behoefte aan agting, byvoorbeeld mag, prestasie en prestige, en die behoefte aan selfverwesenliking. Maslow is van mening dat groei-behoeftes intrinsiek gemotiveer word en dat dit afhanklik is van die bereiking van persoonlike ideale en die gebruik van talente en vermoëns. Fisiologiese behoeftes word deur die skrywer geklassifiseer as gebreks-behoeftes, aangesien dit ekstrasiek gemotiveer word en individue afhanklik is van die fisiese en sosiale omgewing vir die bevrediging daarvan. Daar word dus te kenne gegee dat individue meer beheer oor groei- as gebreks-behoeftes het. Kritiek op Maslow se siening oor die volgorde van behoefte-bevrediging is dat fisiologiese behoeftes soms as sekondêr gestel word tot die bevrediging van groei-behoeftes, byvoorbeeld wanneer 'n ouer honger ly om aan 'n kind die geleentheid tot verdere studie te bied (Potgieter 1998:7). Die afleiding word dus gemaak dat die bevrediging van fisiologiese behoeftes nie 'n voorvereiste vir die bevrediging van groei-behoeftes is nie.

2) Sosiale behoeftes

Die sosiale behoeftes van individue is deur al vier skrywers in Figuur 2.2, naamlik Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8), Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70, Tebb (1995:90) en Potgieter (1998:116) geïdentifiseer. Alderfer verwys na hierdie behoeftes as "verwantskaps-behoeftes", aangesien die bevrediging daarvan afhanklik is van verhoudings binne die gesin, vriendskappe, belangstellings en betrokkenheid by sport, werk en professionele groepe. Maatskaplike funksionering verwys dus na die interaksie en wedersydse beïnvloeding tussen individue en hul fisiese en sosiale omgewings. Individue se sienings van die wêreld, hul behoeftes, oortuigings, gevoelens en gedrag word deur die kontak met hul sosiale wêreld geraak. Potgieter (1998:117) is van mening dat sodanige interaksie van die individu met sy omgewing sy lewenskwaliteit kan bevorder of inperk. Die rede wat hiervoor aangevoer word, is dat alle fasette van die individu by die interaksieproses betrokke is en gevolglik geraak word.

Die behoefte aan liefde, aanvaarding en om te behoort is onderliggend aan hierdie interaksies. Wakefield (1996:5) verwys ook na die behoefte aan liefdevolle verhoudings en vriendskappe. Deur interaksie met ander individue, deur byvoorbeeld die bywoning van sosiale geleenthede en deelname in groepe of organisasies, word sosiale behoeftes vervul. Tydens beraad fokus maatskaplike werkers op die verbetering van kliënte se selfvertroue, hanteringsmeganismes, kommunikasie-, konflikthanterings- en besluitnemingsvaardighede. Individuele, huweliks- of gesinsberaad word gedoen.

3) Seksuele behoeftes

Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) en Potgieter (1998:116) (Sien Figuur 2.2) klassifiseer seksuele behoeftes as basiese menslike behoeftes wat deur alle individue ervaar word. Tebb (1995:90) en Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) verwys nie in hul benaderings na seksuele behoeftes nie.

Seksuele behoeftes word dikwels weens pasiënte se siektetoestande of gestremdhede nie vervul nie. Gevolglik kan hul seksuele beeld, seksuele drange, seksuele uitdrukking, bevoegdheid of geleentheid verminder, verwronge of afwesig wees. Volgens Hamilton (1980:287) kan 'n swak selfbeeld twyfel aan seksuele vermoëns en frustrasie laat

ontstaan. Gerdes *et al* (1988:359) meld dat inhibisie, onkunde, die vrees vir swak prestasie, wanfunksionering by mans of vroue en swak kommunikasie tussen die betrokke partye verder tot onvervulde seksuele behoeftes en gevolglike probleme bydra. Deur individuele of huweliksterapie fasiliteer maatskaplike werkers die daarstelling van 'n gebalanseerde seksuele beeld by pasiënte en word vaardighede aangeleer ten einde beter kommunikasie tussen partye daar te stel.

4) Psigologiese behoeftes

Die behoefte aan oriëntasie, persoonlike groei, 'n doel waarna gestrewe kan word en die uitdrukking van kreatiwiteit is voorbeelde van psigologiese behoeftes. Die oorgangsbehoefte in die verskillende ontwikkelingsfases van individue is verdere voorbeelde hiervan. Psigologiese behoeftes spruit uit rolveranderinge, byvoorbeeld 'n sakevrou wat na die geboorte van haar kind huisvrou word, sowel as uit die krisis wat deel kan wees van elke persoon se lewe, byvoorbeeld die afsterwe van 'n geliefde, verkragting of moord (Riegel, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:76-78; Erikson, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:72-76; Zastrow 1992:18; Nel 1993:41; Wakefield 1996:5; Faul & Van Zyl 1996:98).

Siekte het 'n psigologiese uitwerking op pasiënte, omdat 'n verlies aan oriëntasie of rigting dikwels ervaar word. 'n Tekort aan selfvertroue en onvoldoende hanteringsmeganismes, asook beperkte kommunikasie-, besluitnemings- of konflikthanteringsvaardighede kan tot depressie of isolasie lei. Die fases van verwerking van gestremdheid, verlies aan funksionering, of die diagnose van 'n ernstige siekte word deur verskeie skrywers uitgelig as skok, woede, verwyt, onderhandeling, depressie, isolasie en aanpassing (Bamford 1988:12; Epstein, Campbell, Cohen-Cole, McWhinney & Smilkstein 1993:386; Van Rooyen 1995:2). Maatskaplike werkers fasiliteer die emosionele verwerking van krisis en stel pasiënte in staat om hul probleme op te los deur hulle met die toepaslike vaardighede toe te rus. Onvervulde psigologiese behoeftes kan tot psigosomatiese siektes of selfmoordpogings lei. Hierdie psigologiese of fisiologiese probleme noodsaak soms hospitalisasie.

Carr & Fogarty (1999:435) is van mening dat hospitalisasie dikwels traumaties deur pasiënte of hul gesinne ervaar word weens die onsekerheid, prysgawe van vryheid, prysgawe van afhanklikheid en die verlies aan beheer wat dit te kenne gee. Aanpassingsbehoefte spruit hieruit voort. Maatskaplike werkers berei pasiënte en hul gesinne voor op hospitalisasie, doen berading tydens hospitalisasie en doen ontslag- en nasorgbeplanning met pasiënte. Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) en Potgieter (1998:116) (Sien Figuur 2.2) erken albei die bestaan van psigologiese behoeftes by die individu, terwyl Tebb (1995:90) en Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) nie in hul benaderings daarna verwys nie.

5) Opvoedkundige behoeftes

Potgieter (1998:116) (Sien Figuur 2.2) is van mening dat alle individue 'n behoefte aan intellektuele ontwikkeling ervaar. Dit sluit 'n behoefte aan kennisuitbreiding, skoling, naskoolse opleiding en probleemoplossing in. Deur die benutting van intellektuele vermoëns, die aanleer van nuwe vaardighede, produktiwiteit, erkenning en prestasie word

opvoedkundige behoeftes vervul (Lombard 1991:15; Zastrow 1992:18; Wakefield 1996:5; Griffiths 1998:1). Die afwesigheid van opvoedkundige instellings en geleenthede is soms struikelblokke tot die vervulling van hierdie behoefte (African National Congress 1994b:23). Siekte of gestremdheid (byvoorbeeld beroerte en hoofbeserings) lei dikwels tot die aantasting van pasiënte se intellektuele vermoëns. Fletcher, Banja, Jann & Wolf (1992:32) meld dat maatskaplike werkers, saam met arbeidsterapeute en ander spanlede, poog om pasiënte intellektueel deur byvoorbeeld realiteitstoetsing te stimuleer.

Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8), Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) en Tebb (1995:90) (Sien Figuur 2.2) identifiseer nie opvoedkundige behoeftes as basiese menslike behoeftes nie. Alhoewel Maslow nie die bestaan van opvoedkundige behoeftes identifiseer nie, dra die vervulling daarvan by tot die vervulling van sy geïdentifiseerde behoefte aan selfverwesenliking.

6) Ekonomiese behoeftes

Potgieter (1998:116) en Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) (Sien Figuur 2.2) klassifiseer ekonomiese behoeftes as basiese menslike behoeftes wat bydra tot die vervulling van bestaansbehoefte. Dit behels die behoefte aan 'n beroep wat interessant, uitdagend en bevredigend is en die behoefte aan genoegsame finansiële middele om vir daaglikse behoeftes te betaal. Alhoewel die ekonomiese behoeftes van individue nie deur Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) of Tebb (1995:90) geïdentifiseer word nie, dra die vervulling daarvan by tot die vervulling van sekuriteitsbehoefte, soos geïdentifiseer deur Maslow (Sien Figuur 2.2).

Volgens Gerdes *et al* (1988:277) speel werk 'n belangrike rol in die bepaling van individue se persoonlike, individuele en openbare identiteit. Siekte kan lei tot finansiële probleme weens verhoogde mediese koste, maar ook tot tydelike of permanente ongeskiktheid. Bamford (1988:12) verwys na die afbrekende uitwerking van hierdie faktore op genoemde identiteit. Die afname van die vermoë van pasiënte om hul beroep uit te oefen, het 'n afbrekende psigologiese uitwerking op hulle. Maatskaplike werkers fasiliteer gevoelsverwerking met betrekking tot tydelike of permanente ongeskiktheid by pasiënte en rus pasiënte toe met die toepaslike vaardighede om byvoorbeeld die terugkeer na 'n vorige betrekking of na 'n alternatiewe pos met die werkgewer te beding.

7) Geestelike behoeftes

Potgieter (1998:116) is die enigste skrywer wat na geestelike behoeftes by individue verwys (Sien Figuur 2.2). Geestelike behoeftes behels die behoefte om aan iets wat groter as die self is, vas te hou. Zastrow (1992:18) meld dat die vervulling van geestelike behoeftes individue aanspoor tot verdere optrede en dat dit tot reflekerende denke bydra. Siekte en gestremdheid lei dikwels tot 'n verhoogde behoefte aan geestelike ondersteuning, aangesien sommige individue, midde-in 'n krisis 'n sielestryd ervaar (Davis & Fallowfield 1993:247; Tebb 1995:90). Maatskaplike werkers fasiliteer gevoelsverwerking en bring pasiënte daarna in aanraking met hulpbronne binne die gemeenskap wat bestaanbaar is met hul geloofsoortuiging, byvoorbeeld deur 'n Christen met 'n predikant in aanraking te bring.

8) Politieke behoeftes

Net Potgieter (1998:116) (Sien Figuur 2.2) verwys na die bestaan van politieke behoeftes by individue. Dit behels die behoefte aan politieke betrokkenheid en die strewe na 'n demokratiese bestel. Zastrow (1992:18) en die African National Congress (1994a:7) meld dat demokrasie daarop dui dat elke individu stemreg het en by die toepassing van beleid en aksieplanne betrek word. Politiese agitatie deur maatskaplike werkers is gerig op die verbetering van die samelewing se omstandighede en die daarstelling van maatskaplike geregtigheid.

9) Sekuriteitsbehoefte

Tebb (1995:90) en Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) (Sien Figuur 2.2) identifiseer sekuriteitsbehoefte as basiese menslike behoeftes. Individue het 'n behoefte aan geordendheid, voorspelbaarheid en struktuur. Permanente behuising, voldoende finansiële middele, besittings en luukse dra by tot die vervulling van hierdie behoefte. Die behoefte aan aangepaste behuising, byvoorbeeld by gestremdes, word deur Bamford (1988:12) uitgelig. Maatskaplike werkers het 'n rol met betrekking tot die identifisering van probleemareas tuis en die oordrag daarvan aan ander spanlede, byvoorbeeld 'n fisioterapeut en/of arbeidsterapeut. Raadgewing aan pasiënte en hul gesinne, of die aansoek om alternatiewe staatsbhuising, word ook deur maatskaplike werkers gedoen.

Volgens Supps & Wells (1991:80) val die behoefte aan genoegsame finansiële middele om mediese onkoste te dek en 'n mediese fonds wat behulpsaam kan wees met betaling, ook in hierdie kategorie. Maatskaplike werkers het 'n rol te speel met betrekking tot finansiële beplanning, byvoorbeeld die aansoek om siekte-, of ongeskiktheidsvoordele, pensioenuitbetalings of werkloosheidsversekering. 'n Sekuriteitsgevoel ten opsigte van die toekoms en konstruktiewe toekomsbeplanning vorm die grondslag vir behoeftevervulling. Vervulling van hierdie behoefte dra dus by tot die vervulling van die behoefte aan selfverwesenliking soos voorgestel deur Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) (Sien Figuur 2.2).

10) Behoeftes aan agting

Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) en Tebb (1995:90) (Sien Figuur 2.2) identifiseer albei individue se behoefte aan selfagting en selfrespek. Individue streef na erkenning, status en waardering deur ander en wil bekwaam en selfversekerd voel. Albei skrywers beklemtoon die noodsaaklikheid aan selfevaluering op grond van werklike vermoëns en prestasies, en nie net evaluering op grond van ander se sienings nie. Zastrow (1992:36) haal Cooley (1902) aan en meld dat die "vergrootglas-self" hier van toepassing is. Volgens hierdie konsep is die selfkonsep van 'n individu afhanklik van die aard van interaksie met ander. Positiewe terugvoer en respek deur ander dra by tot 'n positiewe selfkonsep en geluk. Om hierdie respek te handhaaf, tree individue sosiaal aanvaarbaar op. Minagting deur ander lei tot 'n "gefaalde identiteit" gekenmerk deur onttrekking aan die samelewing, emosionele wanbalans en afwykende gedrag. Deur pasiënte se hanteringsmeganismes en interpersoonlike vaardighede te verbeter, poog maatskaplike werkers om pasiënte tot optimale funksionering aan te spoor. Die behoefte

aan agting is nie deur Potgieter (1998:116) of Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) geïdentifiseer nie.

11) Ontspanningsbehoefes

Die enigste skrywer by Figuur 2.2 wat die ontspanningsbehoefes van die individu identifiseer, is Tebb (1995:90). Die belangrikheid van ontspanning word deur die skrywer uitgelig. Dit kan die aktiewe beoefening van sport, musiek, dans, of speletjies insluit, of die passiewe waarneming daarvan op televisie of by byeenkomste. Oefening, stokperdjies en sosiale aktiwiteite help individue om te ontspan.

Maatskaplike werkers poog om gemeenskappe te mobiliseer om siek of gestremde persone by sosiale aktiwiteite te betrek. Pasiënte se behoeftes word geëvalueer en daarna word inskakeling by byvoorbeeld Sport vir Gestremdes gefasiliteer. Die emosionele voorbereiding van pasiënte vir inskakeling maak 'n integrale deel van berading uit.

12) Behoefte vir gevoelsuitdrukking

Tebb (1995:90) is van mening dat gevoelsuitdrukking 'n basiese menslike behoefte is. Daar moet geleentheid wees vir die uitdrukking van liefde, hartseer en vreugde, terwyl individue 'n gevoel van behoort, liefde en seksuele intimiteit moet ervaar. Die belangrikheid vir die ervaring van gevoelens, voordat dit uitgedruk word, word deur Derezotes (2000:210) beklemtoon. Volgens die skrywer groei 'n persoon se empatiese vermoë wanneer gevoelens eerstehands ervaar word. Maatskaplike werkers fasiliteer die identifisering en uitdrukking van gevoelens by pasiënte, aangesien die onderdrukking van hul gevoelens, onder andere, bydra tot die ontstaan van fisiologiese probleme.

13) Behoefte aan selfverwesenliking

Alderfer (soos aangehaal deur Potgieter 1998:7-8) en Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70) gebruik albei die term "groeibehoeftes" as sinoniem vir die behoefte aan selfverwesenliking (Maslow, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:68; Alderfer, soos aangehaal deur Potgieter 1998:7). Selfverwesenliking behels die soeke na kreatiwiteit en verandering en die behoefte daaraan om 'n invloed op die omgewing te hê. Die persoon wat selfverwesenliking gevind het, word gekenmerk deur entoesiasme, optimisme en spontaneïteit. Dié persoon is afsydig, koel en staan verhewe bo sy medemens. Hy het 'n klein vriendekring van uitgesoekte vriende, maar is begaan oor die mensdom se welsyn in die algemeen. Hy word nie gebind deur die konvensionele nie. Deur die verbetering van hanteringsmeganismes en die aanleer van beter kommunikasie-, besluitnemings- en konflikhanteringsvaardighede stel maatskaplike werkers pasiënte in staat om op hulself te fokus en die ideaal van selfverwesenliking te bereik.

14) Kulturele behoeftes

Potgieter (1998:116) is die enigste skrywer by Figuur 2.2 wat kulturele behoeftes identifiseer. Potgieter (1998:246) is van mening dat alle individue die behoefte het om êrens te behoort en om 'n kulturele identiteit te hê. Van Rooyen & Engelbrecht (1995:3) meld dat gewoontes, godsdiens, waardes, norme, oortuigings of gelowe, ras, taal,

geskiedenis en kleredrag kulturele identiteit bepaal. Kulturele gewoontes word, by wyse van sosialiseringprosesse, deur die geslagte in stand gehou (Lombard 1991:17; Wolff & Riekstins 1994:16). Hierdie kulturele identiteit is diep gewortel en is onderliggend aan gedrag. Indirek verwys Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:68) ook na hierdie behoefte, aangesien hy die behoefte om te behoort, uitlig. Die behoefte om te behoort, word deur kulturele identiteit bevredig. Deur die opvoeding van die gemeenskap met betrekking tot gestremdheid of siekte, byvoorbeeld VIGS, poog maatskaplike werkers om vooroordele uit die weg te ruim en groter aanvaarding van pasiënte deur die gemeenskap te bewerkstellig.

15) Behoefte aan 'n gesin

Potgieter (1998:246) stel die behoefte aan 'n gesin en kinders as 'n basiese menslike behoefte voor. Campbell (1993:382) meld dat die gesin nie net na 'n nukleêre gesin verwys nie, maar ook na die persone wat by die intiemste verhoudings met pasiënte op 'n biologiese, wetlike of emosionele grondslag betrokke is. Gesinne vervul 'n sosialisering- en ondersteuningsfunksie en bied aan individue sekuriteit. Soms word hierdie behoefte nie binne 'n gesin vervul nie en ontstaan daar probleme.

In sommige gesinne kom daar huweliksprobleme, gesinsgeweld, kinderverwaarlosing en -molestering, gestremdheid, sterftes, finansiële probleme en siekte voor. Weens wedersydse beïnvloeding word al die lede van 'n gesin deur hierdie probleme geraak en moet almal by terapie betrek word (Zastrow 1992:18). Met verwysing na die bio-psigososiale en sistemiese benaderings tot intervensie word gesinne as 'n primêre veld van maatskaplikewerkintervensie beskou. Pasiënte en hul gesinne is in 'n deurlopende proses van wedersydse beïnvloeding betrokke en word dus regstreeks en onregstreeks deur siekte of gestremdheid van een van die gesinslede geraak. Pasiënte se siektegedrag en oortuigings met betrekking tot siekte en gesondheid ontstaan tydens sosialiseringprosesse binne hul gesinne en word deur hulle gehandhaaf. Tydens gesinsterapie fokus maatskaplike werkers op die daarstelling van 'n meer funksionele gesinsbalans.

2.4.2 Maatskaplike behoeftes op die mesovlak van funksionering

Die mesovlak, wat formele groepe, organisasies en instansies, byvoorbeeld kerke, skole en die werksplek insluit, beïnvloed en bepaal die aard en graad van behoeftevervulling op mikrovlak. Die geografiese ligging van hierdie hulpbronne en die beskikbaarheid en toeganklikheid daarvan het 'n bepalende rol wat betref die mate waarin byvoorbeeld ekonomiese, sosiale, opvoedkundige en kulturele behoeftes vervul word. Bernstein & Gray (1997:18) meld dat maatskaplike werkers hoofsaaklik op organisatoriese verandering op hierdie vlak fokus, ten einde hulpbronne toegankliker vir die gemeenskap te maak.

Individue se betrokkenheid by funksionele gemeenskappe, byvoorbeeld bejaardes, of geografies-funksionele gemeenskappe, byvoorbeeld leerders by 'n spesifieke skool, dra by tot behoeftevervulling, aangesien sodanige betrokkenheid bydra tot 'n gevoel van gemeensaamheid en gemeenskaplikheid (Lombard 1991:67). Sosiale behoeftes, die behoefte aan agting, kulturele en psigologiese behoeftes kan daardeur bevredig word.

2.4.3 Maatskaplike behoeftes op die makrovlak van funksionering

Aangesien individue sosiale persone is, is hul integriteit en waardigheid nou verwant aan die kwaliteit en integriteit van die gemeenskap. Hulle het 'n behoefte aan voorspelbaarheid, orde en sekuriteit in die gemeenskap. Weens wedersydse beïnvloeding kan die vervulling van sodanige behoeftes in die gemeenskap tot die daarstelling van sodanige eienskappe by die individu bydra. Van Niekerk (1994:174) bevestig die verband tussen die sekuriteit van die individu en dié van die gemeenskap.

Indien individue se behoeftes nie op makrovlak bevredig word nie, kan dit aanleiding gee tot probleme soos werkloosheid, armoede, middelafhanklikheid, misdaad, HIV+, VIGS en rassediskriminasie. Lombard (1991:17) meld dat onvoldoende opvoedkundige fasiliteite, behuisingstekorte, onvoldoende mediese fasiliteite, buite-egtelijke geboortes en die onbetrokkenheid van die gemeenskap by gemeenskapsake, verdere probleme is wat ondervind kan word indien behoeftes nie bevredig word nie. Makrovlakprobleme raak meso- sowel as mikrovlakfunksionering. Genoemde probleme word dus nie net op nasionale of makrovlak ondervind nie, maar ook op gemeenskaps- (mesovlak), gesins- en individuele vlak (mikrovlak). Makrovlakintervensie deur maatskaplike werkers behels beleids- of strukturele verandering. Bernstein & Gray (1997:19) meld dat die teiken van verandering sosiale faktore, byvoorbeeld kulturele waardes, beleid en sosio-ekonomiese omstandighede is.

2.5 KONSEPTUALISERING VAN DIE BEGRIP: MAATSKAPLIKE FUNKSIONERING

Maatskaplike funksionering verwys na die interaksieproses tussen individue en hul fisiese en sosiale omgewing. Hierdie interaksies is gerig op behoeftebevrediging, die korrekte uitvoering van take en gepaste rolvervulling. Die ekologiese sisteemteoretiese perspektief op funksionering is hier ter sprake (Sien afdeling 2.2). Siporin (1975:17) en Maslow (soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:68) is van mening dat individue by wyse van maatskaplike funksionering poog om tot selfverwesening te kom.

Die wêreldbeskouing van 'n individu, sy behoeftes, waardes, oortuigings, gevoelens en gedrag is onderliggend aan elke kontak tussen hom en sy omgewing. Optimale maatskaplike funksionering verwys na 'n balans tussen die onderskeie elemente betrokke in die interaksie, naamlik die individu en sy omgewing. Komplementêre transaksies wat betref behoeftes, hulpbronne, verwagtinge, motiverings, bevoegdheede of talente, eise, geleenthede en die geskiktheid van die omgewing dra by tot optimale maatskaplike funksionering (Siporin 1975:17; DuBois & Miley 1996:67). Potgieter (1998:297) stem hiermee saam en meld dat maatskaplike funksionering verwys na die verhouding tussen die hanteringsmeganismes van die individu en die eise van die omgewing. Die meso- en makrovlak-omgewing kan dus maatskaplike funksionering inperk of komplementeer. Optimale maatskaplike funksionering is positief en lonend vir die individu en die gemeenskap.

Ingeperkte maatskaplike funksionering kom voor wanneer die eise van die omgewing die hanteringsmeganismes van die individu oorskry, behoeftes nie bevredig word nie en 'n

ekologiese wanbalans ontstaan. Dit gebeur wanneer die eise en verwagtinge van die omgewing te spanningsvol, veeleisend of teenstrydig is, hulpbronne afwesig of ontoeganklik, struikelblokke onoorkomelik of die vermoëns en vaardighede van 'n individu ingeperk of onderontwikkeld is. Siporin (1975:17), Johnson (1995:13) en DuBois & Miley (1996:68) stem saam dat risikosituasies individue immobiliseer en tot wanaangepaste maatskaplike funksionering lei.

Sou 'n ekologiese wanbalans ontstaan, deur byvoorbeeld die blokkering van 'n behoefte op die mikro-, meso- of makrovlak van funksionering, word 'n sosiale probleem geskep. Ondoeltreffende, onvoldoende of afwykende sosiale gedrag kan daaruit voortspruit, met sosiale take en rolle wat nie uitgevoer word nie. Die funksionering en ontwikkeling van 'n individu of 'n sisteem word geïnhibeer en menslike lyding vloei daaruit voort (Maslow, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:67-70; Van Zyl & Delpont 1993:6; Potgieter 1998:7). Die strukture, aktiwiteite, prosesse en gebeure binne 'n gemeenskap is in ekwilibrium en wedersydse beïnvloeding vind plaas. Probleme op die mikrovlak van funksionering lei dus tot probleme op die meso- en makro-omgewingsvlakke, sowel as die omgekeerde.

2.6 KONSEPTUALISERING VAN DIE BEGRIPPE: GESONDHEID EN SIEKTE

Probleme spruit uit onvervulde behoeftes op die mikro-, meso- of makrovlakke van funksionering. Sou 'n fisiologiese behoefte na gesondheid op die mikrovlak van funksionering, byvoorbeeld nie vervul word nie, word die ekwilibrium van die individu versteur en dra dit daartoe by dat ander behoeftes, op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering nie vervul word nie. Finansiële probleme kan byvoorbeeld ontstaan as gevolg van onvermoë om werk te verrig weens siekte en die gevolglike toename in mediese koste. Sodanige probleem kan 'n psigologiese impak op 'n individu hê, aangesien dit, onder andere, kan lei tot 'n verlaging van selfbeeld. Onverwerkte gevoelens het dikwels 'n afbrekende uitwerking op gesinsverhoudings, wat op sy beurt 'n negatiewe impak op die gemeenskap het. Lombard (1991:16) en Campbell (1993:382) is van mening dat die meeste probleme wat deur individue ondervind word die gevolg is van komplekse interaksies tussen veelvuldige faktore op verskillende vlakke van die sisteem.

2.6.1 Konseptualisering van die begrip: Gesondheid

Barker (1995:437) verwys na die Wêreldgesondheidsorganisasie wat gesondheid omskryf as 'n toestand van volledige fisiologiese, geestelike en sosiale welsyn. Schlesinger (1985:79) is van mening dat sosiale welsyn verwant is aan die kwalitatiewe aard van sosiale verhoudings en die vermoë om 'n groot verskeidenheid aktiwiteite ooreenkomstig ouderdom, belangstelling en fisiologiese en psigologiese vermoëns uit te voer. Volledige welsyn, wat dus verwys na 'n ekwilibrium in funksionering, behels die wedersydse bevrediging van behoeftes deur individue en hul omgewing. Die African National Congress (1994b:21) is van mening dat gesondheid verwys na 'n multidimensionele proses van welsyn van die totale persoon binne sy omgewing. Hierdie definisie het 'n bio-psigososiale ondertoon, aangesien voorsiening gemaak word vir die fisiologiese,

psigologiese en sosiale fasette van die individu. Seipel (1990:272) bied 'n meer omvattende omskrywing en meld dat ekonomiese produktiwiteit ook tot die gesondheid van individue bydra. Die mikro-, meso- en makrovlakbenadering tot funksionering word dus in al die bogenoemde definisies ondersteun.

Barker (1995:164) erken die voorkoms van 'n ekwilibrium tussen individue en hul omgewing, maar is van mening dat daar nie maatstawwe vir die meting daarvan bestaan nie. Hy stel voor dat gesondheid gemeet word ooreenkomstig die afwesigheid van gesondheid en dus deur die benutting van statistiek ten opsigte van sterftes en siektes. Die konsep van 'n versteurde ekwilibrium word dus gebruik. Germain (1984:34) erken nie die bestaan van 'n ekwilibrium of wedersydse beïnvloeding nie en omskryf gesondheid as die afwesigheid van siekte. Die skrywer ondersteun die biomediese perspektief en beskou die individu as 'n geïsoleerde eenheid wat nie deur persoonlike en omgewingsdimensies beïnvloed word nie. Hierdie definisies is beperk en erken nie die interafhanklike aard van maatskaplike funksionering nie.

2.6.2 Konseptualisering van die begrip: Siekte

Individue het 'n fisiologiese behoefte aan gesondheid. Wanneer hul ekwilibrium versteur word en hierdie behoefte nie vervul word nie, ontstaan daar 'n krisissituasie. Soms beskik 'n individu oor die toepaslike hanteringsmeganismes en -vaardighede om die krisis te hanteer en word die ekwilibrium herstel. 'n Aanpasbare individu sal byvoorbeeld 'n geneesheer nader, medikasie ontvang, dit gebruik en herstel. Wanneer die eise van 'n omgewing egter die hanteringsmeganismes van 'n individu oorskry, ontstaan 'n ekologiese wanbalans en is verdere ingryping nodig (Potgieter 1998:118). Dit gebeur wanneer die vermoëns en vaardighede van 'n individu ingeperk of onderontwikkeld is en ondersteuningsisteme en hulpbronne afwesig of ontoeganklik is.

'n Onderskeid word getref tussen die konsepte: "siekte" en "siekwees". Siekte word omskryf as 'n biomediese toestand of entiteit, of 'n afwyking van die norm van meetbare biomediese en neuropsigologiese prosesse en veranderlikes (Engel & Fabrega, soos aangehaal deur Germain 1984:34; Mechanic, soos aangehaal deur Schlesinger 1985:79). Die tegniese aard van siekte word dus uitgelig en dit word as 'n geïsoleerde entiteit met meetbare eienskappe weergegee.

Die konsep "siekwees" erken die interafhanklike aard van siekte en dat daar 'n subjektiewe dimensie daaraan verbonde is. Siekwees word omskryf as 'n subjektiewe reaksie op siekte of tot enige omstandigheid wat 'n individu se aandag op sy simptome vestig en hom motiveer om hulp te soek. 'n Individu tree dus op ten einde sy behoefte aan gesondheid te bevredig (Germain 1984:34; Mechanic, soos aangehaal deur Schlesinger 1985:79; Mckinlay & Dutton, soos aangehaal deur Schlesinger 1985:79; Levenstein & Parr 1998:817).

Schlesinger (1985:81) en Germain (1984:34) is van mening dat "siekwees" ook verwys na 'n afwyking van 'n gemaklike fisiologiese of psigologiese toestand en dat dit dus op die ervaring van angs of pyn dui. Levenstein & Parr (1998:817) meld dat siektegedrag, wat verwys na 'n individu se reaksie op siekwees, beïnvloed word deur sy persoonlikheid, kultuur, gesins- en sosiale ondersteuningsraamwerk en die aard en graad

van berading wat hy met betrekking tot die hantering van sy siekte ontvang. Die interafhanklike aard van individue met hulself en hul omgewing word dus erken. Om aandag aan versteurde ekwilibriums by pasiënte te gee, word sekere benaderings deur maatskaplike werkers en geneeshere gevolg.

2.7 BENADERINGS TEN OPSIGTE VAN GENEESKUNDIGE BEHANDELING EN MAATSKAPLIKEWERK-INTERVENSIE

Die professies gerig op dienslewering aan mense, byvoorbeeld Maatskaplike Werk en Sielkunde, het ontstaan as gevolg van die wanaanpassing tussen individue en hul omgewing en die probleme wat daaruit voortspruit. Geneeshere lewer 'n diens met betrekking tot die vervulling van individue se behoeftes aan gesondheid. Sielkundiges lewer 'n diens met betrekking tot die herstel van individue se psigiese ekwilibriums, terwyl predikante op die herstel van die geestelike ekwilibriums fokus. Potgieter (1998:4-7) meld dat Maatskaplike Werk ontstaan het vanweë individue se behoeftes en probleme wat gespruit het uit natuurlike rampe, byvoorbeeld droogtes en vloede, 'n tekort aan persoonlike, materiële, opvoedkundige en sosiale hulpbronne, 'n tekort aan geleenthede, 'n gebrek aan motivering, verkeerde keuses, krisis, lewensoorname, sosiale stratifikasie en nasionale en internasionale veranderinge, byvoorbeeld klimaats-, ekonomiese en politiese veranderinge.

Indien individue of gesinne oor genoeg hanteringsvaardighede en hulpbronne beskik, word probleme self hanteer. Indien probleme nie self hanteer kan word nie, word professionele aandag vereis en het professionele persone 'n rol te speel. Daar bestaan verskillende benaderings wat benut kan word in die behandeling van siek of gestremde pasiënte en/of persone wat psigososiale probleme ondervind. Kelly (1995:350) is van mening dat kennis van die verskillende benaderings belangrik is. Dié skrywer beveel aan dat die benaderings wat aangeleer en toegepas word deur hulpverleners behoeftegerig en kultureel-sensitief moet wees en dat dit gerig moet word deur die waardes en etiek van die profesie van die hulpverlener.

Vanuit die groot hoeveelheid benaderings tot hulpverlening wat in die literatuur geïdentifiseer word, word vir die doel van hierdie studie slegs gefokus op die benaderings wat aandag skenk aan hulpverlening aan individue met fisiologiese probleme. In aansluiting by die ekologiese sisteemteoretiese perspektief (Sien afdeling 2.2) word die biomediese, geneesheergesentreerde, sosiologiese, voorspelbare verloop, openbare gesondheids-, bio-psigososiale, pasiëntgesentreerde, probleemoplossende en eklektiese benaderings tot geneeskundige dienslewering en maatskaplikewerkintervensie vervolgens bespreek.

2.7.1 Benaderings ten opsigte van geneeskundige dienslewering

Geneeshere fokus hoofsaaklik op die genesing van fisiologiese probleme van pasiënte en maak dus meestal gebruik van die biomediese en geneesheergesentreerde benaderings tot dienslewering.

2.7.1.1 Biomediese benadering

In hierdie benadering word gefokus op die wetenskaplike aard van siekte en die aanname word gemaak dat fisika en chemie alle biologiese verskynsels verduidelik. Die diagnosering en behandeling van siekte word tot biomediese faktore beperk. Siekte word beskou as 'n afwyking van die biologiese norm, terwyl gedragsafwykings verduidelik word op grond van wanordelike biochemiese prosesse (Wolff & Riekstins 1994:14; Glass 1996:147). Die fokus is op behoeftevervulling in die fisiologiese sfeer, terwyl die ander fasette van individue, byvoorbeeld psigologies en sosiaal, geïgnoreer word.

Hierdie benadering is simplisties en voorkom holistiese intervensie. Geen ruimte word vir die insluiting van psigososiale faktore in die verduideliking van siekte en die siekteproses gelaat nie. Saleebey (1992:112) verwys na Weick wat die benadering op grond van die objektivering van pasiënte kritiseer. Die kennis en die ervaring van pasiënte word misken en daar word van hulle verwag om hul outonomieit, outoriteit en verantwoordelikheid aan geneeshere op te offer. Belangrike psigososiale faktore en die kragtige impak van die professionele verhouding op die intervensieproses word geïgnoreer (Simons & Aigner 1985:41; Bamford 1988:13; Wolff & Riekstins 1994:16; Glass 1996:147; Baird 1999:153). Berkman (1996:543) is van mening dat die kompleksiteit van individue nie deur die biomediese benadering weergegee word nie, dat dit beperkend is en dat dit nie al die behoeftes van pasiënte, byvoorbeeld die behoefte aan gevoelsuitdrukking, in ag neem nie.

2.7.1.2 Geneesheergesentreerde of paternalistiese benadering

Deur die eeue het hierdie benadering, met sy wortels in die biomediese benadering en die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215), die Geneeskunde oorheers. Die benadering staan ook bekend as die verskaffergesentreerde benadering (Emanuel 1992:2221; Smilkstein 1993:377; McWhinney 1993:380; Glass 1996:147; Laine & Davidoff 1996:152-153; Manning 1997:223). Geneeshere is onbetrokke waarnemers wat op grond van objektiewe mediese kriteria besluite in belang van pasiënte neem. Geneeshere het 'n verpligting teenoor pasiënte en moet pasiënte se belange bo hul eie stel. Selektiewe inligting oor die siekte, diagnose en prognose word aan pasiënte oorgedra en hulle word outoritêr oor die aard van die behandeling ingelig. Pasiënte se deelname is beperk tot uitvoering van hierdie besluite en opdragte. Dankbaarheid moet deur pasiënte getoon word vir die besluite wat deur geneeshere geneem is, selfs al stem hulle nie daarmee saam nie. Tegnologiese ontwikkeling (byvoorbeeld laserbehandeling en laparoskopieë) dra soms by tot die isolasie van geneeshere en pasiënte, aangesien dit interpersoonlike kontak beperk. Hierdie isolasie dra onregstreeks by tot die handhawing van hierdie geneesheergesentreerde benadering. Aandag word net aan die fisiologiese behoeftes van pasiënte geskenk, terwyl psigologiese, sosiale en geestelike behoeftes byvoorbeeld geïgnoreer word.

2.7.2 Benaderings ten opsigte van maatskaplikewerkintervensie

Maatskaplike werkers benader pasiënte holisties en maak hoofsaaklik gebruik van die ekologiese sisteemteoretiese (Sien afdeling 2.2), sosiologiese, voorspelbare verloop, openbare gesondheids-, bio-psigososiale, pasiëntgesentreerde en probleemoplossende

benaderings tot intervensie. Die eklektiese toepassing van hierdie benaderings is aangewese.

2.7.2.1 Sosiologiese benadering

Elke individu beklee 'n sekere plek in die samelewing. Hierdie plek of rol verwys na die sosiale posisie wat hy beklee, die funksies of take wat aan die posisie gekoppel is en die verpligtinge en voorregte wat daarmee saamgaan. Die vertolking van hierdie rol(le) is gerig op die uitvoering van lewensake en die vervulling van behoeftes. Rolvoorskrifte verwys na die gedragswyses en houdings wat deur die gemeenskap van 'n persoon in 'n bepaalde rol verwag word. Siporin (1975:17) en Gerdes *et al* (1988:100) meld dat rolvervulling deur norme en waardes wat deur die gemeenskap bepaal word, gerig word en dat dit kultuurgebonde is.

Die rol van siek te wees is die grondslag van hierdie benadering. Die fokus val op die gemeenskap se reaksie op die veranderinge in die maatskaplike funksionering, of roluivoering, van 'n persoon weens siekte. Norme en reëls bestaan met betrekking tot die verwagte optrede van 'n siek persoon, terwyl sekere verpligtinge deur so 'n persoon nagekom moet word. Voordele, of die onttrekking van voordele, bepaal die toelaatbare siektegedrag (Germain 1984:35; Parsons, soos aangehaal deur Schlesinger 1985:113-114; Donnelly 1992:115; Levenstein & Parr 1998:817; Carr & Fogarty 1999:434).

Die volgende uitgangspunte deur Germain (1984:35) en Parsons (soos aangehaal deur Schlesinger 1985:114) gestel, is van waarde vir Maatskaplike Werk, aangesien dit 'n riglyn vir die hantering van pasiënte bied en tot begrip vir hul optrede bydra.

- a) *Siekte word as onwenslik beskou* en word dus dikwels as iets traumaties deur pasiënte en hul gesinne ervaar.
- b) *Individue word nie verantwoordelik gehou vir siekwees nie* en kan dus 'n gevoel van verlies aan beheer ervaar.
- c) *Vir die duur van die siekte word individue van hul normale verpligtinge en rolle onthef, maar 'n nuwe stel verpligtinge, verwant aan die rol van siek te wees, moet nagekom word* (Donnelly 1992:114). Daar kan onsekerheid met betrekking tot hierdie rolvoorskrifte voorkom.
- d) *Individue moet die wil om gesond te word, openbaar*. Probleme in die psigososiale omstandighede van individue kan genesing en die wil om gesond te word, teenwerk.
- e) *Individue moet na tegniesebevoegde raad en behandeling soek*.
- f) *Aanvaarding van die rol van siek te wees, moet voorafgegaan word deur 'n proses van onderhandeling en uiteindelijke konsensus tussen individue, hul sosiale omgewing en geneesher*. Die proses van wedersydse beïnvloeding tussen individue en die omgewing is hier te sprake en moet tydens intervensie in ag geneem word.

Germain (1984:36-39) verwys na Suchman wat die volgende vyf fases van die siekteproses identifiseer:

Fase 1: *Ervaring van simptome*, byvoorbeeld hoes, hoofpyn en seer spiere.

Fase 2: *Aanvaarding van die rol van siek te wees*, byvoorbeeld werkafwesigheid en bly in die bed.

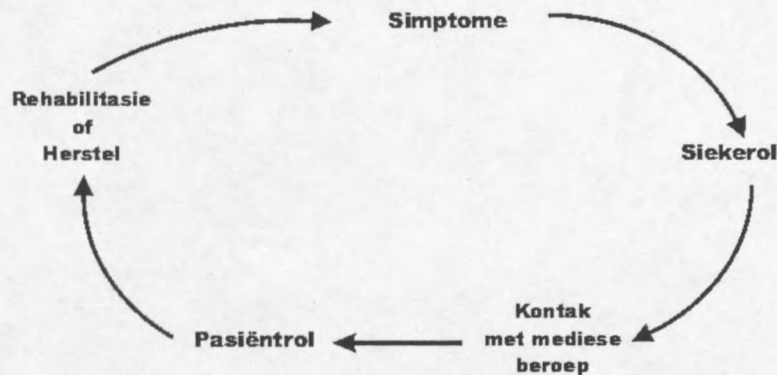
Fase 3: *Kontak met die mediese beroep*, byvoorbeeld afspraak met geneesheer vir

diagnosering en behandeling.

Fase 4: *Aanneem van die afhanklike pasiëntrol*, byvoorbeeld aanvaar diagnose van griep en neem medikasie wat deur geneesheer voorgeskryf is. Pasiënt word van normale verpligtinge onthef.

Fase 5: *Rehabilitasie of herstel*, byvoorbeeld voel beter en keer terug werk toe.

Die vyf fases van die siekteproses word deur die navorser in figuur 2.3 geïllustreer.

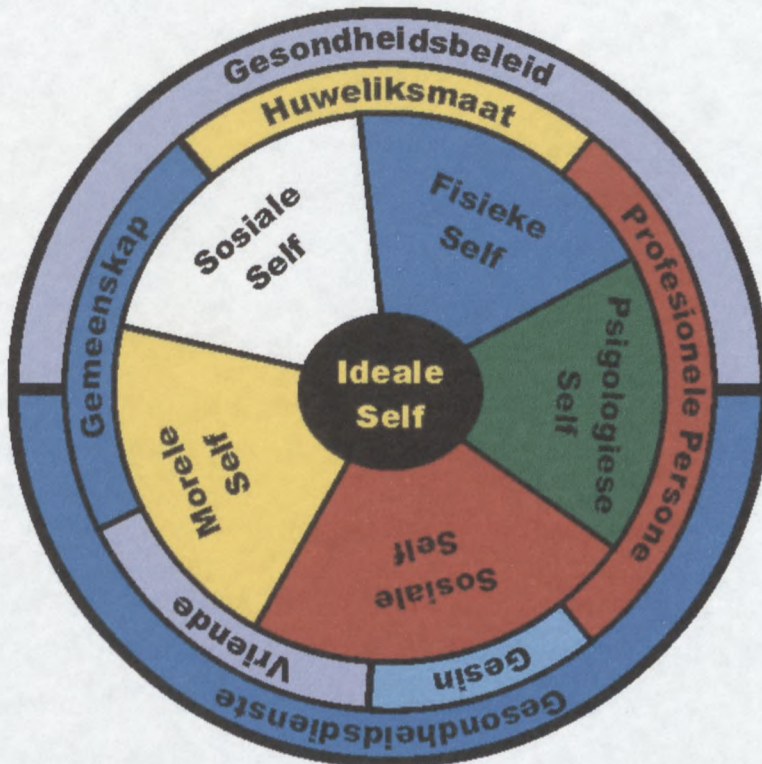


Figuur 2.3: DIE SIEKTEPROSES

Germain (1984:37) kritiseer die fasebenadering en is van mening dat dit 'n veralgemening is en dat al die fases nie deur alle pasiënte deurloop word nie. Volgens die skrywer varieer die lengte van elke fase na gelang van die ernstigheid van die simptome en die wyse waarop dit deur 'n pasiënt geïnterpreteer word. Schlesinger (1985:115-116) kritiseer die benadering op grond daarvan dat siekwees nie noodwendig tot blamering en die ontheffing van verpligtinge lei nie. Germain (1984:51) en Freidson, soos aangehaal deur Schlesinger (1985:116), is van mening dat die rol van emosionele faktore in die herstelproses nie in berekening gebring word nie en dat chroniese siekes, gestremdes en sterwendes ook nie akkommodeer word nie. 'n Vigspasiënt sal byvoorbeeld nie herstel of gerehabiliteer kan word nie en sal dus nooit deur die hele siekteproses beweeg nie.

2.7.2.2 Voorspelbare verloopbenadering

Dinerman, Schlesinger & Wood (1980:13) en Schlesinger (1985:150) is van mening dat elke siekte sekere psigologiese en sosiale gevolge het. Hierdie gevolge varieer volgens die aard van die siekte, die verskillende fases wat verwag kan word en die verskillende mediese, sosiale en psigologiese intervensies wat in elke fase aangedui is. Die grondliggende uitgangspunte waarop hierdie benadering steun, word aan die hand van Figuur 2.4 verduidelik. Die aspekte van die selfkonsep, soos voorgestel deur Gerdes *et al* (1988:87), word as grondslag vir die verduideliking gebruik.



Figuur 2.4: DIE SELFKONSEP VAN INDIVIDUE

(Gerdes *et al* 1988:87-91)

Volgens Gerdes *et al* (1988:87) bestaan die selfkonsep of selfbeeld uit vyf elemente, naamlik die fisiologiese, psigologiese, sosiale, morele en intellektuele self. Siekte raak hierdie vyf elemente op verskillende tye op verskillende maniere. Schlesinger (1985:150-155) is van mening dat die volgende ooreenkomste voorkom:

- Verskillende hulpbronne en hanteringsvaardighede word deur elke element benodig. Die mikrovlak van funksionering is hier ter sprake.
- Pasiënte moet by die gevolge van die siekte aanpas. Die mikrovlak van funksionering is ook hier ter sprake.
- Persone binne pasiënte se verwysingsraamwerk (byvoorbeeld die gesin, gemeenskap, vriende en professionele persone) vervul 'n belangrike rol in elke fase van siekte. Hierdie aspek toon ooreenkoms met die mesovlak van funksionering.
- Die gesondheidsbeleid van die land en die beskikbaarheid van gesondheidsdienste beïnvloed die uitwerking van siekte op die selfkonsep. Hierdie aspek val binne individue se makrovlak van funksionering.

Op grond van hierdie benadering word die aanname gemaak dat elke siekte 'n unieke aard het, maar dat dit deur dieselfde probleme en fasette gekenmerk word. Die wedersydse beïnvloeding van pasiënte en hul omgewing word ook uitgelig.

2.7.2.3 Openbare gesondheidsbenadering

Epidemiologie kom na vore in die openbare gesondheidsbenadering (Saleebey 1992:112). Dit verwys na die studie van die oorsake en verspreiding van siektes binne 'n gemeenskap. Aktiwiteite word beplan om die gesondheidsrisiko van gemeenskappe te minimaliseer. Die benadering steun dus op 'n spesifieke bewustheid dat sekere bevolkings meer kwesbaar as ander is en 'n groter potensiaal vir die ontwikkeling van sekere siektetoestande het. Intervensie geskied op die makrovlak van funksionering.

Die benadering fokus op die identifisering van omgewings- en gemeenskapsoorsake van gesondheidsprobleme, byvoorbeeld swak behuising, swak werksomstandighede, armoede en tuberkulose. Schlesinger (1985:128) verwys na Winslow wat meld dat daar gestreef word na die voorkoming van siekte en gestremdheid, en die verlenging van die lewensverwagting van individue. Gemeenskapsbetrokkenheid met betrekking tot sanitasie van die omgewing, beheer van aansteeklike siektes, opvoeding met betrekking tot persoonlike higiëne, primêre gesondheidsorg en maatskaplike geregtigheid, is integrale dele van hierdie benadering.

Gutheil (1992:391) kritiseer Maatskaplike Werk op grond daarvan dat daar, na sy mening, meer aandag aan die sosiale omgewing, as die fisiese omgewing van individue geskenk word. Die skrywer beklemtoon die invloed van die fisiese omgewing op menslike gedrag en die noodsaaklikheid om op die konkrete, sowel as die simboliese aspekte daarvan te fokus. Die noodsaaklikheid om die fisiese omgewing by assessering in te sluit, word deur hom beklemtoon. Leukefeld (1990:175) stel 'n gebalanseerde benadering voor en meld dat dié benadering die gekoördineerde skakeling van individue met hulpbronne en die deurlopende monitering van die interaksieproses vereis. Hierdie siening oorvleuel met die ekologiese sisteemteoretiese benadering tot intervensie.

2.7.2.4 Bio-psigososiale of geïntegreerde benadering

Die bio-psigososiale benadering staan ook bekend as die totale sorg- of die holistiese benadering. Volgens hierdie benadering word individue binne die konteks van hul gesinne en die gemeenskap in totaliteit gesien. Biomediese, sowel as psigososiale inligting word ingesamel, terwyl pasiënte se politieke, geestelike, ekonomiese, opvoedkundige en maatskaplike rolle en omstandighede tydens assessering en behandeling in ag geneem word. Samewerking tussen maatskaplike werkers en ander professionele persone, byvoorbeeld fisioterapeute en arbeidsterapeute, die uitruil van vaardighede en professionele begrip oor tradisionele vakgrense heen, is integrale fasette van hierdie benadering (Funnell, Levin & Hochstadter 1990:367; Smilkstein 1993:378; O'Neil 1993:120; Nel 1993:40; Van Zyl & Delport 1993:2; Weyers & Stutterheim 1994:65; Strydom 1995:123; Berkman 1996:543; Van Rensburg & Botha 1997:130; Derezotes 2000:167).

2.7.2.5 Pasiëntgesentreerde of verhoudingsgesentreerde benadering

Hierdie pasiëntgesentreerde benadering behels intervensie wat kongruent is met, en reagerend is op, pasiënte se behoeftes en voorkeure. Laine & Davidoff (1996:153) is van mening dat pasiëntgesentreerdheid en goeie pasiënt-geneesheerverhoudings bydra tot die

sukses van die terapeutiese proses. Die klem val op deelname deur pasiënte en nie op passiewe nakoming van voorskrifte soos in die geneesheergesentreerde benadering nie. Glass (1996:148) ondersteun die pasiëntgesentreerde benadering, maar is van mening dat die wetenskaplike grondslag van die geneesheergesentreerde benadering onderliggend aan enige gesprek met 'n pasiënt moet wees.

Glass (1996:148) en Laine & Davidoff (1996:153) is van mening dat vaardigheid in pasiëntgesentreerde intervensie die vermoë behels om te evalueer hoeveel inligting oor die diagnose en prognose aan pasiënte oorgedra moet word en in watter mate pasiënte by besluitneming betrek moet word. Die reg van 'n pasiënt om nie sekere inligting te ontvang nie, word erken. Die individualisering van intervensie, met die uitskakeling van vooroordele, word nagestreef. Deur middel van 'n aktiewe luisterproses, waarneming van verbale en nie-verbale kommunikasie en empatie, raak geneeshere bewus van pasiënte se sienings en hul emosionele behoeftes (McWhinney 1993:381; Glass 1996:148; Sparks 1998:846). Die gevoelens, vrese, waarnemings en verwagtinge van pasiënte word tydens die behandelingsproses in ag geneem.

Emanuel & Emanuel (1992:2226) meld dat sommige geneeshere die pasiëntgesentreerde benadering teenstaan, aangesien sodanige benadering die konsultasietyd verleng en dus die getal pasiënte wat behandel kan word, verminder. Navorsing deur Stewart, Brown, Levenstein, McCracken & McWhinney (1986:164-167) het egter getoon dat pasiëntgesentreerde onderhoude net gemiddeld een minuut langer as geneesheergesentreerde onderhoude duur. Kritiek word ook deur sommige geneeshere uitgespreek op grond van die vrees dat die benadering op die algehele oorgawe van beheer aan pasiënte dui. Sparks (1998:846) vra of pasiënte algehele beheer oor en verantwoordelikheid vir die openbaarmaking van inligting en vir besluitneming oor mediese behandeling moet hê. Indien pasiënte nie sodanige besluite oor hul gesondheidsorg wil neem nie, moet hul keuse deur geneeshere respekteer word. In die geval van beperkte kennis by 'n pasiënt, is Cohen-Cole (1993:380) en Glass (1996:148) van mening dat dit van 'n geneesheer verwag word om inligting op 'n verstaanbare wyse aan 'n pasiënt oor te dra. Sodoende word dit vir 'n pasiënt moontlik om ingeligte besluite te neem.

Laine & Davidoff (1996:152) en Sparks (1998:846) stel geneeshere gerus en meld dat pasiënte se ervaring in ag geneem kan word sonder die algehele oorgawe van beheer. Pasiënte moet nie toegelaat word om die kliniese grense van geneeshere te oorskry deur byvoorbeeld op onnodige toetse of terapie aan te dring nie. Glass (1996:148) is van mening dat pasiënte sal voortgaan om voordeel te put uit geneeshere se fokus op bewysgerigte behandeling, indien die behandeling binne die konteks van 'n empatiese verhouding geskied. McWhinney (1993:381) brei hierdie mening uit en meld dat hierdie benadering net werkbaar is as geneeshere 'n gesindheidsverandering ondergaan en die belangrike rol van pasiënte in die bepaling van hul lot besef.

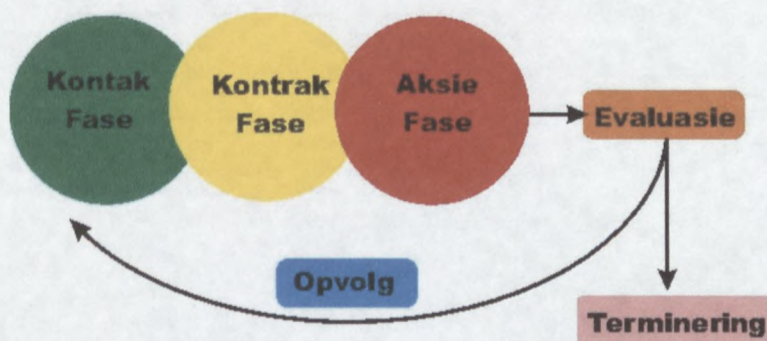
Die pasiëntgesentreerde benadering dra by tot 'n toename in pasiëntgesondheid en -tevredenheid en 'n afname in die koste van mediese intervensie. Die bevindinge in 'n studie deur Bertakis, Azari, Callahan, Helms & Robbins (1999:31-36) bevestig hierdie mening. Die volgende bykomende voordele van die pasiëntgesentreerde benadering word volgens Stewart (1986:166), Van Reenen (1989:331), Cohen-Cole (1993:379-380),

Epstein (1993:387), Davis & Fallowfield (1993:9-13) en Suchman *et al* (1997:682) geïdentifiseer.

- a) Die doeltreffendheid van data-insameling word verhoog.
- b) Groter deelname deur pasiënte.
- c) Daar is 'n afname in geldige eise teen geneeshere.
- e) Psigologiese nood word by pasiënte waargeneem en daar kan aandag aan geskenk word.
- f) Beter behandelingsresultate.
- g) Geneeshere word gehumaniseer.
- h) Geneeshere kry meer beroepsbevrediging.
- i) Beter professionele verhoudings tussen pasiënte en geneeshere.
- j) Minder opvolgbesoeke.
- k) Pasiënte herstel vinniger.
- l) Die kwaliteit van sorg word verhoog.

2.7.2.6 Probleemoplossende benadering

Volgens die probleemoplossende benadering bestaan intervensie uit 'n kontak-, 'n kontrak- en 'n aksiefase, gevolg deur evaluering, terminering en opvolging (Compton & Galaway (1989:378-387). Hierdie fases word deur die navorser in figuur 2.5 geïllustreer.



Figuur 2.5: DIE PROBLEEMOPLOSSENDE BENADERING

In die probleemoplossende benadering val die klem op die sistematiese mobilisering en instaatstelling van die individu tot probleemoplossing. Die proses word gerig deur die kennis, waardes en vaardighede van die maatskaplike werker en kan volgens Compton & Galaway (1989:378-387), Suppes & Wells (1991:8), Zastrow (1992:20), Kirst-Ashman & Hull (1994:25-37), Garvin & Seabury (1997:127-432) en Derezotes (2000:109) in die volgende take verdeel word:

A : KONTAKFASE

- Assessering van die probleemsituasie
 - Identifisering van pasiëntsisteem
 - Assesseer persoon-in-situasie en die identifisering van die probleem om aan te werk
 - Assessering van mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering

- Evaluering van diversiteit deur byvoorbeeld kultuur, godsdiens en die etniese perspektiewe van die pasiënt in ag te neem
- Voorlopige beplanning op mikro-, meso- en makrovlakke

B : KONTRAKFASE

- Beplanning

- Werk saam met die pasiënt
- Prioritiseer probleme
- Stel probleme as behoeftes wat vervul moet word
- Evalueer vlakke van intervensie (mikro-, meso- en makrovlakke)
- Formulering van doelstellings
- Formulering van doelwitte
- Opstel van 'n kontrak tussen die pasiënt en die maatskaplike werker

C : AKSIEFASE

- Intervensie

- Uitvoering van beplanning
- Monitering van vordering
- Aanpassing van doelwitte en doelstellings, waar nodig
- Bereiking van doelwitte en doelstellings

D : EVALUERING

- Evaluering van die mate waarin doelwitte en doelstellings bereik is

E : TERMINERING

F : OPVOLGING

- Evalueer of verandering gehandhaaf is
- Evalueer of pasiëntsisteem selfstandig funksioneer
- Besluitneming ten opsigte van die verbreking van kontak of die herhaling van die probleemoplossende proses

Deur toepassing van die probleemoplossende benadering kan mense binne hul omgewing van funksionering, wat mikro-, meso- en makrovlakfunksionering insluit, tot optimale maatskaplike funksionering in staat gestel word.

2.7.2.7 Eklektiese benadering tot intervensie

Die eklektiese benadering tot intervensie behels die keuse van die beste intervensiemetode vir 'n spesifieke pasiëntsisteem, met 'n spesifieke probleem, in 'n spesifieke situasie. Emanuel & Emanuel (1992:2225) beveel aan dat die keuse van die benadering deur die aard van die omstandighede bepaal word. In 'n studie deur Gorey, Thyer & Pawluck (1998:269-278) is gevind dat indien die fokus van intervensie die benadering bepaal, die beste resultate bereik is. Francisco-la Grange & Nel (1993:41) beveel die volledige of die eklektiese benutting van die benaderings, volgens persoonlike voorkeur, aan. Weyers & Stutterheim (1994:65) en Conradie *et al* (1996:38) stem hiermee saam. Die navorser is van mening dat 'n eklektiese benadering, wat aangepas word na gelang van die veranderingsagent en sy omstandighede, intervensie moet rig. Die benaderings moet dus net as riglyn vir intervensie dien en nie slaafs nagevolg word nie.

2.8 SAMEVATTING

Geen individu leef in isolasie nie, maar verkeer in 'n voortdurende proses van interaksie met sy omgewing. Die omgewing verwys na die fisiologiese, natuurlike, sosiale, ekonomiese, psigologiese, politiese, opvoedkundige en kulturele wêreld van individue. Die omgewing kan in drie vlakke verdeel word, naamlik die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering. Algemene behoeftes spruit uit hierdie drie vlakke voort, wat, indien dit bevredig word, optimale maatskaplike funksionering moontlik maak. Optimale maatskaplike funksionering verwys na 'n balans tussen die eise van die omgewing en die hanteringsmeganismes en -vaardighede van individue. Beskikbare en toeganklike hulpbronne dra by tot optimale maatskaplike funksionering. Die ekologiese sisteemteoretiese perspektief tot intervensie is hier ter sprake. Die individu is 'n dinamiese mens wat streef na aktualisering deur die vervulling van behoeftes. Sodra 'n dominante behoefte bevredig is, dring 'n volgende behoefte in die hiërgargie op bevrediging aan. Gesondheid is een van die gevolge van bevredigde behoeftes. Menslike behoeftes en doelstellings bly nie konstant nie, maar verander met verloop van tyd.

Ingeperkte maatskaplike funksionering kom voor wanneer die eise van die omgewing die hanteringsmeganismes van individue oorskry. Die behoeftes van individue word nie bevredig nie en sosiale probleme vloei daaruit voort. 'n Wanbalans in die ekwilibrium van individue, weens onvervulde behoeftes, lei dikwels tot siekte en siektegedrag. Gesinne en gemeenskappe vertolk belangrike rolle ten opsigte van pasiënte, aangesien die rol van siek te wees deur hulle gesanksioneer word. Sou pasiënte se behoeftes nie deur die informele sisteme binne die gemeenskap, byvoorbeeld vriende en gesinne, bevredig word nie, word professionele hulp dikwels ingeroep.

Professionele persone volg verskillende benaderings by die behandeling van pasiënte. Geneeshere, met hul professionele wortels in die Eed van Hippocrates, ondersteun dikwels die biomediese en geneesheergesentreerde benaderings tot dienslewering. Die klem val op die wetenskaplike aard van siekte en die interafhanklikheid van ander faktore binne pasiënte se leefwêreld, byvoorbeeld psigologiese en sosiale faktore, word dikwels geïgnoreer. Geneeshere word as outoritêre figure beskou wat behandeling voorskryf wat nie deur pasiënte bevestig word nie. Hierdie benadering is eng en erken nie die reg van individue om besluite namens hulself te neem nie. Een faset van die biomediese benadering tot siekte wat gehandhaaf moet word, is die fokus op die wetenskap van en die biologiese aard van siekte. Dit moet onderliggend wees aan alle interaksies met die pasiëntsisteem en nie deur byvoorbeeld die pasiëntgesentreerde benadering oorskadu word nie.

Maatskaplike werkers volg meestal die pasiëntgesentreerde, sosiologiese, voorspelbare verloop-, openbare gesondheids-, ekologiese sisteemteoretiese, bio-psigososiale en probleemoplossende benaderings. In die pasiëntgesentreerde benadering word pasiënte as die outoriteit met betrekking tot hul lewens en besluitneming beskou en beplanning word saam met maatskaplike werkers gedoen. Hulpverleners beweeg teen pasiënte se pas en respekteer hul uniekheid en selfbeskikkingsreg. Aandag word geskenk aan die verwerking van gevoelens, terwyl verwagtinge en waarnemings uitgeklaar word. Die terapeutiese verhouding word erken en benut as die middelpunt van interaksies met die pasiëntsisteem.

In die sosiologiese benadering word die vyf fases van die siekteproses as riglyn tydens intervensie benut ten einde groter begrip vir die optrede van pasiënte te kry. Volgens die voorspelbare verloopbenadering het elke siekte 'n unieke aard, maar word dit gekenmerk deur soortgelyke mediese, sosiale en psigologiese gevolge. Hulpverleners kan dus probleme voorsien en voorkom, terwyl 'n grondliggende vaardigheidsrepertoire toegepas kan word by die hantering van uiteenlopende probleme en situasies. Hantering van kwessies op die makrovlak van funksionering word moontlik gemaak deur die benutting van die openbare gesondheidsbenadering.

In die ekologiese sisteemteoretiese, bio-psigososiale en probleemoplossende benaderings tot intervensie word die interafhanklikheid van die sisteme in die ervaringswêreld van individue erken. Wanneer 'n probleem tussen 'n individu of sisteem en die omgewing ontstaan, word verandering teweeggebring om optimale maatskaplike funksionering te bewerkstellig. Volgens die ekologiese sisteemteoretiese perspektief word gepoog om die homeostase binne die sisteem deur die aanpassing van transaksies tussen die verskillende sisteme in die omgewing van die individu te herstel. Die bio-psigososiale benadering erken die interafhanklikheid tussen die fisiologiese, psigologiese en sosiale fasette van die individu, terwyl die probleemoplossende proses riglyne vir die doelgerigte hantering van probleme bied.

Al die genoemde intervensie- en diensleweringbenaderings het 'n rol te speel by die behandeling van pasiënte en hul gesinne. Die eklektiese toepassing van die benaderings, na gelang van omstandighede, verbreed die perspektief van hulpverleners en stel hulle in staat tot die lewering van 'n omvattende diens wat pasiënt- en behoeftegerig is. Om hierdie benaderings effektief toe te pas, moet maatskaplike werkers oor sekere kennis, waardes en vaardighede beskik en moet hulle sekere rolle kan vertolk.

HOOFSTUK 3:

KENNIS, WAARDES, VAARDIGHEDE EN ROLLE VAN MAATSKAPLIKE WERKERS TYDENS INTERVENSIE BENUT

3.1 INLEIDING

Die toepassing van die verskillende benaderings tot intervensie vereis dat professionele persone oor gespesialiseerde kennis, vaardighede, waardes en houdings moet beskik. 'n Teoretiese grondslag, waarvan die toepassing deur 'n etiese kode gerig word, word tydens intervensie en besluitneming gevolg en prakties deur middel van vaardighede toegepas. Die kennis, waardes en vaardighede waarvoor maatskaplike waardes beskik en die verskillende rolle wat tydens intervensie vertolk word, is toepaslik in alle areas van Maatskaplike Werk.

Alhoewel die kennisgrondslae van Geneeskunde en Maatskaplike Werk grootliks van mekaar verskil, is daar tog sekere gebiede wat ooreenstem. Daar is ook sekere raakpunte en fokusverskille tussen die waardestelsels van die twee beroepe. In hierdie hoofstuk word die waardes wat as grondslag vir maatskaplikewerkintervensie dien as primêre of absolute, sekondêre of instrumentele en onmiddellike waardes geklassifiseer. Die Gedrags- en Etiese Kode van Maatskaplike Werk, soos verwoord in die Wet op Maatskaplike en Geassosieerde werkers (1986) en die Nasionale Vereniging vir Maatskaplike Werk se Etiese Kode, dien as grondslag vir hierdie bespreking. Die waardes wat as grondslag vir geneeskundige dienslewering dien word volgens die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) beskryf.

Kennis en waardes word deur die toepassing van vaardighede geoperasionaliseer. Die kernvaardighede van Maatskaplike Werk word, met verwysing na die toepassing daarvan op die mikro-, meso- en makrovlakke van intervensie, in hierdie hoofstuk uitgelig en bespreek.

Maatskaplike werkers gebruik professionele kennis, waardes en vaardighede in die verskillende rolle wat vertolk word. Die toepassing van professionele rolle maak doelgerigte intervensie moontlik en verhoog die doeltreffendheid en effektiwiteit van maatskaplikewerkbydraes.

3.2 KENNISGRONDSLAG VAN MAATSKAPLIKE WERK

Kennis is noodsaaklik, aangesien dit die organisering en kategorisering van lewenskweptes moontlik maak, gebeurde uit die verlede verduidelik en toekomstige gebeurde voorspel. Dit dra by tot 'n gevoel van begrip van en beheer oor gebeurde. 'n Stewige kennisgrondslag is noodsaaklik vir Maatskaplike Werk, aangesien dit

besluitneming en intervensie rig en die toerekenbaarheid van professionele persone verhoog.

Suppes & Wells (1991:16) is van mening dat die kennisgrondslag vir Maatskaplike Werk eklekties van aard, interdisiplinêr, tentatief, kompleks en dikwels subjektief is. Die eklektiese en interdisiplinêre aard van kennis, spruit daaruit dat maatskaplikewerk-kennis grootliks aan ander professies (byvoorbeeld Sielkunde, Sosiologie en Antropologie) ontleen is. Die subjektiewe aard van kennis spruit daaruit dat die wetenskaplike verifieerbaarheid van kennis deur die dinamiese aard van individue en hul omgewing bemoelijk word. Johnson (1996:46) brei op hierdie verduideliking uit en meld dat praktykwysheid, kennis uit lewenservaring en die observasie van ander se ervarings ook tot die subjektiewe aard van kennis bydra. Die tentatiewe aard van kennis spruit uit die dinamiese aard daarvan en die feit dat individue en hul omstandighede voortdurend verander. Kirst-Ashman & Hull (1994:9) is van mening dat kennis kompleks is, aangesien die mensdom kompleks is.

Tydens akademiese opleiding word studente aan 'n wye veld van teoretiese en praktiese ervarings blootgestel. Die opleiding in teorie en praktyk is daarop gerig om studente voor te berei op intervensie in beginnerspraktyk. Maatskaplikewerkkennis behels begrip vir menslike dinamiek (individue, hul interaksies en die sosiale sisteme waarvan hulle deel is) en die herkenning van die vaardighede wat in sekere situasies effektief benut kan word. Inligting oor menslike funksionering, menslike ontwikkeling en diversiteit vorm deel van die kennisgrondslag in Maatskaplike Werk. Praktykteorie, wat die probleemoplossende benadering en ander intervensiestrategieë, wat op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering toegepas kan word, insluit, brei die kennisgrondslag verder uit. Gespesialiseerde kennis, wat op spesifieke groepe of pasiënte toegepas word, is ook deel van die kennisgrondslag, byvoorbeeld kennis oor kinder- en gesinsorgdienste en dienslewering aan bejaardes. Kennis van en die benutting van hulpbronne dra by tot probleemoplossing. Kirst-Ashman & Hull (1994:10-17) en Johnson (1996:46-48) is van mening dat kennis oor beleid en beleidsverandering intervensie rig en besluitneming fasiliteer.

Elke maatskaplike werker het 'n verpligting teenoor die professie met betrekking tot die identifisering en toepassing van verworwe kennis tydens intervensie. Hierdie verpligting behels ook die uitbreiding van kennis deur navorsing en die wetenskaplike evaluering van intervensie. Maatskaplike werkers het 'n verpligting teenoor pasiënte en die professie om op die hoogte te bly van ontwikkelings in hul vakgebied. Die noodsaaklikheid van voortgesette opleiding en die bereidheid tot persoonlike groei word deur verskeie skrywers uitgelig (Compton & Galaway 1989:12; Donnelly 1992:116; Botha 1993:4; Kirst-Ashman & Hull 1994:15; Strydom 1995:117; Van Rensburg & Botha 1997:127; Reamer 1998:496; Halvorsen 1999:174). Kennis kan uitgebrei word deur supervisie, konsultasie, skakeling met professionele verenigings en persoonlike berading. Van der Westhuysen, Theron & Dalla Cio (1995:209) noem dat selfkennis en kennis van ander onderliggend aan persoonlike groei is.

Elke persoon het 'n unieke agtergrond, ervaringsveld en kultuur. Gelowe, mites, waardes en houdings spruit daaruit voort. Hierdie unieke agtergrond en die rolle wat hulpverleners in hul gesinne vertolk het, bepaal dikwels die wyse waarop die

intervensieproses benader word. Epstein (1993:384) en Garvin & Seabury (1997:60) is van mening dat daar 'n regstreekse verband is tussen die wyse waarop hulpverleners krisisse in hul eie lewens hanteer en die hantering van soortgelyke probleme in hul professionele lewens.

'n Duidelike begrip van eie houdings, waardes en oortuigings is noodsaaklik om aan hulpverleners die vermoë te gee om oor kulturele en sosio-ekonomiese grense te beweeg. Net as 'n hulpverlener 'n bewustheid ontwikkel het oor die self, gevoelens, waardes, oortuigings en houdings en die uitwerking wat dit op die terapeutiese proses kan hê, kan die invloed daarvan bewustelik verminder word.

3.3 WAARDES AS GRONDSLAG VIR MAATSKAPLIKEWERKINTERVENSIE

Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:70) omskryf 'n waarde as: " 'n Blywende oortuiging dat 'n bepaalde gedragswyse of bestaanseinddoel persoonlik of sosiaal verkieslik is." Waardes is egter nie tydloos, blywend en onveranderbaar nie, maar verander voortdurend (O'Neil 1993:110; Van Niekerk 1994:172; Garvin & Seabury 1997:36). Hierdie veranderinge is die gevolg van menslike ervarings en veranderinge binne die gemeenskap. Waardes het 'n beheerende funksie binne die samelewing en rig besluitneming, gedagtes, oordeel en optrede. Daar is waardes in sisteme en wedersydse beïnvloeding kom dus tussen waardes voor. Johnson (1995:50) verwys na Rokeach wat noem dat daar 'n gevoelsaspek aan waardes verbonde is en dat optrede daaruit voortvloei.

Die waardes van 'n gemeenskap word by wyse van 'n atmosferiese proses deur individue aangeleer en is onderliggend aan enige interaksie. Die waardes wat individue aanleer, word bepaal deur hul kulturele agtergrond, geestelike oortuigings, die groepe waaraan hulle behoort, persoonlike ervaringe en hul sienings oor die mensdom as geheel. Net wanneer maatskaplike werkers weet wat hul persoonlike waardes is, kan hulle professionele waardes ontwikkel en die twee fasette met mekaar integreer. Sou 'n waardekonflik tussen die waardes van 'n gemeenskap, die professie, 'n pasiënt en 'n maatskaplike werker se waardes ontstaan, kan 'n maatskaplike werker, na bewuswording daarvan, 'n waardeoordeel uitspreek en die regte besluit neem. 'n Voorbeeld hiervan is 'n ongehude tiener wat 'n aborsie versoek, maar ná berading op aanneming besluit. Waardes kan nie wetenskaplik getoets word nie en kan slegs as reg of verkeerd geklassifiseer word as 'n spesifieke waardesisteem of etiese kode as standaard daarvoor gebruik word (Zastrow 1992:36; O'Neil 1993:110; Botha 1993:2; Johnson 1995:43; Garvin & Seabury 1997:36).

Johnson (1995:50) en Potgieter (1998:39-45) klassifiseer waardes in die volgende kategorieë, naamlik primêre of absolute waardes, sekondêre of instrumentele waardes en onmiddellike waardes.

3.3.1 Primêre of absolute waardes

Hierdie waardes is abstrak en word deur die meeste individue aanvaar. Dit verteenwoordig die wyse waarop ander individue geëvalueer word.

1) Agting vir individue se waardigheid, eiewaarde en uniekheid

Agting vir die uniekheid van individue en hul reg op selfverwesenliking staan sentraal tot hierdie waarde. Individue het die reg om met agting en begrip behandel te word (O'Neil 1993:112; Van Niekerk 1994:174; Glass 1996:148; Garvin & Seabury 1997:36; Potgieter 1998:40). Maatskaplike werkers wat hierdie waarde uitleef, erken die interafhanklike aard van maatskaplike funksionering en hanteer pasiënte op 'n holistiese wyse

2) Uiteenlopendheid en uniekheid

Individue is uiteenlopend wat betref hul ras, ouderdom, geslag, godsdienstige affiliasie, seksuele oriëntasie, sosiale klas, fisieke en verstandelike vermoëns en hul etniese en kulturele agtergrond. Voortspruitend uit hierdie diversiteit, word die lewe verskillend deur individue ervaar en word verskillende keuses gemaak. Maatskaplike werkers respekteer die diversiteit van individue en hul reg om unieke besluite te neem (Purtilo & Haddad 1996:201; Garvin & Seabury 1997:39; Potgieter 1998:40). Stereotipes word vermy en individue word onvoorwaardelik aanvaar.

3) Vermoë om te kan groei en verander

Individue beskik oor die inherente vermoë en motivering om te groei en te verander. Groei behels die bemeestering van sekere lewenstake binne 'n sekere tydsverloop en strek oor die hele lewensloop van individue (Erikson, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:72; Potgieter 1998:40). Die omgewing kan groei fasiliteer of teenstaan, afhangende van die hulpbronne waaroor dit beskik en die geleenthede wat dit aan individue bied. Maatskaplike werkers is bewus van hierdie inherente vermoë van individue en poog om, saam met pasiënte, motivering tot verandering te verhoog, geleenthede te benut en hulpbronne te mobiliseer.

4) Behoeftes om te behoort

Geen persoon funksioneer in isolasie nie, maar verkeer in 'n voortdurende proses van wedersydse beïnvloeding deur ander individue. Die lewenspotensiaal van individue word onder meer bereik deur hul interaksie en verhoudings met ander. Deur te behoort, word basiese behoeftes, byvoorbeeld sosiale en psigologiese behoeftes, bevredig en word die stimulus vir groei verskaf. Germain & Gitterman (1986:621) en Potgieter (1998:40) is van mening dat gevoelens van waarde en belangrikheid ontstaan wanneer individue voel dat hulle êrens behoort, terwyl 'n positiewe selfkonsep ook daaruit voortspruit. Maatskaplike werkers is bewus van hierdie behoefte en besef dat probleme dikwels daarin gesetel is dat hierdie behoefte nie bevredig word nie. Die toepassing van die ekologiese sisteemteoretiese perspektief fasiliteer probleemoplossing.

5) Verantwoordelikheid teenoor self en ander mense

Elke individu is verantwoordelik vir homself en vir die besluite wat hy neem. Besluitneming is gerig op behoeftevervulling en groei en bied die individu 'n gevoel van beheer. Besluite raak nie net die besluitnemer nie, maar het ook 'n invloed op die samelewing. Indien 'n persoon byvoorbeeld besluit om, sonder kennis, uit sy werk te

bedank en met 'n sakeonderneming te begin, spruit persoonlike tevredenheid daaruit voort. Die vorige werkgewer vind dit dalk moeilik om die persoon se pos te vul. Die onderneming ly daaronder, aangesien dit nie optimaal kan funksioneer totdat 'n plaasvervanger gevind is nie. Die verantwoordelike optrede van die werknemer sou wees om 'n kennistydperk aan die werkgewer te bied. Potgieter (1998:41) is van mening dat groei aanvaarbaar is indien dit in balans met die behoeftes van die samelewing is.

Maatskaplike werkers het 'n verantwoordelikheid teenoor hulself, kollegas, pasiënte, hul werkgewers, maatskaplikewerkorganisasies, die maatskaplikewerkberoep en die gemeenskap. Hierdie verantwoordelikheid van maatskaplike werkers word geoperasionaliseer in die Gedrags- en Etiese Kode van die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplikediensberoepe (Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1978).

3.3.2 Sekondêre of instrumentele waardes

Absolute en onmiddellike waardes word deur sekondêre of instrumentele waardes geoperasionaliseer. Dit stel die aangewese wyse voor om sekere resultate te bereik en hoe om ander individue te hanteer. Deur die erkenning van die selfbeskikkingsreg van individue en klem op hul sterkpunte word hul eiewaarde en waardigheid bevestig.

1) Individualisering

Deur individualisering word die uniekheid van elke individu erken en aanvaar. Stereotipering is afwesig en elke persoon word vanuit sy eie verwysingsraamwerk hanteer. Die unieke aard van elke individu se wêreld word empaties erken, terwyl objektiwiteit behou word.

Bewus van hul eie gevoelens, gedagtes, vrese, drome, pyn en teleurstellings is dit vir maatskaplike werkers moontlik om vooroordele bewustelik uit te skakel en objektiwiteit te behou. Hulle is daarvan bewus dat aangebode probleemsituasies, wat ooreenkomste toon, deur verskillende individue op unieke wyses ervaar en hanteer word. Die intervensieplan vir elkeen is dus anders. Geklassifiseerde inligting word benut om aan intervensie rigting te gee, maar word volgens die unieke persoon en sy probleemsituasie aangepas (Zastrow 1992:36; Potgieter 1998:42). Daar word tydens intervensie saam met en teen die pas van pasiënte beweeg.

2) Aanvaarding

Aanvaarding verwys na die vermoë om ander mense te aanvaar vir wie hulle is en wat hulle kan wees. Dit beteken nie dat alles wat persone doen aanvaar moet word nie, maar wel die aanvaarding van persone as menslike wesens. Die vermoë om ander te aanvaar, spruit uit agting, omgee en vertroue in ander se potensiaal om te groei en te ontwikkel (Zastrow 1992:36; Compton & Galaway 1994:277; Potgieter 1998:43). Gedrag is doelgerig en alhoewel nie altyd positief nie, dra dit by tot maatskaplike funksionering. Indien die doel van optrede verstaan word, is dit makliker om dit te aanvaar. Deur te fokus op ander se sterkpunte en potensiaal vir verandering, oop te wees vir hul standpunte en warmte en belangstelling oor te dra, word hul waarde en eiewaarde versterk.

3) Beheerde emosionele betrokkenheid

Intervensie word gerugsteun deur die professionele verhouding tussen maatskaplike werkers en pasiënte. Maatskaplike werkers waak teen subjektiewe betrokkenheid en poog om balans tussen sensitiewe betrokkenheid en oormatige identifisering te vind. Daar is 'n duidelike onderskeid tussen die verantwoordelikhede van maatskaplike werkers en dié van pasiënte. Probleme bly pasiënte s'n, terwyl maatskaplike werkers slegs probleemoplossing fasiliteer. Potgieter (1998:43) is van mening dat subjektiewe betrokkenheid van maatskaplike werkers by pasiënte die effektiwiteit van intervensie verminder.

4) Nie-veroordelende gesindheid

'n Nie-veroordelende gesindheid word deur aanvaarding en die afwesigheid van blaam weerspieël. Probleemsituasies word as negatief geklassifiseer en nie individue nie. Sirkulariteit word erken deurdat daar nie na die oorsaak van probleme gesoek word nie. Maatskaplike werkers staan pasiënte by by die kritiese evaluering van denke, gesindhede en gedrag en konfronteer hulle wanneer nodig. Potgieter (1998:44) beklemtoon die noodsaaklikheid van konfrontasie binne 'n warme en ondersteunende atmosfeer.

5) Selfbeskikkingsreg

In die Gedrags- en Etiese Kode van Maatskaplike Werk (Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1986) word die selfbeskikkingsreg van pasiënte met betrekking tot intervensie en besluitneming beklemtoon. Pasiënte het die reg om hul eie opinies te hê, dit uit te spreek en daarop te reageer (Supps & Wells 1991:404; O'Neil 1993:112; Van Niekerk 1994:175; Strydom 1995:117; Conradie *et al* 1996:49). Deur die erkenning van die selfbeskikkingsreg van pasiënte tydens intervensie word hul onafhanklikheid verhoog en hul selfrespek verbeter.

Pasiënte word as die hoofprobleemoplossers beskou en maatskaplike werkers vertolk 'n ondersteunende en fasiliterende rol. Die maak van voorstelle en die oordra van gedagtes deur maatskaplike werkers onderdruk nie die selfbeskikkingsreg van pasiënte nie, maar stel hulle in staat tot ingeligte besluitneming. Daar moet nie net geleentheid gebied word vir pasiënte om hul eie besluite te neem nie, maar hulle moet ook in staat gestel word om verantwoordelikheid vir die besluite wat hulle geneem het, te aanvaar. Die selfbeskikkingsreg van pasiënte word ingeperk wanneer maatskaplike werkers in belang van pasiënte optree, waar hulle byvoorbeeld 'n gevaar vir hulself of ander inhou. Die kommittering van 'n alkoholis kan as voorbeeld genoem word.

6) Toerekenbaarheid

Die Suid-Afrikaanse Raad vir Maatskaplikediensberoep hou maatskaplike werkers verantwoordelik vir professionele optrede. Die Gedrags- en Etiese Kode van Maatskaplike Werk (Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1986) bied riglyne vir sodanige professionele optrede. Die toerekenbaarheid van maatskaplike werkers word gemeet aan hul bedrewenheid en vaardigheid in die keuse en toepassing van gepaste intervensiestrategieë op spesifieke pasiëntsisteme met 'n sekere problematiek. Zastrow

(1992:29) en Potgieter (1998:45) beklemtoon die noodsaaklikheid vir maatskaplike werkers om oor vaardighede met die evaluering van die effektiwiteit en doeltreffendheid van intervensie te beskik. Gevolgtrekkings moet benut word om verdere intervensie te rig. Sou 'n probleemsituasie buite die kennis of ervaringsveld van 'n maatskaplike werker val, moet 'n verwysing na 'n aanvullende profesie of diensverskaffer gedoen word.

Toerekenbaarheid is ook op pasiënte van toepassing deurdat hulle verantwoordelik gehou word vir hul besluite en optrede. Die professionele verhouding met maatskaplike werkers word gekenmerk deur wedersydse verwagtinge en verpligtinge. Pasiënte word verantwoordelik gehou vir die nakoming van hierdie verwagtinge en die uitvoering van verpligtinge. Compton & Galaway (1994:45) en Potgieter (1998:45) is van mening dat toerekenbaarheid bydra tot die bevestiging van die waarde en individualiteit van pasiënte en dat dit hulle help om verantwoordelikheid vir hulself te aanvaar. Bernstein & Gray (1995:89) plaas die verantwoordelikheid vir die ontwikkeling van nuwe dienste en die verbetering van bestaande dienste en beleid op organisasies en die regering.

3.3.3 Onmiddellike waardes

Onmiddellike waardes is spesifiek en fokus op die eindresultaat van aksies, byvoorbeeld idees met betrekking tot lewe en dood, die reg om 'n aborsie te hê, of vryheid van keuse, byvoorbeeld die reg om 'n kind op 'n bepaalde wyse te dissiplineer. Dit word nie algemeen aanvaar nie. Dit fokus op die drome en ideale wat met betrekking tot ander individue gekoester word en toon ooreenkomste met die behoeftes wat op die makrovlak van funksionering ervaar word.

1) Gelykheid

Alle persone is geregtig op gelyke geleenthede en gelyke toegang tot hulpbronne ten einde hul volle potensiaal te bereik. DuBois & Miley (1996:147) en Potgieter (1998:41) meld dat hierdie waarde inhou dat alle persone, met inagneming van individualiteit, waarde en waardigheid het en gerespekteer moet word. Individue, groepe en gemeenskappe word deur maatskaplike werkers met hierdie waarde as uitgangspunt benader.

2) Demokrasie

Demokrasie hou in dat alle persone beheer oor die samelewing moet hê en word gekenmerk deur gedeelde voorregte, pligte en verantwoordelikhede. Elke individu het 'n gedeelde verantwoordelikheid om hulpbronne, wat kan bydra tot behoeftevervulling by ander, te voorsien en te ontwikkel. Daar word gestreef na die oplossing van probleme wat op die makrovlak van funksionering ervaar word, byvoorbeeld armoede en diskriminasie. Potgieter (1998:41) meld dat elke individu as belangrik beskou word en stemreg verdien.

3) Sosiale geregtigheid

Maatskaplike werkers beywer hulle vir die daarstelling van sosiale geregtigheid. In die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:37) word die konsep omskryf as: "n Ideale toestand waarin alle lede van 'n samelewing dieselfde basiese regte, sekuriteit,

geleenthede, verpligtinge en maatskaplike voordele het.” Sosiale geregtigheid verwys ook na vryheid, die afwesigheid van diskriminasie, gesamentlike verantwoordelikhede, sosiale verandering en die erkenning van basiese menseregte, byvoorbeeld die reg om te lewe en vrye spraak (Grobler 1993:100-101; O’Neil 1993:112; Van Niekerk 1994:172; Garvin & Seabury 1997:36; Reamer 1998:494).

3.3.4 Ander

Die belangrikheid vir die handhawing van konfidensialiteit word in die Gedrags- en Etiese Kode van Maatskaplike Werk (Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1986) beklemtoon.

1) Handhawing van konfidensialiteit

Maatskaplike Werk beklemtoon die belangrikheid van die handhawing van konfidensialiteit. O’Neil (1993:116) is van mening dat konfidensialiteit saamhang met ‘n ander waarde, naamlik die erkenning van ‘n individu se reg op privaatheid. In die maatskaplikewerkberoep word al hierdie waardes erken en gehandhaaf.

In Maatskaplike Werk word ruimte in sommige gevalle gelaat vir die skending van konfidensialiteit. Maatskaplike werkers moet hul professionele oordeel in besluitneming gebruik en moet elke geval na eie verdienste beoordeel (Barker 1987:74; Zastrow 1992:36; Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1986).

1) *Met ‘n pasiënt se uitdruklike toestemming.*

- Die motivering vir die oordra van konfidensiële inligting word met ‘n pasiënt bespreek en sy formele (skriftelike) toestemming word bekom.

2) *Indien ‘n pasiënt nie kan toestem nie, met die toestemming van sy curator personae, ouer of voog (indien minderjarig), die langsliewende gade, meerderjarige kind of die eksekuteur aangestel deur die Hoë Hof.*

- Indien ‘n pasiënt byvoorbeeld in ‘n koma na ‘n motorongeluk is, of ernstige hoofbeserings opgedoen het, is hierdie uitsondering ter sprake.

3) *Indien ‘n maatskaplike werker deur die hof as getuie gedagvaar word.*

- Maatskaplike werkers het in so geval nie ‘n keuse ten opsigte van die skending van konfidensialiteit nie, maar sal, indien moontlik, die getuienis met die pasiënt bespreek en toestemming daarvoor bekom.

4) *Indien kindermishandeling vermoed word.*

- Die maatskaplike werker word ingevolge Artikel 26 van die Kinderwet (1960) wetlik verplig tot die aanmelding van vermoedelike kindermishandeling.

5) *Indien ‘n pasiënt ‘n definitiewe gevaar vir ‘n ander individu inhou.*

- Wanneer ‘n pasiënt byvoorbeeld sy voorneme om ‘n ander persoon te vermoor aan die maatskaplike werker oordra, is hy verplig om konfidensialiteit te skend en die potensiële slagoffer daarvoor in te lig. Daar bestaan nie riglyne vir die soorte potensiële misdade wat die skending van konfidensialiteit noodsaak nie. Zastrow (1992:45) meld dat die beleid van die werkgewende organisasie en van die land as riglyn vir besluitneming benut moet word.

6) *Indien ‘n pasiënt ‘n selfmoordrisiko is en konfidensialiteit geskend word ten einde sy lewe te red.*

- 7) Indien 'n pasiënt dreig om die professionele persoon kwaad aan te doen.
- 8) In soverre die bekendmaking van die inligting in belang van 'n pasiënt is, of vir die behoorlike hantering van 'n pasiënt of ander gevalle, verlang word.
 - Ruimte word gelaat vir die bespreking van pasiënte tydens, byvoorbeeld, spanvergaderings met multidissiplinêre spanlede.
- 9) Indien 'n pasiënt 'n saak teen die professionele persoon aanhangig maak, byvoorbeeld oor 'n wanpraktyk.
- 10) Indien 'n minderjarige misbruik word vir, of die slagoffer is van, kriminele dade deur volwassenes.
 - Daar bestaan nie riglyne vir die soorte kriminele misdade wat hier ter sprake is nie.
- 11) Indien 'n pasiënt se emosionele of fisiologiese toestand 'n gevaar vir homself of vir ander mense in sy werksituasie inhou.
 - Byvoorbeeld 'n vlieënier met 'n drankprobleem.

Barker (1987:74) beklemtoon die belangrikheid daarvan om pasiënte voor of tydens die eerste onderhoud, insake bogenoemde uitsonderings, oor die handhawing van konfidensialiteit in te lig. Zastrow (1992:46) verskil van hierdie siening en noem dat sodanige mededeling die professionele verhouding skade berokken en tot die terughouding van inligting deur 'n pasiënt lei. Die navorser is van mening dat elke geval na verdienste beoordeel en die gepaste respons daarvolgens geformuleer moet word.

3.4 WAARDES AS GRONDSLAG VIR GENEESKUNDIGE DIENSLEWERING

In hierdie bespreking word die primêre, sekondêre en onmiddellike waardes soos geklassifiseer deur Johnson (1995:50) en Potgieter (1998:39-45) in verband gebring met die waardes soos uitgelig in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215).

3.4.1 Primêre of absolute waardes

Daar is nie 'n regstreekse verwysing na agting vir individue se waardigheid, eiewaarde en uniekheid in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) nie. Deur die weerhouding van alle inligting oor 'n pasiënt se diagnose en 'n prognose aan te beveel, word 'n pasiënt se waardigheid en eiewaarde nie ondersteun nie. Volgens Laine & Davidoff (1996:152) het daar die afgelope twintig jaar 'n klemverskuiwing plaasgevind vanaf algehele weerhouding tot algehele openlikheid en eerlikheid oor diagnoses en prognoses in die Geneeskunde. Die gesindheidsverandering waarborg egter nie dat geneeshere oor die vaardighede beskik om sodanige inligting oor te dra nie en die aanleer van toepaslike onderhoudsvaardighede is daarvoor nodig.

Die diversiteit van die mensdom word deur 'n verwysing na verskillende mense, byvoorbeeld mans, vroue, slawe en ongebonde persone erken. Daar word van geneeshere verwag om op dieselfde wyse teenoor al hierdie persone op te tree. Die uniekheid van individue word dus nie in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons &

Petrucelli 1978:214-215) uitgelig nie. Daar word gefokus op die genesing van pasiënte se fisiologiese ongesteldhede en nie op pasiënte se vermoë om te kan groei en verander nie.

Die behoefte om te behoort, blyk uit die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215). Die verhouding tussen die geneesheer, sy mentors en sy studente of navolgers word vergelyk met die verhouding tussen geneeshere en hul ouers, broers en seuns. Deur hierdie vergelyking te tref, word gepoog om die belangrikheid van verhoudings met professionele kollegas te beklemtoon. Geneeshere se wortels lê in hul gesinne en dit het 'n bepalende rol met betrekking tot hul ander verhoudings.

In die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) word die verantwoordelikheid van geneeshere teenoor hulself, die mediese beroep, professionele kollegas en pasiënte beklemtoon. 'n Riglyn vir optrede word aan geneeshere gebied.

3.4.2 Sekondêre of instrumentele waardes

In die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) word die selfbeskikkingsreg van pasiënte nie uitgelig nie. Volgens hierdie Eed moet geneeshere besluit wat in die beste belang van pasiënte is en het pasiënte geen keuse wat betref die uitvoering van geneeshere se besluite nie. In die hedendaagse mediese tydskrifte word die reg van pasiënte tot selfbeskikking wel uitgelig en beklemtoon (Sparks 1998:847; Levenstein & Parr 1998:818).

Volkome objektiwiteit word deur geneeshere aanbeveel, terwyl geen ruimte vir emosionele betrokkenheid en subjektiewe evaluering gelaat word nie. Pasiënte word nie geïndividualiseer nie, maar dikwels slegs as fisiologiese probleme, wat genees moet word, geklassifiseer. Die aanvaarding van pasiënte en 'n nie-veroordelende gesindheid by geneeshere word nie in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) uitgelig nie.

Die toerekenbaarheid van geneeshere word in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) beklemtoon. Die optrede van geneeshere is gerig op die genesing van pasiënte en geen ruimte word vir verkeerde diagnoses en behandeling gelaat nie. Geneeshere moet oor die nodige kennis en vaardighede beskik om pasiënte optimaal te behandel, maar moet ook bewus wees van hul beperkinge. 'n Pasiënt moet na 'n spesialis verwys word as 'n geneesheer meen dat die aangeleentheid buite sy kennis of ervaringsveld val en dat gespesialiseerde dienslewering tot groter nut vir 'n pasiënt sal wees.

3.4.3 Onmiddellike waardes

Aangesien die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) fokus op die bevrediging van mikrovlakbehoefes, byvoorbeeld fisiologiese en opvoedkundige behoeftes, word geen aandag geskenk aan die bevrediging van makrovlakbehoefes, byvoorbeeld die behoefte aan gelykheid, demokrasie en sosiale geregtigheid, nie. Gevolglik is geen waardes daaromtrent in die Eed van Hippocrates geformuleer nie.

Geneeshere het 'n verpligting met betrekking tot die daarstelling van sosiale geregtigheid. Sparks (1998:846) en Powell (1998:317) meld dat dit geoperasionaliseer word deur die oordrag van kulturele agting en sosiale erkenning aan pasiënte. Hierdie waarde word nie in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) uitgelig nie.

Volgens die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) word die neem van 'n lewe, deur byvoorbeeld aborsies of genadedood, ten sterkste teengestaan. Die wettiging van aborsies in die Republiek van Suid-Afrika, het daartoe gelei dat aborsies deur sommige geneeshere uitgevoer word. Dit is in regstreekse botsing met die Eed van Hippocrates en die onderwerp van etiese debatte. Aborsies is nog nie in Namibië gewettig nie, terwyl genadedood nog nie in die Republiek van Suid-Afrika of Namibië gewettig is nie.

3.4.4 Handhawing van konfidensialiteit

Die belangrikheid vir die handhawing van konfidensialiteit word in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) beklemtoon. Hierdie Eed voer konfidensialiteit tot sy uiterste en verklaar dat inligting oor 'n pasiënt se diagnose en prognose selfs van hom weerhou moet word. Dit weerspreek dus ander waardes, byvoorbeeld die agting vir 'n individu se selfbeskikkingsreg, eiewaarde en 'n pasiënt se reg tot besluitneming.

3.5 VAARDIGHEDE DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS BENUT TYDENS INTERVENSIË

Kennis en waardes, met die oog op behoeftevervulling en probleemoplossing, word deur die toepassing van vaardighede geoperasionaliseer. Johnson (1995:56) verwys na Bartlett, wat noem dat 'n vaardigheid na die tegniese deskundigheid van 'n maatskaplike werker verwys, gegrond op kennis en waarvan die toepassing gerig word deur waardes. Die Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk (1995:65) omskryf 'n vaardigheid as: "Die vermoë om kennis en waardes doelmatig en geredelik in die uitvoering of verrigting van 'n bepaalde taak aan te wend." Dit sluit dus die keuse van gepaste tegniese vanuit die kennisbasis in, sowel as die vermoë om die tegniese effektief toe te pas.

Van der Westhuysen *et al* (1995:209) en Tylee (1999:591) lig die belangrikheid van kennis en die vermoë om dit vaardig en kultuursensitief toe te pas uit. Die skrywers noem dat algemene kennis en intuïsie nie voldoende is nie en dat vaardighede aangeleer moet word. Tydens opleiding word maatskaplike werkers se teoretiese kennis oor vaardighede uitgebrei en word geleentheid aan hulle gebied om vaardig in die toepassing daarvan in die praktyk te raak.

Weens die historiese fokus op die tegniese aspek en die wetenskaplike grondslag van siekte in Geneeskunde is daar in die verlede beperkte aandag aan die inhoud, struktuur en funksie van kommunikasie met pasiënte geskenk. Mediese studente het beperkte formele opleiding met betrekking tot kommunikasievaardighede ontvang (Epstein *et al* 1993:377). Levenstein & Parr (1998:817) is van mening dat onderhoudsvaardighede

daaglik deur geneeshere benut word en beklemtoon die noodsaaklikheid vir die aanleer van sodanige vaardighede. Alhoewel sommige mediese kursusse aangepas is om 'n mini-kursus in kommunikasievaardighede in te sluit, is Sparks (1993:847) en die PPAC (1995:327) van mening dat daar nog baie ruimte vir uitbreiding is.

Daar bestaan 'n groot verskeidenheid vaardighede wat tydens intervensie toegepas kan word (Zastrow 1992:27; Cohen-Cole 1993:380; Suchman 1997:678). Daar is nie ooreenstemming tussen skrywers met betrekking tot kernvaardighede nie. Kirst-Ashman & Hull (1994:19) stel voor dat vaardighede as mikro-, meso- en makrovakvaardighede geklassifiseer word.

3.5.1 Mikrovakvaardighede

Brammer & MacDonald (1999:23) kategoriseer mikrovakvaardighede as vaardighede wat bydra tot begrip, vaardighede wat bydra tot maatskaplikewerkondersteuning en krisisingryping en vaardighede wat tot positiewe aksie bydra.

3.5.1.1 Mikrovakvaardighede wat tot begrip bydra

Luistervaardighede, warmte, empatie, opregtheid, die aanbied van leiding, reflektoring, uitdaging, interpretasie, die oordrag van inligting en opsomming is voorbeelde van vaardighede wat op die mikrovak van intervensie toegepas kan word. Toepassing van hierdie vaardighede is gerig op die daarstelling van groter begrip vir pasiënte.

1) Luistervaardighede

Om waarnemend te luister sluit die *waarneming van verbale en nie-verbale kommunikasie*, byvoorbeeld oogkontak, gesigsuitdrukkings, liggaamshouding, stemtoon en -intonasie in. Smilkstein (1993:378) en Suchman (1997:678) is van mening dat geneeshere geneig is om net op die verbale boodskappe met betrekking tot die siekte te reageer en om die gevoels- en nie-verbale boodskappe van pasiënte te ignoreer. Dit spruit dikwels uit tydsbeporing of uit geneeshere se onvermoë of onkunde met betrekking tot die hantering van sodanige boodskappe. McWhinney (1993:381) meld dat om aktief te kan luister 'n vaardigheid is wat aangeleer moet word, maar dat die ingesteldheid en houding van die hulpverlener die sukses daarvan bepaal. Die intrinsieke vermoë en die motivering van hulpverleners speel ook hierin 'n rol.

Deur *parafrasering* verbaliseer 'n maatskaplike werker in ander woorde die grondliggende boodskap van 'n pasiënt se verbale kommunikasie. 'n Maatskaplike werker toets sy begrip vir 'n pasiënt se woorde en wys hom dat hy met aandag luister. Dubbele boodskappe, volgens verbale en nie-verbale kommunikasie, word uitgeklaar. *Uitklaring* word gebruik wanneer 'n maatskaplike werker onseker is oor 'n pasiënt se grondliggende boodskap en 'n raaiskoot waag. 'n Pasiënt kan ook versoek word om die grondliggende boodskap duideliker te stel. Deur die *kontrolering van persepsies*, poog 'n maatskaplike werker om die akkuraatheid waarmee 'n pasiënt se kommunikasie verstaan word, te kontroleer (Nelson-Jones 1989:135; Smilkstein 1993:378; Glass 1996:148; Suchman *et al* 1997:682; Brammer & MacDonald 1999:71-73). Die benutting van die

genoemde vaardighede is daarop gerig om 'n pasiënt te laat voel dat die maatskaplike werker werklike begrip vir sy probleemsituasie het.

2) Warmte, empatie en opregtheid

Warmte verwys na die verbale of nie-verbale oordrag van belangstelling, kommer en goedgesindheid aan 'n pasiënt. Dit toon agting en kommer oor 'n pasiënt se welsyn en laat hom veilig en beskermd voel. *Empatie* verwys na die wyse waarop begrip vir 'n ander persoon se situasie ervaar en deur 'n maatskaplike werker oorgedra word. Purtilo & Haddad (1996:208) verduidelik empatie as die proses waartydens 'n maatskaplike werker homself in die skoene van 'n pasiënt plaas en "saam" met hom voel. Kirst-Ashman & Hull (1994:49-52) verwys na *opregtheid*, wat beteken dat 'n maatskaplike werker sy eie identiteit tydens intervensie behou en eerlik en opreg teenoor 'n pasiënt optree. Die oordrag van warmte, empatie en opregtheid aan 'n pasiënt fasiliteer verhoudingsbou met 'n maatskaplike werker.

3) Om leiding te gee

Leiding word aan pasiënte gegee om hulle aan te moedig tot die identifisering en ventilasie van gevoelens. Deur die benutting van *vraagstelling* word geleentheid aan pasiënte gebied om hul probleemsituasie te ondersoek en om aktief by die probleemoplossende proses betrokke te raak. Pasiënte word primêr verantwoordelik gehou vir die pas en rigting van onderhoude. Leiding kan *regstreeks* of *onregstreeks* wees. Deur regstreekse vraagstelling word pasiënte versoek om spesifieke aangeleenthede te bespreek, terwyl onregstreekse vraagstelling die onderwerp van bespreking aan die pasiënt oorlaat. *Fokussering* word benut om pasiënte op een aspek op 'n slag te laat fokus en om verwarring, omslagtigheid en vaagheid te verminder (Baer & Federico, soos aangehaal deur Johnson 1995:56; Brammer & MacDonald 1999:73-80).

4) Reflektering

Reflektering verwys na die verbale erkenning of reflektoring van 'n pasiënt se *gevoelens*, die *inhoud* van sy verbale en nie-verbale kommunikasie en die maatskaplike werker se *waarnemings of ervaring* van 'n pasiënt (Compton & Galaway 1989:352; Brammer & MacDonald 1999:80-83). Reflektering toon vir 'n pasiënt dat die maatskaplike werker hom binne sy verwysingsraamwerk verstaan.

5) Uitdaging

Uitdaging behels die eerlike erkenning van 'n maatskaplike werker se gewaarwordinge oor die pasiënt, aan die pasiënt. Brammer & MacDonald (1999:83) stel die volgende stappe vir uitdaging voor, naamlik:

- a) *Identifisering van die gevoelens* wat deur die maatskaplike werker ervaar word.
- b) Die *beskrywing van hierdie gevoelens* aan homself en die pasiënt.
- c) *Terugvoer* aan die pasiënt oor sy gedrag en hom 'n geleentheid bied om daarop te reageer.

- d) 'n Geleentheid vir die pasiënt vir *self-reflektering* bied, waarvolgens hy bestaande idees en aannames kan uitdaag en daarna, met die ondersteuning van die maatskaplike werker, meer konstruktiewe denke kan formuleer.
 - e) *Verbale herhaling* van hierdie konstruktiewe denke deur die pasiënt.
- 6) Interpretasie

Deur interpretasie word 'n pasiënt aan 'n nuwe verwysingsraamwerk blootgestel. Die kernboodskap van die pasiënt se kommunikasie word gereflekteer of geparafraseer, waarna die maatskaplike werker sy interpretasie van die situasie byvoeg. Die pasiënt word tot groter begrip en 'n nuwe persepsie van sy situasie gelei. Brammer & MacDonald (1999:89-93) meld dat interpretasie by wyse van *vrae*, *fantasieë* of *verduidelikings* oorgedra kan word.

7) Oordra van inligting

Die oordra van inligting stel die pasiënt tot ingeligte besluitneming in staat. *Advies*, indien aan die pasiënt oorgedra as tentatiewe *voorstelle*, bevestig sy selfbeskikkingsreg (Purtilo & Haddad 1996:44; Brammer & MacDonald 1999:93-95).

8) Opsomming

Opsomming behels die opsom van die *inhoud* van die pasiënt se kommunikasie, die *gevoelens* wat deur hom ervaar is en die *proses* van die onderhoud of die vordering met intervensie. Deur middel van opsomming word die pasiënt bewus van beweging in die terapeutiese proses en word rigting aan opvolgonderhoude gegee. Brammer & MacDonald (1999:95-96) meld dat die maatskaplike werker die akkuraatheid van sy persepsies kan meet aan die opsomming wat die pasiënt bied.

3.5.1.2 **Mikrovlakvaardighede wat tot maatskaplikewerkondersteuning en krisisingryping bydra**

Maatskaplike werkers moet oor die nodige vaardighede beskik om ondersteuning aan pasiënte te verskaf, krisisingryping te doen, sentrering te fasiliteer en om verwysings te kan doen. Die toepassing van vaardighede op die mikrovlak van funksionering, dra by tot pasiënte se verbeterde maatskaplike funksionering.

1) Ondersteuning

Ondersteuning is daarop gerig om pasiënte veilig en gemaklik te laat voel en spruit uit die professionele verhouding, regstreekse intervensie en krisisingryping. *Gerusstelling* wat betref die resultate van optrede, byvoorbeeld: "Jy kan dit doen," of die oordrag van goedkeuring, byvoorbeeld: "Dit is 'n goeie idee," verminder angs en skep ruimte vir die mobilisering van sterkpunte. Maatskaplike werkers dra vertroue in die hanteringsvermoë van pasiënte oor en versterk sodoende hul selfkonsep. *Kontakmaking* deur middel van nie-verbale kommunikasie, byvoorbeeld regstreekse oogkontak of 'n bemoedigende drukkie, vertolk 'n belangrike ondersteunende rol. Brammer & MacDonald (1999:104-

108) beveel aan dat pasiënte progressiewe ontspanningstegnieke aangeleer word, aangesien hulle leer om te ontspan en hul probleme dus met meer helderheid kan hanteer.

2) Krisisingryping

Brammer & MacDonald (1999:108-118) is van mening dat persoonlike kontak so spoedig moontlik na afloop van 'n krisis die positiewe resultate van intervensie verhoog. Onderhoudvoering vind een-tot-een binne 'n *gekontroleerde* opset plaas. Geleentheid word aan 'n pasiënt gebied vir die ventilasie van gevoelens, *hoop* word herstel en 'n gevoel van beheer word aan hom teruggegee. *Alternatiewe oplossings* vir probleme word ondersoek. Deur die soeke na alternatiewe oplossings ontwikkel 'n pasiënt 'n realistiese persepsie van die krisisgebeure. Sy hanteringsmeganismes word gemobiliseer, sy ekwilibrium en integrasie herstel en groei word gefasiliteer (Purtilo & Haddad 1996:347-369; Garvin & Seabury 1997:329-332). *Vertrouing* deur 'n persoon uit die pasiënt se religieuse affiliasie, wat vertroosting bied, vertolk 'n belangrike ondersteunende rol.

3) Sentrering

Sentrering verwys na die proses waartydens individue in kontak met hul hele self kom. Dit sluit 'n bewustheid van liggaam, gevoelens en denke, sowel as die integrasie van hierdie elemente in. Bewustheid, harmonie, eenheid en sterkte vloeï daaruit voort. Deur die *identifisering van sterkpunte* word pasiënte versoek om hul sterkpunte vanuit hul ervaring te lys. Selfvertroue vloeï hieruit voort, terwyl hulle bewus word van sterkpunte wat in toekomstige krisissituasies gebruik kan word. Die *hersiening van groei-ervarings* stel pasiënte in staat om vorige gevoelens weer te ervaar, versterk hul selfbeeld en stel hulle in staat om vorige hanteringsmeganismes in huidige krisissituasies toe te pas. Brammer & MacDonald (1999:118-120) is van mening dat die *herroeping van hoogtepunte* 'n gerusstellende en berustende uitwerking op pasiënte het.

4) Verwysing

Die verwysing van dienste word soms genoodsaak deur stagnasie tydens die intervensieproses, of as die probleem buite die deskundigheid van 'n maatskaplike werker val. Maatskaplike werkers moet oor kennis van beskikbare hulpbronne beskik en moet die toestemming van pasiënte bekom om verwysings te doen. Die gereedheid van 'n pasiënt om verwys te word, moet evalueer word en die werklike rede vir die verwysing moet met hom bespreek word. Die sterkpunte en beperkinge van die verwysingsbron moet aan die pasiënt oorgedra word (Purtilo & Haddad 1996:92; Garvin & Seabury 1997:135; Brammer & MacDonald 1999:121). Die professionele verhouding moet, so ver moontlik, gehandhaaf word totdat die pasiënt 'n nuwe verhouding met die verwysingsbron aangeknoop het.

3.5.1.3 Mikrovlakvaardighede wat tot positiewe aksie bydra

Probleemoplossing en besluitneming is die grondslag vir gedragsverandering. Tydens berading word pasiënte in staat gestel en gemobiliseer om in hul eie belang op te tree. Hierdie optrede het beter maatskaplike funksionering ten doel.

1) Probleemoplossing en besluitneming

Vaardighede met betrekking tot die uitvoer van die stappe van die probleemoplossende proses (soos bespreek in hoofstuk 2) is hier van toepassing (Brammer & MacDonald 1999:131-137). Besluitneming tydens elke fase van die probleemoplossende proses maak beweging deur die fases en uiteindelijke groei by pasiënte moontlik.

2) Gedragsverandering

Brammer & MacDonald (1999:138-151) meld dat vaardighede met modellering, beloning, demping, desensitasie en vorming tot die daarstelling van gedragsverandering bydra. Hierdie gedragsverandering by pasiënte kan beter maatskaplike funksionering tot gevolg hê.

3.5.2 Mesovlakvaardighede

Groepwerkvaardighede, byvoorbeeld konflikhantering, modellering, aanmoediging, rigtinggewing, spanbou, konfrontasie, beplanning, konsultasie, koördinerende en struktuurbenutting word as mesovlakvaardighede geklassifiseer. Kirst-Ashman & Hull (1994:104) en Baer & Federico (soos aangehaal deur Johnson 1995:56) is van mening dat sekere mikrovlakvaardighede op die mesovlak van intervensie benut word, naamlik verhoudingsbouvaardighede, byvoorbeeld warmte, opregtheid en empatie, aandaggewing, byvoorbeeld oogkontak, aktiewe luister en oop liggaamshouding en intervensievaardighede, byvoorbeeld aanmoediging, reflektoring, uitklaring en opsomming.

3.5.3 Makrovlakvaardighede

Maatskaplike werkers tree namens groepe of sekere populasies binne die gemeenskap op. Sosiale kwessies en beleid word aangepak en verander. Basiese menseregte, 'n geloof in selfbeskikkingsreg en die reg om waardigheid te hê, is onderliggend aan die optrede van maatskaplike werkers. Kirst-Ashman & Hull (1994:116-144) en Baer en Federico (soos aangehaal deur Johnson 1995:56) meld dat vaardighede in die opbou en instandhouding van organisasies, die evaluering van resultate, fondsinsameling, die opstel van begrotings, onderhandeling, bemiddeling, die beïnvloeding van besluitnemers, petisies, die benutting van die media, opvoeding, oorreding, konfrontasie, samewerking, behoeftebepaling, beplanning en werk met koalises, nodig is vir maatskaplike werkers wat verandering op makrovlak wil teweegbring. Mikrovlakvaardighede wat hier benut kan word, is byvoorbeeld opregtheid, verhoudingsbouvaardighede, die waarneming van verbale en nie-verbale kommunikasie, interpretering en opsomming. Mesovlakvaardighede wat hier benut kan word, is byvoorbeeld groepwerkvaardighede in die werk met taakgroepe. Vaardighede in konflikhantering, spanbou, openbare toespraaklewing en konsultasies is ook hier van toepassing.

3.6 ROLLE VERTOLK DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS TYDENS INTERVENSIË

DuBois & Miley (1996:250) omskryf die intervensierolle van maatskaplike werkers as: "Expected patterns of professional behaviour (that) assign certain behaviours and prescribe appropriate responses to particular situations." Elke rol wat vertolk word, beskik oor affektiewe, kognitiewe en sosiale komponente, byvoorbeeld gedrag en aksie. Die spesifieke rolle wat deur 'n maatskaplike werker vertolk word, word bepaal deur die aard van 'n probleemsituasie, die behoeftes en voorkeure van 'n pasiënt en die vaardighede waaroor 'n maatskaplike werker beskik. Potgieter (1998:164) lig die noodsaaklikheid uit dat besluitneming ten opsigte van die probleem om aan te werk en die spesifieke strategieë (die rolle en take van al die deelnemers) wat toegepas gaan word, saam met 'n pasiënt gedoen moet word. Die beginsels van die probleemoplossende benadering (soos beskryf in hoofstuk 2) word hier benut.

Volgens die ekologiese sisteemteoretiese perspektief (Sien afdeling 2.2) funksioneer individue nie in isolasie nie, maar verkeer hulle in 'n voortdurende proses van wedersydse beïnvloeding met hul omgewing. Hierdie transaksies het die bevrediging van behoeftes, die uitvoering van take en gepaste roluitvoering ten doel. Vanuit die sosiologiese perspektief word sosiale probleme ondervind indien die roluitvoering van die individu nie kongruent is met die eise en verwagtinge van die samelewing nie. Maatskaplike werkers het 'n rol te speel met betrekking tot die herstel van balans in die samelewing.

Simon & Aigner (1985:13) meld dat Maatskaplike Werk in reaksie op behoeftes en probleme in die omgewing van individue ontstaan het, byvoorbeeld as gevolg van 'n tekort aan hulpbronne of botsende rolverwagtinge. Elke probleem noodsaak 'n sekere oplossing, byvoorbeeld versorging, beskerming, opvoeding, ontwikkeling, genesing of hulpbronbestuur, en word moontlik gemaak deur maatskaplike werkers se vertolking van sekere rolle. Potgieter (1998:168) is van mening dat hierdie rolle met mekaar oorvleuel en mekaar aanvul. Ten einde die klassifikasie van rolle te vergemaklik word gefokus op die rolle wat hoofsaaklik op mikrovlak-, mesovlak- en makrovlakverandering gemik is. Hierdie rolle is nie beperk tot die verskillende vlakke van funksionering nie, maar kan oor die hele spektrum van intervensie vertolk word.

3.6.1 Rolle gerig op mikrovlakverandering

Rolverwagtinge verwys na 'n individu se eie veronderstellings van wat sy rol behels, byvoorbeeld 'n vader wat sy rol as vriend en sportafriër vir sy seun definieer. Unrealistiese rolverwagtinge kom voor wanneer die samelewing se rolvoorskrifte van dié van 'n individu verskil en die individu dit as onrealisties ervaar, byvoorbeeld die samelewing wat verwag dat die vader sy kind moet dissiplineer, terwyl die vader sy rol as vriend belangriker ag. Gerdes *et al* (1988:100) meld dat spanning daaruit voortvloei. Potgieter (1998:169) sluit hierby aan en noem dat roloorgange, byvoorbeeld die oorgang van eggenoot na wewenaar by die afsterwe van 'n huweliksmaat, ook gepaard gaan met gevoelens van verlies en 'n toename in spanning.

Konflikterende rolle kan by 'n sakevrou voorkom wat ten spyte van haar beroepsrol ook die rol van moeder, eggenote en tuisteskepper moet vertolk. Gerdes *et al.* (1988:101) bied 'n voorbeeld hiervan, naamlik die vrou wat 'n vergadering moet bywoon, maar eerder tuis by haar siek kind wil wees. BehoeftEVERVULLING en optimale maatskaplike funksionering kan ingeperk word deur onrealistiese rolverwagtinge en konflikterende rolle. Maatskaplike werkers het 'n rol te speel met betrekking tot die uitklaring van bogenoemde kwessies. Hulle kan as beraders, instaatstellers of bemiddelaars tydens intervensie op die mikrovlak van funksionering optree. Rolvervulling is gerig op genesing en herstel.

1) Berader of terapeut

Maatskaplike werkers streef daarna om die maatskaplike funksionering van pasiënte te verbeter, deur te fokus op hul intra- en interfunksioneringspatrone. Intervensie-benaderings, byvoorbeeld die ekologiese sisteemteoretiese en probleemoplossende benaderings, word gebruik om menslike behoeftes te bevredig en menslike groei en ontwikkeling te fasiliteer. Potgieter (1998:169) meld dat deurlopende ondersteuning aan pasiënte verskaf word. Hierdie rol steun op die kennis, waardes en vaardighede van maatskaplike werkers.

5) Instaatsteller of fasiliteerder

Maatskaplike werkers poog om pasiënte te mobiliseer om hulself te help en taakvervulling te verbeter. Geleentheid word gebied vir die artikulering van gevoelens en behoeftes, probleme word geïdentifiseer en geklarifiseer en doelstellings en doelwitte word geformuleer. Pasiënte word gemotiveer en geaktiveer tot verandering deurdat hul sterkpunte, hanteringsmeganismes, geleenthede en hulpbronne geïdentifiseer en ontwikkel word. Zastrow (1992:14) en Potgieter (1998:169) lig die ondersteunende en instaatstellende rolle van maatskaplike werkers uit en beklemtoon die belangrikheid van pasiëntdeelname en -betrokkenheid. Pasiënte word dus gehelp om hul eie oplossings te vind en toe te pas.

2) Bemiddelaar of onderhandelaar

Die rol van 'n maatskaplike werker as bemiddelaar kom ter sprake wanneer geskille of misverstande, of 'n gebrek aan kommunikasie tussen 'n pasiënt en 'n ander persoon, ingryping noodsaak. Die maatskaplike werker tree as arbiter op en help botsende partye om te onderhandel ten einde 'n wedersyds aanvaarbare oplossing vir konflik te vind. Geleentheid word vir ope kommunikasie tussen die partye gebied en die feite van die situasie en die gevolglike gevoelens word ontbloot. Simon & Aigner (1985:16), Kirst-Ashman (1994:142) en Potgieter (1998:170) meld dat maatskaplike werkers neutraal optree en die onderhandelingsproses, wat streef na 'n wen-wen oplossing vir die konflik, fasiliteer. Die rol van 'n maatskaplike werker as bemiddelaar kan byvoorbeeld in 'n egskeidingsgeding benut word.

3.6.2 Rolle gerig op mesovlakverandering

Kennis en vaardighede wat benodig word vir roluitvoering het soms nie ontwikkel nie, of is onderontwikkeld weens die wanvervulling van byvoorbeeld fisiologiese, emosionele, sosiale, of kulturele behoeftes op die mikrovlak van funksionering. Simon & Aigner (1985:17) en Potgieter (1998:167) is van mening dat die afwesigheid van gepaste rolmodelle tydens sosialisering veroorsaak dat pasiënte dikwels nie oor die vaardighede of kennis beskik om daaglikse probleme te hanteer en besluite te neem nie. Maatskaplike werkers tree op as leermeesters, deskundiges, motiveerders of uitklaarders ten einde pasiënte met die toepaslike vaardighede en hanteringsmeganismes toe te rus om hul probleme te hanteer.

1) Leermeester

Deur aan pasiënte inligting te verskaf, poog maatskaplike werkers om pasiënte te bemagtig tot besluitneming en om beheer oor hul lewens te neem (Sheafor, Horesji & Horesji 1994:18; DuBois & Miley 1996:272; Potgieter 1998:168). Volwasse onderwys en lewensvaardighedsopleiding dra by tot die verhoging van hul selfgeldendheid. Die bemeestering van lewensake, suksesvolle beweging deur die lewensfasies en die verbetering van roluitvoering, interpersoonlike kommunikasie, lewenskwaliteit en die vermoë om hulpbronne te benut, vloei hieruit voort.

2) Deskundige of konsultant

Hierdie rol behels die verskaf van inligting, voorstelle en advies, gegrond op navorsingsresultate, tegniese ervaring en hulpbronnemateriaal, aan pasiënte. Riglyne word aan pasiënte gebied met betrekking tot die benutting van hierdie inligting. Die deskundige erken die selfbeskikkingsreg van pasiënte om die inligting te benut of te ignoreer. Lombard (1991:185), Kirst-Ashman & Hull (1994:144) en Potgieter (1998:168) lig die belangrikheid van hierdie rol uit.

3) Motiveerder of aanmoediger

Hierdie rol kom in werking tydens tye van onsekerheid, vrees vir verandering en wanneer pasiënte nie besluite kan neem nie. Maatskaplike werkers gebruik die sisteemteorie om verandering te bewerkstellig. Die sisteem word ondersteun deur die identifisering en benutting van sterkpunte tydens die veranderingsproses. Potgieter (1998:168) is van mening dat hierdie handeling, sowel as die identifisering en benutting van geleenthede, bydra tot die daarstelling van motivering vir verandering. Hierdie rol is verwant aan die instaatsteller- en fasiliteerderrol van 'n maatskaplike werker.

4) Uitklaarder

Maatskaplike werkers poog om onduidelikhede in die sosiale omstandighede van pasiënte uit te klaar. Observasie- en luistervaardighede word benut ten einde alle kommunikasie deur pasiënte waar te neem (Simon & Aigner 1985:17; Potgieter 1998:168). Deur hulle by te staan in die vorming van 'n duidelike beeld van hul omstandighede, probleme en keuses word gepoog om hulle tot optimale maatskaplike funksionering in staat te stel.

3.6.3 Rolle gerig op makrovlakverandering

Volgens die ekologiese sisteemteoretiese perspektief (Sien afdeling 2.2), word behoeftes op mikrovlak soms nie bevredig nie, aangesien die geleentheid vir die bevrediging daarvan nie op makrovlak bestaan nie. Geleentheid word ingeperk weens finansiële beperkinge, swak beplanning of politieke agendas, byvoorbeeld waar 'n sekere groep in die samelewing bevoordeel word.

Potgieter (1998:165) is van mening dat die afwesigheid van materiële, sosiale of psigologiese hulpbronne op die makrovlak van funksionering 'n negatiewe uitwerking op die fisiologiese, emosionele, kognitiewe, geestelike en sosiale ontwikkeling van mense op die mikrovlak van funksionering het. Maatskaplike werkers help sisteme met die vervulling van makrovlakbehoefes, deur byvoorbeeld hulpbronne en dienste te bekom of sosiale beleid te verander. Hulle tree op as maatskaplike beplanners, makelaars, organiseerders, voorsprake of aktiviste.

1) Maatskaplike beplanner

Wanneer daar probleme op die makrovlak van funksionering bestaan, word dit volledig deur 'n maatskaplike werker ondersoek en ontleed. Programme en beleid word dan opgestel om hierdie probleme op te los (Lombard 1991:187; Potgieter 1998:165). Nuwe dienste en fasiliteite word daargestel, terwyl die toeganklikheid en responsiwiteit van bestaande dienste en hulpbronne verhoog word.

2) Gids of makelaar

Hierdie rol behels die skakeling van pasiënte met hulpbronne in die gemeenskap. Sheafor, Horesji & Horesji (1994:17) meld dat die makelaarsrol van maatskaplike werkers die assessering van die sosiale omstandighede van pasiënte en die hulpbronne in die gemeenskap insluit. Inligting word aan pasiënte oorgedra en hulle word na hulpbronne in die omgewing verwys (Lombard 1991:180; Zastrow 1992:14; Potgieter 1998:166). Maatskaplike werkers vertolk soms die rol van advokaat en fasiliteer sodoende pasiënte se skakeling met hierdie hulpbronne. Kennis van die beskikbare hulpbronne, hul funksionering en beleid is noodsaaklik om gepaste verwysings te kan doen. Maatskaplike werkers moet vaardig wees wat die interpretering van organisasies se aktiwiteite betref ten einde dit vir pasiënte te verklaar. Die monitering van skakeling tussen pasiënte en hulpbronne is nodig om die responsiwiteit en doeltreffendheid van hulpbronne te evalueer.

3) Organiseerder

Die rol van organiseerder behels dat maatskaplike werkers oor die vermoë en vaardighede moet beskik om met individue, groepe en organisasies te kan skakel. Organisering geskied op twee vlakke, naamlik inter- en intra-organisering. Inter-organisasie behels die daarstelling van kommunikasie, samewerking, koördinasie en integrasie tussen die verbruiker-, doelwit-, aksie- en organisasiesisteme, met die oog op die bereiking van gemeenskapsdoelstellings. Intra-organisering verwys na verandering binne die organisasiesisteme met die oog daarop om 'n meer toeganklike en

ondersteunende diens aan die verbruikerssisteem te kan lewer (Engelbrecht soos aangehaal deur Lombard 1991:191; Potgieter 1998:166).

4) Voorspraak of advokaat

Maatskaplike werkers tree as voorspraak vir pasiënte op op dieselfde manier as wat 'n advokaat in 'n geregseding optree. Albei beywer hulle vir die realisering van die regte van kliënte of pasiënte. Maatskaplike werkers manipuleer, argumenteer, debatteer en onderhandel met sosiale instellings wat onsimpatiek en negatief met betrekking tot die vervulling van pasiënte se behoeftes is (Zastrow 1992:14; Hesser 1994:13; Kirst-Ashman & Hull 1994:143; Potgieter 1998:167). Deur die beïnvloeding van die politieke proses, die aanpassing van organisasiebeleid en die organisering van verontregte persone word gepoog om pasiënte se behoeftes te vervul.

5) Aktivis

Die aktivis streef na makrovlakverandering deur middel van sosiale hervorming. Maatskaplike werkers het institusionele verandering en die verskuiwing van mag en hulpbronne na 'n benadeelde groep as doel. Sosiale aksiestrategieë, byvoorbeeld konflik en konfrontasie, word benut ten einde sosiale geregtigheid, gelykheid en demokrasie daar te stel (Zastrow 1992:14; DuBois & Miley 1996:267; Potgieter 1998:167). Die aktivis is 'n goeie openbare spreker en kan ander mense motiveer en begeester. Sosiale, politieke en ekonomiese leiers op plaaslike, provinsiale en nasionale vlak word met die oog op nasionale verandering geteiken.

3.7 SAMEVATTING

Kennis, waardes en vaardighede is die grondslag van die maatskaplikewerkberoep. Dit verskaf 'n raamwerk vir intervensie en is die grondslag van die professionele verhouding en die professionele proses. Die sukses waarmee kennis toegepas word, word bepaal deur die professionele persoon se selfkennis, waardes en vaardighede wat die praktiese toepassing van inligting betref.

Maatskaplike Werk en Geneeskunde beskik albei oor 'n etiese grondslag, gegrond op 'n professionele waardestelsel, wat in 'n etiese kode met 'n mensbeskouing as middelpunt uitgespel word. Elke besluit en optrede van 'n hulpverlener weerspieël sy eie waardes en dié van sy professie.

Hulpverleners benader pasiënte met 'n repertoire van lewenservaringe en waardes. Hierdie waardes word gevorm binne hul gesinne en gemeenskappe en is sosiaal, godsdienstig en persoonlik van aard. Waardes in hulpverleners se persoonlike en professionele lewens is soms in botsing met mekaar, byvoorbeeld wanneer 'n pasiënt 'n aborsie versoek en die maatskaplike werker daarteen gekant is, en dit kan intervensie bemoeilik. Bevooroordeeldheid spruit uit maatskaplike werkers se onvermoë om hul eie waardes te identifiseer en bewustelik te hanteer.

Waardes wat in Maatskaplike Werk en Geneeskunde aanvaar word, is die behoefte om te behoort, verantwoordelikheid teenoor jouself en ander mense, beheerde emosionele

betrokkenheid, toerekenbaarheid en die handhawing van konfidensialiteit. Die selfbeskikkingsreg, eiewaarde, uniekheid en individualiteit van pasiënte, sowel as hul vermoë om te kan groei en verander, word nie in die Eed van Hippocrates uitgelig nie.

Vaardigheid verwys na die vermoë om kennis en waardes doelmatig en geredelik in die uitvoering of verrig van bepaalde take aan te wend. In hierdie hoofstuk is kernvaardighede vir toepassing op die mikro-, meso- en makrovlakke van intervensie uitgelig. Vaardighede is nie beperk tot toepassing op 'n enkele vlak nie, maar kan oor die hele spektrum van intervensie toegepas word. Die belangrikheid van verhoudingsbou, deur benutting van byvoorbeeld luistervaardighede, warmte, empatie, opregtheid en fokusering, is uitgelig en is van toepassing op al drie vlakke van intervensie.

Die toepassing van maatskaplikewerkrolle word bepaal deur die aard van probleme, die behoeftes van pasiënte en die vaardighede van maatskaplike werkers. Die aanname word gemaak dat probleme uit pasiënte se onvermoë spruit om hul verskillende rolle in hul gemeenskappe te vertolk. Unrealistiese en botsende rolverwagtinge, beperkte of afwesige geleenthede, afwesigheid van responsiwiteit by hulpbronne en ander probleme in die omgewing van individue dien as motivering vir maatskaplike werkers om verandering teweeg te bring. Rolle oorvleuel met mekaar en word toegepas, soos nodig. Maatskaplike werkers is aanpasbaar en beweeg saam met pasiëntsisteme om die oplossing van 'n groot verskeidenheid probleme te fasiliteer en hul maatskaplike funksionering te verbeter.

HOOFSTUK 4:

MAATSKAPLIKE WERKERS AS ONDER- STEUNINGSBRON VIR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK

4.1 INLEIDING

Elke individu verkeer in voortdurende interaksie met homself, sy fisiese en sy sosiale omgewing. Hierdie dinamiese intra-, inter- en eksterne prosesse word beïnvloed deur 'n individu se persepsies, kognisie, vermoëns en gevoelens binne 'n bepaalde persoonlikheidsamestelling en gedrag. Francisco-la Grange & Nel (1993:40) meld dat Maatskaplike Werk gerig is op die inwin van kennis oor hierdie interaksies en die bevordering van die interaksieproses. Behoeftebevrediging word gefasiliteer en individue word gemobiliseer en tot optimale maatskaplike funksionering in staat gestel.

Behoeftes ontstaan op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering. Mikrovlak-behoeftes, byvoorbeeld fisiologiese, sosiale, seksuele, psigologiese en opvoedkundige behoeftes, mesovlakbehoeftes, byvoorbeeld die behoefte aan 'n aangename werksplek en 'n groep om aan te behoort, en makrovlakbehoeftes, byvoorbeeld die behoefte aan behuising, werksgeleentheid, opvoedkundige en gesondheidsfasiliteite, word deur alle individue aanvaar. Behoeftes ontstaan ook vanuit die interaksie van individue met mekaar. In hierdie hoofstuk word aandag geskenk aan die doel en funksies van maatskaplikewerkintervensie. Die holistiese benadering tot dienslewering word as uitgangspunt gebruik.

Geneeshere is normaalweg pasiënte se eerste skakel met die hulpverleningsstelsel. Sou 'n geneesheer in gebreke bly om psigososiale probleme by 'n pasiënt te identifiseer en 'n toepaslike verwysing na byvoorbeeld 'n maatskaplike werker te doen, word die pasiënt, ten spyte van die mediese behandeling en die bevrediging van die gesondheidsbehoefte, nie volkome op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering genees nie. Wanfunksionering vloei hieruit voort. Indien 'n pasiënt byvoorbeeld 'n amputasie gehad het en 'n geneesheer net op die fisiologiese genesing van die stompie fokus, kan psigologiese probleme by die pasiënt op 'n later stadium moontlik tot 'n selfmoordpoging lei.

4.2 DIE DOEL EN FUNKSIES VAN MAATSKAPLIKEWERK- INTERVENSIE

Maatskaplike Werk is gerig op die verbetering van die maatskaplike funksionering van individue. Faul (1995:99) is van mening dat maatskaplike funksionering verwant is aan die gedragspatrone van individue, in die verskillende rolle wat hulle in hul omgewing vervul en in die verskillende sisteme waarvan hulle deel is. Individue reageer binne die raamwerk van hul innerlike wêreld, wat kognitiewe, fisiologiese, emosionele en

konatiewe dimensies insluit, op eise in die omgewing. Indien hul hanteringsmeganismes en die eise van die omgewing in balans is, is optimale maatskaplike funksionering moontlik. Ingeperkte maatskaplike funksionering kom voor wanneer die eise van die omgewing die hanteringsmeganismes van 'n individu oorskry (Francisco-la Grange & Nel 1993:41; Weyers & Stutterheim 1994:66). Die individu se behoeftes word nie bevredig nie en probleme ontstaan. Gerdes *et al* (1988:474) meld dat hierdie proses binne 'n sekere tydsraamwerk geskied en dat dit met die ontwikkelingsfase van 'n individu geïntegreer is.

Individue wat optimaal funksioneer, ervaar 'n gevoel van beheer oor hul omgewing. Verhoogde lewensbevrediging vloei daaruit voort en hulle word in staat gestel om hul volle potensiaal te verwesenlik. Hul psigologiese en sosiale welsyn word geoptimaliseer, terwyl hul integriteit, weens wedersydse beïnvloeding, ook die gemeenskap herstel en in stand hou (Smilkstein 1993:378; Van Niekerk 1994:173; Strydom 1995:117; Manning 1997:224). Hul lewenskwaliteit binne individuele en sosiale omgewings word dus beskerm en verhoog.

Potgieter (1998:28-31) is van mening dat Maatskaplike Werk sewe funksies het, naamlik versorging en beskerming, genesing en herstel, voorkoming en opvoeding, hulpbronbestuur, sosiale geregtigheid en gelykheid, beleids- en programontwikkeling, professionele opleiding en praktykontwikkeling. Elke funksie is verwant aan 'n doelstelling wat bereik moet word. Doelbereiking word moontlik gemaak deur die praktiese toepassing van maatskaplikewerkkennis deur middel van vaardighede. Rolle word, met waardes as riglyn, deur maatskaplike werkers vertolk om hierdie doelstellings te kan bereik. Elke doelstelling word genoem voordat dit daarna bespreek word.

4.2.1 Versorging en beskerming

Doel: Om die kwesbare populasies in die samelewing te beskerm en te versorg.

Individue ervaar psigologiese, geestelike en sosiale behoeftes op die mikrovlak van funksionering. Die optrede van maatskaplike werkers word gerig deur agting vir die waardigheid, eiewaarde en uniekheid van individue, aanvaarding van hul diversiteit, vertroue in hul vermoëns om te groei en te verander, en 'n nie-veroordelende gesindheid. Maatskaplike werkers tree op as beraders, instaatstellers, leermeesters en motiveerders. Potgieter (1998:28-31) meld dat hierdie doel bereik word deur die toepassing van luistervaardighede, warmte, empatie, opregtheid, ondersteuning, sentrerings en leiding aan pasiënte.

4.2.2 Genesing en herstel

Doel: Om die probleemoplossende vermoë, hanteringsmeganismes en interaksionele kapasiteite van persone op mikro-, meso- en makrovlak te verbeter of in stand te hou en die maatskaplike funksionering van hierdie sisteme te verbeter.

Behoeftes word op die mikrovlak van funksionering ervaar, byvoorbeeld psigologiese en sosiale behoeftes, op die mesovlak, byvoorbeeld 'n behoefte aan aanvaarding binne 'n groep, en op die makrovlak, byvoorbeeld 'n behoefte aan 'n toeganklike

gesondheidsstelsel. Maatskaplike werkers tree op as instaatstellers, bemiddelaars, beraders, leermeesters, deskundiges, motiveerders of uitklaarders. Optrede word gerig deur agting vir individue se waardigheid, eiewaarde en uniekheid, vertrouwe in individue se vermoë om te groei en verander, begrip vir individue se verantwoordelikheid teenoor die hulself en ander mense, aanvaarding en 'n nie-veroordelende gesindheid (Potgieter 1998:28-31). Luistervaardighede, warmte, empatie, opregtheid, leiding, sentrerings, uitdaging, interpretasie, ondersteuning en probleemoplossingsvaardighede word deur maatskaplike werkers toegepas.

4.2.3 Voorkoming en opvoeding

Doel: Om sosiale wanfunksionering te voorkom en menslike potensiaal te ontwikkel deur die vroeë identifisering, beheer en uitskakeling van potensieel gevaarlike omstandighede.

Die behoeftes wat, by vervulling, bydra tot optimale maatskaplike funksionering word op die mikrovlak van funksionering ervaar, byvoorbeeld fisiologiese, sosiale, seksuele, psigologiese en opvoedkundige behoeftes, op die mesovlak, byvoorbeeld die behoefte aan groepsidentiteit en 'n aangename werksplek, en op makrovlak, byvoorbeeld die behoefte aan werksgeleenthede, behuising, opvoedkundige en gesondheidsfasiliteite (Van Rooyen & Engelbrecht 1995:3; Berkman 1996:546; Powell 1998:315). Maatskaplike werkers vertolk die rol van leermeester, deskundige, uitklaarder, maatskaplike beplanner, makelaar of organiseerder om hierdie doel te kan bereik. Vaardighede wat benut word, is die oordrag van inligting, krisisingryping en sentrerings. Probleemoplossing, besluitneming en gedragsverandering by pasiënte word hierdeur gefasiliteer.

4.2.4 Hulpbronbestuur

Doel: Die ontwikkeling of daarstelling van hulpbronne, die verhoging van die responsiwiteit van bestaande hulpbronne tot menslike behoeftes, die skakeling van individue met hulpbronne in die omgewing en die herstrukturering van die omgewing met die oog op die verbetering van alle persone se lewenskwaliteit.

Die behoefte aan beskikbare en toeganklike hulpbronne word op die makrovlak van funksionering ervaar (Nel 1993:40; Van Niekerk 1994:174; Powell 1998:315). Maatskaplike werkers tree op as maatskaplike beplanners, organiseerders, advokate of aktiviste. Waardes met betrekking tot sosiale geregtigheid en gelykheid rig die proses. Vaardighede met betrekking tot onderhandelings, die beïnvloeding van besluitnemers, die benutting van die media, beplanning en die werk met koalisies dra by tot die bereiking van dié doel.

4.2.5 Sosiale geregtigheid en gelykheid

Doel: Die bevordering van sosiale geregtigheid en gelykheid.

Individue ervaar politieke behoeftes op die mikro- en makrovlakke van funksionering, byvoorbeeld 'n behoefte aan demokrasie en die erkenning van menseregte (Potgieter 1998:28-31). Maatskaplike werkers tree op as maatskaplike beplanners, bemiddelaars, advokate of aktiviste. Waardes met betrekking tot gelykheid, demokrasie en sosiale

geregtigheid rig die optrede van maatskaplike werkers. Vaardighede in byvoorbeeld onderhandeling, bemiddeling, die beïnvloeding van besluitnemers, petisies, die benutting van die media, oorreding, konfrontering en samewerking is nodig vir die bereiking van die doel.

4.2.6 Beleids- en programontwikkeling

Doel: Die evaluering en die ontwikkeling van 'n effektiewer sosiale beleid en sosiale programme.

'n Behoeftes aan werksgeleenthede of gesondheidsdienste word soms op die makrovlak van funksionering ervaar. Maatskaplike werkers tree op as beplanners, organiseerders, voorsprake of aktiviste om hierdie behoeftes te bevredig. Waardes met betrekking tot sosiale geregtigheid en gelykheid rig die optrede van maatskaplike werkers. Vaardighede in die opbou en instandhouding van organisasies, die evaluering van resultate, fondsinsameling, die opstel van begrotings, onderhandeling, behoeftebepaling, beplanning en werk met koalisies word volgens Mitchell (1990:106), Zastrow (1992:20) en Strydom (1995:117) deur maatskaplike werkers benut.

4.2.7 Professionele opleiding en praktykontwikkeling.

Doel: Handhawing van die integriteit van die profesie en die ontwikkeling van kennis en vaardighede vir maatskaplikewerkpraktyk.

Maatskaplike werkers ervaar dikwels die mikrovlakbehoefte aan opvoeding en selfverwesening. Hulle tree op as studente en navorsers om hierdie doel te verwesenlik. Potgieter (1998:28-31) is van mening dat vertroue in eie vermoë om te kan groei en verander, toerekenbaarheid en verantwoordelikheid teenoor jouself en ander mense maatskaplike werkers motiveer tot studie, navorsing en opleiding.

4.3 AANDUIDINGS DAT VERWYSINGS NA MAATSKAPLIKE WERKERS AANGEWESE IS

Alle professionele persone kan nie spesialiste of deskundiges op alle gebiede van dienslewering wees nie. Uit navorsing deur Pray (1991:191) het dit geblyk dat geneeshere dikwels onkundig is ten opsigte van die rol van maatskaplike werkers en dus nie gepaste verwysings doen nie. Navorsing deur Netting & Williams (1996:221) toon ooreenkoms met hierdie bevinding. Uit navorsing deur Clarke, Neuwirth & Bernstein (soos aangehaal deur Gropper 1992:88) het dit geblyk dat geneeshere verkies om te verwys, eerder as om self psigososiale probleme te hanteer. In die lig van tydsbeperkings, fokusverskille, verskille in belangstellings, verskille in opleiding en verskillende spesialisingsgebiede, is verwysing na aanvullende dienslewering soms aangewese, byvoorbeeld die verwysing van 'n pasiënt met 'n amputasie na 'n fisioterapeut. Resnick & Tighe (1997:93) stem saam met hierdie bevinding en noem dat geneeshere verkies om tyd aan mediese aspekte te wy.

Pasiënte voel dikwels gemaklik om probleemareas met hul geneesheer te bespreek, aangesien hulle die geneesheer met hul gesondheidsprobleme vertrou en dit dus makliker is om ook ander sake met hom te bespreek (Levenstein & Parr 1998:818). Geneeshere beskik oor unieke gesindhede, vaardighede en kennis waarvolgens mediese sorg, mediese instandhouding en voorkomende dienste aan enige lid van die gesin gelewer kan word. Dikwels beskik geneeshere egter nie oor die tyd, belangstelling of opleiding om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie en is verwysing na 'n maatskaplike werker aangewese. Daar is sekere fisiologiese, finansiële, intellektuele, geestelike, interpersoonlike en emosionele aanduidings wat aan 'n geneesheer toon dat 'n verwysing aangewese is. Probleme met die nakoming van mediese behandeling, onsekerheid oor maatskaplike omstandighede, probleme voortspruitend uit trauma, baba-verwante probleme en probleme met rouverwerking, is bykomende aanduidings vir die verwysing van dienste na 'n maatskaplike werker.

4.3.1 Liggaamlike of fisiologiese aanduidings

Die oordrag van 'n diagnose of swak prognose, mediese of sosiale komplikasies, vermoedelike middelafhanklikheid en seksuele probleme bied aanduidings dat 'n verwysing deur 'n geneesheer na 'n maatskaplike werker aangewese is.

1) 'n Diagnose of swak prognose

'n Diagnose of swak prognose, byvoorbeeld kanker, diabetes of HIV+, plaas stremming op die hanteringsmeganismes van 'n pasiënt. Die wetenskaplike aard en impak van die inligting wat deur 'n geneesheer oorgedra word, is dikwels so groot dat dit nie inslag by 'n pasiënt vind nie. 'n Behoefte aan mediese inligting, in verstaanbare taal, ontstaan. 'n Maatskaplike werker het 'n rol te speel met betrekking tot die herhaling van die inligting, in verstaanbare taal, aan die pasiënt en sy gesin. Geleentheid word gebied vir die ventilasie van gevoelens, hanteringsmeganismes word gemobiliseer deur die herstel van hoop en beheer, sterkpunte en groei-ervarings word geïdentifiseer en die vind van alternatiewe oplossings word gefasiliteer (Epstein *et al* 1993:386; PPAC 1995:327; Laine & Davidoff 1996:152-153; Bertakis *et al* 1999:33). Hulpbronninligting oor byvoorbeeld ondersteuningsgroepe word aan pasiënte oorgedra. Pasiënte word aangemoedig om vrae te stel. Hoeveel inligting aan 'n pasiënt oorgedra word en tot hoeveel berading hy bereid is, word deur homself bepaal.

2) Mediese of sosiale komplikasies

Indien kanker, wat byvoorbeeld in remissie was, hervat of HIV+ in VIGS omsit, het 'n maatskaplike werker 'n rol te speel (Garg 1999:387-390). Geleentheid word gebied vir die ventilasie van gevoelens en beweging deur die fases van gevoelsverwerking, naamlik skok, ontkenning, onderhandeling, woede, depressie en aanvaarding, word gefasiliteer (Berkman 1996:544). Praktiese en finansiële beplanning word saam met pasiënte gedoen, byvoorbeeld die aansoek om siektevoordele of siekteverlof. Die skakeling met hulpbronne binne die gemeenskap, byvoorbeeld ondersteuningsgroepe, is deel van die behandelingsplan.

3) Vermoedelike middelafhanklikheid

Middelafhanklikheid spruit uit ander probleme binne die psigososiale opset van pasiënte (Searl 1989:132-147; African National Congress 1994b:38; Johnstone 1999:614-618). 'n Volledige maatskaplike ondersoek word gedoen en probleemareas word daarna geïdentifiseer. Verwysing vir rehabilitasie of kommittering word gedoen, indien nodig. Die toerusting van pasiënte met nuwe en verbeterde hanteringsvaardighede, is 'n integrale deel van die intervensieproses. Die gesin en die gemeenskap word ook by hulpverlening betrek, aangesien hulle dikwels tot die instandhouding van die probleem bydra.

4) Seksuele probleme

Seksuele wan- of disfunksionering het dikwels 'n negatiewe impak op die selfbeeld van 'n pasiënt. Maatskaplike werkers het 'n rol te speel met betrekking tot die verbetering van die seksuele beeld van pasiënte en die opleiding van pasiënte en/of hul maats met betrekking tot seksuele uitlewing en die hantering van hul seksuele drange, byvoorbeeld normale, verhoogde of afwesige drange (Hamilton 1980:288). Individuele en huweliksberading word met die betrokke partye gedoen wat in 'n heteroseksuele of homoseksuele verhouding met mekaar betrokke kan wees.

4.3.2 Finansiële aanduidings

Die onvermoë van 'n pasiënt om weens siekte nie te werk nie, lei dikwels tot finansiële probleme. Maatskaplike werkers help pasiënte met die aansoek om staatstoelaes, byvoorbeeld ongeskiktheidstoelaes, siektevoorrede, derdeparty-eise of mediese versekering (Suppes & Wells 1991:80; Berkman 1996:544; Fiscella 1999:376). Sou 'n pasiënt weens gestremdheid nie sy vorige werk kan doen nie, kan 'n maatskaplike werker, saam met 'n arbeidsterapeut, ook die moontlikheid om weer in 'n vorige betrekking aangestel te word of om 'n alternatiewe posisie by dieselfde onderneming te beklee, onderhandel.

4.3.3 Intellektuele aanduidings

Pasiënte met beperkte verstandelike ontwikkeling is dikwels 'n bron van frustrasie vir geneeshere, aangesien hulle nie begrip toon vir hul diagnose of die voorgeskrewe behandeling nie (Weyers & Stutterheim 1994:67). Maatskaplike werkers kan hierdie inligting in verstaanbare taal aan pasiënte verduidelik en persone uit hul verwysingsraamwerk betrek om hulle tydens behandeling by te staan.

Siekte of gestremdheid, byvoorbeeld serebrovaskulêre ongelukke en hoofbeserings, lei soms tot die aantasting van 'n pasiënt se intellektuele vermoëns. Saam met 'n arbeidsterapeut en die ander spanlede poog maatskaplike werkers om pasiënte intellektueel deur byvoorbeeld realiteitstoetsing te stimuleer (Fletcher *et al* 1992:32; Tebb 1995:90). Geleentheid word aan pasiënte gebied vir die aanleer van nuwe vaardighede, terwyl hulle ook in verbinding gestel word met toepaslike hulpbronne binne die gemeenskap, byvoorbeeld werksentrums.

4.3.4 Geestelike of morele aanduidings

Midde-in 'n krisis of siekte ervaar sommige persone 'n sielestryd en 'n behoefte aan geestelike ondersteuning. Navorsing deur Ellis, Vinson & Ewigman (1999:109) het getoon dat geneeshere van mening is dat geestelike gesondheid by pasiënte belangrik is, maar dat dit nie gereeld deur hulle hanteer word nie. Maatskaplike werkers tree op as makelaars en bring pasiënte in aanraking met hulpbronne binne die gemeenskap, byvoorbeeld skakeling van 'n pasiënt met 'n predikant van dieselfde geloofsoortuiging.

4.3.5 Interpersoonlike of sosiale aanduidings

Onrealistiese interpersoonlike verwagtinge, vermoedelike kinder- of eggenootmishandeling en huweliks- en gesinsprobleme dui vir 'n geneesheer aan dat 'n verwysing na 'n maatskaplike werker aangewese is.

1) Onrealistiese interpersoonlike verwagtinge

Maatskaplike funksionering behels die speel van sekere rolle binne die gemeenskap. Elke rol het rolvoorskrifte, wat verwys na die gedragswyses en houdings wat die samelewing van die persoon verwag, en na rolverwagtinge wat verwys na die individu se eie veronderstellings van wat sy rol behels (Gerdes *et al* 1998: 100; Potgieter 1998:27). 'n Pasiënt verwag dikwels dat die geneesheer, die behandelingspan, sy gesin, vriende en die gemeenskap op bepaalde wyses moet optree, terwyl teenoorgestelde verwagtinge ook geldig is. Rolverwagtinge en rolvoorskrifte is soms in botsing met mekaar en lei tot interpersoonlike probleme. 'n Maatskaplike werker kan as bemiddelaar optree ten einde hierdie probleme te hanteer en 'n wen-wen verhouding daar te stel.

2) Vermoedelike kindermishandeling

'n Ondersoek na die maatskaplike omstandighede van 'n pasiënt bevestig soms 'n vermoede van kindermishandeling. Reëlins word getref vir die mediese ondersoek van die kind, waarna hy beveilig en statutêre stappe gedoen word. Schoeman & Van der Merwe (1996) verwys na die voorbereiding van die kind vir 'n hofverskyning en die benutting van speltherapie om die trauma te verwerk.

3) Vermoedelike eggenootmishandeling

Tydens die intervensieproses word die slagoffer van vermoedelike mishandeling bemagtig om die situasie te hanteer. Wyndham, Ruckert & Kerrigan (1999:593) beklemtoon die noodsaaklikheid van neutraliteit en 'n pasiëntgesentreerde benadering deur maatskaplike werkers. Die impak op die hele gesinsisteam word geëvalueer en hulpverlening fokus op die hele gesinsisteam. Gevoelsverwerking, selfbeeldterapie, 'n fokus op sterkpunte, die hersiening van groei-ervarings en die ondersoek van alternatiewe word saam met pasiënte gedoen. Huweliksberading of raadgewing met betrekking tot regstappe, as 'n pasiënt sou besluit om te skei of om 'n interdik te bekom, word gedoen. Spel- en gesinsterapie met die oog op die daarstelling van 'n nuwe gesinsbalans word toegepas. As makelaar mobiliseer maatskaplike werkers gemeenskapshulpbronne om die pasiënt by te staan, byvoorbeeld die verwysing van 'n pasiënt na 'n skooling vir

mishandelde vroue. Sou 'n pasiënt besluit om aan die verbetering van sy huweliksverhouding te werk en die eggenoot sy samewerking gee, word huweliksberading gedoen.

4) Huweliks- en gesinsprobleme

Weens die interafhanklikheid van die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering dra toenemende spanning weens huweliks- en gesinsprobleme dikwels tot gesondheidsprobleme by. Deur huweliksberading, gerig op die identifisering van disfunksionele gesinspatrone, kommunikasieprobleme en huidige hanteringsmeganismes en die verbetering van kommunikasie-, konflikthanterings- en besluitnemingsvaardighede, word gepoog om die gesinsbalans te herstel (Compton & Galaway 1989:414-549; Berkman 1996:544).

Die gesin word ondersteun, gemobiliseer en gemotiveer om doelstellings, doelwitte en aksieplanne te formuleer en uit te voer. Carr & Fogarty (1999:434) lig die ondersteunende rol van gesinne, teenoor pasiënte uit en noem dat positiewe behandelingsresultate daaraan verbonde is. Campbell (1993:382) noem dat die gesin dikwels die probleem laat voortduur en dus 'n integrale deel van die terapeutiese sisteem moet wees.

4.3.6 Emosionele of psigologiese aanduidings

Indien siekte of gestremdheid onbevredigend deur 'n pasiënt verwerk is, 'n pasiënt probleme ondervind met die hantering van die oorgange in sy lewensiklus of psigosomatiese klagtes voorkom, is verwysing na 'n maatskaplike werker aangewese.

1) Onbevredigende verwerking van siekte of gestremdheid

Siekte het 'n psigologiese uitwerking op 'n pasiënt. Dikwels ervaar 'n pasiënt 'n verlies aan oriëntasie of rigting en poog 'n maatskaplike werker om saam met die pasiënt doelstellings en doelwitte, wat weer rigting aan hom kan gee, te formuleer. Aandag word geskenk aan die verbetering van die pasiënt se selfvertroue, hanteringsmeganismes, kommunikasie-, konflikthanterings- en besluitnemingsvaardighede. Hy word gehelp om die impak van fisiologiese simptome op sy lewenstyl en interpersoonlike verhoudings te minimaliseer. Die fases van verwerking van gestremdheid, verlies aan funksionering of die diagnose van 'n ernstige siekte word deur verskeie skrywers uitgelig as skok, woede, ontkenning, verwyte, depressie, isolasie en aanpassing (Bamford 1988:12; Epstein *et al* 1993:386; Van Rooyen 1995:2). Die maatskaplike werker het 'n rol te speel met betrekking tot die fasilitering van die verwerking van hierdie gevoelens.

2) Hantering van oorgange in die lewensiklus van die mens.

Gerdes *et al* (1988:72) verwys na Erikson wat noem dat die onvermoë om lewenstake, verwant aan die oorgange in die lewensiklus van die mens, uit te voer soms tot depressie of psigosomatiese siektes lei. Deur 'n pasiënt met hanterings-, konflikthanterings- en kommunikasievaardighede toe te rus, word beweging deur die fases gefasiliteer (Zastrow 1992:18). 'n Maatskaplike werker kan die gesin met praktiese beplanning help en hulle in kontak met hulpbronne binne die gemeenskap bring. Puberteit, aftrede, die afsterwe van

'n gesinslid en/of verhuising na 'n ander gemeenskap met byvoorbeeld 'n gestremde kind is voorbeelde van lewenstake verwant aan die oorgange in die lewensiklus van 'n mens.

3) Psigosomatiese klagtes.

Psigosomatiese klagtes spruit uit ander probleme binne pasiënte se psigososiale opset (Pray 1991:186; Egger, Costello, Erkanli & Angold 1999:852-860). Die identifisering van probleemareas, die soeke na oplossings saam met 'n pasiënt en die hantering van gevoelens, is deel van die terapeutiese rol van 'n maatskaplike werker. Individuele en gesinsterapie word toegepas.

4.3.7 Probleme met nakoming van mediese behandeling

Onverwerkte gevoelens of 'n gebrek aan begrip met betrekking tot die diagnose of prognose, veroorsaak soms dat mediese behandeling nie deur 'n pasiënt gevolg word nie. Soms het 'n pasiënt onrealistiese verwagtinge met betrekking tot die tydperk wat medikasie resultate moet lewer en word die neem van medikasie te vroeg gestaak. Levenstein & Parr (1998:817) is van mening dat daar 'n regstreekse verband is tussen 'n pasiënt se kennis van die siekte, sy insig met betrekking tot die fisiologiese, emosionele en geestelike uitwerking van siekte en uiteindelijke genesing. Indien die mediese behandeling vir 'n pasiënt nie verstaanbaar is nie, sal hy nie sy samewerking gee nie (Donnelly 1992:112; Epstein *et al* 1993:386; Berkman 1996:544). Maatskaplike werkers dra inligting in verstaanbare taal aan pasiënte oor en ondersoek die onderliggende rede vir die weiering om die behandelingsplan te volg. Onverwerkte gevoelens word verwerk en sake van belang word saam met die pasiënt, of met die pasiënt se toestemming, aan die geneesheer oorgedra.

4.3.8 Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede

Maatskaplike werkers kan geneeshere behulpsaam wees met ontslagbeplanning en die insameling van sosiale inligting as grondslag vir mediese onderhoude. Maatskaplike werkers het ook 'n rol te speel met betrekking tot die hantering van pasiënte se huislike probleme tydens hospitalisasie.

1) Insameling van sosiale inligting as grondslag vir die mediese onderhoud.

Weens tydsbeperking het 'n geneesheer dikwels nie tyd vir die insameling van volledige agtergrondsinligting oor 'n pasiënt nie. Maatskaplike werkers is vaardig met die insameling van inligting en die assessering van pasiënte se sosiale omstandighede (Weyers & Stutterheim 1994:67). Deur die samewerking tussen geneeshere en maatskaplike werkers kan 'n holistiese diens aan pasiënte gelewer word, aangesien al die fasette van pasiënte se maatskaplike funksionering in ag geneem word.

2) Ontslagbeplanning

Ontslagbeplanning word dikwels bemoeilik deur onsekerheid oor 'n pasiënt se huislike omstandighede en versorgingsalternatiewe. Maatskaplike werkers doen 'n volledige maatskaplike ondersoek en maak 'n aanbeveling met betrekking tot ontslag. In sy rol as

multidissiplinêre spanlid tref 'n maatskaplike werker reëlins vir die opleiding van gesinslede of vriende om 'n pasiënt tuis te kan hanteer. Daar word met 'n fisioterapeut geskakel wat byvoorbeeld opleiding doen met betrekking tot 'n pasiënt wat 'n serebrovaskulêre ongeluk gehad het. Pasiënte en hul toekomstige versorgingsisteme word by ontslag emosioneel voorberei. 'n Maatskaplike werker kan as makelaar optree en hulpbronne binne die gemeenskap mobiliseer om 'n pasiënt te ondersteun, byvoorbeeld die reël van etes vir 'n bejaarde. Indien aangedui, word reëlins getref vir die toelating van 'n pasiënt in 'n versorgingsoord, byvoorbeeld vir 'n bejaarde wat nie oor die hulpbronne beskik om tuis versorg te kan word nie.

3) Huislike probleme tydens hospitalisasie

Huislike probleme tydens hospitalisasie lei soms, weens die interafhanklike aard van die funksioneringsvlakke van die mens, tot swak samewerking, depressie of voortydige ontslag van 'n pasiënt. Maatskaplike werkers doen 'n ondersoek van pasiënte se maatskaplike omstandighede en mobiliseer hulpbronne binne die gemeenskap ten einde probleemoplossing te bewerkstellig. Indien 'n pasiënt byvoorbeeld bekommerd is oor die versorging van sy kinders tydens hospitalisasie, kan die maatskaplike werker (met die toestemming van die pasiënt) reël dat die kinders tydelik by 'n gewillige familielid kan bly.

Indien 'n maatskaplike werker vroegtydig by 'n pasiënt betrokke raak, word die pasiënt op hospitalisasie voorberei (Suppes & Wells 1991:75). Die aard van die prosedure word in eenvoudige taal aan hom verduidelik en praktiese reëlins, byvoorbeeld verloofreëlins en reëlins vir die versorging van 'n troeteldier, word in samewerking met die pasiënt getref. In die geval van hospitalisasie van 'n geliefde word gevoelsverwerking van naasbestaendes gedoen, die mediese prosedure word in eenvoudige taal aan hulle verduidelik, praktiese reëlins word getref, byvoorbeeld met betrekking tot besoektye, en leiding word aan hulle gegee met betrekking tot die ondersteuning van 'n pasiënt.

4.3.9 Probleme voortspruitend uit trauma

Krisisse wat gedurende die lewe van 'n individu ervaar kan word, byvoorbeeld die afsterwe van 'n geliefde, egskeiding, verkragting, moord en afdanking, word verwerk (Riegel, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:76-78). Aandag word geskenk aan die oorgangsbehoefte van 'n individu in die verskillende ontwikkelingsfases van die lewensiklus, sowel as die behoeftes wat uit die rolveranderinge in die verskillende fases voortspruit (Erikson, soos aangehaal deur Gerdes *et al* 1988:72-76; Nel 1993:41). Die taak van 'n maatskaplike werker is dus nie altyd primêr op die gevolge van die mediese toestand gerig nie, maar ook op die toerusting van 'n pasiënt met vaardighede om sekere sosiale en persoonlike probleme op te los. Die interafhanklike aard van mediese en psigososiale fasette word deurlopend in ag geneem.

Krisisse, byvoorbeeld gepoogde selfmoorde, verkragtings, hoofbeserings, hartaanvalle en serebrovaskulêre ongelukke, beproef die hanteringsmeganismes van pasiënte en hul gesinne tot die uiterste toe (Suppes & Wells 1991:75; Garvin & Seabury 1997:329-332; Brammer & MacDonald 1999:108-118). 'n Maatskaplike werker tree op as terapeut en speel 'n belangrike ondersteuningsrol. Onderhoudvoering geskied binne 'n

gekontroleerde opset waar geleentheid vir die ventilasie van gevoelens gebied word, hoop en beheer herstel en pasiënte bygestaan word met die vind van alternatiewe oplossings. Deur te fokus op sterkpunte en die hersiening van groei-ervarings word gepoog om pasiënte se hanteringsmeganismes te mobiliseer. Toekomsbeplanning word saam met pasiënte en/of hul naasbestaandes gedoen.

4.3.10 Baba-verwante probleme

Maatskaplike werkers het 'n rol te speel by 'n pasiënt wat 'n miskraam gehad het of wie se baba dood of gestremd gebore is. Indien 'n pasiënt 'n aborsie oorweeg, is maatskaplikewerkbetrokkenheid ook aangewese.

1) Miskrame, doodgebore babas of die geboorte van gestremde babas

Miskrame, doodgebore babas of die geboorte van gestremde babas word traumaties deur die ouers ervaar (Smit 2000:30-39). Sommige ouers versoek om die embryo of lykie te sien en 'n maatskaplike werker kan reëlings daarvoor tref. Ouers word bygestaan met betrekking tot die reël van 'n begrafnis of verassing, terwyl rouberading met alle betrokke partye gedoen word. In die geval van 'n gestremde baba word raad aan die ouers voorsien met betrekking tot die hantering van die baba en die herstrukturering van hul lewens. Gevoelsverwerking word gefasiliteer. Hulpbronne binne die gemeenskap word gemobiliseer, byvoorbeeld die vorming van of die inskakeling van ouers by bestaande ondersteuningsgroepe. Huweliksterapie is dikwels aangewese in die lig van die stremming wat sodanige trauma op die huweliksverhouding kan plaas.

2) Aborsies

Aborsies geskied volgens eie keuse, indien 'n persoon verkrag is of as 'n gestremde of onwelkome kind verwag word. Dit het dikwels 'n emosionele uitwerking op die pasiënt, wat vererger word deur die trauma wat dit noodsaak. Berading voor die aborsie is noodsaaklik om vas te stel of die pasiënt oortuig is van haar keuse en om gevoelsverwerking te doen. Alternatiewe, byvoorbeeld aanneming, word aan haar voorgedra. Berading na die aborsie het gevoelsverwerking as doel, sowel as die fasilitering van toekomsbeplanning.

4.3.11 Probleme met rouverwerking

Alhoewel die afsterwe van 'n geliefde 'n normale fase in die lewensloop van individue is, word dit dikwels as traumaties deur agtergeblewenes ervaar (Mass 1990:275-288; Littlewood 1992; Purtilo & Haddad 1996:347-369). Maatskaplike werkers tree op as terapeute tydens rouberading met die agtergeblewenes. Sterwensbegeleiding, waartydens pasiënte en hul naasbestaandes op die dood voorberei word, is deel van hierdie faset.

4.3.12 Ander probleme

Taal- en kulturele verskille tussen 'n geneesheer en 'n pasiënt voorkom soms effektiewe dienslewering. Maatskaplike werkers het 'n rol te speel om optimale dienslewering

moontlik te maak. Die uitbranding van multidissiplinêre spanlede kan deur voortydige maatskaplikewerkbetrokkenheid voorkom word. .

1) Taal- en kulturele verskille

Binne die huidige politieke konteks word die kommunikasie tussen geneeshere en pasiënte dikwels, weens taal- en kulturele verskille, deur misverstande gekenmerk. Kulturele onkunde en die onvermoë om ander tale te verstaan of te praat, lei dikwels daartoe dat pasiënte nie die diagnose of behandelingsplan verstaan nie. Nie-verbale kommunikasie deur pasiënte, byvoorbeeld neergeslane oë, word soms deur geneeshere verkeerd geïnterpreteer en kan die professionele verhouding skaad (Dept. of Anthropology 1996:9). Maatskaplike werkers speel 'n belangrike rol met betrekking tot die verduideliking van kulturele gebruike en nie-verbale gedrag aan geneeshere.

Onkunde met betrekking tot die benutting van tolke dra soms by tot die oordra van onvolledige inligting aan pasiënte. Wanbegrip by pasiënte ten opsigte van hul diagnose en/of prognose en onsekerheid met betrekking tot mediese behandeling, vloei hieruit voort. Maatskaplike werkers fasiliteer die proses van oordra van inligting deur die inligting met behulp van 'n tolk oor te dra, of deur die inligting wat van die verwysende geneesheer ontvang word persoonlik aan pasiënte en hul naasbestaendes oor te dra.

2) Uitbranding van multidissiplinêre spanlede

Die risiko van uitbranding, wat die gevolg van werkverwante stres en frustrasie is en deur wisselende grade van apatie en depressie gekenmerk word, kom by alle professionele persone voor (Nuwe Woordeboek vir Maatskaplike Werk 1995:65). Die daarstelling van ondersteuningsgroepe bied aan professionele persone geleentheid om hul gevoelens te ventileer en ondersteuning te ontvang en te verskaf. Die risiko van uitbranding word sodoende verminder. Ondersteuning kan ook, na behoefte, deur 'n maatskaplike werker individueel verskaf word. Funnell *et al* (1990:367) en Berkman (1996:544) verwys na die rol van 'n maatskaplike werker as 'n ondersteuningsbron vir die res van die span en meld dat ondersteuning op individuele of in groepsverband kan geskied.

4.4 WIE VERWYSINGS NA MAATSKAPLIKE WERKERS KAN DOEN

Enige persoon kan as die probleemidentifiseringsstelsel optree. Uit die werke van skrywers soos Pray (1991:184), Smith & Baxter-Petralia (1992:1-5) en Bamford (1988:12), sowel as eie ervaring, blyk dit dat die volgende persone verwysings na maatskaplike werkers kan doen:

- a) 'n Geneesheer wat 'n pasiënt behandel.
- b) 'n Verpleegkundige wat saam met 'n geneesheer in sy praktyk werksaam is.
- c) 'n Pasiënt of sy gesin.
- d) Ander betrokke of belangstellende partye, byvoorbeeld familielede of vriende.
- e) 'n Sekretaresse wat saam met 'n geneesheer in sy praktyk werksaam is.
- f) 'n Professionele persoon in 'n paramediese beroep, byvoorbeeld 'n verpleegkundige,

arbeidsterapeut of fisioterapeut.

g) Enige ander belanghebbende party, byvoorbeeld 'n predikant of 'n onderwyser.

Die verwysing van dienste moet verkieslik met die toestemming van 'n pasiënt geskied, aangesien dit die uiteindelijke samewerking van die pasiënt verhoog (Compton & Galaway 1989:414). Indien die pasiënt nie sy toestemming vir sodanige verwysing wil gee nie, kan 'n maatskaplike werker se visitekaartjie aan 'n pasiënt of 'n gesinslid gegee word. Die verantwoordelikheid berus dus by die betrokke persone om die afspraak te maak. In die geval van kindermishandeling of -molestering word voorsiening in die Wet op Kindersorg (1960) gemaak vir die verwysing na 'n maatskaplike werker sonder die toestemming van die ouers of voogde.

'n Ander persoon binne die pasiënt se verwysingsraamwerk ervaar soms die ongemak van die probleem en kan 'n versoek om hulpverlening rig. Sou 'n tweede party die afspraak maak en die pasiënt weier om die afspraak met die maatskaplike werker na te kom, word die probleemidentifiseringsstelsel as die aanvanklike pasiënt beskou. Die probleem-identifiseringsstelsel word dan toegerus met die nodige vaardighede om die pasiënt te betrek.

4.5 PROSEDURE VIR DIE VERWYSING VAN PASIËNTE NA MAATSKAPLIKE WERKERS

'n Pasiënt kan by wyse van 'n regstreekse of onregstreekse verwysing na 'n maatskaplike werker verwys word. Terugvoer deur die maatskaplike werker voltooi die siklus van verwysing en fasiliteer die herhaling van die proses.

4.5.1 Regstreekse verwysing

'n Geneesheer, sekretaresse of lid van 'n multidissiplinêre span doen 'n regstreekse verwysing na 'n maatskaplike werker. 'n Kort verwysingsvorm word ingevul en saam met 'n pasiënt of 'n gesinslid gestuur, of word direk aan 'n maatskaplike werker gegee. Die probleemidentifiseringsstelsel reël die afspraak met die maatskaplike werker.

4.5.2 Onregstreekse verwysing

Die gee van 'n maatskaplike werker se visitekaartjie of telefoonnommer aan 'n pasiënt en/of sy gesin. Dit word as die pasiënt en/of 'n gesinslid se verantwoordelikheid beskou om 'n afspraak te maak. Nadat die pasiënt of die probleemidentifiseringsstelsel die afspraak gemaak het, sal die maatskaplike werker die geneesheer se sekretaresse met 'n versoek nader om 'n kort verwysingsvorm in te vul.

4.5.3 Terugvoer aan verwysende geneeshere

Ná die eerste onderhoud met 'n pasiënt, gesin of probleemidentifisering-sistelsel word skriftelike of mondelinge terugvoer aan die verwysende geneesheer gegee. Hierdie terugvoer geskied met die toestemming en medewete van die pasiënt en word per hand gestuur of gegee. Manning (1997:228) beklemtoon die noodsaaklikheid van ingeligte

toestemming deur die pasiënt en noem dat dit by die waardes, agting vir die pasiënt se uniekheid en selfbeskikkingsreg aansluit. Die belangrikheid van kommunikasie tussen die verwysingsbron, die geneesheer en die maatskaplike werker word deur Compton & Galaway (1989:415) beklemtoon. Deur middel van wedersydse skakeling en kommunikasie word daar na die ideaal van holistiese intervensie gestreef.

4.6 VEREISTES VIR MAATSKAPLIKE WERKERS AS VERWYSINGSBRONNE VIR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK

Donnelly (1992:109) en Epstein (1993:387) lig die belangrikheid van toenemende samewerking, die uitruil van vaardighede en professionele begrip oor tradisionele vakgrense heen uit. Bevooroordeeldheid en stereotipe opvattinge is dikwels struikelblokke vir effektiewe samewerking tussen professies (Nel 1993:40). Deur die daarstelling van 'n raamwerk vir die verwysing van dienste word op toenemende samewerking en die uitklaring van wanopvattinge gehoop. Uit die volgende skrywers se werke (Dinerman *et al* 1980:13; Schlesinger 1985:153-158; Bamford 1988:12; Compton & Galaway 1989:12; Berkman 1996:547; Resnick & Tighe 1997:95; Powell 1998:316) word die vereistes vir maatskaplike werkers as verwysingsbronne vir geneeshere in privaat praktyk geïdentifiseer.

- 1) *Maatskaplike werkers moet oor 'n grondliggende begrip van die aard van die mediese toestand of diagnose, die veroorsakende faktore en die soort mediese behandeling of prosedure beskik.*

Hierdie kennis word uit literatuur, verdere studie in Maatskaplike Werk of deur kommunikasie met multidissiplinêre spanlede, byvoorbeeld geneeshere of spesialiste bekom. 'n Grondliggende begrip van die mediese toestand, veroorsakende faktore en die soort mediese behandeling of prosedure stel maatskaplike werkers daartoe in staat om dit in verstaanbare taal aan pasiënte of hul naasbestaendes te verduidelik. Die volg van mediese behandeling word sodoende verhoog, terwyl die psigologiese balans van pasiënte herstel word. Die hanteringsmeganismes van pasiënte kan gemobiliseer word as die presiese aard van die omgewingseise bekend is. Berkman (1996:547) noem dat maatskaplike werkers oor die vermoë moet beskik om fisiologiese data met maatskaplikewerkkennis te kan integreer. Maatskaplike werkers moet op hoogte bly van veranderinge in die mediese wetenskap, aangesien dit 'n fisiologiese, psigologiese en sosiale impak op individue het.

- 2) *Begrip vir die potensiële psigologiese en sosiale uitwerking van die siekte op pasiënte en hul gesinne.*

Hierdie vereiste sluit aan by die voorspelbare verloopbenadering met betrekking tot siekte. Volgens hierdie benadering het elke siekte sekere fisiologiese, psigologiese en sosiale fases wat deurloop moet word. Die aard van die siekte en die fases wat deurloop word, bepaal die mediese, sosiale en psigologiese intervensies wat in elke fase aangedui is (Schlesinger 1985:150; Dinerman *et al*, soos aangehaal deur Keen 1990:303). Begrip

vir die genoemde faktore dra by tot doelgerigte, effektiewe en doeltreffende intervensie deur maatskaplike werkers.

- 3) *Begrip vir die interaksie tussen die psigologiese, sosiale, biologiese en kognitiewe fasette van individue.*

'n Geïntegreerde benadering tot 'n individu behels begrip vir die wedersydse beïnvloeding tussen al die fasette van 'n individu op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering en die vermoë om multidissiplinêre spanlede van die interaksie bewus te maak. Nel (1993:40), Berkman (1996:547) en Van Rensburg & Botha (1997:130) is van mening dat om na te laat om individue holisties te hanteer en tydens intervensie aan al hul fasette aandag te skenk, lei daartoe dat wanfunksionering voortduur.

- 4) *Maatskaplike werkers moet inligting met betrekking tot die diagnose, prognose en mediese behandelingsplan tot hul beskikking hê.*

Agtergrond met betrekking tot 'n pasiënt se mediese beeld is nodig om maatskaplike-werkintervensie te rig. Netting & Williams (1996:218) lig die belangrikheid van multidissiplinêre spanwerk uit en noem dat die oorvleueling van professionele velde holistiese dienslewering moontlik maak. Die skrywer toon begrip vir die noodsaaklikheid daarvan dat sommige professionele persone hul grense moet verdedig, maar noem dat dit "totale sorg"-hulpverlening teenstaan. Die belangrikheid van multidissiplinêre samewerking word deur Suppes & Wells (1991:11-12) uitgelig, aangesien dit tot holistiese dienslewering aan pasiënte bydra.

- 5) *Maatskaplike werkers moet oor kennis beskik, met betrekking tot die soort probleme, ervarings en hanteringsvaardighede wat pasiënte en hul gesinne nodig het om krisisse te kan hanteer.*

Hierdie kennis, aangeleer tydens maatskaplikewerkopleiding en uit praktiese ervaring opgedoen, moet in die praktyk toegepas word. Mattaini (1995:59) en Potgieter (1998:50) is van mening dat dit intervensie rig en maatskaplike werkers in staat stel om die terapeutiese proses te fasiliteer.

- 6) *Maatskaplike werkers moet bekend wees met die gemeenskappe waaruit pasiënte kom.*

Weens die wedersydse beïnvloeding tussen 'n individu se vlakke van funksionering, naamlik die mikrovlak van funksionering, die mesovlak, byvoorbeeld die groepe waarvan hy deel is, en die makrovlak, byvoorbeeld die gemeenskap, is dit noodsaaklik om al hierdie fasette te evalueer om omvattende intervensie moontlik te maak. Die kulturele agtergrond van 'n individu beïnvloed sy hantering van krisisse en siekte, byvoorbeeld 'n eksterne lokus van kontrole wat lei tot beperkte samewerking, aangesien die pasiënt die verantwoordelikheid vir genesing buite die beheer van homself plaas (Potgieter 1998:246). Intervensie word met inagneming van hierdie faktore gedoen. Die belangrikheid daarvan om die gesondheidsstelsel waarbinne 'n pasiënt funksioneer, in ag te neem, word deur Suppes & Wells (1991:65) uitgelig. Wetgewing, organisasiebeleid en

die beskikbare hulpbronne binne die gemeenskap speel 'n bepalende rol met betrekking tot die aard van intervensie.

- 7) *Maatskaplike werkers moet oor 'n grondliggende vaardigheidsrepertoire beskik, wat kultuursensitief en na gelang van pasiënte se siektetoestande aangepas kan word.*

Doeltreffende en effektiewe intervensie spruit uit 'n vaardigheidsrepertoire wat kultuursensitief en vaardig toegepas word (Van der Westhuysen *et al* 1995:209; Tylee 1999:591). Die uiteenlopendheid en uniekheid van pasiënte word gerespekteer en die toepassing van vaardighede word by hul siektetoestande en hul unieke ervarings aangepas.

- 8) *Maatskaplike werkers moet oor vaardighede vir voorkomende intervensie beskik.*

Die identifisering van risiko-populasies en 'n bewustheid van die verspreiding en die frekwensie van siekte maak voorkoming moontlik. Deur die aanbod van opleidingsprogramme by skole, byvoorbeeld programme oor die voorkoming van VIGS, word gepoog om die uiteindelijke voorkoms van VIGS by volwassenes te verminder. Mikrovlak- voorkoming word gedoen deur byvoorbeeld die risiko's van die rookgewoonte of 'n ongesonde dieet aan 'n pasiënt te verduidelik en riglyne vir 'n beter lewenswyse te verskaf.

- 9) *Kennis met betrekking tot die onderskeie intervensiebenaderings en die verloop van die probleemoplossende proses.*

Die eklektiese benutting van intervensiebenaderings is net moontlik indien maatskaplike werkers oor teoretiese en praktiese kennis met betrekking tot die aard en toepassing van elke benadering beskik (Weyers & Stutterheim 1994:65; Conradie *et al* 1996:38). Die eklektiese benutting van hierdie benaderings dra by tot die verhoging van die effektiwiteit en doeltreffendheid van intervensie, aangesien dit behoefte- en pasiëntgerig is.

- 10) *Vaardighede vir die evaluering van die professionele benutting van jouself in die intervensieproses.*

Elke persoon het 'n unieke agtergrond, ervaringsveld en kultuur. Gelowe, mites, waardes en houdings spruit hieruit voort. Hierdie unieke agtergrond en die rolle wat die hulpverlener binne sy gesin vertolk, bepaal die wyse waarop hy die intervensieproses benader. Die wyse waarop die hulpverlener krisis in sy eie lewe hanteer, het 'n regstreekse verband met die wyse waarop soortgelyke probleme in sy professionele lewe hanteer word.

'n Duidelike begrip van eie kennis, waardes en vaardighede is nodig om aan 'n hulpverlener die vermoë te gee om oor kulturele en sosio-ekonomiese grense heen te beweeg (Van der Westhuysen *et al* 1995:209; Van Rensburg & Botha 1997:128; Levenstein & Parr 1998:818). Net nadat 'n hulpverlener 'n bewustheid ontwikkel ten opsigte van homself, sy gevoelens, waardes, oortuigings en houdings en die uitwerking

wat dit op die terapeutiese proses kan hê, kan die invloed daarvan bewustelik verminder word.

Die belangrikheid van selfevaluering word deur McWhinney (1993:382) uitgelig, aangesien dit maatskaplike werkers in staat stel om meer effektief gedurende opvolgonderhoude te funksioneer. Vanuit die evalueringsproses ontwikkel maatskaplike werkers 'n groter bewustheid van hul eie sterkpunte en kan die benutting daarvan tydens intervensie geoptimaliseer word. Maatskaplike werkers moet daarop bedag wees dat hulle soms deur die gevoelens en ervarings van pasiënte geraak kan word. Epstein (1993:385) beveel aan dat die normaliteit daarvan erken word en dat sodanige gevoelens bewustelik hanteer moet word. Sodoende kan objektiwiteit tydens intervensie behou word.

11) Interdissiplinêre begrip vir die kennis, waardes, opleiding, taal, perspektiewe en rolle van ander beroepe is noodsaaklik om samewerking te vergemaklik.

Verskeie skrywers beklemtoon die noodsaaklikheid van interdissiplinêre spanwerk, wat gekenmerk word deur wedersydse agting vir gespesialiseerde kennis en vaardighede (Keen 1990:303; Donnelly 1992:116; Resnick & Tighe 1997:93). Deur interdissiplinêre spanwerk kan die ideaal van bio-psigososiale intervensie bereik word, aangesien aandag aan al die fasette van individue geskenk word. Francisco-la Grange & Nel (1993:40) is van mening dat die samewerking tussen die vakdissiplines ontoereikend en eensydig is. Bevooroordeeldheid en stereotipe opvattinge word as struikelblokke tot samewerking tussen professies aangevoer. Met 'n groter bewustheid van elke beroep se deskundigheid kan die oorvleueling van rolle, take en funksies sonder identiteitsverlies geskied. Die belangrikheid van maatskaplike werkers as lede van multidissiplinêre spanne word deur Funnell *et al.* (1990:367) uitgelig.

4.7 SAMEVATTING

Maatskaplikewerkintervensie is gerig op die verbetering van die maatskaplike funksionering van individue. Deur versorging, beskerming, genesing, herstel, voorkoming, opvoeding, hulpbronnbestuur, die daarstelling van sosiale geregtigheid en gelykheid, beleids- en programontwikkeling, professionele opleiding en praktyk-ontwikkeling, word gepoog om die doel van optimale maatskaplike funksionering te bereik. Intervensie fokus op probleme op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering van individue. Indien aandag nie aan die probleme geskenk word wat deur die individu ervaar word nie, spruit wanfunksionering daaruit voort.

Onsekerheid by geneeshere met betrekking tot die rolle van maatskaplike werkers, dra daartoe by dat psigososiale probleme nie na maatskaplike werkers verwys word nie. Rolverwarring, die oorbeskerming van grense en onrealistiese verwagtinge vloei ook daaruit voort. As geneeshere gepaste verwysings wil doen, realistiese verwagtinge wil hê en die dienste van maatskaplike werkers optimaal wil benut, is 'n raamwerk vir verwysing nodig.

By bewuswording van enige psigososiale probleem, wat weens die blokkering van behoeftevervulling ontstaan, is die verwysing van 'n pasiënt na 'n maatskaplike werker aangewese. Behoeftes kan op die mikro-, meso- of makrovlakke van funksionering ervaar

word. Enige persoon kan as die probleemidentifiseringsstelsel optree en die verwysing doen. 'n Regstreekse of 'n onregstreekse verwysing kan gedoen word, waarna daar skriftelike terugvoer aan die geneesheer gegee word.

'n Uitgebreide kennis en vaardigheidsbasis is nodig vir maatskaplike werkers om as toegeruste verwysingsbronne vir geneesheer op te tree. Kennis met betrekking tot mediese toestande en prosedure en die invloed daarvan op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering van pasiënte, stel maatskaplike werkers in staat om pasiënte holisties te benader. Deur die benutting van 'n vaardigheidsrepertoire, wat kultureelsensitief toegepas word, word probleemoplossing gefasiliteer.

HOOFSTUK 5:

GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK SE BENUTTING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS IN PRIVAAT PRAKTYK AS ONDERSTEUNINGSBRON

5.1 INLEIDING

In die literatuurstudie is optimale maatskaplike funksionering in verband gebring met menslike behoeftes, siekte en gesondheid. Die intervensie- en dienslewingsbenaderings, wat maatskaplike werkers en geneeshere potensieel kan benut in reaksie op die behoeftes van pasiënte is uitgelig. Die kennis, waardes, vaardighede en potensieële rolle van maatskaplike werkers is bespreek, waarna aandag geskenk is aan die doel en funksies van maatskaplikewerkintervensie. 'n Teoretiese raamwerk vir die verwysing van pasiënte met psigososiale probleme na maatskaplike werkers is vir geneeshere opgestel. Die literatuurstudie is afgesluit met die vereistes waaraan maatskaplike werkers, as ondersteuningsbron vir geneeshere in privaat praktyk, moet voldoen.

In hierdie hoofstuk word die inligting verkry uit die vraelyste wat deur nege-en-dertig respondente ingevul is, weergee. 'n Vergelyking word getref tussen die teoretiese raamwerk, geformuleer uit die literatuurstudie en die inligting verskaf deur respondente. Die navorser het die daarstelling van 'n praktykrylyn, waarvolgens geneeshere in privaat praktyk maatskaplike werkers as ondersteuningshulpbron kan benut, ten doel.

5.2 SELEKSIE VAN DIE STEEKPROEF

Die universum het bestaan uit honderd-en-drie (103) geneeshere werksaam binne die Windhoekse munisipale gebied. Hierdie geneeshere se name en adresse is uit die mediese kolom van die Windhoekse telefoongids vir die jaar 2000 bekom. Vyf-en-veertig (100%) geneeshere, geselekteer deur ewekansige steekproeftrekking, het as teikengroep vir die empiriese studie gedien. Daar is gepoog om afsprake met al die geneeshere in die steekproef te maak, maar slegs nege-en-dertig (86,67%) kon by die studie betrek word. Die redes vir die uitkakeling van die ander ses (13,33%) respondente was as volg: Een (2,22%) het geweier om 'n onderhoud aan die navorser toe te staan. Twee (4,44%) het reeds afgetree, alhoewel hulle steeds by die Medies- en Tandheelkundige Raad as mediese praktisyns geregistreer was. Een (2,22%) het aangedui dat hy, weens beperkte tyd, nie 'n afspraak kon inpas nie, maar het versoek dat 'n inligtingspamflet aan hom gestuur word. Een (2,22%) het teruggekeer na sy land van herkoms en het dus nie meer in Windhoek gepraktiseer nie, terwyl een (2,22%) verhuis het en sedertdien in Noord-Namibië praktiseer.

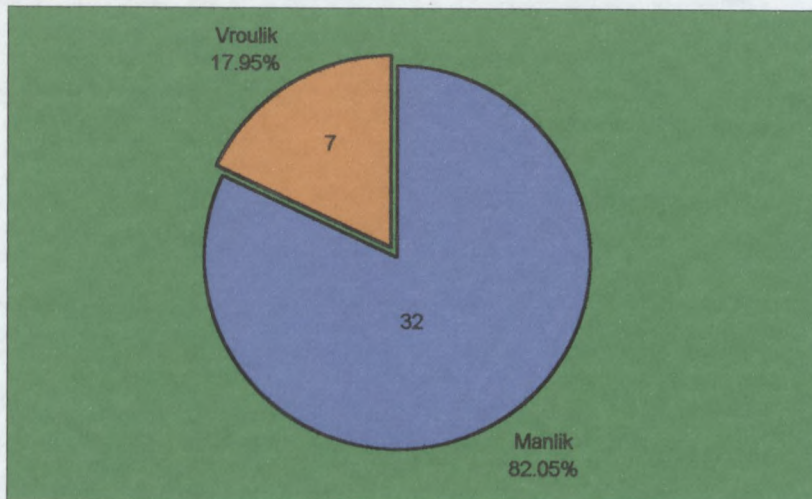
5.3 PERSOONLIKE BESONDERHEDE VAN RESPONDENTE

Die volgende inligting is bekom vanuit die nege-en-dertig vraelyste wat deur respondente ingevul is. Persoonlike besonderhede is verkry as grondslag vir die daarstelling van 'n

geheelbeeld van die populasie. Die eerste vier vrae het op die respondente se geslag, ouderdomme, kwalifikasies verwerf en jare ondervinding gefokus.

5.3.1 Geslag van respondente

Die eerste faktor wat ondersoek is, is die geslag van die respondente. Die geslagsverspreiding word grafies in figuur 5.1 voorgestel.



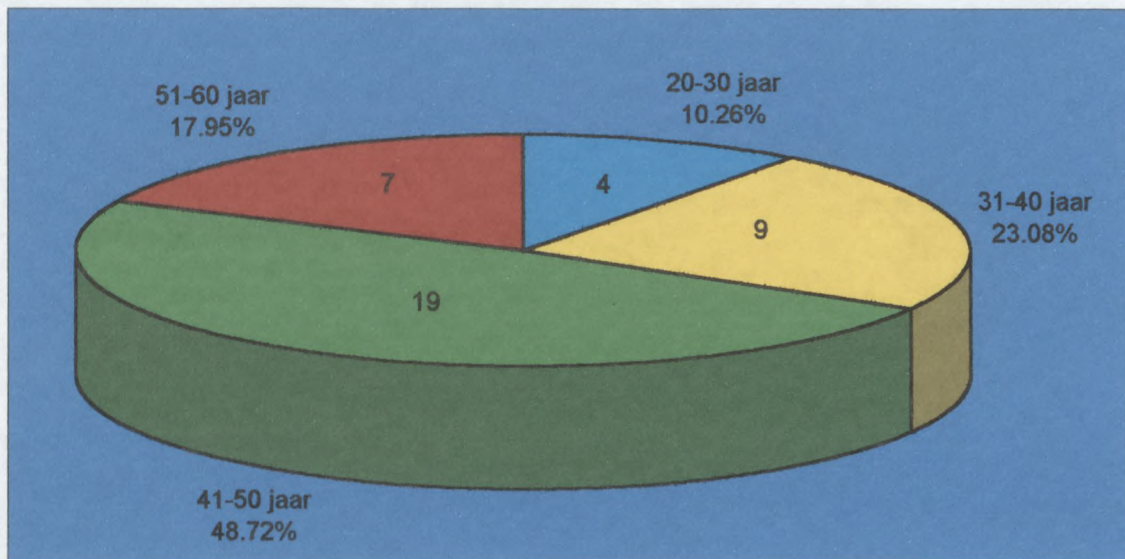
N=39

Figuur 5.1: GESLAG VAN RESPONDENTE

Twee-en-dertig (82,05%) respondente was manlik en sewe (17,95%) vroulik (N=39). Die ongelyke verspreiding van geslag vind aansluiting by die sterk historiese wortels en tradisies van Geneeskunde. Daarvolgens is Geneeskunde tradisioneel as 'n manlike beroepsrigting beskou (Eed van Hippocrates, soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215; Halvorsen 1999:176). Die bevinding van hierdie studie dui op 'n verskuiwing in die geslagsverdeling van die beroep, van geen vroulike geneeshere na 'n verhouding van 1:4,57. Abramson & Mizrahi (1996:278) se studie kom hiermee ooreen en hulle is van mening dat die gelyke opleidingsgeleenthede wat tans vir mans en vrouens bestaan, nog nie die wanbalans in die geslagsverdeling van praktiserende geneeshere uit die weg geruim het nie. Aangesien manlike en vroulike respondente deel van die steekproef uitgemaak het, is die bevindinge van die studie onder albei geslagte geneeshere veralgemeen ten opsigte van die populasie as geheel.

5.3.2 Ouderdom van respondente

Die ouderdom van respondente is vasgestel om te verseker dat die hele spektrum van ouderdomme by die steekproef ingesluit is. Die ouderdomsverspreiding word in figuur 5.2 weergegee.



N=39

Figuur 5.2: OUDERDOM VAN RESPONDENTE

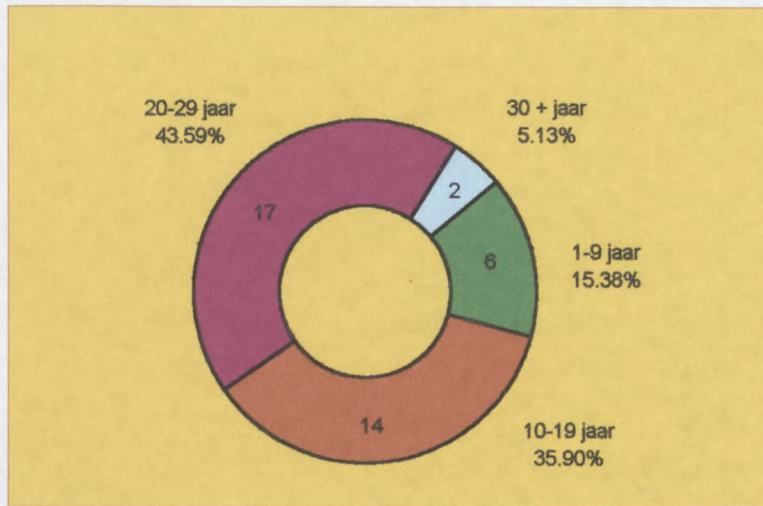
Uit figuur 5.2 blyk dit dat die grootste getal respondente (negentien of 48,72%) in die ouderdomsgroep 41-50 val. Nege (23,08%) respondente het uit die ouderdomsgroep 31-40 gekom, sewe (17,95%) uit die ouderdomsgroep 51-60 en vier (10,26%) uit die ouderdomsgroep 20-30. Die ongelyke verspreiding van ouderdomme kan moontlik toegeskryf word aan jonger geneeshere (20-30 jaar oud) wat 'n buitelandse heenkome soek, terwyl geneeshere in die ouderdomsgroep 51-60 vroeër aftree (Gerdes *et al* 1988:425). Deur die insluiting van respondente met 'n wye ouderdomsverspreiding, word dit veralgemeen ten opsigte van die populasie as geheel.

5.3.3 Kwalifikasies verwerf (anders as Geneeskunde)

Die derde faktor wat ondersoek is, is die bykomende kwalifikasies van respondente. Geen respondent was in besit van 'n bykomende kwalifikasie in die sosiale wetenskappe nie. Een (2,56%) het 'n bykomende B.Sc-kwalifikasie verwerf, terwyl twee (5,13%) as chirurg gekwalifiseer het. Aangesien alle respondente oor dieselfde basiese opleidingskwalifikasie beskik het, word dit veralgemeen ten opsigte van die studie as geheel.

5.3.4 Jare ondervinding as geneesheer

Vierdens is die jare ondervinding van respondente ondersoek, aangesien die aanname gemaak is dat ondervinding moontlik tot groter sensitiviteit vir psigososiale faktore kon bydra. Die jare ondervinding van geneeshere word in figuur 5.3 weergee.



N=39

Figuur 5.3: JARE ONDERVINDING AS GENEESHEER

Sewentien (43,59%) respondente het 20-29 jaar, veertien (35,90%) 10-19 jaar, ses (15,38%) 1-9 jaar en twee (5,13%) 30+ jare ondervinding gehad (N=39). Die jare ondervinding van respondente vind aansluiting by hul ouderdomme. Dit blyk dat die grootste getal geneeshere onmiddellik na kwalifisering begin praktiseer het en dus nie ervaring op ander gebiede opgedoen het nie. Hierdie studie word dus veralgemeen ten opsigte van die populasie as geheel.

5.4 BEKWAAMHEID VAN RESPONDENTE OM PSIGOSOSIALE PROBLEME TE HANTEER

Op die vraag rakende die bekwaamheid van respondente om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer, was vier-en-dertig (87,12%) van mening dat hulle nie tydens hul opleiding voldoende met die kennis en vaardighede toegerus is om psigososiale probleme te hanteer nie (N=39). Die bevinding word grafies in figuur 5.4 voorgestel. Epstein *et al* (1993:377) en Cookson (1999:385) se studies stem met hierdie bevinding ooreen en meld dat geneeshere tradisioneel, tydens basiese opleiding, beperkte opleiding in kommunikasievaardighede ontvang het. Alhoewel sommige respondente van mening was dat hulle psigososiale probleme kon identifiseer, het hulle begrip daarvoor getoon dat die vermoë om dit te kan doen, nie noodwendig beteken dat hulle toegerus is om dit te hanteer nie. Die volgende motiverings is deur respondente, wat van mening was dat hulle nie voldoende toegerus is om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie, verskaf (woordelike aanhalings word gegee):

- “Die hantering van psigososiale probleme by pasiënte is glad nie, of slegs op ‘n kernagtige en teoretiese vlak in my opleidingskursus aangespreek.”*
- “Tydens voorgraadse opleiding is aandag slegs geskenk aan die identifisering van psigososiale probleme. Geen aandag is geskenk aan die hantering van sodanige probleme nie.”*
- “Identifisering van psigososiale probleme kom met ondervinding oor die jare – mens*

ontwikkel 'n neus daarvoor.”

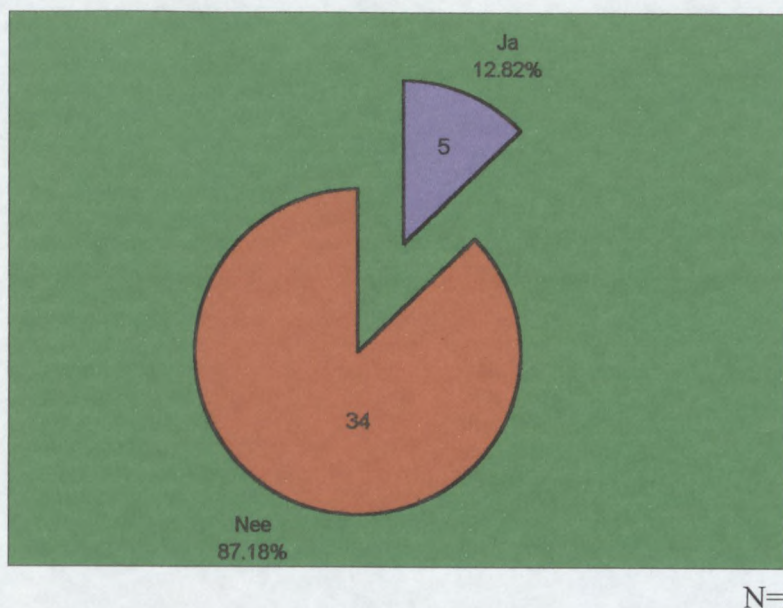
- d) *“Daar is tydens opleiding meer klem gelê op primêre Geneeskunde. Ek dink die belangrikste vir die besige algemene praktisyn is om psigososiale probleme te identifiseer en dan te verwys.”*
- e) *“Alhoewel ek oor lewenservaring en praktykondervinding beskik, voel ek nog nie voldoende toegerus om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie.”*
- f) *“Kursus in sielkundige aspek totaal onvolledig.”*
- g) *“Val buite spesialisasieveld.”*

Hierdie aanhalings stem ooreen met Reichel (1999:258) wat opgemerk het dat mediese opleiding hoofsaaklik op die uitbreiding van geneeshere se tegniese kennis met betrekking tot siektetoestande, byvoorbeeld VIGS en diabetes, fokus. Die mening dat die hantering van psigososiale probleme by pasiënte glad nie, of slegs op 'n kernagtige en teoretiese wyse tydens opleiding behandel is, is in ooreenstemming met die skrywer se mening. Reichel (1999:258) verwys na: *“The recommended core educational guidelines for family practice residents in medical ethics”* waarin die belangrikheid van 'n uitgebreide kennisbasis by geneeshere uitgelig word. Volgens die dokument moet geneeshere nie slegs oor kennis met betrekking tot die diagnoseering en behandeling van mediese toestande beskik nie, maar ook oor kennis met betrekking tot die psigososiale impak van fisiologiese ongesteldhede op pasiënte.

Vyf (12,82%) respondente was van mening dat hulle voldoende toegerus is om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer en het die volgende motiverings verskaf:

- a) *“Die vermoë om psigososiale probleme te identifiseer kom met tyd en ondervinding.”*
- b) *“Tydens voorgraadse opleiding is uitgebreide aandag aan sosiale, ekonomiese en samelewingsprobleme geskenk.”*
- c) *“Tydens voorgraadse opleiding is ses maande aan opleiding in die psigiatriese veld geskenk.”*
- d) *“Both under graduate and post graduate training levels included coverage of this entity.”*

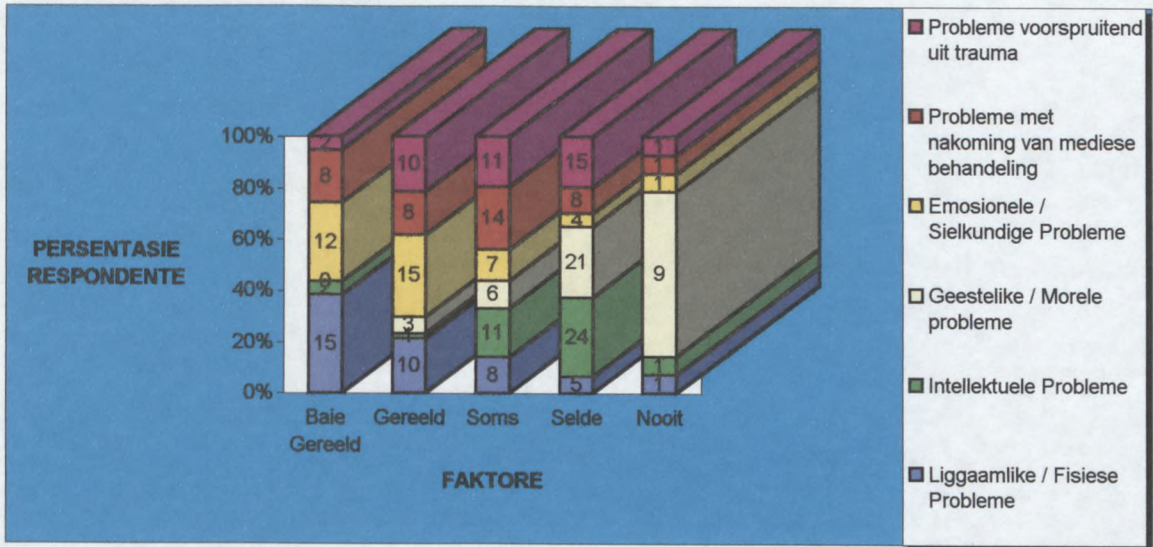
Sommige respondente was dus van mening dat praktykondervinding en lewenservaring genoegsaam is om hulle bevoeg te maak in die hantering van psigososiale probleme by pasiënte, terwyl ander van mening was dat opleiding noodsaaklik is.



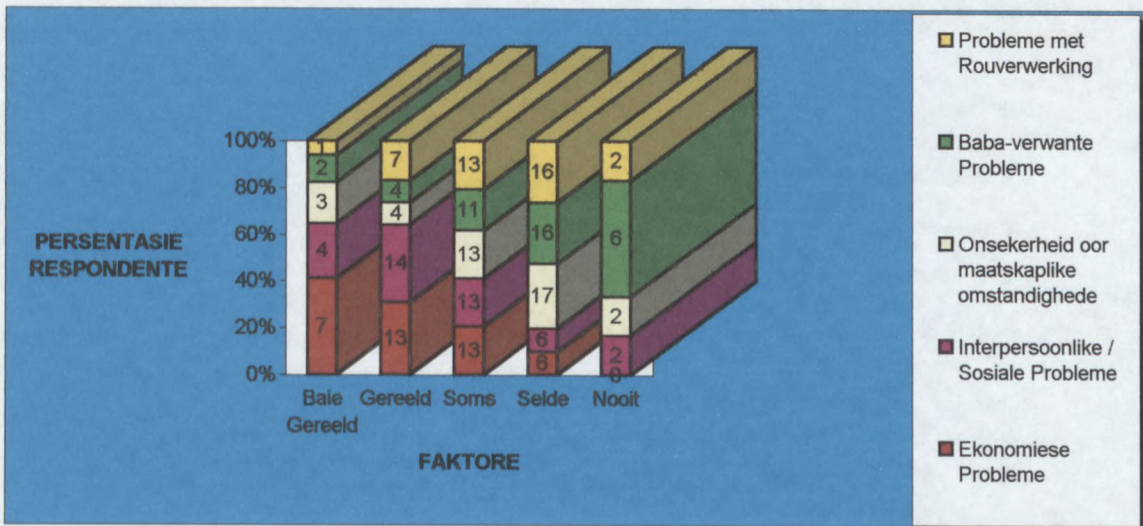
Figuur 5.4: BEKWAAMHEID VAN RESPONDENTE OM PSIGOSOSIALE PROBLEME TE HANTEER

5.5 ONTLEDING VAN DIE PROBLEME WAARMEE GENEESHERE IN DIE PRAKTYK GEKONFRONTEER WORD

Die soorte bio-psigososiale probleme en die frekwensie waarin dit in geneeshere se praktyke voorgekom het, is ondersoek ten einde potensiële maatskaplikewerkerdienslewingsareas te identifiseer. Vir die doeleindes van dié studie, is die bio-psigososiale probleme, wat deur pasiënte ervaar word, in elf kategorieë verdeel. Die klassifikasie van Pray (1991:186), die pasiënteprofiel van Weyers & Stutterheim (1994:64-79) en die klassifikasie van Cowles & Lefkowitz (1995:279-286) is as riglyn vir die kategorisering benut. Ten einde grafiese illustrasie moontlik te maak, word die voorkoms van die geklassifiseerde probleme in respondente se praktyke op twee figure, naamlik figuur 5.5 (a + b) aangedui. Twee figure word benut ten einde die leesbaarheid van inligting te vergemaklik. In figuur 5.6 (a + b) word die potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk grafies voorgestel. Twee figure word ook hier benut ten einde die leesbaarheid van inligting te vergemaklik. Figuur 5.5 en 5.6 word albei in hierdie afdeling bespreek.



N=39



N=39

Figuur 5.5 (a + b): GRAAD VAN VOORKOMS VAN PSIGOSOSIALE PROBLEME WAARMEE GENEESHERE IN DIE PRAKTYK GEKONFRONTEER WORD

5.5.1 Liggaamlike of fisiologiese probleme

(bv. epilepsie, diabetes, HIV+ of VIGS, chemiese afhanklikheid)

Geneeshere word daagliks met fisiologiese probleme by pasiënte gekonfronteer. Hierdie faktor is ondersoek, ten einde die bio-psigososiale aard van intervensie aan geneeshere uit te lig. Vyftien (38,46%) respondente het aangedui dat hulle baie gereeld met fisiologiese probleme gekonfronteer word, tien (25,64%) gereeld, agt (20,51%) soms, vyf (12,82%) selde en een (2,56%) nooit. Uit die aard van die geneeskundige beroep word geneeshere baie gereeld met pasiënte se fisiologiese probleme gekonfronteer (Egger, Costello, Erkanli & Angold 1999:852; Carmichael 1999:178). Uit die response blyk dit egter dat

respondente op die genoemde voorbeelde (naamlik epilepsie, HIV+ of VIGS en chemiese afhanklikheid) reageer het en nie op die algemene kategorie nie. Dit is byvoorbeeld onmoontlik dat 'n praktiserende geneesheer nooit binne 'n tydperk van ses maande met 'n fisiologiese probleem by 'n pasiënt te make gekry het nie.

Dertig (76,92%) respondente was van mening dat hulle 'n maatskaplike werker se dienste in hierdie kategorie kon benut. Twee (5,13%) het negatief reageer, terwyl sewe (17,95%) onseker was. Browne, Smith, Ewalt & Walker (1996:275) verwys na die wedersydse uitwerking van sosiale, kulturele en ekonomiese omstandighede op die individu se gesondheid en gesondheidsdienste. Die maatskaplikewerkrol spruit uit hierdie wisselwerking.

5.5.2 Ekonomiese probleme

(byvoorbeeld werkverwant, finansiële, behuising)

Fisiologiese ongesteldheid lei dikwels tot die onvermoë om te werk, verlaagde inkomste of finansiële probleme weens verhoogde mediese koste. Aandag is geskenk aan die voorkoms hiervan in respondente se praktyke. Alle respondente is met pasiënte met ekonomiese probleme gekonfronteer. Sewe (17,95%) het aangedui dat hulle baie gereeld daarmee te doen kry, dertien (33,33%) gereeld, dertien (33,33%) soms en ses (15,38%) selde. Die verband tussen siekte en ekonomiese probleme word deur Pray (1991:186) uitgelig.

Ses-en-dertig (92,31%) respondente het aangedui dat 'n maatskaplike werker in hierdie kategorie benut kan word. Twee (5,13%) was onseker, terwyl een (2,56%) nie 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer het nie. Berkman (1996:544) erken die rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot die uitsortering van pasiënte se ekonomiese probleme.

5.5.3 Intellektuele probleme

(byvoorbeeld beperkte verstandelike ontwikkeling by pasiënt, taalprobleme)

Die voorkoms van probleme met betrekking tot die intellek van die pasiënt is ondersoek. Twee (5,13%) respondente het aangedui dat hulle baie gereeld deur pasiënte met intellektuele probleme gekonfronteer word. Een (2,56%) het gereeld, elf (28,21%) soms en vier-en-twintig (61,54%) selde met die probleem te doen gekry. Een (2,56%) het aangedui dat hy nooit gedurende die afgelope ses maande met die probleem gekonfronteer is nie.

Sewe-en-twintig (69,23%) respondente was van mening dat hulle, met betrekking tot intellektuele probleme by pasiënte, van maatskaplikewerkintervensie gebruik kon maak. Nege (23,08%) was onseker, terwyl drie (7,69%) van mening was dat 'n maatskaplike werker nie 'n rol te speel het nie. Weyers & Stutterheim (1994:67) is van mening dat die rol van 'n maatskaplike werker uit geneeshere se frustrasie spruit wanneer pasiënte nie diagnoses of behandeling verstaan nie. Maatskaplike werkers speel 'n rol om diagnoses en/of behandeling aan pasiënte te verduidelik.

5.5.4 Geestelike of morele probleme

(byvoorbeeld 'n godsdienstige krisis)

'n Verdere aspek wat ondersoek is, is die voorkoms van geestelike of morele probleme by pasiënte. Geen respondente (0%) is baie gereeld met hierdie probleem gekonfronteer nie. Drie (7,69%) het aangedui dat die probleem gereeld voorkom, ses (15,38%) soms, een-en-twintig (53,85%) selde en nege (23,08%) nooit. Die rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot geestelike/morele probleme is deur een-en-twintig (53,85%) respondente bevestig. Tien (25,64%) was onseker, terwyl een (2,56%) aangedui het dat 'n maatskaplike werker se rol bepaal word deur haar geloofsoortuiging. Sewe (17,95%) was van mening dat 'n maatskaplike werker nie 'n rol te speel het nie. Die maatskaplike werker bied die pasiënt geleentheid vir die ventilasie van gevoelens en bring hom in aanraking met hulpbronne uit die gemeenskap (byvoorbeeld 'n predikant of pastoor uit dieselfde kerkverband as die pasiënt) (Davis & Fallowfield 1993:247).

5.5.5 Interpersoonlike of sosiale probleme

(byvoorbeeld huweliks-, seksuele, gesinsprobleme of vermoedelike eggenoot- of kindermishandeling)

Interpersoonlike of sosiale probleme spruit dikwels uit siekte, of dra daartoe by. Aandag is geskenk aan die voorkoms van hierdie probleme in geneeshere se praktyke. Interpersoonlike of sosiale probleme het baie gereeld in vier (10,26%) respondente se praktyke voorgekom. Veertien (35,90%) is gereeld daarmee gekonfronteer, dertien (33,33%) soms, ses (15,38%) selde en twee (5,13%) nooit.

Ses-en-dertig respondente (92,31%) het die rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot die hantering van interpersoonlike probleme bevestig. Drie (7,69%) was van mening dat 'n maatskaplike werker nie 'n rol te speel het nie. Die terapeutiese rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot die hantering van sosiale probleme word deur Berkman (1996:544) uitgelig. Die bevinding van hierdie studie verskil van dié deur Cowles & Lefcowitz (1995:284) waarvolgens 31,2% van respondente van mening was dat 'n maatskaplike werker nie 'n rol te speel het in die hantering van huweliksprobleme by pasiënte of vermoedelike mishandeling nie (44,8% van respondente). Slegs 36,4% het 'n rol in die hantering van huweliksprobleme geïdentifiseer, terwyl 19,2% 'n rol in die hantering van vermoedelike mishandeling geïdentifiseer het. Dit blyk dus dat respondente in hierdie studie 'n groter bewustheid van die rol van 'n maatskaplike werker in die hantering van sosiale of gesinsprobleme gehad het as die respondente van Cowles & Lefcowitz se studie.

5.5.6 Emosionele of psigologiese probleme

(byvoorbeeld depressie, psigosomatiese klagtes, paraselfmoord, selfmoord)

Fisiologiese ongesteldheid is in 'n wedersydse verhouding met psigologiese probleme betrokke. Hierdie faktor is verder ondersoek. Twaalf (30,77%) respondente het aangedui dat hulle baie gereeld emosionele of sielkundige probleme by pasiënte geïdentifiseer het. Vyftien (38,46%) het aangedui dat dit 'n gereelde verskynsel in hul praktyke was, terwyl sewe (17,95%) soms en vier (10,26%) selde daarmee gekonfronteer is. Een (2,56%) het

aangedui dat hierdie probleem nooit gedurende die afgelope ses maande in sy praktyk voorgekom het nie.

Die meeste (aght-en-twintig of 71,79%) respondente was van mening dat 'n maatskaplike werker 'n rol te speel het in die hantering van sielkundige probleme by pasiënte. Ses (15,38%) was onseker, terwyl vyf (12,82%) nie 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer het nie. Gross, Gross & Eisenstein-Naveh (1983:174) en Berkman (1996:544) lig die rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot die hantering van psigologiese probleme uit. In 'n studie deur Cowles & Lefcowitz (1995:284) was 48,6% van respondente van mening dat paraselfmoord nie binne die maatskaplikewerksfeer val nie. Slegs 12,7% het 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer.

5.5.7 Probleme met nakoming van mediese behandeling

(byvoorbeeld mediese behandeling nie nagevolg nie, onrealistiese verwagtinge)

Die voorkoms van probleme met pasiënte wat nie mediese behandeling volg nie, is ondersoek. Een (2,56%) respondent is nooit gedurende die voorafgaande ses maande met hierdie probleem gekonfronteer nie. Agt (20,51%) het selde die probleem by hul pasiënte bespeur, veertien (35,90%) soms, agt (20,51%) gereeld en agt (20,51%) baie gereeld.

Twaalf (30,77%) respondente was onseker of 'n maatskaplike werker 'n rol te speel het, terwyl ses (15,38%) van mening was dat 'n maatskaplike werker nie 'n rol te speel het nie. Een-en-twintig (53,85%) het positief gereageer met betrekking tot die benutting van maatskaplikewerkdienste in die hantering van hierdie probleem. Gross *et al* (1983:174) lig die rol van 'n maatskaplike werker met betrekking tot die verbetering van die nakoming van mediese behandeling deur pasiënte uit. Navorsing deur Cowles & Lefcowitz (1995:284) het getoon dat 58,7% van respondente van mening was dat 'n maatskaplike werker nie in hierdie afdeling 'n rol te speel het nie. Slegs 12,8% het 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer. Dit blyk dat daar 'n groot mate van onsekerheid bestaan oor die rol van 'n maatskaplike werker in die hantering van hierdie probleem. Hierdie studie dui op 'n groter bewustheid by geneeshere met betrekking tot die rol wat maatskaplike werkers binne hul praktyke kan vertolk.

5.5.8 Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede

(byvoorbeeld ontslagbeplanning en huislike probleme tydens hospitalisasie)

Die onsekerheid oor pasiënte se maatskaplike omstandighede is 'n verdere faktor wat ondersoek is. Drie (7,69%) respondente het baie dikwels onsekerheid oor die maatskaplike omstandighede van pasiënte ondervind. Vier (10,26%) het die probleem gereeld gehad, dertien (33,33%) soms, sewentien (43,59%) selde en twee (5,13%) nooit.

Vyf-en-dertig (89,74%) respondente het bevestig dat hulle van maatskaplikewerkbydraes, in die ondersoek na die maatskaplike omstandighede van pasiënte gebruik kan maak. Een (2,56%) respondent was van mening dat maatskaplikewerkbydraes nie nodig is nie, terwyl drie (7,69%) onseker was. Die belangrikheid van inligting oor die maatskaplike omstandighede van pasiënte is deur Gross *et al* (1996:89-95) uitgelig, aangesien dit tot holistiese dienslewering bydra.

5.5.9 Probleme voortspruitend uit trauma

(byvoorbeeld verkragting, beroerte, hartaanval, amputasie, beserings as gevolg van 'n motorongeluk)

Aandag is geskenk aan die voorkoms van probleme voortspruitend uit trauma. In twee (5,13%) respondente se praktyke het probleme voortspruitend uit trauma baie gereeld voorgekom. Tien (25,64%) is gereeld daarmee gekonfronteer, elf (28,21%) soms, vyftien (38,46%) selde en een (2,56%) nooit.

Maatskaplikewerkbydraes is deur vyf-en-dertig (89,74%) respondente noodsaaklik geag. Twee (5,13%) het nie 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer nie, terwyl twee (5,13%) onseker was. Die belangrikheid van maatskaplikewerkbydraes met die hantering van probleme voortspruitend uit trauma, is deur Moonilal (1982:17) & Resnick & Tighe (1997:93) uitgelig.

5.5.10 Baba-verwante probleme

(byvoorbeeld miskrame, doodgebore babas of geboorte van gestremde babas)

Die voorkoms van baba-verwante probleme in geneeshere se praktyke is ondersoek. Aangesien dienslewering aan babas 'n gespesialiseerde diensleweringarea van die geneesheer verteenwoordig, het slegs twee (5,13%) respondente gereeld met verwante probleme in aanraking gekom. Vier (10,26%) het aangedui dat verwante probleme gereeld in hul praktyke voorgekom het, elf (28,21%) soms, sestien (41,03%) selde en ses (15,38%) nooit.

Die rol van 'n maatskaplike werker in die hantering van baba-verwante probleme, is deur sewe-en-twintig (69,23%) respondente bevestig. Nege (23,08%) was onseker, terwyl drie (7,69%) nie 'n rol vir 'n maatskaplike werker geïdentifiseer het nie. Rouberaad met die fasilitering van die rouproses is noodsaaklik ten einde ouers se balans te herstel en aanpassing na die dood van 'n baba moontlik te maak (Smit 2000:93-103). Die geboorte van 'n gestremde baba noodsaak aanpassings vir die ouers. Die maatskaplike werker tree op as leermeester (verskaf inligting en leiding aan ouers), as terapeut (fasilitering van die rouproses) en as makelaar (bring ouers in aanraking met hulpbronne in die omgewing).

5.5.11 Probleme met rouverwerking

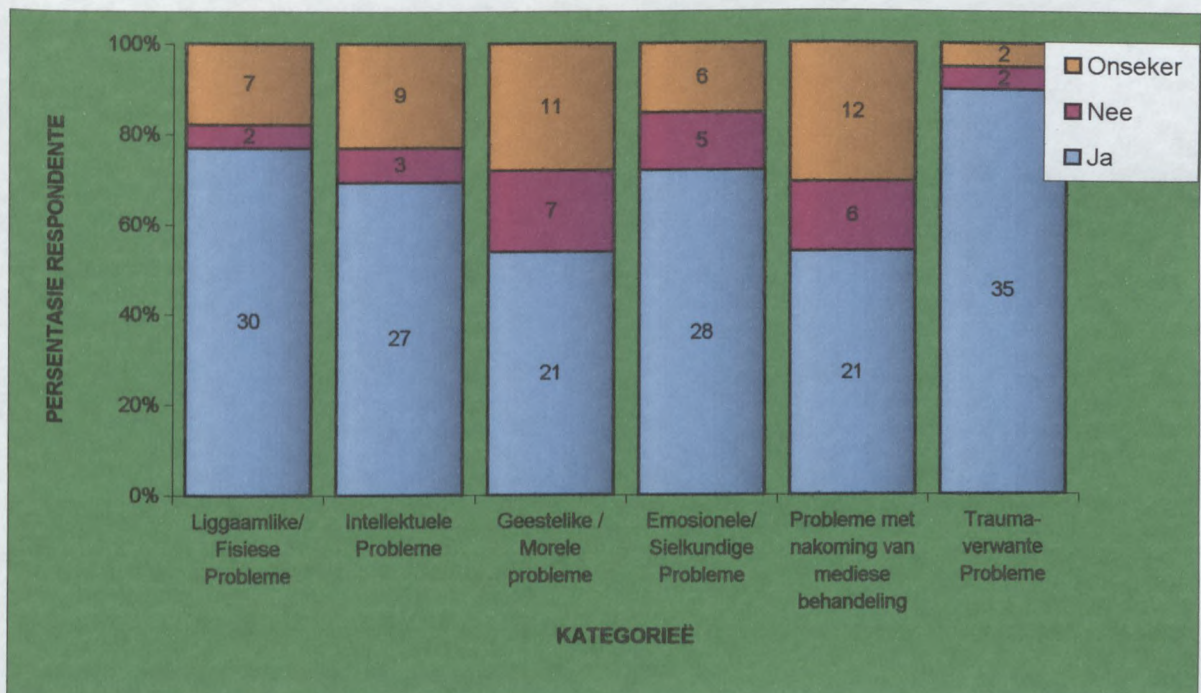
(byvoorbeeld afsterwe van 'n huweliksmaat, ouer, kind)

Die laaste faktor wat ondersoek is, is die voorkoms van probleme met rouverwerking by pasiënte. Twee (5,13%) respondente het aangedui dat hulle nooit gedurende die afgelope ses maande met sterfgevallen van geliefdes te doen gekry het nie. Sestien (41,03%) het aangedui dat hulle selde daarmee gekonfronteer is, dertien (33,33%) soms, sewe (17,95%) gereeld en een (2,56%) baie gereeld.

Twee (5,13%) respondente het nie 'n rol vir 'n maatskaplike werker met betrekking tot rouberading en sterwensbegeleiding geïdentifiseer nie. Vier (10,26%) was onseker, terwyl drie-en-dertig (84,62%) van mening was dat die maatskaplike werker wel 'n rol te speel het. In 'n studie deur Sheppard (1986:463) was 40% van sy respondente van mening dat 'n maatskaplike werker wel 'n rol in rouberading te speel het.

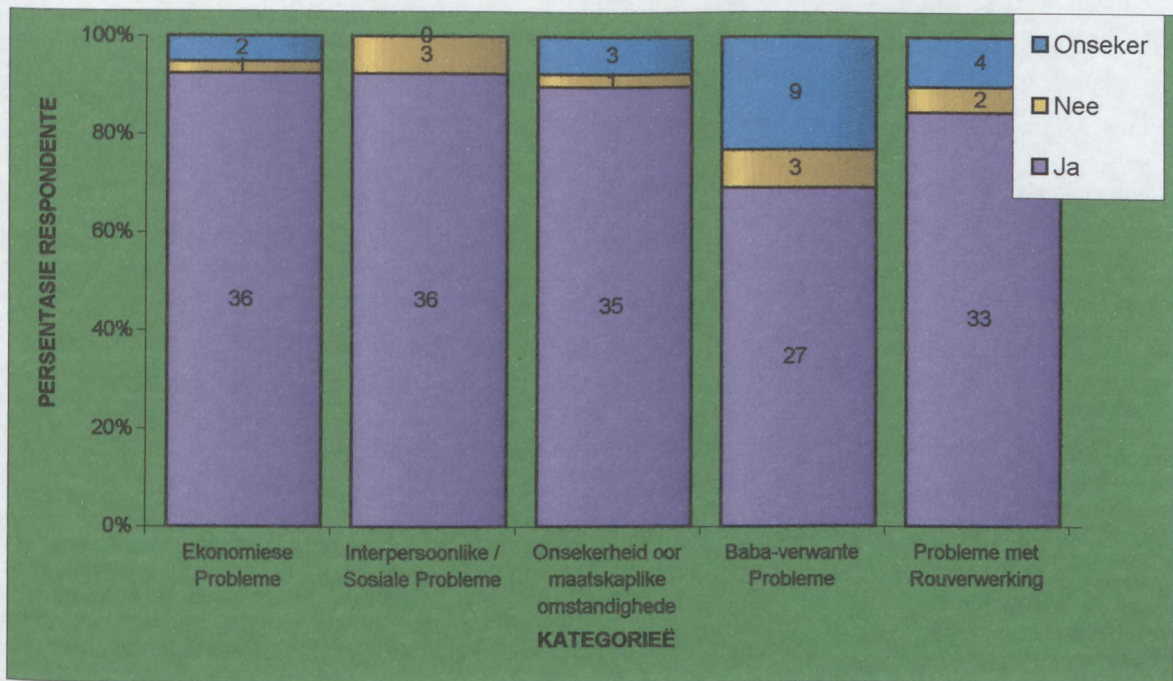
5.6 POTENSIËLE BENUTTING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS DEUR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK

Op die vraag rakende die potensieële benutting van maatskaplike werkers het 76,69% van die respondente aangedui dat hulle van maatskaplikewerkdienste gebruik kon maak in die aangeduide kategorieë (soos bespreek in afdeling 5.5). Slegs 8,16% was van mening dat hulle nie sodanige hulpbron benodig nie, terwyl 15,15% onseker was. Abramson & Mizrahi (1996:270-271) en Gross *et al* (1996:93) lig geneeshere se behoefte aan psigososiale intervensie deur maatskaplike werkers uit en meld dat dit koste-effektiwiteit verhoog, bydra tot tydbesparing en behandelingsresultate verbeter. Die potensieële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk word grafies in figuur 5.6 (a + b) voorgestel. Twee figure word benut ten einde die leesbaarheid van inligting te vergemaklik.



N=39

Figuur 5.6(a): POTENSIËLE BENUTTING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS DEUR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK

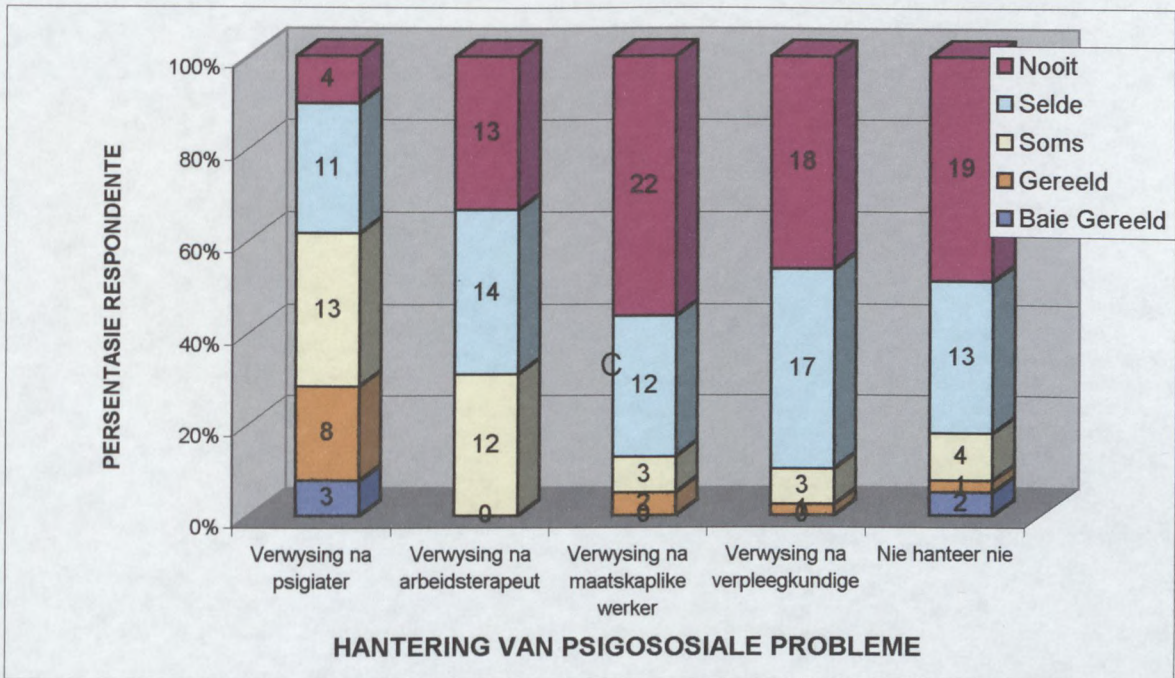


N=39

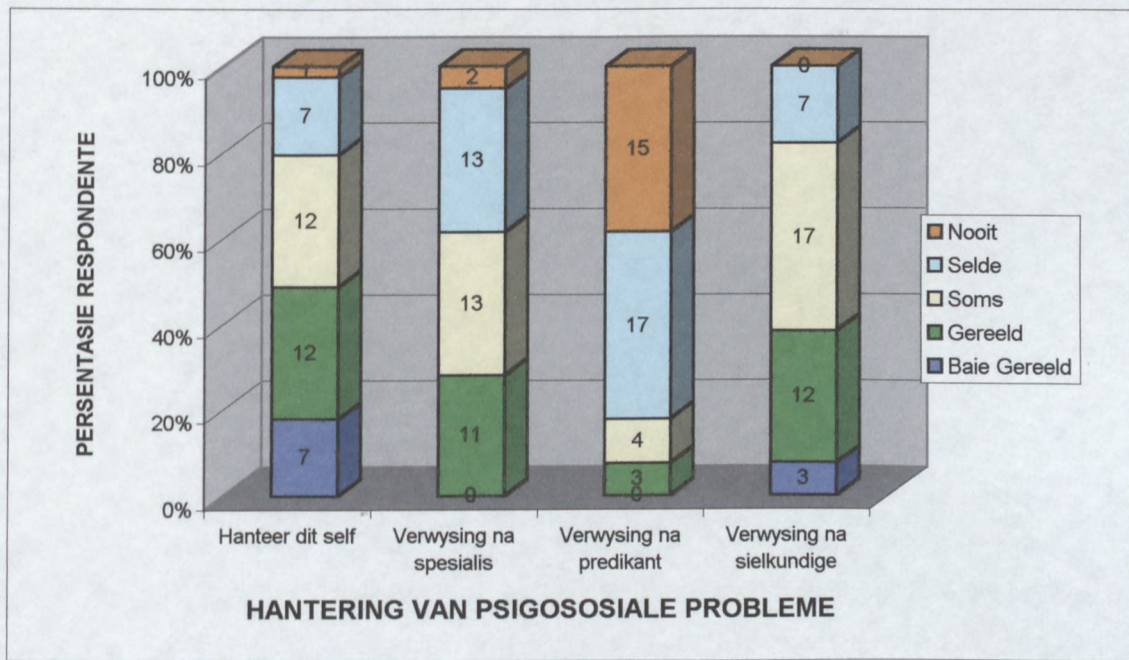
Figuur 5.6(b): POTENSIËLE BENUTTING VAN MAATSKAPLIKE WERKERS DEUR GENEESHERE IN PRIVAAT PRAKTYK

5.7 RESPONDENTE SE HANTERING VAN PSIGOSOSIALE PROBLEME GEDURENDE DIE VOORAFGAANDE SES MAANDE

Ten einde respondente se huidige hantering van psigososiale probleme te ondersoek, is 'n vraag gestel met betrekking tot hul hantering daarvan gedurende die voorafgaande ses maande. Die bevindinge word grafies in figuur 5.7 (a+b) voorgestel. Twee figure word benut ten einde die leesbaarheid van inligting te vergemaklik.



N=39



N=39

Figuur 5.7 (a + b): RESPONDENTE SE HANTERING VAN PSIGOSOSIALE PROBLEME GEDURENDE DIE VOORAFGAANDE SES MAANDE

Uit die studie het dit geblyk dat psigososiale probleme by pasiënte baie gereelde geïgnoreer word. Dit kan toegeskryf word aan die onvermoë van die geneesheer om dit te identifiseer, of onwilligheid om dit te hanteer weens tydsbeperkinge en/of beperkte kennis van die hantering daarvan. Sou die probleem wel geïdentifiseer word, was sewe (17,95%) geneeshere van mening dat hulle dit baie gereeld hanteer, terwyl twaalf (30,77%) van mening was dat hulle dit gereeld hanteer het. Twaalf (30,77%) respondente het aangedui dat hulle psigososiale probleme soms hanteer, sewe (17,95%) selde en een (2,56%) nooit. Navorsing deur Pray (1991:189) het getoon dat geneeshere dikwels van mening was dat hulle tydens konsultasie iets aan pasiënte se psigologiese probleme gedoen het. In die lig daarvan dat slegs vyf (12,82%) respondente by vraag 5 (bevoegdheid van respondente om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer) aangedui het dat hulle voldoende toegerus is met vaardighede vir die hantering van psigososiale probleme, ontstaan daar 'n vraag met betrekking tot die effektiwiteit en doeltreffendheid van hantering deur die geneesheer.

Volgens elf (28,21%) respondente is daar gereeld verwysings na spesialiste gedoen om mediese diagnoses te bevestig of verdere ondersoek te doen. Dertien (33,33%) het dit soms gedoen, dertien (33,33%) selde en twee (5,13%) nooit. Die noodsaaklikheid vir die verwysing na spesialiste word in die Eed van Hippocrates (soos aangehaal deur Lyons & Petrucelli 1978:214-215) gesteun.

Drie (7,69%) respondente het pasiënte baie gereeld, twaalf (30,77%) gereeld, sewentien (43,59%) soms en sewe (17,95%) selde na sielkundiges verwys. Sielkundiges word algemeen benut vir die behandeling van psigologiese probleme by pasiënte. Volgens Francisco-la Grange & Nel (1993:40) spruit die hoë benutting van sielkundige dienste moontlik uit die bekendheid van die beroep

Psigiatriese dienste is baie gereeld deur drie (7,69%) respondente, gereeld deur agt (20,51%), soms deur dertien (33,33%), selde deur elf (28,21%) en nooit deur vier (10,26%) benut nie. Die onderbenutting van psigiatriese dienste (in vergelyking met sielkundige dienste) is moontlik daaraan toe te skryf dat 'n healtydse psigiater eers in 2000 in Windhoek begin praktiseer het.

Drie (7,69%) respondente het gereeld van pastorale dienste gebruik gemaak, vier (10,26%) soms, sewentien (43,59%) selde en vyftien (38,46%) nooit. Weens die sensitiewe aard van godsdiens, sommige geneeshere se daadwerklike vermyding van bevooroordeeldheid en 'n vrees vir projektering van hul eie godsdiens op pasiënte, word 'n bespreking met enige verwysing na godsdiens dikwels deur geneeshere vermy (Ellis *et al* 1999:105). Pasiënte deel nie hul geestelike konflik met geneeshere nie, aangesien hulle voel dat geneeshere nie belang daarby het nie of omdat hulle skuldig daarvoor voel.

Verwysings na arbeidsterapeute is soms deur twaalf (30,77%) respondente, selde deur veertien (35,90%) en nooit deur dertien (33,33%) gemaak. Smith & Baxter (1992:1) is van mening dat die beperkte benutting waarskynlik spruit uit die gespesialiseerdheid van arbeidsterapie en onkundigheid met betrekking tot die presiese aard daarvan.

Die beperkte benutting van verpleegkundige dienste spruit moontlik uit die onkunde en die feit dat 'n beperkte getal verpleegkundiges in Windhoek as privaat praktisyns praktiseer. Een (2,56%) respondent het aangedui dat hy gereeld van verpleegkundige

dienste, drie (7,69%) soms, sewentien (43,59%) selde en agtien (46,15%) nooit gebruik gemaak het nie.

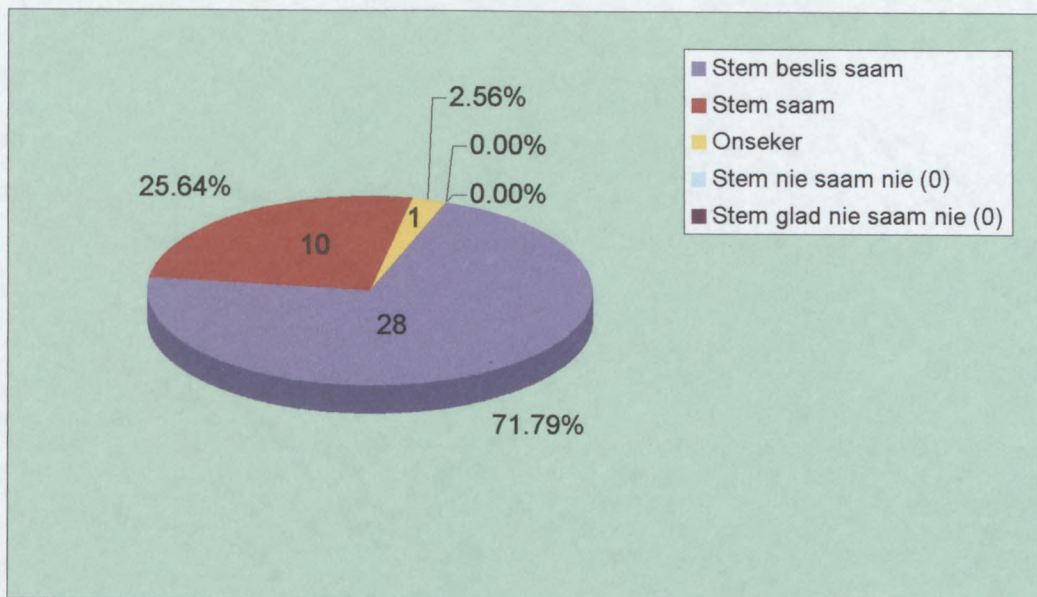
Maatskaplikewerkdienste is gereeld deur twee (5,13%) respondente, soms deur drie (7,69%), selde deur twaalf (30,77%) en nooit deur twee-en-twintig (56,41%) benut nie. Mizrahi & Abramson (1985:46) is van mening dat geneeshere se onkunde oor maatskaplikewerkdienstelewing die hooforsaak van die beperkte benutting van dié hulpbron deur geneeshere is.

Negentien (48,72%) respondente het aangedui dat psigososiale probleme by pasiënte altyd hanteer word. Dertien (33,33%) het aangedui dat dit selde nie hanteer word nie, vier (10,26%) dat dit soms nie hanteer word nie, een (2,56%) dat dit gereeld nie hanteer word nie en twee (5,13%) dat dit baie gereeld nie hanteer word nie. Dit blyk dus dat respondente die belangrikheid van die hantering van psigososiale probleme besef en poog om dit na die beste van hul vermoë te hanteer. In 'n studie deur Gropper (1987:75-91) het hy bevind dat geneeshere baie tyd daaraan wy om na psigologiese, sosiale en omgewingsprobleme van pasiënte te luister, maar dat hulle verkies om verwysings te doen.

Sewe-en-twintig (69,23%) respondente het opgemerk dat kennis met betrekking tot die onderskeie vakrigtings tot beter benutting van professionele persone in aanvullende beroepe sal bydra. Onkunde ten opsigte van die rolle, take en grense van aanvullende beroepe is as hoofrede vir beperkte verwysings genoem. Pray (1991:189), Botha (1995:208) en Abramson & Mizrahi (1996:271) lig die belangrikheid van duidelike rolomskrywing uit ten einde gepaste verwysings te verseker en multidissiplinêre samewerking moontlik te maak.

5.8 GENEESHERE SE MENINGS OOR MULTI-DISSIPLINÊRE SPANWERK

Dit was nodig om respondente se menings oor multidissiplinêre spanwerk te ondersoek, aangesien die gesindhede van geneeshere die samewerking tussen beroepe kan steun of strem. Die bevinding word in figuur 5.8 grafies voorgestel.



N=39

Figuur 5.8 : GENEESHERE SE MENINGS OOR MULTIDISSIPLINÊRE SPANWERK

Agt-en-twintig (71,79%) van die nege-en-dertig respondente het aangedui dat hulle beslis saamstem dat multidissiplinêre spanwerk noodsaaklik vir holistiese dienslewering aan pasiënte is. Tien (25,64%) het aangedui dat hulle met die stelling saamstem. Een (2,56%) was onseker, aangesien hy nie bekend was met die konsep “holistiese dienslewering” nie. Geen (0%) respondent het met die stelling verskil nie.

As motivering vir ‘n positiewe respons op die stelling is die volgende kommentaar deur respondente verskaf (woordelike aanhalings word gegee):

- a) *“Medisyne is ‘n spanpoging. Die algemene praktisyn is gemoeid met primêre gesondheidsorg. As daar ‘n sielkundige of maatskaplike probleem voorkom, moet gebruik gemaak word van die span.”*
- b) *“Mens is kompleks – spanwerk dus belangrik.”*
- c) *“Helps to meet the demands and expectations of patients and their families.”*
- d) *“Ek het nie alle kennis in pag nie.”*
- e) *“Stem saam, maar moeilik om so ‘n spanpoging in privaat praktyk te koördineer.”*
- f) *“Tydsfaktor en vakgebied – Ander professionele mense beter opgelei.”*
- g) *“Kombinering van verskillende professies se idees is beter as een opinie en is in die beste belang van die pasiënt.”*
- h) *“Meeste mediese probleme het ‘n dieperliggende oplossing as bloot ‘n pilletjie soggens en saans.”*

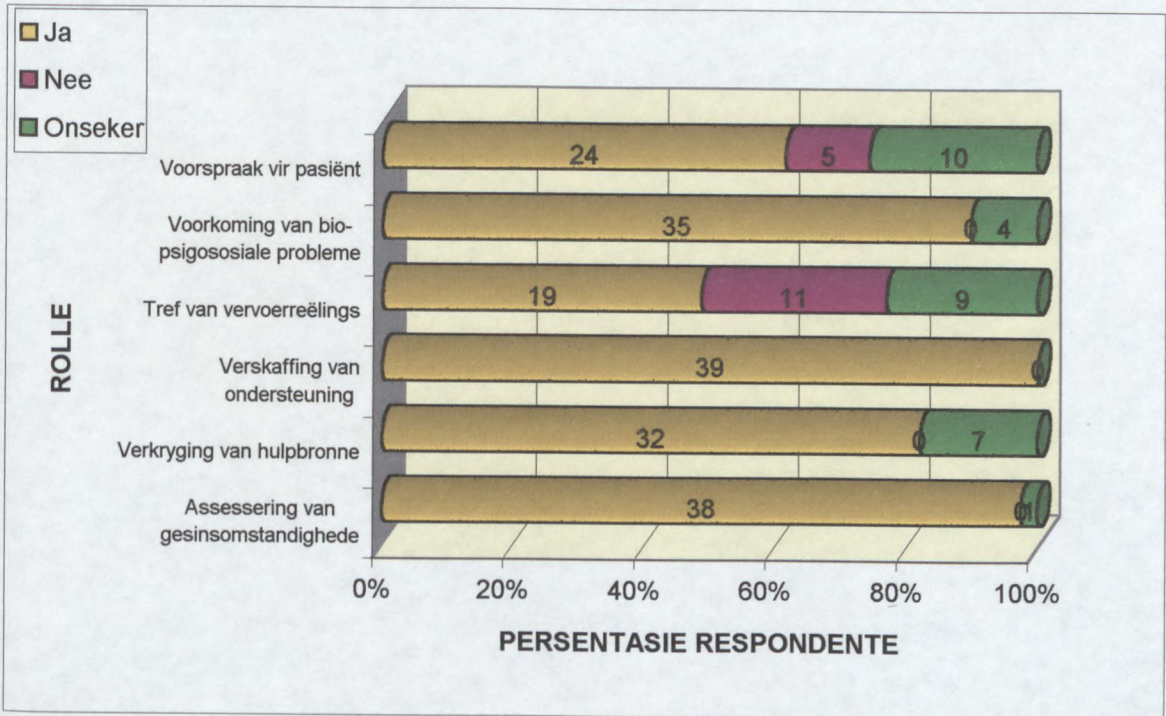
- i) *“Spreek vanself in hanteringsopset van die millennium.”*
- j) *“Psigososiale aspek van patologie is ‘n kompliserende faktor en behoort op alle vlakke benader en behandel te word.”*
- k) *“Gee beste langtermynresultate.”*
- l) *“This gives co-ordinated service.”*

Bogenoemde aanhalings stem ooreen met Botha (1995:208) en Resnick & Tighe (1997:95) se menings dat multidissiplinêre spanwerk noodsaaklik vir holistiese dienslewering is. ‘n Enkele dissipline kan nie aan al die behoeftes van ‘n individu voldoen nie. Elke professionele persoon beskik oor gespesialiseerde kennis oor een gebied en ‘n vaardigheidsrepertoire en kan dus ‘n aanvullende diens lewer om probleemoplossing te bewerkstellig. Die skrywers lig die belangrikheid van wedersydse begrip van rolle, kennis, waardes, vaktiaal en perspektiewe by multidissiplinêre spanlede uit. Elke professionele persoon lewer ‘n unieke bydrae, tot ‘n pasiënt se voordeel, in die hantering van sy probleemsituasie. Smith & Baxter (1992:3) is van mening dat die koördinering van dienste koste-effektiwiteit verhoog.

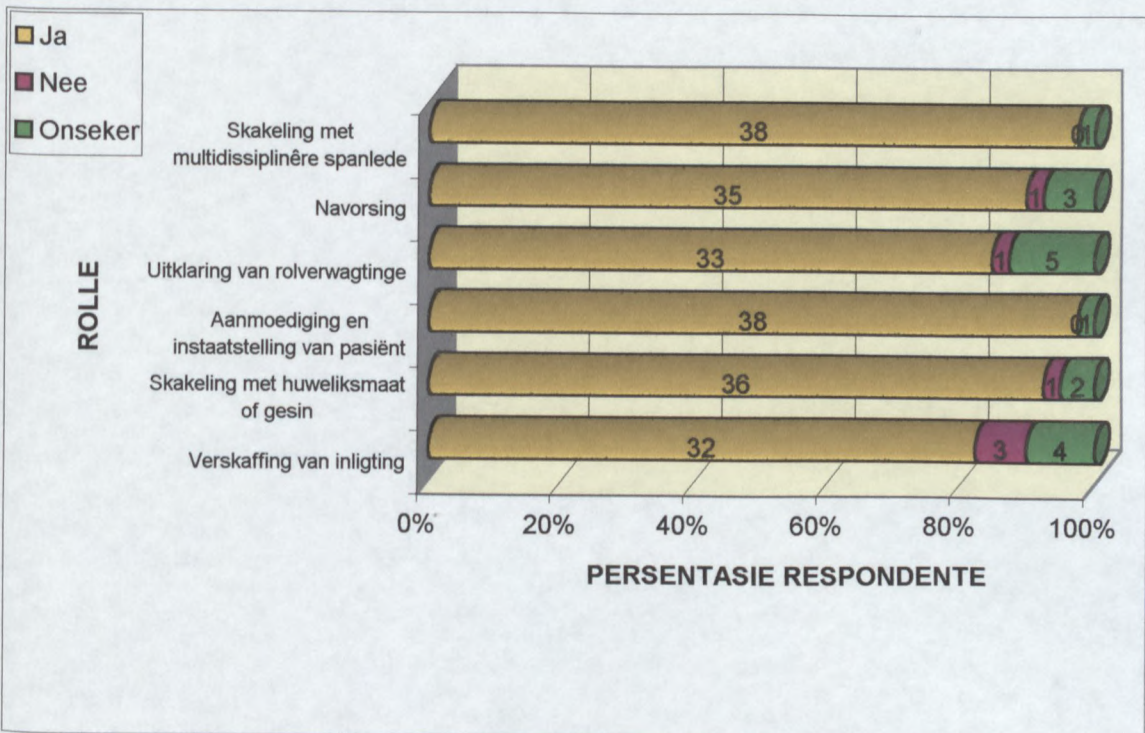
Sommige respondente het die komplekse aard van siekte uitgelig en was van mening dat fisiologiese genesing nie volkome genesing waarborg nie. Deur beperkte tyd as motivering vir spanwerk aan te voer, het sommige geneeshere getoon dat hulle nie werklik begrip vir die essensie van spanwerk het nie. Een (2,56%) respondent het die belangrikheid van dienslewering aan die hele gesinsisteam uitgelig.

5.9 ROLLE VERTOLK DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS TYDENS INTERVENSIE

Respondente se sienings van die belangrikste rolle wat maatskaplike werkers tydens intervensie vertolk, is ondersoek en word grafies voorgestel in figure 5.9 (a + b). Twee figure word benut ten einde die leesbaarheid van inligting te vergemaklik.



N=39



N=39

Figuur 5.9 (a + b) : ROLLE VERTOLK DEUR MAATSKAPLIKE WERKERS TYDENS INTERVENSIË

Al die respondente (39 of 100%) was bewus van die ondersteuningsrol wat maatskaplike werkers vertolk, terwyl die rol met betrekking tot die assessering van

gesinsomstandighede aan agt-en-dertig (97,44%) van hulle bekend was. Een (2,56%) respondent was onseker oor laasgenoemde rol. Aanmoediging en instaatstelling van pasiënte tot probleemoplossing en skakeling met multidissiplinêre spanlede was aan agt-en-dertig (97,44%) respondente bekend. Een (2,56%) respondent was in albei gevalle onseker oor die rolle van 'n maatskaplike werker. Ses-en-dertig (92,31%) het skakeling met die huweliksmaat of gesin as deel van maatskaplike werkers se rol beskou. Twee (5,13%) was onseker oor hierdie rol, terwyl een (2,56%) negatief daarop geantwoord het. In die lig van wedersydse beïnvloeding, word die belangrikheid daarvan om die gesin by maatskaplikewerkintervensie te betrek deur Gross *et al.* (1983:174) en Hall & Kirschling (1990:1-28) uitgelig. Hierdie bevinding verskil van die bevinding in 'n studie deur Sheppard (1986:463) waarvolgens 'n kwart van sy respondente nie bekend was met die ondersteunende rol en die rol van die maatskaplike werker met betrekking tot die uitsortering van verhoudingsprobleme nie. Tien (25,64%) respondente was onseker oor die rol van maatskaplike werkers as voorspraak vir pasiënte, terwyl vyf (12,82%) van mening was dat dit nie deel van die maatskaplikewerkrol is nie. Vier-en-twintig (61,54%) respondente was met hierdie rol van maatskaplike werkers bekend.

Nege (23,08%) respondente was onseker oor die rol van maatskaplike werkers met betrekking tot die tref van vervoerreëlings, terwyl elf (28,21%) van mening was dat dit nie die taak van maatskaplike werkers was nie. Negentien (48,72%) het positief op die stelling geantwoord. In navorsing gedoen deur Cowles & Lefcowitz (1995:284) was 90,7% van die respondente van mening dat maatskaplike werkers daarvoor verantwoordelik is om vervoerreëlings vir pasiënte te tref. Die daling in persentasie kan moontlik daaraan toegeskryf word dat Cowles & Lefcowitz se studie binne 'n hospitaalopset uitgevoer is, terwyl hierdie navorsing op geneeshere in privaat praktyk gefokus het. Miskien was die tref van vervoerreëlings binne die spesifieke hospitaalopset deel van maatskaplike werkers se rol. Dit kan ook wees as gevolg van 'n groter bewustheid by geneeshere met betrekking tot die klemverskuiwing binne die maatskaplikewerkberoep, van praktiese hulpverlening na voorkoming, terapeutiese en ontwikkelingsdienste.

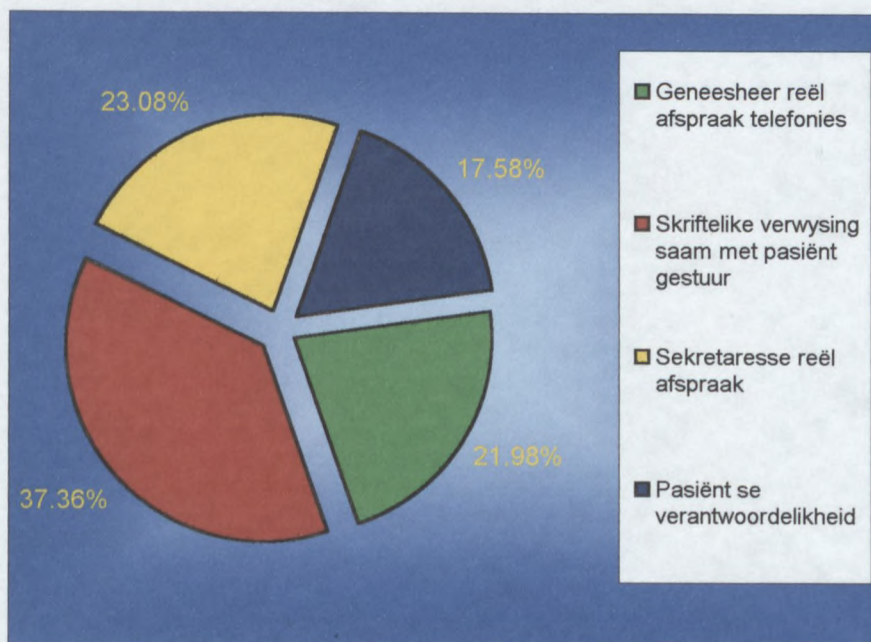
Die voorkomende rol van maatskaplike werkers met betrekking tot bio-psigososiale probleme was onbekend aan vier (10,26%) respondente. Vyf-en-dertig (89,74%) was van mening dat maatskaplike werkers 'n voorkomende rol te speel het. Sewe (17,95%) was onseker of maatskaplike werkers daarvoor verantwoordelik is om hulpbronne te bekom, terwyl twee-en-dertig (82,05%) positief op die stelling geantwoord het. Vyf (12,82%) was onseker oor die rol ten opsigte van die uitklaring van rolverwagtinge, terwyl drie-en-dertig (84,62%) van mening was dat maatskaplike werkers daarvoor verantwoordelik is. Een (2,56%) het nie 'n rol vir maatskaplike werkers geïdentifiseer nie.

Die rol van maatskaplike werkers met betrekking tot navorsing is deur vyf-en-dertig (89,74%) respondente bevestig, terwyl drie (7,69%) onseker was en een (2,56%) negatief geantwoord het. Ell (1996:588) en Reid (1997:132) beklemtoon die noodsaaklikheid vir maatskaplike werkers om as navorsers op te tree. Deur die toepassing van navorsingsbevindinge word maatskaplikewerkkennis uitgebrei, die doeltreffendheid en effektiwiteit van intervensie verhoog, die bestaansreg van die professie uitgebou en kan hulpbronne verkry word. Twee-en-dertig (82,05%) respondente het die verskaf van inligting as deel van die maatskaplikewerkrol aangedui, terwyl vier (10,26%) onseker was en drie (7,69%) negatief op die stelling reageer het.

Empiries blyk dit dat 83,55% van die respondente bekend was met maatskaplike werkers se rol ten opsigte van genoemde take en vaardighede. Hierdie bevindinge word ondersteun deur navorsing deur Cowles & Lefcowitz (1995:284-285) waaruit dit geblyk het dat geneeshere bewus is van die noodsaaklikheid van berading en die hantering van psigososiale probleme. Onsekerheid oor die rolle en take het by 10,04% van die respondente voorgekom, terwyl 6,41% nie kennis van die rolle gedra het nie.

5.10 VERWYSINGSPROSEDURE

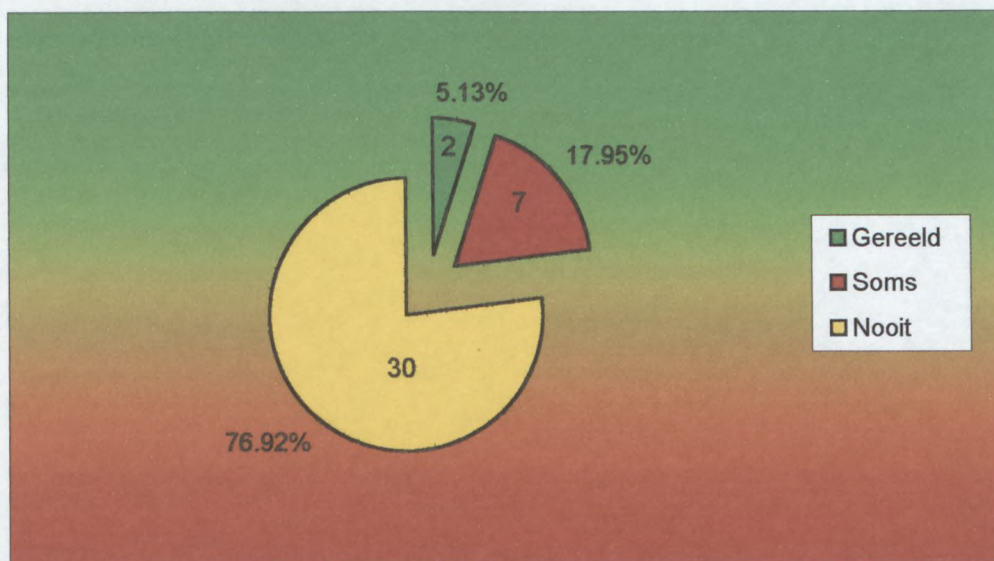
Op die vraag oor die verwysingsprosedure wat deur respondente verkies word, het die meeste (37,36%) aangedui dat hulle verkies om skriftelike verwysings saam met pasiënte te stuur. Die reël van 'n afspraak deur die sekretaresse (23,08%) en die reël van 'n telefoniese afspraak deur die geneesheer self (21,98%) was die tweede en derde gewildste prosedure. Om die besonderhede van 'n maatskaplike werker aan 'n pasiënt te gee en dit dan aan hom oor te laat om self 'n afspraak te maak, was die prosedure wat die minste verkies is (17,58%). Twee (5,13%) respondente het aangedui dat die aard en erns van 'n pasiënt se probleem die verwysingsprosedure bepaal. Die bevindinge van hierdie vraag word grafies in figuur 5.10 voorgestel. Respondente kon meer as een antwoord aandui.



Figuur 5.10: VERWYSINGSPROSEDURE

5.11 TERUGVOER VAN MAATSKAPLIKE WERKERS AAN GENEESHERE

Dit was nodig om die aard van kommunikasie tussen geneeshere en maatskaplike werkers te ondersoek, aangesien Van Rensburg & Botha (1997:130) van mening is dat dit die grondslag vir holistiese intervensie is. Die bevindinge van hierdie vraag word grafies in figuur 5.11 voorgestel.



N=39

Figuur 5.11: TERUGVOER VAN MAATSKAPLIKE WERKERS AAN GENEESHARE

Twee (5,13%) respondente het aangedui dat hulle gereeld terugvoer van maatskaplike werkers ontvang het. Sewe (17,95%) het aangedui dat terugvoer soms ontvang is, terwyl dertig (76,92%) aangedui het dat geen terugvoer ooit ontvang is nie. Die hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande, waaroor afdeling 5.6 handel en waaruit dit geblyk het dat twintig (51,28%) respondente die afgelope ses maande nie van maatskaplikewerkdienste gebruik gemaak het nie, is waarskynlik die rede vir die lae terugvoersyfer.

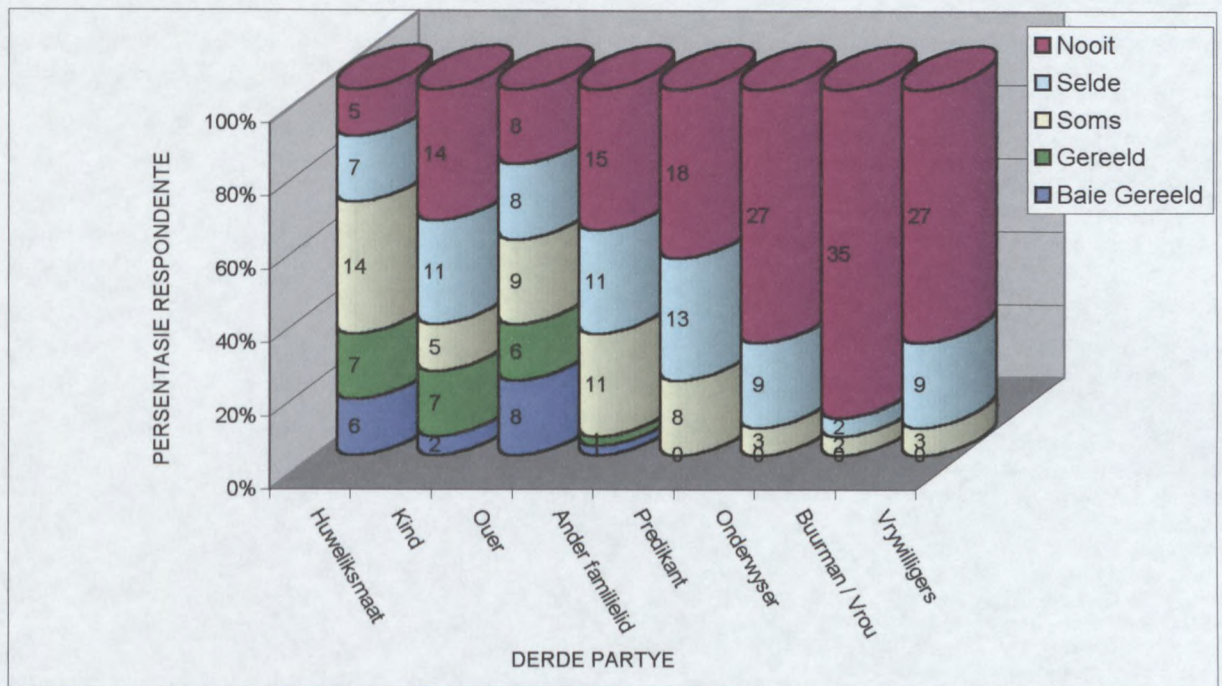
Deur terugvoer aan geneeshere word hulle bewus van die take en rolle van maatskaplike werkers. Gepaste verwysings en realistiese verwagtinge spruit daaruit voort. Die belangrikheid van bemarking en bekendstelling van maatskaplikewerkdienste word deur Gross, Rabinowitz, Feldman & Boerma (1996:94) en Payne (1998:452) uitgelig.

5.12 DERDE PARTYE SE BETROKKENHEID BY DIENSLEWERING DEUR GENEESHARE

'n Verdere faktor wat ondersoek is, is die mate waarin derde partye by dienslewering deur geneeshere betrek is. Die belangrikheid vir inagneming van die omgewing van individue tydens assessering en om derde partye tydens intervensie te betrek, word deur Weyers & Stutterheim (1994:64-80) uitgelig. Dit dra by tot holistiese intervensie en dat verandering gehandhaaf word. Die bevindinge van hierdie vraag word in tabel 5.1 en figuur 5.12 weergee.

Tabel 5.1 : DERDE PARTYE SE BETROKKENHEID BY DIENSLEWERING DEUR GENEESHERE

Derde Partye	Baie Gereeld		Gereeld		Soms		Selde		Nooit		Totaal	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Huweliksmaat	6	15,38%	7	17,95%	14	35,90%	7	17,95%	5	12,82%	39	100%
Kind	2	5,13%	7	17,95%	5	12,82%	11	28,21%	14	35,90%	39	100%
Ouer	8	20,51%	6	15,38%	9	23,08%	8	20,51%	8	20,51%	39	100%
Ander familielid	1	2,56%	1	2,56%	11	28,21%	11	28,21%	15	38,46%	39	100%
Predikant	0	0%	0	0%	8	20,51%	13	33,33%	18	46,15%	39	100%
Onderwyser	0	0%	0	0%	3	7,69%	9	23,08%	27	69,23%	39	100%
Buurman/vrou	0	0%	0	0%	2	5,13%	2	5,13%	35	89,74%	39	100%
Vrywilligers	0	0%	0	0%	3	7,69%	9	23,08%	27	69,23%	39	100%



N=39

Figuur 5.12: DERDE PARTYE SE BETROKKENHEID BY DIENSLEWERING DEUR GENEESHERE

Die meeste respondente (47,8%) het aangedui dat hulle nooit derde partye by dienslewering betrek het nie. Derde partye is baie gereeld deur 5,4% betrek, gereeld deur 6,7%, soms deur 17,6% en selde deur 22,4%. Bure, vrywilligers en onderwysers is die minste betrek, terwyl predikante, familieledes en kinders in 'n geringe mate betrek is. Huweliksmaats en ouers is as gevolg van die noue band met pasiënte die meeste deur geneeshere by dienslewering betrek.

5.13 REDES VIR UITSKAKELING VAN DERDE PARTYE SE BETROKKENHEID DEUR GENEESHERE

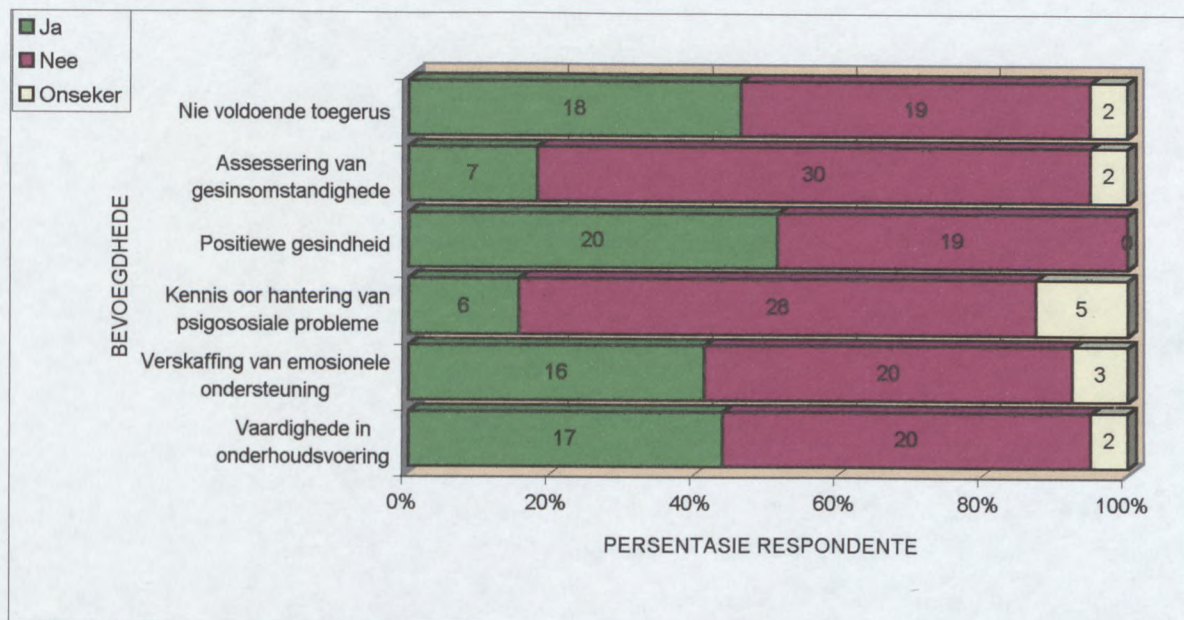
Respondente het op 'n ope vraag met betrekking tot die rede vir uitskakeling van derde partye se betrokkenheid reageer. Die volgende redes waarom derde partye nie by dienslewering betrek is nie, is deur respondente aangevoer (woordelike aanhalings word gegee):

- a) *"Die koste en tyd daaraan verbonde."*
- b) *"Prakties moeilik uitvoerbaar."*
- c) *"Pasiënt weier om toestemming te verleen vir die betrekking van 'n derde partye."*
- d) *"Derde partye weier om betrokke te raak."*
- e) *"I think this depends on type of practice."*
- e) *"Die verantwoordelikheid berus by die pasiënt om derde partye te kontak."*
- f) *"Hoekom is dit nodig om 'n derde partye te betrek?"*
- g) *"Min of geen terugvoer vanaf pasiënt – pasiënt gaan na ander dokter."*
- h) *"Patient may seek help for a third party and I don't know about it."*

Uit die motiverings van respondente ontvang, blyk dit dat sommige geneeshere nie begrip het vir die impak wat sistemiese betrokkenheid op die pasiënt het nie. Die biomediese benadering, waarvolgens die fokus op die genesing van 'n mediese kwaal val, word steeds deur verskeie geneeshere gevolg.

5.14 BEVOEGDHEDE VAN RESPONDENTE

Die bevoegdheede van respondente om pasiënte met bio-psigososiale probleme behulpsaam te wees, is ondersoek. Die bevindinge word in figuur 5.13 weergegee.



N=39

Figuur 5.13: BEVOEGDHEDE VAN RESPONDENTE

Sestig persent (60%) van die respondente het aangedui dat hulle nie bevoeg genoeg is om pasiënte met psigososiale probleme te ondersteun nie. Bevoegdheid om psigososiale probleme te kan hanteer, is deur 33,8% van die respondente aangedui, terwyl 6,2% onseker was. Een respondent het aangedui dat sy bevoegdheid afhanklik is van hoeveel tyd hy tot sy beskikking het. Hierdie bevindinge sluit aan by afdeling 5.3 waarin 87,2% van respondente aangedui het dat hulle nie voldoende toegerus is om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie. Die verskil in persentasies is moontlik daaraan toe te skryf dat respondente by afdeling 5.3 (bevoegdheid van respondente om psigososiale probleme te hanteer) nie seker was wat die hantering van psigososiale probleme behels het nie. Deur die spesifisering van sekere vaardighede, kennis en gesindhede by hierdie vraag kon respondente selfondersoek doen en aandui in watter mate hulle bevoeg is vir die hantering van psigososiale probleme by pasiënte.

Twintig (51,28%) respondente het aangedui dat hulle oor 'n positiewe gesindheid met betrekking tot die hantering van psigososiale probleme beskik, terwyl negentien (48,72%) negatief op die opsie gereageer het. Sewentien (43,59%) was van mening dat hulle oor vaardighede in onderhoudvoering beskik, terwyl twintig (51,28%) die afwesigheid van sodanige vaardighede aangedui het. Twee (5,13%) was onseker. Sestien (41,03%) het hulself as bevoeg beskou met betrekking tot die verskaffing van emosionele ondersteuning aan pasiënte, terwyl twintig (51,28%) die afwesigheid van die vaardigheid aangedui het. Drie (7,69%) was onseker. Thom & Campbell (1997:169) en Baird (1999:153) is van mening dat die verskaf van emosionele ondersteuning aan 'n pasiënt, as grondslag dien vir die daarstelling van 'n vertrouensverhouding tussen die partye. As daar 'n vertrouensverhouding is, dra pasiënte vollediger inligting aan geneeshere oor en word die nakoming van mediese behandeling deur pasiënte verhoog.

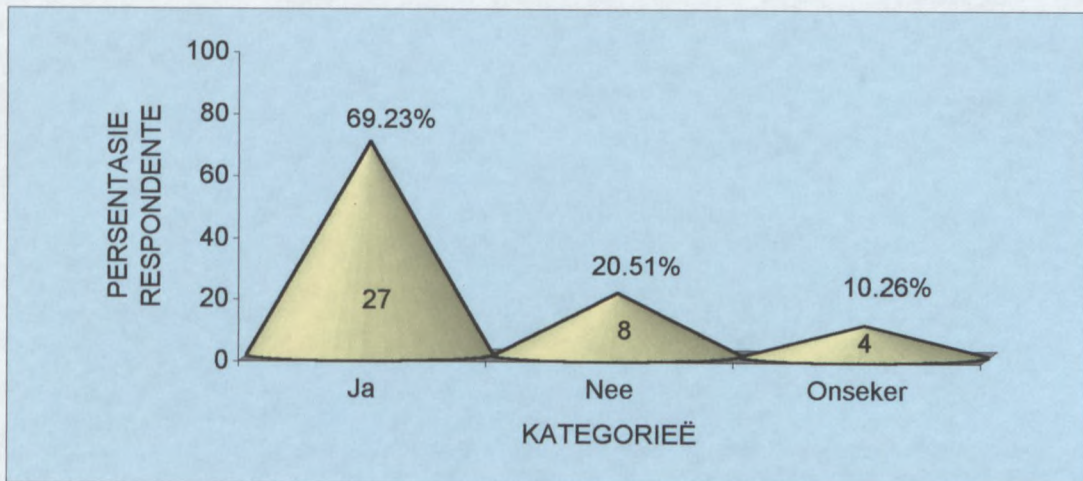
Sewe (17,95%) respondente was van mening dat hulle oor die vermoë beskik het om gesinsomstandighede te assesser. Dertig (76,92%) het die afwesigheid van die

vaardigheid aangetoon, terwyl twee (5,13%) onseker was. Kennis ten opsigte van die hantering van psigososiale probleme was by agt-en-twintig (71,79%) respondente afwesig en by ses (15,38%) teenwoordig. Vyf (12,82%) was onseker of hulle oor genoegsame kennis beskik. Die bevindinge van hierdie vraag word in figuur 5.12 weergegee.

Weens die dubbelsinnige aard van die opsie: "Is nie voldoende toegerus om psigososiale probleme te hanteer nie," is besluit om hierdie opsie te skrap. Aangesien respondente die vraag nie eenders geïnterpreteer het nie, word die betroubaarheid van die bevinding in twyfel getrek.

5.15 GENEESHERE SE BEHOEFTE AAN OPLEIDINGS-PROGRAMME

Die laaste aspek wat in die empiriese studie ondersoek is, was respondente se behoefte aan opleidingsprogramme wat die psigososiale gebied betref. Die bevindinge van hierdie vraag word grafies in figuur 5.14 voorgestel.



N=39

Figuur 5.14: GENEESHERE SE BEHOEFTE AAN OPLEIDINGSPROGRAMME

Sewe-en-twintig (69,23%) respondente was ten gunste van opleidingsprogramme. Twintig (51,28%) van hierdie respondente het aangedui dat tyd egter 'n beperkende faktor is. Agt (20,51%) was van mening dat daar in hul basiese opleiding nie voldoende aandag aan interpersoonlike faktore geskenk is nie en dat sodanige opleidingsprogram tot professionele groei sal bydra. Vyf (12,82%) respondente was van mening dat groter duidelikheid met betrekking tot die maatskaplikewerkberoep die verwysing van dienste sal vergemaklik. Twee (5,13%) wou graag beradingstegnieke aanleer, terwyl een (2,56%) aangedui het dat sodanige program daartoe sal bydra dat 'n behoeftegerigte diens aan pasiënte gelewer word. Respondente het die volgende motiverings verskaf (woordelike aanhalings word gegee):

- a) *"Sal moontlik help om inligting te verskaf re leidrade vir verwysing."*
- b) *"Behoefte ja, maar daar is nie genoeg tyd in 'n dag nie."*
- c) *"Bestudering van nuwe dimensies dra by tot professionele groei."*
- d) *"Interpersoonlike vaardighede word ± nooit in mediese opleiding aangeraak nie en te veel klem word gelê op kliniese vaardighede."*
- e) *"Weens gebrek aan diepte in basiese opleidingsjare."*
- f) *"Ek dink nie daar is genoeg tyd in privaat praktyk om psigososiale probleme self te hanteer nie. 'n Opleidingsprogram sal geneeshere toerus om probleemgevalle in die eerste plek te identifiseer."*
- g) *"Moderne samelewing bring groter druk op psigososiale vlak mee en kompliseer die algemene welstand van pasiënte. Behandeling/hantering van sulke gevalle behoort in die spreekkamer te begin."*
- h) *"Depends on type of practice, but counselling skills could definitely be improved."*

Uit bogenoemde aanhalings blyk dit dat geneeshere die behoefte aan kennis ten opsigte van die identifisering van psigososiale probleme ervaar. Cowles & Lefcowitz (1995:284-285) se studie stem hiermee ooreen en meld dat geneeshere bewus is van die noodsaaklikheid vir berading en die hantering van psigososiale probleme. Die leemtes in voorgraadse opleiding word as motivering vir gebrekkige vaardighedsrepertoires aangevoer.

Agt (20,51%) respondente het aangedui dat hulle nie in so program belangstel nie. Een (2,56%) was van mening dat 'n mens nie nuwe wyn in ou leersakke kan gooi nie, terwyl 'n ander respondent aangedui het dat dienste verwys word na kollegas in aanvullende professies en dat dit gevolglik nie nodig is om met hanteringsvaardighede toegerus te word nie. Vier (10,26%) respondente was onseker met betrekking tot die bywoning van opleidingsprogramme. Die volgende motiverings is deur respondente verskaf:

- a) *"Praktyk te besig – sal eerder verwys na betrokke spesialiteit."*
- b) *"Stel nie werklik daarin belang nie, asook tyd is beperk."*
- c) *"Tyd in algemene praktyk te beperk daarvoor."*
- d) *"Can't teach an old dog new tricks."*

Alhoewel die behoefte aan verdere opleiding met betrekking tot die identifisering en hantering van psigososiale probleme by pasiënte voorkom, word gebrek aan tyd as die mees beperkende faktor aangevoer. Sommige geneeshere het nie 'n behoefte aan verdere opleiding nie en is van mening dat hul ervaring voldoende is vir die hantering van psigososiale probleme by pasiënte.

5.16 VOORTGESETTE OPLEIDING VAN GENEESHERE

Die meeste geneeshere het aangedui dat hulle 'n behoefte aan voortgesette opleiding ervaar. Onderwerpe wat in so opleidingsprogram hanteer kan word, is die volgende (woordeliks aangehaal uit die voorstelle van respondente):

- 1) *"Multidissiplinêre spanwerk en die rolle van terapeute (spraak-, arbeids-, fisioterapeute en maatskaplike werkers)."*
- 2) *"Wie en waar kan professionele persone van aanvullende beroepe gekontak word?"*
- 3) *"Tydshantering."*
- 4) *"Studente-opleiding."*
- 5) *"Revision of sociology."*
- 6) *"Evaluering van 'n pasiënt met moontlike psigososiale probleme, vir moontlike verwysing na aanvullende beroepe."*
- 7) *"Psychosocial needs of different ethnical groups."*
- 8) *"Die rol van die maatskaplike werker in privaat praktyk."*
- 9) *"Dagbeplanning."*
- 10) *"Beradingstegnieke."*
- 11) *"Onderhoudsvaardighede."*

Die behoefte aan opleiding met betrekking tot onderhoudvoering- en kommunikasievaardighede, die rolle van multidissiplinêre spanlede, die identifisering en hantering van psigososiale probleme by pasiënte en tyd- en dagbeplanning is geïdentifiseer. Dit blyk dat geneeshere na doeltreffende en effektiewe dienslewering aan pasiënte streef en dat hulle die belangrikheid van kennisuitbreiding besef.

5.17 VERDERE OPMERKINGS DEUR RESPONDENTE

Die volgende opmerkings is ter afsluiting deur respondente verskaf (woordeliks aangehaal):

- 1) *"Maatskaplike werkers word selde deur myself betrek – ek verwag van die spesialis (hetsy die sielkundige of psigiater) om sodanige verwysing te doen."*
- 2) *"Gereelde inligting aan geneeshere sal vrugte afwerp en verwysings aanhelp."*
- 3) *"Die maatskaplike werker in privaat praktyk is onbekend aan die mediese professie in Namibië en hierdie navorsing sal 'n leemte vul en samewerking tussen die professies aanhelp."*
- 4) *"Dank word uitgespreek vir die bekendstelling van hierdie bykomende hulpbron."*
- 5) *"Geneeshere beskik nie oor die tyd of toepaslike vaardighede om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie. Dit lei dikwels daartoe dat die hantering daarvan agterweë gelaat word."*

Dit blyk dat die noodsaaklikheid vir holistiese dienslewering deur die meeste respondente erken word. Beperkte tyd en die afwesigheid van toepaslike vaardighede om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer, is struikelblokke tot sodanige dienslewering. Sommige geneeshere beseft nog nie watter belangrike rol hulle met die identifisering van psigososiale probleme speel nie. Deur die bekendstelling van die maatskaplikewerkberoep aan geneeshere word beter samewerking tussen die beroepe moontlik gemaak en kan gepaste verwysings na maatskaplike werkers gedoen word.

5.18 SAMEVATTING

Uit die aard van die geneeskundige beroep word geneeshere daagliks met die fisiologiese probleme van pasiënte gekonfronteer. Weens die interafhanklikheid van al die fasette van 'n individu, raak fisiologiese probleme die ander fasette van die individu op die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering. 'n Wanbalans vloei hieruit voort. Holistiese intervensie behels dienslewering aan die individu as geheel, binne sy omgewing, en met die herstel van sy ekwilibrium as doel.

Geen professionele persoon is voldoende toegerus om aandag te skenk aan al die fasette van 'n pasiënt nie. Respondente het aangedui dat hulle nie voldoende toegerus is om die psigososiale probleme van pasiënte te hanteer nie. Multidissiplinêre spanwerk is as baie belangrik bestempel. Dit blyk egter 'n teoretiese ideaal te wees, aangesien dit uit die empiriese studie geblyk het dat beperkte verwysings na aanvullende professies gedoen is. Onkunde met betrekking tot die take en rolle van ander professionele persone is as hoofrede hiervoor deur respondente aangevoer.

Emosionele of psigologiese probleme, probleme met die nakoming van mediese behandeling en ekonomiese probleme, kom die meeste in geneeshere se praktyke voor. Probleme voortspruitend uit trauma en die afsterwe van geliefdes kom gereeld voor, terwyl interpersoonlike of sosiale probleme, onsekerheid oor die maatskaplike omstandighede van pasiënte en baba-verwante probleme soms voorkom. Die meeste respondente het 'n rol vir maatskaplike werkers ten opsigte van die hantering van psigososiale probleme geïdentifiseer. Beperkte verwysings na maatskaplike werkers is deur respondente toegeskryf aan onkunde met betrekking tot maatskaplikewerkrolle en -take. Beperkte kommunikasie kom tussen geneeshere en maatskaplike werkers voor en kan moontlik verbeter word deur die daarstelling van 'n raamwerk vir verwysing. Die behoefte aan 'n opleidingsprogram waarin hierdie inligting aan geneeshere oorgedra kan word, is by sewe-en-twintig (69,2%) van respondente geïdentifiseer. In die volgende hoofstuk word aandag aan die gevolgtrekkings van die empiriese studie geskenk en word aanbevelings gemaak.

HOOFSTUK 6:

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

6.1 INLEIDING

In die vorige hoofstukke is gefokus op die literatuurstudie en empiriese ondersoek van hierdie navorsingsprojek. In hierdie hoofstuk word die gevolgtrekkings en aanbevelings, wat op grond van die literatuur en bevindinge gemaak kon word, bespreek.

Die doelstelling van hierdie navorsingsprojek was om vanuit 'n maatskaplikewerk-perspektief praktykryglynne, waarvolgens geneeshere in privaat praktyk maatskaplike werkers in privaat praktyk as ondersteuningshulpbron kan benut, te ontwikkel. Die inligting uit die literatuur- en die empiriese studie bekom, kan nou gebruik word om hierdie raamwerk te formuleer.

6.2 GEVOLGTREKKINGS

Gevolgtrekkings word gemaak met betrekking tot die persoonlike besonderhede van geneeshere, die soort psigososiale probleme waarmee hulle binne hul praktyke gekonfronteer word, hul bekwaamheid om psigososiale probleme te hanteer, hul hantering daarvan gedurende die voorafgaande ses maande en die potensiële benutting van maatskaplike werkers. Geneeshere se menings oor multidissiplinêre spanwerk, die rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie, verwysingsprosedure, terugvoer ontvang van maatskaplike werkers, derde partye se betrokkenheid by dienslewering, die redes vir uitskakeling van derde partye, die bevoegdheid en waardes van respondente en hul behoefte aan opleidingsprogramme word ook uitgelig.

6.2.1 Persoonlike besonderhede van respondente

Die getal manlike geneeshere in Windhoek en die getal vroulike geneeshere was in 'n verhouding van 4,5:1. Die grootste getal geneeshere was in die ouderdomsgroep 41-50 en het oor gemiddeld 19,5 jare ondervinding beskik. Bykomende kwalifikasies (anders as Geneeskundig), byvoorbeeld in die sosiale wetenskappe, het glad nie voorgekom nie.

6.2.2 Bekwaamheid van geneeshere om psigososiale probleme te hanteer

Die meeste geneeshere was van mening dat hulle nie toegerus is om die psigososiale probleme van pasiënte te hanteer nie. Die bevinding van hierdie afdeling was dat opleiding 'n bepalende rol gespeel het met betrekking tot respondente se opinie oor hul bevoegdheid in die hantering van psigososiale probleme by pasiënte. 'n Direkte verband het tussen die kurrikulum in die basiese geneeskundige opleidingskursus en geneeshere se opinies met betrekking tot hul vermoë om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer, voorgekom. Onvermoë om psigososiale probleme te hanteer, is toegeskryf aan

opleidingskursusse waarin beperkte, of geen, aandag aan die aanleer van kommunikasievaardighede en die hantering van psigososiale probleme geskenk is nie. Bekwaamheid is dus regstreeks verwant aan opleiding.

Die vermoë om psigososiale probleme te identifiseer, is op dieselfde wyse as die vermoë om dit te hanteer, aan die opleidingskursus wat deurloop is, toegeskryf. Geneeshere het uiteenlopende opinies gehad met betrekking tot die mate waartoe lewenservaring en praktykondervinding die hulpverlener toerus om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer.

6.2.3 Ontleding van die probleme waarmee geneeshere in die praktyk gekonfronteer word

Gedurende die voorafgaande ses maande is geneeshere met die hele spektrum probleme gekonfronteer wat pasiënte, weens onvervulde behoeftes, in die intervensieproses van funksionering ervaar. Uit die aard van die geneeskundige beroep nader pasiënte geneeshere daagliks met fisiologiese probleme. Die interafhanklike verhouding tussen al die fasette van die mikro-, meso- en makrovlakke van funksionering dra daartoe by dat fisiologiese probleme nie in isolasie voorkom nie.

Ekonomiese probleme, byvoorbeeld wanneer 'n persoon sy werk verloor en 'n maagseer kry, lei soms tot gesondheidsprobleme, aangesien dit bydra tot verhoogde spanning. Gesondheidsprobleme, byvoorbeeld onvermoë om te werk as gevolg van 'n serebrovaskulêre ongeluk, lei dikwels tot ekonomiese probleme, byvoorbeeld finansiële probleme. Geestelike of morele probleme spruit soms uit 'n gesondheidskrisis, byvoorbeeld 'n geloofskrisis na 'n hartaanval. Intellektuele probleme by 'n pasiënt kan die konsultasieproses vertraag, aangesien die verduideliking van byvoorbeeld 'n diagnose lank neem. Sosiale probleme, byvoorbeeld huweliksprobleme, kan tot psigosomatiese simptome by betrokkenes lei. Emosionele probleme spruit gereeld uit die onvermoë van 'n pasiënt om 'n diagnose te aanvaar. Probleme met nakoming van mediese behandeling is dikwels die gevolg van wanbegrip of onverwerkte gevoelens by 'n pasiënt. Onsekerheid oor 'n pasiënt se maatskaplike omstandighede kom veral by ontslagbeplanning ter sprake. Vermoedelike eggenoot- of kindermishandeling noodsaak 'n maatskaplike ondersoek. Probleme voortspruitend uit trauma, byvoorbeeld verkragting, amputasie of 'n hartaanval, het emosionele en fisiologiese gevolge vir die betrokkenes, byvoorbeeld finansiële gevolge en die behoefte aan toeganklike behuising. Baba-verwante probleme het praktiese en emosionele gevolge vir betrokkenes, byvoorbeeld die verwerking van 'n miskraam of die emosionele verwerking en praktiese aanpassings na die geboorte van 'n gestremde baba. Die afsterwe van 'n geliefde noodsaak emosionele verwerking en praktiese aanpassings.

Geneeshere se vermoëns om die interafhanklike aard van probleme te beseff, pasiënte se psigososiale behoeftes en probleme te identifiseer en dit dan te hanteer, wissel. Die praktykontleding weerspieël die werklike probleme wat gedurende die voorafgaande ses maande deur geneeshere geïdentifiseer is. Met afdeling 6.2.2 as agtergrond, kan die aanname gemaak word dat die voorkoms van psigososiale probleme selfs meer was, maar dat geneeshere, weens beperkte kennis, dit dikwels nie identifiseer het nie.

6.2.4 Potensiële benutting van maatskaplike werkers deur geneeshere in privaat praktyk

Die meeste geneeshere was van mening dat hulle van maatskaplikewerkbydraes in die hantering van psigososiale probleme gebruik kon maak. Uit die literatuur het dit egter geblyk dat geneeshere dikwels nie bekend is met maatskaplikewerkrolle en -take nie. 'n Moontlike verklaring vir die hoë positiewe respons is dat geneeshere op algemene kategorieë en nie op spesifieke rolle en take reageer het nie.

Ekonomiese en interpersoonlike probleme, onsekerheid oor maatskaplike omstandighede en trauma is bekende maatskaplikewerkvelde en het die hoogste positiewe response ontlok. Die afsterwe van 'n geliefde, emosionele en baba-verwante probleme is minder bekende maatskaplikewerk-velde. Alhoewel daar steeds 'n hoë positiewe responskoers was, was daar meer onsekerheid hieroor. Baie onsekerheid bestaan oor die rol van die maatskaplike werker ten opsigte van die selfs minder bekende maatskaplikewerkvelde, naamlik fisiologiese, intellektuele en geestelike probleme by pasiënte, sowel as probleme met die nakoming van mediese behandeling.

6.2.5 Respondente se hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande

Indien die voorkoms van psigososiale probleme in respondente se praktyke gedurende die afgelope ses maande (volgens die praktykontleding) met die hanteringsprofiel vergelyk word, blyk dit dat verskeie psigososiale probleme nooit in die tydperk hanteer is nie. Onsekerheid met betrekking tot die rolle en take van die verskillende professies is deur respondente as hoofrede vir die beperkte getal verwysings aangevoer. Davidson (1990:228), Botha (1995:208) en Netting & Williams (1996:216) verwys ook na hierdie onsekerheid en noem dat dit 'n struikelblok tot multi- en interdisiplinêre spanwerk is.

Gedurende die voorafgaande ses maande het respondente die minste van verpleegkundige, maatskaplikewerk-, arbeidsterapeutiese en pastorale dienste gebruik gemaak. Dit is moontlik toe te skryf aan onkunde oor die rolle, take en werksgebiede van hierdie professies, of hul onvermoë om probleme te identifiseer wat in die professies se werksgebiede val. Hierdie bevinding word bevestig deur navorsing deur Cowles & Lefcowitz (1995:284-285) waaruit dit geblyk het dat geneeshere bewus is van die noodsaaklikheid vir berading en die hantering van psigososiale probleme. Die skrywers maak die afleiding dat geneeshere, alhoewel bewus van die take wat uitgevoer moet word, nie seker is watter professie daarin spesialiseer nie. Uit hierdie navorsing blyk dit dat geneeshere dan poog om die probleme self aan te pak. Verwysings na sielkundiges, psigiaters en spesialiste geskied meer gereeld en is moontlik toe te skryf aan respondente se bekendheid met die diensleweringvelde van hierdie beroepe. Daar is nagelaat om respondente se verwysings na fisioterapeutiese dienste te ondersoek, maar weens die noue verband met arbeidsterapeutiese dienste word die aanname gemaak dat die bevinding sou oorstem met die verwysings na arbeidsterapeute.

6.2.6 Respondente se menings oor multidissiplinêre spanwerk

Die meeste respondente het saamgestem dat multidissiplinêre spanwerk holistiese dienslewering aan die pasiënt moontlik maak. Een respondent was onseker oor die betekenis van die konsep "holistiese dienslewering" en was gevolglik ook onseker oor die stelling.

Die meeste motiverings vir multidissiplinêre spanwerk het om die noodsaaklikheid vir holistiese dienslewering gesentreer. Respondente was van mening dat geen enkele dissipline aan al die behoeftes van 'n individu kan voldoen nie, aangesien elke professie oor 'n gespesialiseerde kennis en vaardigheidsgebied beskik en dus op sekere probleemareas fokus. Die multidimensionele aard van siekte is deur sommige respondente as motivering verskaf, sowel as die feit dat beter langtermynresultate bereik word as aandag aan al die probleemareas van pasiënte geskenk word. Een respondent het selfs dieper insig getoon en het die belangrikheid vir dienslewering aan die hele gesinsisteem uitgelig. Sommige respondente het beperkte tyd as motivering vir multidissiplinêre spanwerk aangevoer. Die vraag ontstaan of hierdie respondente werklik 'n begrip vir die essensie van spanwerk, naamlik totale sorgdienslewering, het.

6.2.7 Rolle vertolk deur maatskaplike werkers tydens intervensie

Uit die literatuurstudie het dit geblyk dat geneeshere dikwels onseker is oor die rolle en take van maatskaplike werkers. 'n Hoë positiewe respons deur respondente in hierdie afdeling het dit egter weerspreek. Die aanvanklike aanname van die navorser was dat 'n positiewe respons ten opsigte van elf van die opsies, kennis sou weerspieël. Een opsie is as kontrole-item gebruik, naamlik die tref van vervoerreëlins. Die laer positiewe respons ten opsigte van hierdie opsie, toon dat respondente nie bloot items afgemerk het nie, maar wel daarvoor nagedink het. Die volgende moontlike verklarings kan vir die groot getal positiewe response deur geneeshere gebied word.

- 1) Sommige respondente het opgemerk dat vaktaal in die vraag gebruik is en dat hulle nie werklik begrip gehad het van die betekenis van die onderskeie rolle nie. Hul response het dus nie werklike kennis weerspieël nie, maar dui op raaiskote.
- 2) Weens tydsbeperking (vol spreekkamers, noodgevalle of noodoperasies) was die meeste respondente nie bereid om die vraelys saam met die navorser in te vul nie. 'n Versoek is deur hierdie respondente gerig om die vraelys tuis te voltooi, waarna dit die volgende dag by hul spreekkamers afgehaal kon word. Gestandaardiseerde inligting met betrekking tot die take en rolle van maatskaplike werkers is aan alle respondente oorgedra. Hierdie inligting kon moontlik response met betrekking tot die rolle van maatskaplike werkers positief beïnvloed het.

6.2.8 Verwysingsprosedure

In hierdie afdeling is gepoog om vas te stel watter verwysingsprosedure deur geneeshere verkies word. Die meeste respondente het verkies om skriftelike verwysings saam met pasiënte te stuur. Die tweede en derde gewildste prosedures was die reël van afspraak deur sekretaresses of geneeshere self. Om die besonderhede van 'n maatskaplike werker

aan 'n pasiënt te gee en dit dan aan hom oor te laat om self 'n afspraak te maak, was die minste deur respondente verkies.

6.2.9 Terugvoer van maatskaplike werkers aan geneeshere

Die meeste respondente (in afdeling 6.2.5 – Hantering van psigososiale probleme gedurende die voorafgaande ses maande) het aangedui dat hulle nooit gedurende die afgelope ses maande verwysings na maatskaplike werkers gedoen het nie en gevolglik geen terugvoer ontvang het nie. Die meeste verwysings gedurende die tydperk is gevolg deur geen of ongereelde terugvoer aan verwysende geneeshere. Terugvoer is noodsaaklik, aangesien dit bydra tot die uitkakeling van rolonsekerhede en 'n groter bewustheid van maatskaplikewerkrolle en -take by geneeshere bewerkstellig. Realistiese verwagtinge spruit uit kennis en maak beter samewerking moontlik.

6.2.10 Derde partye se betrokkenheid by dienslewering deur geneeshere

Die ouers van pasiënte en huweliksmaats is die meeste gedurende die voorafgaande ses maande by dienslewering deur geneeshere betrek. Kinders, ander familieledede en predikante is in 'n mindere mate betrek. Onderwysers, bure en vrywilligers is as buitestaanders beskou en is baie min by dienslewering betrek. Hierdie bevindinge sluit aan by die teoretiese bevinding dat geneeshere geneig is om op pasiënte as mediese entiteite te fokus en nie sistemiese betrokkenheid in ag neem nie.

6.2.11 Redes vir uitkakeling van derde partye se betrokkenheid deur geneeshere

Die motiverings wat deur respondente verskaf is ten opsigte van die uitkakeling van derde partye se betrokkenheid draai om koste- en tydsimplikasies, die onwilligheid van pasiënte om derde partye te betrek en die onwilligheid van derde partye om betrokke te raak. Onsekerheid oor die doel van inskakeling van derde partye het by een respondent voorgekom, terwyl sommige geneeshere van mening was dat pasiënte self met derde partye in aanraking moet kom.

Begrip met betrekking tot die impak van sistemiese betrokkenheid by die voortsetting van probleme en by die genesingsproses was by die meeste respondente afwesig. Onsekerheid ten opsigte van die hantering van sistemiese patrone is waarskynlik die hooforsaak vir die uitkakeling van derde partye. Die rol wat die sisteem speel by die voortsetting van probleme speel, word dikwels nie raakgesien nie en lei tot simptoongerigte behandeling.

6.2.12 Bevoegdhe en waardes van respondente

Die meeste respondente het aangedui dat hulle nie oor kennis oor die hantering van psigososiale probleme beskik het nie. Die ses respondente wat aangedui het dat hulle wel oor sodanige kennis beskik, kom ooreen met afdeling 6.2.2 (toegerustheid om psigososiale probleme te hanteer) waarin vyf respondente aangedui het dat hulle toegerus

is om psigososiale probleme te hanteer. Die verskil kan moontlik beteken dat een respondent besef het dat kennis nie noodwendig bevoegdheid beteken nie.

Die getal respondente wat aangedui het dat hulle oor vaardighede vir onderhoudvoering beskik, was naastenby dieselfde as die getal respondente wat negatief op die stelling reageer het. Die vermoë en onvermoë om ondersteuning te verskaf, het ook naastenby dieselfde getal response ontlok. Die meeste respondente het egter aangedui dat hulle nie oor die vermoë beskik om gesinsomstandighede te assesser nie.

'n Moontlike verklaring vir hierdie bevinding is dat die "verskaf van ondersteuning" deur sommige geneeshere as 'n outomatiese vaardigheid beskou word wat nie aangeleer hoef te word nie. Op dieselfde wyse word onderhoudvoeringsvaardighede as vaardighede beskou wat deur praktykervaring aangeleer word. Die assessering van gesinsomstandighede is egter 'n spesialiteitsgebied en slegs sewe respondente het aangedui dat hulle oor die vaardigheid beskik het.

'n Positiewe gesindheid met betrekking tot die hantering van psigososiale probleme, word gerugsteun deur die aanvaarding en individualisering van pasiënte en die erkenning van hul uniekheid en uiteenlopendheid. Naastenby dieselfde getal respondente het positief en negatief met betrekking tot hierdie gesindheid gereageer. Die gevolgtrekking wat hieruit gemaak word, is dat geneeshere se waardes verskil en dat sommige nie die uniekheid en uiteenlopendheid van pasiënte erken nie. Die vermoë of behoefte om pasiënte binne hul funksioneringsvlakke te aanvaar en te individualiseer, kom slegs by nagenoeg vyftig persent (50%) van respondente voor.

6.2.13 Geneeshere se behoefte aan opleidingsprogramme

Die oorgrote meerderheid respondente was ten gunste van opleidingsprogramme, waarin hul kennis en vaardighede ten opsigte van die hantering van psigososiale probleme uitgebrei kan word. Die meeste respondente het aangedui dat hul behoefte aan opleidingsprogramme voortspruit uit voorgraadse opleidingskursusse waarin min of geen aandag aan die hantering van psigososiale probleme geskenk is nie. Die hoë voorkoms van psigososiale probleme in hul praktyke het die behoefte laat ontstaan vir die vermoë om sodanige probleme te identifiseer en dan te verwys, of self te hanteer. Gebrek aan tyd is as die mees beperkende faktor aangevoer.

Beperkte tyd is ook as hoofmotivering aangevoer deur die minderheid respondente wat nie in opleidingsprogramme belang gestel het nie. Een respondent was van mening dat hy niks meer geleer kan word nie, terwyl een aangedui het dat hy nie in die psigososiale veld belangstel nie.

6.3 AANBEVELINGS

'n Raamwerk vir die verwysing van dienste na maatskaplike werkers word in hierdie afdeling verskaf. Aanbevelings met betrekking tot voorgraadse opleiding van geneeshere, voortgesette opleiding en verdere navorsing word gemaak, waarna sekere praktykaanbevelings gemaak word.

6.3.1 Raamwerk vir verwysing

Daar word aanbeveel dat die volgende raamwerk deur geneeshere benut word vir die verwysing van dienste na maatskaplike werkers:

1) Aanduidings dat verwysings na maatskaplike werkers aangewese is

Pasiënte met die hele spektrum psigososiale probleme kan na maatskaplike werkers verwys word. Die probleem wat geïdentifiseer is, kan by die pasiënt teenwoordig wees, maar kan ook in sy sisteem (byvoorbeeld sy huwelik, gesin of familie) teenwoordig wees.

Psigososiale probleme kan in die volgende kategorieë verdeel word:

- a) **Liggaamlike of fisiologiese probleme**, byvoorbeeld epilepsie, diabetes, HIV+ of VIGS, chemiese afhanklikheid.
- b) **Ekonomiese probleme**, byvoorbeeld werkverwant, finansiële, behuising.
- c) **Intellektuele probleme**, byvoorbeeld beperkte verstandelike ontwikkeling by pasiënte, taalprobleme.
- d) **Geestelike of morele probleme**, byvoorbeeld godsdienstige krisis.
- e) **Interpersoonlike of sosiale probleme**, byvoorbeeld huweliks-, seksuele, gesinsprobleme of vermoedelike eggenoot- of kindermishandeling.
- f) **Emosionele of psigologiese probleme**, byvoorbeeld depressie, psigosomatiese klagtes, paraselfmoord, selfmoord.
- g) **Probleme met nakoming van mediese behandeling of voorskrifte**, byvoorbeeld mediese behandeling nie nagevolg, onrealistiese verwagtinge by pasiënt.
- h) **Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede**, byvoorbeeld ontslagbeplanning, huislike probleme tydens hospitalisasie.
- i) **Probleme voortspruitend uit trauma**, byvoorbeeld verkragting, beroerte, hartaanval, amputasie, beserings na motorongeluk.
- j) **Baba-verwante probleme**, byvoorbeeld miskrame, doodgebore babas, geboorte van gestremde babas.
- k) **Probleme met rouverwerking**, byvoorbeeld die afsterwe van 'n huweliksmaat, ouer, kind.

2) Wie verwysings na maatskaplike werkers kan doen

Enige persoon kan as die probleemidentifiseringsstelsel optree. Die verwysing moet verkieslik met die toestemming van die pasiënt geskied, aangesien dit uiteindelijke samewerking verhoog.

- a) Die pasiënt kan homself verwys.
- b) 'n Gesins- of familielid kan die verwysing doen.
- c) 'n Geneesheer, wat die pasiënt behandel, kan die verwysing doen.
- d) 'n Verwysing kan deur 'n professionele persoon in 'n paramediese beroep gedoen word, byvoorbeeld 'n verpleegkundige, arbeidsterapeut of fisioterapeut.
- e) 'n Sekretaresse wat binne 'n geneeskundige opset werksaam is, kan die verwysing doen.
- f) Enige ander belanghebbende party kan die verwysing doen, byvoorbeeld 'n predikant of onderwyser.

3) Verwysingsprosedure

Die verwysing van pasiënte kan op die volgende maniere geskied:

- a) Geneesheer maak die afspraak telefonies deur 'n maatskaplike werker te skakel.
- b) Geneesheer se sekretaresse maak die afspraak telefonies.
- c) Die besonderhede van 'n maatskaplike werker word aan 'n pasiënt gegee en dit word dan aan hom oorgelaat om self 'n afspraak te maak.
- d) 'n Professionele persoon in 'n paramediese beroep doen die verwysing telefonies of skriftelik.
- e) Die pasiënt, gesins- of familielid, of ander belanghebbende party skakel 'n maatskaplike werker se kantoor en maak 'n afspraak.

In punte (a)-(d) word verkies dat 'n skriftelike verwysing saam met die pasiënt gestuur word of dat dit gepos word, ten einde agtergrondkennis oor die pasiënt se diagnose en mediese behandeling aan die betrokke maatskaplike werker te verskaf.

4) Terugvoer van maatskaplike werkers

Ten einde holistiese dienslewering moontlik te maak, rolkonflik en -verwarring uit te skakel en samewerking in belang van die pasiënt te verbeter, word terugvoer te alle tye aan die verwysingsbron (punte a-d in vorige afdeling) gegee. Hierdie terugvoer kan telefonies, mondelings of (verkieslik) skriftelik wees en geskied met die betrokke pasiënt se medewete en mondelinge of skriftelike toestemming.

6.3.2 Aanbevelings met betrekking tot voorgraadse opleiding van geneeshere

Daar word aanbeveel dat 'n kursus oor die identifisering en hantering van psigososiale probleme by pasiënte by die voorgraadse kurrikulum van mediese studente ingesluit word. Aandag moet ook geskenk word aan die rolle en take van aanvullende professies (byvoorbeeld Maatskaplike Werk, Fisioterapie, Arbeidsterapie en Spraakterapie) ten einde toepaslike verwysings en holistiese dienslewering moontlik te maak.

6.3.3 Aanbevelings met betrekking tot voortgesette opleiding

Daar word aanbeveel dat alle belangstellende geneeshere opleidingsprogramme deurloop, waarin aandag geskenk word aan die identifisering, hantering en verwysing van psigososiale probleme by pasiënte. Begrip bestaan daarvoor dat gebrek aan tyd 'n beperkende faktor en moontlike struikelblok tot die praktiese uitvoering van sodanige program sal wees.

6.3.4 Aanbevelings met betrekking tot verdere navorsing

Daar word aanbeveel dat die raamwerk vir verwysing in 'n opvolgondersoek in Namibië evalueer word ten einde die werkbaarheid daarvan te evalueer en die herformulering daarvan moontlik te maak. Die tevredenheid van geneeshere met maatskaplikewerk-

dienslewering moet ook in 'n opvolgondersoek evalueer word. Sodoende kan konflikareas uitgelig, onsekerhede uitgeklaar en samewerking verbeter word.

Daar word aanbeveel dat die toepaslikheid van die raamwerk vir verwysing ook in die Republiek van Suid-Afrika evalueer word, ten einde die aanpassing of herformulering daarvan moontlik te maak.

Deur die herhaling van die studie met betrekking tot maatskaplike werkers by gesinsorgorganisasies, die staatsdiens, geneeskundige maatskaplike werkers in hospitale of maatskaplike werkers by nie-regeringsorganisasies kan die raamwerk selfs verder uitgebrei word en die toepaslikheid daarvan verhoog word.

6.3.5 Praktykaanbevelings

'n Inligtingspamflet of -brosjyre waarin die raamwerk vir verwysing vervat is, moet aan al die geneeshere in privaat praktyk in Windhoek gestuur word. Sodanige pamflet sal geneeshere se kennis oor Maatskaplike Werk as hulpbron uitbrei en sal toepaslike verwysings aanmoedig.

6.4 SLOTOPMERKING

Die behoefte aan maatskaplikewerkdienslewering as bykomende hulpbron vir geneeshere in privaat praktyk het sterk in hierdie navorsing na vore getree. Maatskaplike Werk is iets wat voorheen vir die meeste geneeshere onbekend was. Deur middel van hierdie navorsing en die persoonlike onderhoude wat daarmee gepaard gegaan het, is gepoog om hierdie hulpbron in Windhoek bekend te stel. Deur die evaluering en aanpassing van hierdie raamwerk ten opsigte van ander maatskaplikewerkdiensareas in Namibië en die Republiek van Suid-Afrika, kan die toepaslikheid daarvan verhoog word.

Pasiënte se psigososiale probleme word dikwels as gevolg van beperkte kennis in die identifisering, hantering en verwysing daarvan na aanvullende professies deur geneeshere geïgnoreer. Daar word gehoop dat die kenners, betrokke by die opstel van kurrikulums vir mediese opleiding, op hierdie navorsing sal ag slaan. Die behoefte aan opleiding met betrekking tot die identifisering en hantering van psigososiale probleme by pasiënte, die rolle en take van aanvullende professies (byvoorbeeld arbeidsterapie en fisioterapie) en onderhoudvoerings- en kommunikasievaardighede het duidelik uit hierdie navorsing geblyk. Sonder sodanige opleiding word die biomediese benadering tot dienslewering deur geneeshere gevolg en word pasiënte nooit volkome genees nie.

BIBLIOGRAFIE

- Abramson, J & Mizrahi, T 1986. Strategies for enhancing collaboration between social workers and physicians. **Social Work in Health Care**, 12(1):1-19
- Abramson, JS & Mizrahi, T 1996. When social workers and physicians collaborate: Positive and negative experiences. **Social Work**, 41(3):270-281.
- Abramson, JS & Rosenthal, BB 1995. Interdisciplinary and interorganizational collaboration. In: Edwards, RL (ed) **Encyclopedia of Social Work**, 2:1479-1489. Washington: NASW Press.
- Adams, R; Dominelli, L & Payne, M (eds) 1998. **Social Work: themes, issues and critical debates**. London: Macmillan Press Ltd.
- African National Congress 1994a. **The reconstruction and development programme: A policy framework**. Johannesburg: Umanyano Publications.
- African National Congress 1994b. **A national health plan for South Africa**. Lesotho: Bahr Mapping and Printing.
- Alexander, MP 1987. Why social workers enter private practice: A study of motivations and attitudes. **Journal of Independent Social Work**, 1(3):7-18.
- Arkava, ML & Lane, TA 1983. **Beginning social work research**. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Babbie, E 1995. **The practice of social research**. United States of America: Wadsworth Publishing Company.
- Bailey, KD 1987. **Methods in social research**. New York: The Free Press – Callier MacMillian Publishers.
- Baird, AG 1999. Don't let trust be a casualty. **The Practitioner**, 243(3):153.
- Bamford, M 1988. Defending hospital social work. **Social Work Today**, 20(3):12-13.
- Banks, S 1998. Professional ethics in social work – What future? **British Journal of Social Work**, 28:213-231.
- Barker, RL 1987. Spelling out the rules and goals: The written worker-client contract. **Journal of Independent Social Work**, 1(2): 67-77.
- Barker, RL 1988. From the editor: Just whose code of ethics should the independent practitioner follow? **Journal of Independent Social Work**, 2(4):1-5.
- Barker, RL 1995. **The Social Work Dictionary**. Washington: NASW Press.

- Bausell, RB 1986. **A practical guide to conducting empirical research**. New York: Harper & Row Publisher.
- Becker, LH 1989. Practitioner's corner: Professional ethics and the law. **Journal of the Dental Association of South Africa**, 44(7):311-314.
- Berkman, B 1996. The emerging health care world: Implications for social work practice and education. **Social Work**, 41(5):541-551.
- Bernstein, AJ & Van Rooyen, CAJ 1994. Sociocultural factors and their importance in working with people with aids in South Africa. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 30(4):375-382.
- Bernstein, A & Gray, M 1997. **Social Work: A beginner's text**. Kenwyn: Juta & Company Ltd.
- Bertakis, KD; Azari, R; Callahan, EJ; Helms, LJ & Robbins, JA 1999. The impact of physician practice style on medical charges. **The Journal of Family Practice**, 48(1):31-36.
- Blackhall, LJ; Murphy, ST; Frank, G; Michel, V & Azen, S 1995. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. **JAMA**, 274(10):820-825.
- Blaxter, L; Hughes, C & Tight, M 1996. **How to research**. Philadelphia: Open University Press.
- Bordon, W 1992. Narrative perspectives in psychosocial intervention following adverse life events. **Social Work**, 37(2):135-140.
- Bosman, DB; Van der Merwe, IW & Hiemstra, L W 1982. **Tweetalige woordeboek**. Goodwood: Nasionale Boekdrukkery.
- Botha, NJ 1993. Values, attitudes and ideologies in social work practice. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 29(1):1-6.
- Botha, NJ 1995. The dynamics of the inter-disciplinary team approach. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 31(3):208-214.
- Brammer, LM & MacDonald, G 1999. **The helping relationship: process and skill**. Boston: Allyn and Bacon.
- Brandon, W 1999. Changing treatment regimens for HIV infection: Impact on referral patterns and training needs of family physicians. **Journal of the American Board of Family Practitioners**, 12(2):115-119.
- Browne, CV; Smith, M; Ewalt, PL & Walker, DD 1996. Advancing Social Work practice in health settings: A collaborative partnership for continuing education. **Health & Social Work**, 21(4):267-276.

- Bywaters, P 1986. Social work and the medical profession – Arguments against unconditional collaboration. **British Journal of Social Work**, 16(6):661-677.
- Campbell, TL 1993. A family systems approach to patient care. **In:** Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G (eds) Perspectives on patient-doctor communication. **The Journal of Family Practice**, 37(4):382- 384.
- Carr, JM & Fogarty, JP 1999. Families at the bedside: An ethnographic study of vigilance. **The Journal of Family Practice**, 48(6):433-438.
- Cohen-Cole, SA 1993. The three-function model of the medical interview. **In:** Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G (eds) Perspectives on patient-doctor communication. **The Journal of Family Practice**, 37(4):378-380.
- Compton, BR & Galaway, B 1989. **Social Work Processes**. (4th ed) California: Wadsworth Publishing Company.
- Compton, B & Galaway, B 1994. **Social Work Processes**. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Congress, EP & Lyons, BP 1992. Cultural differences in health beliefs: Implications for social work practice in health care settings. **Social Work in Health Care**, 17(3):81-93.
- Conradie, A; Schenck, CJ & Collins, KJ 1996. Praktykillustrasie van die vorming en terminering van 'n terapeutiese sisteem volgens ekosistemiese denke. **Die Maatskaplikewerk-Navorsing-Praktisyn**, 9(1):38-50.
- Cookson, JB 1999. What's happening in undergraduate medical education? **Postgraduate Medical Journal**, 75:385-386.
- Cowles, LA & Lefcowitz, MJ 1995. Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting: Part 2. **Health & Social Work**, 20(4):279-286.
- Coyle, YM & Battles, JB 1999. Using antecedents of medical care to develop valid quality of care measures. **International Journal for Quality in Health Care**, 11(1):5-12.
- Cozby, PC 1989. **Methods in behavioral research**. California: Mayfield Publishing Company.
- Crawley, H; Brown, SJ & Waterston, T 1999. An 18-month old who sleeps badly. **The Practitioner**, 243(3):155-162.
- Cronje, JI 1990. Geneeskundige maatskaplike werk mondig. **Maatskaplike Werk/Social Work**, 26(4):288-289.
- Daaleman, TP & Frey, B 1999. Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians: A national survey. **The Journal of Family Practice**, 48(2):98-104.

- Davidson, KW 1990. Role blurring and the hospital social worker's search for a clear domain. **Health and Social Work**, 15(3):228-233.
- Davidson, KW & Clarke, SS (eds) 1990. **Social work in health care: A handbook for practice**. United States of America: The Haworth Press.
- Davis, H & Fallowfield, L (eds) 1993. **Counselling and communication in health care**. Chichester: John Wiley & Sons.
- Department of Anthropology. 1996. 'Doctor knows best'. **Bulletin**, 3(2):9-11.
- Derezotes, DS 2000. **Advanced generalist social work practice**. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Dinerman, M; Schlesinger, EG & Wood, KM 1980. Social work roles in health care: an educational framework. **Health and Social Work**, 5(4):13.
- Donnelly, JP 1992. A frame for defining social work in a hospital setting. **Social Work in Health Care**, 18(1):107-117.
- Drower, SJ 1991. Social work values during social transitions: The challenges ahead. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 27(3/4):272-283.
- DuBois, B & Miley, KK 1996. **Social Work: An Empowering profession**. Boston: Allyn & Bacon.
- Dworkin, G 1999. Sex, suicide and doctors. **Ethics**, 109(3):579-585.
- Ebell, M 1999. Information at the point of care: Answering clinical questions. **JABF**, 12(3):225-235.
- Edwards, RL (ed) 1995. **Encyclopedia of Social Work**. Washington: NASW Press.
- Egan, G 1990. **The skilled helper: A systematic approach to effective helping**. United States of America: Brooks/Cole Publishing Company.
- Egger, HL; Costello, EJ; Erkanli, A & Angold, A 1999. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 38(7):852-860.
- Ell, K 1996. Social Work and health care practice and policy: A psychosocial research agenda. **Social Work**, 41(6):583-592.
- Ellis, MR; Vinson, DC & Ewigman, B 1999. Addressing spiritual concerns of patients: Family physicians' attitudes and practices. **The Journal of Family Practice**, 48(2):105-109.

- Emanuel, EJ & Emanuel LL 1992. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**, 267:2221-2226.
- Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G (eds) 1993. Perspectives on patient-doctor communication. **Journal of Family Practice**, 37:377-378.
- Epstein, RM 1993. Physician self-awareness. **In:** Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G (eds) 1993. Perspectives on patient-doctor communication. **The Journal of Family Practice**, 37(4):384-385.
- Falck, HS 1990. Social work in health settings. **In:** Davidson, KW & Clarke, SS (eds) **Social work in health care: A handbook for practice**. United States of America: The Haworth Press.
- Faul, AC & Van Zyl, MA 1996. The inner interaction of social functioning: A new assessment tool for social workers. **The Social Work-Practitioner-Researcher**, 9(2):97-112.
- Fiscella, K 1999. Is lower income associated with greater biopsychosocial morbidity? **The Journal of Family Practice**, 48(5):372-377.
- Fletcher, GF; Banja, JD; Jann, BB & Wolf, SL 1992. **Rehabilitation medicine: contemporary clinical perspectives**. London: Lea & Febiger.
- Francisco-la Grange, FH & Nel, ZJ 1993. Maatskaplike werk en sielkunde in tandem: 'n psigo-sosiale benadering tot die Suid-Afrikaanse problematiek. **Die Maatskaplikewerk-Navorser-Praktisyn**, 6(1):39-42.
- Funnell, V; Levin, T & Hochstadter S. 1990. A systems approach to working with individuals, families and teams: A training course for social workers in provincial hospital settings. **Maatskaplike Werk/ Social Work**, 26(4):367-371.
- Garvin, CD & Seabury, BA 1997. **Interpersonal practice in Social Work: Promoting competence and social justice**. Boston: Allyn and Bacon.
- Gelman, SR; Pollack, D & Weiner, A 1999. Confidentiality of social work records in the computer age. **Social Work**, 44(3):243-252.
- Gerdes, LC; Moore, C; Ochse, R & Van Ede, D 1988. **Die ontwikkelende volwassene**. Durban: Butterworths Uitgewers (Edms) Bpk.
- Germain, CB 1984. **Social work practice in health care**. New York: The Free Press.
- Germain, CB & Gitterman, A 1986. The life model approach to Social Work Practice revisited. **In:** Turner, F. (ed) **Social Work Treatment: Interlocking theoretical approaches**. (3rd ed) New York: Free Press.

- Glass, RM 1996. The patient-physician relationship: JAMA focuses on the center of medicine. **JAMA**, 275(2):147-148.
- Gorey, KM; Thyer, BA & Pawluck, DE 1998. Differential effectiveness of prevalent Social Work practice models: A meta-analysis. **Social Work**, 43(3):269-278.
- Gray, MMA 1992. The ethical implications of a primary model of care. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 28(3):13-19.
- Green, S 1994. Programme vir gesinsondersteuning: 'n Oorsig. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 30(2):94-100.
- Green, S 1997. Assessment of the psycho-social needs of clients with physical disabilities. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 33(4):343-359.
- Griffiths, A 1998. Work-related illness in Great Britain. **Work & Stress**, 12(1):1-5.
- Grinnell, RM 1988. **Social work research and evaluation**. (3rd ed) Illinois: F.E. Peacock Publishers.
- Gropper, M 1987. A study of the preferences of family practitioners and other primary care physicians in treating patients' psychosocial problems. **Social Work in Health Care**, 13: 75-91.
- Gropper, M 1992. Lessons in caring: How social work integrates psychosocial values into family practice residency training in Israel. **Social Work in Health Care**, 17(2):87-97.
- Gross, AM; Gross, J & Eisenstein-Naveh, AR 1983. Defining the role of the social worker in primary health care. **Health & Social Work**, 8:174-181.
- Gross, R; Rabinowitz, J; Feldman, D & Boerma, W 1996. Primary health care physicians' treatment of psychosocial problems: Implications for Social Work. **Health & Social Work**, 21(2):89-95.
- Gutheil, IA 1992. Considering the physical environment: An essential component of good practice. **Social Work**, 37(5):391-395.
- Gutiérrez, L; GlenMaye, L & DeLois, K 1995. The organizational context of empowerment practice: Implications for social work administration. **Social Work**, 40(2):249-258.
- Hak, T & Champion, P 1999. Achieving a patient-centred consultation by giving feedback in its early phases. **Postgraduate Medical Journal**, 75:405-409.
- Hall, JE & Kirschling, JM 1990. A conceptual framework for caring for families of hospice patients. In: Kirschling, JM (ed) **Family-based palliative care**. New York: The Haworth Press.

- Halvorsen, JG 1999. Reflections in family practice: Who am I, professionally speaking? **JABFP**, 12(2):173-177.
- Hamilton, A 1980. Sexual problems of the disabled. In: Nichols, PJR (ed) **Rehabilitation medicine: The management of physical disabilities**. London: Butterworth & Co.
- Haslam, D 1999. Generalism under threat. **The Practitioner**, 243(2):143.
- Helseth, LD; Susman, JL; Crabtree, BF & O'Connor, PJ 1999. Primary care physicians' perceptions of diabetes management. **The Journal of Family Practice**, 48(1):37-42.
- Hesser, KH (ed) 1994. The future of social work in a changing economy: Preparing for the year 2000. **27th Congress of the International Association for Schools of Social Work**. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Holden, G; Cuzzi, L; Spitzer, W; Rutter, S; Chermack, P & Rosenberg, G 1997. The hospital social work self-efficacy scale: A partial replication and extension. **Health and Social Work**, 22(4):256-263.
- Ingram, CJ; O'Brien-Gonzales, A; Main, DS; Barley, G & Westfall, JM 1999. The family physician and house calls: A survey of Colorado family physicians. **The Journal of Family Practice**, 48(1):62-97.
- Inui, TS 1996. What are the sciences of relationship-centered care? **Journal of Family Practice**, 42:171-177.
- Jansson, BS & Dodd, S 1998. Developing a social work research agenda on ethics in health care. **Health and Social Work**, 23:17-23.
- Jayaratne, S; Siefert, K & Chess, WA 1988. Private and agency practitioners: Some data and observations. **Social Service Review**, 62(2):324-336.
- Johnstone, C 1999. Effective brief interventions in problem drinking. **The Practitioner**. 243:614-618.
- Johnson, L & Schwartz, CL 1994. **Social welfare: A response to human need**. Boston: Allyn & Bacon.
- Johnson, LC 1995. **Social work practice: a generalist approach**. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Jones, K 1996. Trust as an affective attitude. **Ethics**, 107(1):4-25.
- Kahtan, S 1999. All doctors are disabled, but some are more disabled than others. **Postgraduate Medical Journal**, 75:260-261.
- Kamm, FM 1999. Physician-assisted suicide, the doctrine of double effect, and the ground of value. **Ethics**, 109(3):586-605.

- Kasiram, M 1991. Is family therapy an appropriate intervention strategy in South Africa? **Maatskaplike Werk/Social Work**, 27(2):128-131.
- Kadushin, A 1983. **The social work interview**. New York: Columbia University Press.
- Keen, AW 1988. Problems experienced by medical social workers in respect of role performance. **Welsynsfokus/ Welfare Focus**, 23(2):1-7.
- Keen, AW 1990. Patients' emotional reactions to hospitalization. **Maatskaplike Werk/ Social Work**, 26(4):293-303,315.
- Kelly, P 1995. Integrating narrative approaches into clinical curricula: Addressing diversity through understanding. **Journal of Social Work Education**, 31(3):347-357.
- Kelley, P; Alexander, P & Cullinane, MA 1986. Ethical issues in private practice. **Journal of Independent Social Work**, 1(2):5-17.
- Kirschling, JM (ed) 1990. **Family-based palliative care**. New York: The Haworth Press.
- Kirst-Ashman, KK & Hull, GH 1994. **Understanding generalist practice**. Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- Laine, C & Davidoff, F 1996. Patient-centered medicine: A professional evolution. **JAMA**, 275(2):152-156.
- Land, H 1988. The impact of licensing on social work practice: Values, ethics and choices. **Journal of Independent Social Work**, 2(4):87-96.
- Landman, WA 1988. **Navorsingsmetodologiese grondbegrippe**. Pretoria: Serva-Uitgewers.
- Leukefeld, CG 1990. National health line. **Health and Social Work**, 15(3):175-179.
- Levenstein, S & Parr, G 1998. Counselling in family practice. **Continuing Medical Education: South Africa's Monthly**, 16(9):817-820.
- Levin, R & Herbert, M 1995. Differential work assignments of social work practitioners in hospitals. **Health and Social Work**, 20(1):21-30.
- Littlewood, J 1992. **Aspects of grief**. New York: Routledge.
- Loewenberg, F & Dolgoff, R 1988. **Ethical decisions for social work practice**. Illinois: FE Peacock.
- Lombard, A 1991a. Gemeenskapswerkopleiding: 'n Toekomspektief. **Social Work/ Maatskaplike Werk**, 27(2):104-114.

- Lombard, A; Weyers, ML & Schoeman, JH 1991b. **Gemeenskapswerk en gemeenskapsontwikkeling: Perspektiewe op mensontwikkeling**. Pretoria: HAUM-Tersiêr.
- Lombard, A 1991c. Gemeenskapswerk as maatskaplikewerk-metode. **In: Lombard, A; Weyers, ML & Schoeman, JH Gemeenskapswerk en gemeenskapsontwikkeling: Perspektiewe op mensontwikkeling**. Pretoria: HAUM-Tersiêr.
- Louw, LR 1991. Social work values and ethical dilemmas in South Africa. **Social Work/ Maatskaplike Werk**, 27(3/4):312-316.
- Lyons, AS & Petrucelli, RJ 1978. **Medicine: An illustrated history**. New York: Abrams.
- Mattaini, MA 1995. Knowledge for practice. **In: Meyer, CH & Mattaini, MA (eds) The foundations of Social Work Practice**. Washington: NASW Press.
- Manning, SS 1997. The social worker as moral citizen. **Social Work**, 42(3):223-230.
- Martin, P 1980. Psychological aspects of physical disability. **In: Nichols, PJR (ed) Rehabilitation medicine: The management of physical disabilities**. London: Butterworth & Co.
- Mason, JB 1990. Social work with individuals and families. **In: McKendrick, B (ed) Social Work in South Africa**. Pretoria: HAUM.
- Mass, S 1990. A crisis intervention model for dying patients and their families. **In: Parad, HJ & Parad, LG (eds) Crisis intervention – Book 2**. Wisconsin: Family Service America.
- Mayou, R 1999. Managing the undiagnosed patient. **The Practitioner**, 243(1):7.
- McKendrick, BW (ed) 1987. **Introduction to Social Work in South Africa**. Pinetown: Owen Burgess.
- McKendrick, B (ed) 1990. **Social Work in South Africa**. Pretoria: HAUM.
- McWhinney, IR 1993. The patient-centered clinical method. **In: Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G Perspectives on patient-doctor communication. The Journal of Family Practice**, 37(4):380-382.
- Meenaghan, TM 1987. Macro-practice: Current trends and issues. **In: Minihan, A (ed) Encyclopedia of Social Work**, 18(2):82-89. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.
- Meyer, CH & Mattaini, MA (eds) 1995. **The foundations of Social Work practice**. Washington: NASW Press.

- Mileham, D 1995. Counselling: Important to some – vital to all. **South African Pharmaceutical Journal**, 64(1):22.
- Minihan, A (ed) **Encyclopedia of Social Work**, 18(2):82-89. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.
- Ministry for Health and Social Services of Namibia 1997. **Towards achieving health for all Namibians: a policy statement**. Windhoek: Ministry of Health and Social Services.
- Mitchell, W 1990. Social work with communities. In: McKendrick, B (ed) **Social Work in South Africa**. Pretoria: HAUM.
- Mitchell, CG 1998. Perceptions of empathy and client satisfaction with managed behavioral health care. **Social Work**, 43(5):404-411.
- Mizrahi, T & Abramson, J 1985. Sources of strain between physicians and social workers: Implications for social workers in health settings. **Social Work in Health Care**, 10(3):33-50.
- Mokgohloa, T 1995. Empowerment – A people-driven process. **Social Work Practice**, 1:2-4.
- Mouton, J & Marais, HC 1989. **R.G.N.-studies in navorsingsmetodologie**. Pretoria: RGN-drukkery.
- Mouton, J & Marais, HC 1990. **Basiese begrippe: Metodologie van die geesteswetenskappe**. Pretoria: Gutenberg-boekdrukkers.
- Nacman, M 1990. Social work in health settings: A historical review. In: Davidson, KW & Clarke, SS **Social work in health care: A handbook for practice**. United States of America: The Haworth Press.
- Nandan, M 1997. Commitment of social services staff to interdisciplinary care plan teams: An exploration. **Social Work Research**, 21(4):249-259.
- Nandjaa, T 1998. Social welfare: Burden or relief to Namibians. **Namibia Review**, 7(2):10-14.
- Nel, JBS 1993. Gemeenskapswerk: 'n praktykmodel asook rol- en vaardigheidsrepertoire vir die praktisyn. **Die Maatskaplikewerk-Navorsing-Praktisyn**, 6(3):12-30.
- Nelson-Jones, R 1989. **Human relationship skills: Training and self-help**. London: Cassell Educational Ltd.
- Netting, FE & Williams, FG 1996. Case manager-physician collaboration: Implications for professional identity, roles, and relationships. **Health & Social Work**, 21(3):216-224.
- Nichols, PJR (ed) 1980. **Rehabilitation medicine: The management of physical disabilities**. London: Butterworth & Co.

- Odendal, FF; Schoonees, PC; Swanepoel, CJ; Du Toit, SJ & Booysen, CM 1994. **Verklarende Handwoordeboek van die Afrikaanse Taal**. Midrand: Perskor Uitgewery.
- Olivier, SJ 1996. Therapeutic aids: Conceptual framework for social integration. **Social Work Practice**, 1:29.
- O'Neil, MA 1991. Preparing social work students for ethical decision-making at a time of social change. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 27(3/4):324-332.
- O'Neil, MA 1993. The development of professional values in Social Work students at six South African Universities. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 29(2):110-121.
- Parad, HJ & Parad, LG (eds) 1990. **Crisis intervention – Book 2**. Wisconsin: Family Service America.
- Park, KM 1996. The personal is ecological: environmentalism of social work. **Social Work**, 41(3):320-323.
- Patton, MQ 1980. **Qualitative Evaluation Methods**. California: Sage Publications, Inc.
- Payne, M 1998. Why social work? Comparative perspectives on social issue and response. **International Social Work**, 41(4):443-453.
- Potgieter, MC 1998. **The social work process: Development to empower people**. Republic of South Africa: Prentice Hall South Africa (Pty) Ltd.
- Powell, F 1998. The professional challenges of reflexive modernization: Social Work in Ireland. **British Journal of Social Work**, 28:311-328.
- PPAC 1995. Counselling myths. **South African Pharmaceutical Journal**, 62(9):327.
- Pray, JE 1991. Responding to psychosocial needs: Physicians perceptions of their referral practices for hospitalized patients. **Health and Social Work**, 16(3):184-192.
- Pretorius, JC 1981. Geneeskundige Maatskaplike Werk. **Welsynsfokus/Welfare Focus**, 16(1):28-32.
- Purtilo, R & Haddad, A 1996. **Health professional and patient interaction**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Quill, TE & Brody, H 1996. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. **Annals of Internal Medicine**, 125(9):763-769.
- Reamer, FG 1995. Malpractice claims against social workers: First facts. **Social Work**, 40(5):595-601.
- Reamer, FG 1998. The evolution of social work ethics. **Social Work**, 43(6):488-500.

- Reichel, W 1999. Physician, know thyself. **JABFP**, 12(3):258-259.
- Reid, WJ 1997. Research on task-centered practice. **Social Work Research**, 21(3):132-137.
- Republiek van Suid-Afrika. 1960. **Kinderwet, soos gewysig tesame met regulasies**. Kaapstad: Kaap & Transvaal Drukkers (Edms)Bpk.
- Resnick, C & Tighe, EG 1997. The role of multidisciplinary community clinics in managed care systems. **Social Work**, 42(1):91-98.
- Rock, B & Congress, E 1999. The new confidentiality for the 21st century in a managed care environment. **Social Work**, 44(3):253-262.
- Roe, B; Guinness, L & Rafferty, AM 1999. A systematic search of the literature on effectiveness for health promotion: Some methodological issues and their implications for research. **Health Education Journal**, 58:78-90.
- Rushton, A & Davies, P 1984. **Social work and health care**. London: Heinemann Educational Books.
- Saari, C 1994. Empathy in Clinical Social Work: Playing in transcontextual space. **Journal of Analytic Social Work**, 2(1):25-42.
- Saba, GW 1999. What do family physicians believe and value in their work? **Journal of the American Board of Family Practioners**, 12(3):206-213.
- Saleebey, D 1992. Biology's challenge to social work: Embodying the person-in-environment perspective. **Social Work**, 37(2):112-117.
- Saleebey, D 1996. The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. **Social Work**, 41(3):296-305.
- Salminen, S 1997. Trauma survey in NWHD hospitals in December 1996. **M.A.N. Epistola**, 6(2): 7-11.
- Sands, RG; Stafford, J & McClelland, M 1990. 'I beg to differ': Conflict in the interdisciplinary team. **Social Work in Health Care**, 14(3):55-72.
- Schlesinger, EG 1985. **Health care social work practice: concepts and strategies**. St. Louis: Times Mirror-Mosby College Publishers.
- Schoeman, JP & Van der Merwe, M 1996. **Entering the child's world – A play therapy approach**. Pretoria: Kagiso Publishers.
- Searll, A 1989. **It can't happen to me ...** Cape Town: Struik Publishers.
- Seipel, MMO 1990. The social factor: key to fighting infectious diseases. **International Social Work**, 33(3):269-279.

- Selle, R Nurturing a culture of care. **Namibia Review**, 8(1):35-36.
- Sheafor, BW; Horejsi, CR & Horejsi, GA 1994. **Techniques and guidelines for social work practice**. Boston: Allyn and Bacon.
- Sheppard, M 1986. Primary health care workers' views about Social Work. **British Journal of Social Work**, 16:459-468.
- Sheppard, M 1998. Practice validity, reflexivity and knowledge for Social Work. **British Journal of Social Work**, 28:763-781.
- Simon, E.P; Showers, N; Blumenfield, S; Holden, G & Wu, X 1995. Delivery of home care services after discharge: What really happens. **Health and Social Work**, 20(1):5-20.
- Simons, RL & Aigner, SM 1985. **Practice principals: A problem-solving approach to Social Work**. New York: Macmillan Publishing Company.
- Sing, D 1993. Information privacy rights in a social work environment. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 29(1):8-13.
- Siporin, M 1975. **Introduction to Social Work practice**. New York: Macmillan.
- Smaller, MD 1987. Attitudes toward private practice in social work: Examining professional commitment. **Journal of Independent Social Work**, 1(4):7-18.
- Smilkstein, G 1993. Achieving a harmony of understanding. In: Epstein, RM; Campbell, TL; Cohen-Cole, SA; McWhinney, IR & Smilkstein, G Perspectives on patient-doctor communication. **The Journal of Family Practice**, 37(4):377-378.
- Smit, GJ 1993. **Navorsing: Riglyne vir beplanning en dokumentasie**. Halfweghuis: Southern-boekuitgewers.
- Smit, N 2000. **Wanneer 'n vrou treur**. Wellington: Lux Verbi.BM.
- Smith, SL & Baxter-Petralia, P 1992. **The physical capacities evaluation – Its use in four models of clinical practice**. Baltimore: Chess Publications, Inc.
- Sparks, BLW 1998. More about ... the doctor as medicine. **Continuing Medical Education: South Africa's Monthly**, 16(9):846-847.
- Specht, H 1990. Social work and the popular psychotherapies. **Social Service Review**, 64(3):345-357.
- Stewart, M; Brown, J; Levenstein, J; McCracken, E & McWhinney, IR 1986. The patient-centered clinical method. III. Changes in residents' performance in the patient-centered method over two months of training. **Family Practice**, 3(3):164-167.
- Stoker, DI 1981. **Steekproefneming in die praktyk**. Pretoria: I.L. van Schaik.

- Strydom, H 1995. Die etiese aspekte van maatskaplikewerknavorsing. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 31(1):15-26.
- Stuart, S & Noyes, R 1999. Attachment and interpersonal communication in somatization. **Psychosomatics**, 40(1):34-43.
- Suchman, AL; Markakis, K; Beckman, HB & Frankel, R 1997. The patient-physician relationship: A model of empathic communication in the medical interview. **JAMA**, 277(8):678-682.
- Suppes, MA & Wells, CC 1991. **The social work experience: An introduction to the profession**. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Tebb, S 1995. An aid to empowerment: A caregiver well-being scale. **Health & Social Work**, 20(2):87-92.
- Textor, MR 1989. Models of abnormal behavior and treatment approaches – A call for an integrative theory. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 25(1): 58-69.
- Thom, DH & Campbell, B 1997. Patient-physician trust: An exploratory study. **The Journal of Family Practice**, 44(2):169-176.
- Thomas, JEP 1988. Help Hippocrates. **Central African Journal of Medicine**, 34(6):142.
- Timberlake, EM; Sabatino, CA & Martin, JA 1997. Advanced practitioners in clinical social work: A profile. **Social Work**, 42(4):374-385.
- Turner, F (ed) 1986. **Social Work Treatment: Interlocking theoretical approaches**. (3rd ed) New York: Free Press.
- Turner, FJ (ed) 1995. **Differential diagnosis and treatment in Social Work**. New York: The Free Press.
- Tylee, A 1999. Bringing treatment by halves to an end. **The Practitioner**, 243(8):591.
- Vaktaalkomitee vir Maatskaplike Werk 1995. **New dictionary of Social Work/Nuwe woordeboek vir Maatskaplike Werk**. Cape Town: CTP Book Printers (Pty)Ltd.
- Van der Westhuysen, TWB, Theron, WH & Dalla Cio, V 1995. Reaching across cultural and socio-economical barriers: The experience of a group of psychology students in South Africa. **Die Maatskaplikewerk-Navorsing-Praktisyn**, 8(3):209-216.
- Van Niekerk, AA 1994. The value foundations of social work management. **Social Work/Maatskaplike Werk**, 30(2):171-177.
- Van Rooyen, CAJ & Engelbrecht, B 1995. The impact of culture on HIV/AIDS social work delivery: Emerging themes from a study in progress. **Social Work Practice**, 3:2-8.

Van Reenen, JF 1989. Guest Editorial – The Hippocratic Oath. **Journal of Dental Association of South Africa**, 44(8):331.

Van Zyl, MA 1989a. Towards an understanding of social functioning – An exercise in operationalizing a concept: Part one. **The Social Work Practitioner/Researcher**, 2(3):11-17.

Van Zyl, MA 1989b. Towards an understanding of social functioning – An exercise in operationalizing a concept: Part two. **The Social Work Practitioner/Researcher**, 2(4):2-7.

Van Zyl, MA & Delport, CSL 1993. Lewende sisteemteorie en gemeenskapsfunksionering. **Die Maatskaplikewerk-Navorsers-Praktisyn**, 6(1):2-7.

Venter, R 1990. Die maatskaplike werker as deel van die primêre gesondheidsplan. **Maatskaplike Werk/Social Work**, 26(4):289-290.

Wakefield, JC 1996. Does Social Work need the eco-systems perspective? Part 1. Is the perspective clinically useful? **Social Service Review**, 70(1):1-32.

Walker, C & Walker, A 1998. Social policy and social work. **In:** Adams, R; Dominelli, L & Payne, M (ed) **Social Work: themes, issues and critical debates**. London: Macmillan Press Ltd.

Watson, RM 1988. **Stroke and stroke rehabilitation: A description of the results of cerebrovascular disease and the proposal of realistic goals for rehabilitation**. Unpublished thesis. Stellenbosch: University of Stellenbosch.

Weithman, PJ 1999. Of assisted suicide and "The philosophers'brief." **Ethics**, 109(3): 548-578.

Welch, GJ 1987. An integrated approach to Social Work Practice. **In:** McKendrick, BW (ed) **Introduction to Social Work in South Africa**. Pinetown: Owen Burgess.

Wet op Kindersorg 1960. Pretoria: Staatsdrukker.

Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers 1978. Reëls betreffende die handelinge of versuime van 'n maatskaplike werker, 'n maatskaplike hulpwerker of 'n student-maatskaplike werker wat onprofessionele of onbehoorlike gedrag uitmaak. **Staatskoerant**, Vol. 11, No. 14526. Pretoria: Staatsdrukker.

Wet op Maatskaplike en Geassosieerde Werkers, 292 van 1986. Reëls betreffende die gedrag wat maatskaplike werkers by die uitoefening van hulle professie moet navolg. **Staatskoerant**, Vol. 27, No. 10205. Pretoria: Staatsdrukker.

Weyers, ML & Stutterheim, H 1994. Die kliënteprofiel: 'n Konseptuele en praktiese hulpmiddel in behandeling. **Social Work/ Maatskaplike Werk**, 30(1):64-79.

Wilcoxon, SA 1988. Legal and ethical issues in consultation. **Journal of Independent Social Work**, 3(2):47-59.

Williams, M; Tutty, LM & Grinnell, RM 1995. **Research in social work: An introduction**. (2nd ed) Illinois: F.E. Peacock publishers.

Wolff, E & Riekstins, MJ 1994. Multi cultural approaches to behavioural medicine and health counselling. **Psychosocial research and practice**, 7(2):14-20.

Wyndham, M; Ruckert, L & Kerrigan, P 1999. A mother with bruising and a black eye. **The Practitioner**, 243:593-598.

Zastrow, C 1992. **The practice of Social Work**. California: Wadsworth Publishing Company.

ONDERHOUDSKEDULE**UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH****DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK****DOEL**

Die vraelys is gerig op die verkryging van inligting, met die oog op die daarstelling van 'n praktykryglyn, waarvolgens geneeshere in privaat praktyk maatskaplike werkers as ondersteuningshulpbron kan benut.

RIGLYNE VIR DIE VOLTOOIING VAN DIE VRAELYS

1. Voltooiing van die vraelys sal 10 minute neem.
2. U anonimiteit word verseker en u antwoorde sal as vertroulik hanteer word.
3. Verstrek asseblief die eerste antwoord wat by u opkom om objektiwiteit te verseker.

PERSOONLIKE BESONDERHEDE

1. Geslag van respondent:

Manlik	Vroulik
--------	---------

2. Ouderdom van respondent: _____ jaar

20-30 31-40 41-50 51-60 61-70 70+

3. Kwalifikasies verwerf (anders as geneeskunde), byvoorbeeld:

Sielkunde	Teologie	Maatskaplike Werk	Ander
-----------	----------	-------------------	-------

Spesifiseer asseblief _____

4. Jare ondervinding as geneesheer (studentejare uitgesluit): _____ jaar

5. Uit die geneeskundige literatuur, blyk dit dat geneeshere dikwels nie tydens opleiding toegerus word met die toepaslike kennis en vaardighede om psigososiale probleme by pasiënte te hanteer nie. Is u van mening dat u opleiding as geneesheer u voldoende toegerus het om die psigososiale probleme by pasiënte te hanteer ?

Ja	Nee
----	-----

Motiveer asseblief:

6. Meld die tipes en die frekwensie van bio-psigososiale probleme wat in u praktyk voorgekom het in die afgelope 6 maande:

(BAIE GEREELD: Meer as 10 maal/maand;

GEREELD: 6-10 maal/maand;

SOMS: 3-5 maal/ maand;

SELDE 1-2 maal/maand)

	Baie Gereeld	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
Liggaamlike / Fisiese Probleme (bv. epilepsie, diabetes, HIV of vigs, chemiese afhanklikheid)					
Ekonomiese Probleme (bv. werkverwant, finansieel, behuising)					
Intellektuele Probleme (bv. beperkte verstandelike ontwikkeling by pasiënt, taalprobleme)					
Geestelike/ Morele Probleme (bv. godsdienstige krisis)					
Interpersoonlike / Sosiale Probleme (bv. huweliks-, seksuele-, gesinsprobleme of vermoedelike eggenoot- of kindermishandeling)					
Emosionele / Sielkundige Probleme (bv. depressie, psigosomatiese klagtes, para-selfmoord, selfmoord)					
Probleme met nakoming van mediese behandeling (bv. mediese behandeling nie nagevolg, onrealistiese verwagtinge)					
Onsekerheid oor maatskaplike omstandighede (bv. ontslagbeplanning en huislike probleme tydens hospitalisasie)					
Trauma (bv. verkragting, beroerte, hartaanval, amputasie, beserings na motorongeluk)					
Babas (bv. miskrame, doodgebore babas of geboorte van gestremde babas)					
Afsterwe van Geliefde (bv. eggenoot, kind, familielid)					

Ander:

7. Meld die wyse waarop psigososiale probleme in u praktyk in die afgelope 6 maande hanteer is: (BAIE GEREELD: Meer as 10 maal/maand;
 GEREELD: 6-10 maal/maand;
 SOMS: 3-5 maal/ maand;
 SELDE 1-2 maal/maand)

	Baie Gereeld	Greeld	Soms	Selde	Nooit
Hanteer dit self					
Verwysing na spesialis					
Verwysing na predikant					
Verwysing na sielkundige					
Verwysing na psigiater					
Verwysing na arbeidsterapeut					
Verwysing na maatskaplike werker					
Verwysing na verpleegkundige					
Nie hanteer nie					

Ander:

8. Wat is u mening rakende die volgende stellings:

8.1 Multi-dissiplinêre spanwerk is noodsaaklik vir holistiese dienslewering aan die pasiënt.

Stem beslis saam	Stem saam	Onseker	Stem nie saam nie	Stem glad nie saam nie
------------------	-----------	---------	-------------------	------------------------

8.2 Motiveer asseblief

9. Maatskaplike Werk fokus op die verbetering van die maatskaplike funksionering van individue en hul gesinne, in interaksie met hul omgewings. Sou u 'n maatskaplike werker kon benut ten opsigte van die volgende lys probleme?

	JA	NEE	ONSEKER
Liggaamlike / Fisiese Probleme (bv. epilepsie, diabetes, chemiese afhanklikheid)			
Ekonomiese Probleme (bv. werkverwant, finansieel, behuising)			
Intellektuele Probleme (bv. beperkte verstandelike ontwikkeling by pasiënt, taalprobleme)			
Geestelike/ Morele Probleme (bv. godsdienstige krisis)			
Interpersoonlike/ Sosiale Probleme (bv. huweliks-, seksuele-, gesinsprobleme of vermoedelike eggenoot- of kindermishandeling)			

Emosionele / Sielkundige Probleme (bv. depressie, psigosomatiese klagtes, para-selfmoord, selfmoord)			
Probleme met nakoming van mediese behandeling (bv. mediese behandeling nie nagevolg, onrealistiese verwagtinge)			
Onsekerheid van maatskaplike omstandighede (bv. ontslagbeplanning en huislike probleme tydens hospitalisasie)			
Trauma (bv. verkragting, beroerte, hartaanval, amputasie, beserings na motorongeluk)			
Babas (bv. miskrame, doodgebore babas of geboorte van gestremde baba)			
Afsterwe van Geliefde (bv. eggenoot, kind, familielid)			

Ander:

10. Wat is die rol van 'n maatskaplike werker na u mening?

	Ja	Nee	Onseker
Assessering van gesinsomstandighede			
Verkryging van hulpbronne			
Verskaffing van ondersteuning			
Tref van vervoerreëlings			
Voorkoming van bio-psigososiale probleme			
Voorspraak vir die pasiënt (bv. beywer vir die regte van pt.)			
Verskaffing van inligting			
Skakeling met huweliksmaat / gesin			
Aanmoediging en instaatstelling van die pasiënt tot probleemoplossing			
Uitklaring van rolverwagtinge			
Navorsing met betrekking tot biopsigososiale omstandighede			
Skakeling met ander multi-dissiplinêre spanlede			

Ander:

11. Indien die pasiënt na 'n maatskaplike werker verwys word, word die volgende prosedure gevolg:

Geneesheer reël afspraak telefonies	
Skriftelike verwysing word saam met pasiënt gestuur	
Sekretaresse reël afspraak	
Besonderhede van die terapeut word aan die pasiënt verskaf, maar die verantwoordelikheid vir die afspraak berus by hom/haar	

Ander:

12. Aantal kere wat terugvoer vanaf die maatskaplike werker ontvang is _____

13. Hoe dikwels gedurende die afgelope 6 maande het u die volgende persone by dienslewering betrek ?

(BAIE GEREELD: Meer as 10 maal/maand;
 GEREELD: 6-10 maal/maand;
 SOMS: 3-5 maal/ maand;
 SELDE 1-2 maal/maand)

	Baie Gereeld	Gereeld	Soms	Selde	Nooit
Huweliksmaat					
Kind					
Ouer					
Ander familielid					
Predikant					
Onderwyser					
Buurman/vrou					
Vrywilligers					

Ander:

14. Indien u geen derde partye by dienslewering betrek het nie, motiveer asseblief:

15. Beskou u uself as voldoende bevoeg om die pasiënt behulpsaam te wees op grond van u:

Vaardighede in onderhoudsvoering	
Vermoë om emosionele ondersteuning te verskaf	
Kennis rakende die hantering van psigososiale probleme	
Positiewe gesindheid met betrekking tot die hantering van psigososiale probleme	
Vermoë om gesinsomstandighede te assesseeer.	
Is nie voldoende toegerus om psigososiale probleme te hanteer nie	

Ander:

16. Is u van mening dat 'n opleidingsprogram met betrekking tot bogenoemde vaardighede en bevoeghede u beter sal toerus om pasiënte se psigososiale probleme te hanteer?

Ja	Nee
----	-----

Motiveer asseblief:

17. Watter ander aspekte behoort in sodanige opleidingsprogram gedek te word?

Verdere opmerkings _____

BAIE DANKIE VIR U TYD EN SAMEWERKING

Mev. T. Vogt

INTERVIEW SCHEDULE

UNIVERSITY OF STELLENBOSCH

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

AIM

The aim of the questionnaire is to acquire information, to establish guidelines for practice, whereby medical practitioners in private practice can utilise social workers as a supportive resource.

GUIDELINES FOR COMPLETION OF QUESTIONNAIRE

1. Questionnaire can be completed within 10 minutes.
2. Questionnaire is completed anonymously and the answers are confidential.
3. To ensure objectivity, please provide the first answer that comes to mind.

PERSONAL DETAIL

1. Gender of respondent

Male	Female
------	--------

2. Age of respondent

20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70+
-------	-------	-------	-------	-------	-----

3. Qualifications (other than medical), for example:

Psychology	Theology	Social Work	Other
------------	----------	-------------	-------

If other, please specify _____

4. Years of experience as medical practitioner (excluding years of study) : _____ years

5. A study of medical literature indicates that, sometimes during training, medical practitioners are not equipped with the necessary knowledge and skills to manage the psychosocial problems of their patients. Are you of the opinion that your training as a medical practitioner equipped you adequately to manage such psychosocial problems ?

Yes	No
-----	----

Please motivate:

6. Indicate the types and frequency of bio-psychosocial problems that have occurred in your practice during the past 6 months:

(VERY OFTEN: More than 10 times/ month;

OFTEN: 6-10 times/ month;

SOMETIMES: 3-5 times/ month;

SELDOM: 1-2 times/ month)

	Very often	Often	Some times	Seldom	Never
Physical Problems (e.g. epilepsy, diabetes, HIV or aids, chemical dependency)					
Economical Problems (e.g. work related, financial, housing)					
Intellectual Problems (e.g. impaired intellectual development of patient, language problems)					
Spiritual / Moral Problems (e.g. religious crisis)					
Interpersonal / Social Problems (e.g. marital, sexual, family problems or suspected spouse or child abuse)					
Emotional / Psychological Problems (e.g. depression, psychosomatic complaints, suicide, attempted suicide)					
Non-compliance to medical treatment (e.g. disregarding medical treatment, unrealistic expectations)					
Uncertainty about social circumstances (e.g. discharge planning and domestic problems during hospitalisation)					
Trauma (e.g. rape, stroke, heart attack, amputation, injuries after vehicle accident)					
Babies (e.g. miscarriages, still born babies, birth of disabled baby)					
Death of loved one (e.g. spouse, child, relative)					

Other:

7. Indicate the way in which you have managed psychosocial problems in your practice during the past 6 months: (VERY OFTEN: More than 10 times/ month;
OFTEN: 6-10 times/ month;
SOMETIMES: 3-5 times/ month;
SELDOM 1-2 times/ month)

	Very often	Often	Some times	Seldom	Never
Managed it myself					
Referred to specialist					
Referred to parson/clergyman					
Referred to psychologist					
Referred to psychiatrist					
Referred to occupational therapist					
Referred to social worker					
Referred to professional nurse					
Not attended to					

Other:

8. What is your opinion regarding the following statement:

8.1 Multi-disciplinary teamwork is essential to render a holistic service to the patient.

Strongly agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly disagree
----------------	-------	-----------	----------	-------------------

8.2 Please motivate

9. Social Work focusses on the improvement of the social functioning of individuals and their families, in interaction with their environment. Would you be able to utilise a social worker with regard to the following list of problems?

	Yes	No	Uncertain
Physical Problems (e.g. epilepsy, diabetes, HIV or aids, chemical dependency)			
Economical Problems (e.g. work related, financial, housing)			
Intellectual Problems (e.g. impaired intellectual development of patient, language problems)			
Spiritual / Moral Problems (e.g. religious crisis)			
Interpersonal / Social Problems (e.g. marital, sexual, family problems or suspected spouse or child abuse)			

Emotional / Psychological Problems (e.g. depression, psychosomatic complaints, suicide, attempted suicide)			
Non-compliance to medical treatment (e.g. disregarding medical treatment, unrealistic expectations)			
Uncertainty about social circumstances (e.g. discharge planning and domestic problems during hospitalisation)			
Trauma (e.g. rape, stroke, heart attack, amputation, injuries after vehicle accident)			
Babies (e.g. miscarriages, still born babies, birth of disabled baby)			
Death of loved one (e.g. spouse, child, relative)			

Other:

10. What is the role of the social worker in your opinion ?

	Yes	No	Uncertain
Assessment of social circumstances			
Obtaining resources			
Providing support			
Transport arrangements			
Prevention of bio-psychosocial problems			
Advocating for the rights of the patient			
Conveying information			
Liaison with spouse / family			
Encourage and enable the patient in problem solving			
Resolving conflicting role expectations			
Research re bio-psychosocial circumstances			
Liaison with other multi-disciplinary team members			

Other:

11. When a patient is referred to a social worker, the following procedure is followed:

Medical practitioner makes telephonic appointment	
Written referral sent with patient	
Secretary arranges appointment	
Detail of therapist is given to the patient, who is then responsible for making own appointment .	

Other:

12. Number of times feedback was received from social worker: _____

13. How often during the past 6 months have the following parties been involved in treatment of the patient?

(VERY OFTEN: More than 10 times/ month;

OFTEN: 6-10 times/ month;

SOMETIMES: 3-5 times/ month;

SELDOM: 1-2 times/ month)

	Very often	Often	Some times	Seldom	Never
Spouse					
Child					
Parent					
Other relative					
Pastor / Clergyman					
Teacher					
Neighbour					
Volunteers					

Other: _____

14. If a third party was not involved in treatment, please motivate:

15. In which of the following instances do you see yourself as adequately equipped to assist your patients:

Skills in interviewing	
Ability to provide emotional support	
Knowledge to manage psychosocial problems	
Positive attitude towards the managing of psychosocial problems	
Ability to assess social circumstances	
Is not adequately equipped tot manage psychosocial problems	

Other: _____

16. Are you of the opinion that a training programme focussing on the above-mentioned skills and abilities will assist you to render a better service to patients with psychosocial problems ?

Yes	No
-----	----

Please motivate:

17. Which other aspects should be included in such a training programme ?

Any other comments

THANK YOU FOR YOUR TIME AND CO-OPERATION

Mrs T. Vogt

THE OATH OF HIPPOCRATES

I SWEAR BY APOLLO THE PHYSICIAN ` AND AESCULAPIUS `AND HEALTH` AND ALL HEAL` AND ALL THE GODS AND GODDESSES ` THAT `ACCORDING TO MY ABILITY AND JUDGMENT ` I WILL KEEP THIS OATH AND THIS STIPULATION - TO RECKON HIM WHO TAUGHT ME THIS ART EQUALLY DEAR TO ME AS MY PARENTS ` TO SHARE MY SUBSTANCE WITH HIM ` & RELIEVE HIS NECESSITIES IF REQUIRED ` TO LOOK UPON HIS OFFSPRING IN THE SAME FOOTING AS MY OWN BROTHERS ` AND TO TEACH THEM THIS ART ` IF THEY WISH TO LEARN IT ` WITHOUT FEE OR STIPULATION ` AND THAT BY PRECEPT ` LECTURE ` & EVERY OTHER MODE OF INSTRUCTION ` I WILL IMPART A KNOWLEDGE OF THE ART TO MY OWN SONS `AND THOSE OF MY TEACHERS ` AND TO DISCIPLES BOUND BY A STIPULATION AND OATH ACCORDING TO THE LAW OF MEDICINE ` BUT TO NONE OTHERS ` I WILL FOLLOW THAT SYSTEM OF REGIMEN WHICH ` ACCORDING TO MY ABILITY AND JUDGMENT ` I CONSIDER FOR THE BENEFIT OF MY PATIENTS ` AND ABSTAIN FROM WHATEVER IS DELETERIOUS AND MISCHIEVOUS ` I WILL GIVE NO DEADLY MEDICINE TO ANYONE IF ASKED ` NOR SUGGEST ANY SUCH COUNSEL ` AND IN LIKE MANNER I WILL NOT GIVE TO A WOMAN A PESSARY TO PRODUCE ABORTION ` WITH PURITY & WITH HOLINESS I WILL PASS MY LIFE & PRACTICE MY ART ` I WILL NOT CUT PERSONS LABORING UNDER THE STONE ` BUT WILL LEAVE THIS TO BE DONE BY MEN WHO ARE PRACTITIONERS OF THIS WORK ` INTO WHATEVER HOUSES I ENTER ` I WILL GO INTO THEM FOR THE BENEFIT OF THE SICK` AND WILL ABSTAIN FROM EVERY VOLUNTARY ACT OF MISCHIEF & CORRUPTION ` AND FURTHER ` FROM THE SEDUCTION OF FEMALES` OR MALES ` OF FREEMEN AND SLAVES ` WHATEVER ` IN CONNECTION WITH MY PROFESSIONAL PRACTICE ` OR NOT IN CONNECTION WITH IT ` I SEE OR HEAR ` IN THE LIFE OF MEN ` WHICH OUGHT NOT TO BE SPOKEN OF ABROAD ` I WILL NOT DIVULGE ` AS RECKONING THAT ALL SUCH SHOULD BE KEPT SECRET ` WHILE I CONTINUE TO KEEP THIS OATH UNVIOLATED ` MAY IT BE GRANTED TO ME TO ENJOY LIFE AND THE PRACTICE OF THE ART ` RESPECTED BY ALL MEN ` IN ALL TIMES ` BUT SHOULD I TRESSPASS AND VIOLATE THIS OATH ` MAY THE REVERSE BE MY LOT.